

## NONSUICIDAL SELF-INJURY AMONG ADOLESCENTS WITH DISORDERS OF EMOTION AND BEHAVIOR: CLINICAL CHARACTERISTICS AND ASSOCIATION WITH SUICIDALITY

## NESUICIDALNO SAMOPOVREĐIVANJE KOD ADOLESCENATA SA POREMEĆAJIMA EMOCIJA I PONAŠANJA: KLINIČKE KARAKTERISTIKE I VEZA SA SUICIDALNOŠĆU

Marija Lero<sup>1</sup>, Dušan Živanović<sup>1</sup>, Marija Mitković Vončina<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet, Beograd, Srbija

<sup>2</sup> Institut za mentalno zdravlje u Beogradu, Beograd, Srbija

**Correspondence:** marija.lero5@gmail.com

### Abstract

**Introduction:** Nonsuicidal self-injury (NSSI) is defined as a separate entity in the fifth version of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) as a “condition for further study”. Although the NSSI is not driven by suicidal intention, studies do show its association with suicidal phenomena, but this relationship is still unclear.

**Aim:** The aim of this paper was to examine the characteristics of the NSSI phenomenon among adolescents with disorders of emotion and behavior, with special emphasis on its association with suicidal behavior.

**Material and methods:** The study included 100 older adolescents with depressive disorders, anxiety disorders, adjustment disorders and mixed disorders of conduct and emotion, who were treated in day hospital. The data was obtained from the existing medical records and included information on NSSI and suicidal phenomena, psychiatric symptoms, diagnoses, rating scales for depression and global functioning, and data from personal and family history.

**Results:** In our sample, the NSSI was more common in girls, and among younger adolescents. When it comes to clinical characteristics, this phenomenon was associated with higher depression symptom scores at admission and discharge, the presence of hypobulia-anhedonia, panic attacks, tension and restlessness, hetero-aggressive manifestations, more frequent use of alcohol and borderline personality disorder. It was also significantly associated with the presence of suicidal ideation during life, as well as with more severe suicidality level. In NSSI patients, suicidal attempts were more common among those who were neglected in childhood, with younger age of maltreatment onset, those with lower global functioning on admission, with cognitive problems, and with problematic compliance at admission.

**Conclusion:** The high prevalence of NSSI in our sample, as well as numerous clinical features associated with it, may speak in favor of this phenomenon as a separate diagnostic entity. The observed association with suicide can be of clinical significance in terms of directing preventive steps.

### Keywords:

nonsuicidal self-injury,  
self-harm,  
adolescents,  
suicidality

## Sažetak

**Uvod:** Nesuicidalno samopovređivanje (engl. *Nonsuicidal self-injury*, NSSI) definiše se kao zaseban entitet u petoj reviziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne bolesti (DSM-V), i to kao „poremećaj za dalje istraživanje“. Iako NSSI u osnovi nema suicidalnu nameru, istraživanja pokazuju da se ono neretko javlja udruženo sa suicidalnim fenomenima, a ova povezanost još uvek nije dovoljno razjašnjena.

**Cilj:** Glavni cilj našeg rada predstavljao je ispitivanje kliničkih karakteristika NSSI u populaciji adolescenata sa poremećajima emocija i ponašanja, uz poseban osvrt na njegovu povezanost sa suicidalnošću.

**Materijal i metode:** Istraživanje je obuhvatilo 100 starijih adolescenata sa depresivnim poremećajima, anksioznim poremećajima, poremećajima prilagođavanja i mešovitim poremećajima ponašanja i emocija, lečenih u dnevnoj bolnici. Podaci su dobijeni iz postojeće medicinske dokumentacije i obuhvatili su informacije o NSSI i suicidalnim fenomenima, psihijatrijskim simptomima, dijagnozi, skorovima skala za procenu depresije i funkcionalnosti i podatke iz lične i porodične anamneze.

**Rezultati:** U našem uzorku NSSI je bilo češće prisutno kod devojaka i među mlađim adolescentima. Kada je reč o značajnim kliničkim karakteristikama, ovaj fenomen je bio povezan sa većim skorovima depresivnih simptoma na prijemu i otpustu, češćim prisustvom simptoma iz kategorije hipobulija-anhedonija, paničnim napadima, doživljajem tenzije i nemira, heteroagresivnim manifestacijama, učestalijim korišćenjem alkohola i graničnim poremećajem ličnosti. Prisustvo NSSI je takođe bilo značajno povezano sa prisustvom suicidalne ideje u nekom trenutku života, kao i težim stepenom suicidalnosti. Među pacijentima sa NSSI pokušaji suicida javljali su se učestalije kod onih koji su bili zanemareni u detinjstvu, kod osoba zlostavljanih u mlađem uzrastu, kod prisustva niže funkcionalnosti na prijemu, prisustva kognitivne usporenosti, kao i onih sa problemima saradljivosti na prijemu.

**Zaključak:** Visok nivo zastupljenosti nesuicidalnog samopovređivanja kod adolescenata sa poremećajima emocija i ponašanja, kao i brojne kliničke specifičnosti, mogu da govore u prilog izdvajanju ovog fenomena kao posebnog dijagnostičkog entiteta. Pronađene veze sa suicidalnošću uz specifične korelate mogu biti od kliničkog značaja u smislu usmeravanja preventivnih koraka.

### Ključne reči:

nesuicidalno samopovređivanje, samopovređivanje, adolescenti, suicidalnost

## Uvod

Nesuicidalno samopovređivanje (engl. *Nonsuicidal self-injury*, NSSI) predstavlja namerno, repetitivno i direktno nanošenje lakših fizičkih povreda sopstvenom telu bez svesne suicidalne namere i u svrhe koje nisu društveno i kulturno prihvatljive (1). Najčešći vidovi nesuicidalnog samopovređivanja su zasecanje kože, grebanje, urezivanje, kidanje kože, opekotine, lupanje glavom i udaranje sebe (2). Prevalencija NSSI izvedena iz većeg broja studija pokazuje zastupljenost od 13% do 45% u opštoj populaciji adolescenata, dok je u kliničkom uzorku taj procenat veći i iznosi od 19% do 60% (3).

Dok se ranije fenomen NSSI pripisivao graničnom poremećaju ličnosti (dijagnostički kriterijum u četvrtoj reviziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje, DSM-IV) (4), istraživanja koja se poslednjih decenija sve više fokusiraju na ovaj fenomen ukazuju da se on javlja i u odsustvu graničnog poremećaja ličnosti, odnosno u okviru drugih psihijatrijskih poremećaja (3). Shodno tome, NSSI se definiše kao zaseban entitet u petoj reviziji DSM klasifikacije mentalnih poremećaja (DSM-V), i to kao „poremećaj za dalje istraživanje“ (sekcija 3) (5).

Mehanizmi nastanka samopovređivanja nisu potpuno jasni, ali hipoteze govore o intrapersonalnim (način

regulacije negativnih emocija uz doživljavanje olakšanja kroz čin samopovređivanja, samokažnjavanje kao manifestacija samousmerene ljutnje i dr.) i interpersonalnim uzrocima (način da se utiče na druge, da se proizvede fizički znak emocionalnog uznemirenja) (6). Iako NSSI u osnovi nema suicidalnu nameru, istraživanja pokazuju da se ono neretko javlja udruženo sa suicidalnim fenomenima (7-10). Uprkos predloženim teorijama (11), priroda ove povezanosti još uvek nije u potpunosti jasna i predmet je savremenih istraživanja.

S obzirom na to da u preventivnom i terapijskom smislu ovaj poremećaj još uvek predstavlja izazov (5,12), glavni cilj našeg rada predstavlja ispitivanje kliničkih karakteristika fenomena NSSI u populaciji adolescenata sa poremećajima emocija i ponašanja, uz poseban osvrt na njegovu povezanost sa suicidalnošću.

## Materijal i metode

### Ispitanici

Istraživanje je obuhvatilo 100 starijih adolescenata (uzrast od 15 do 24 godine), hospitalizovanih u Dnevnoj bolnici za adolescente (DBA) Instituta za mentalno zdravlje u periodu od oktobra 2017. do januara 2019. godine.

Kriterijumi uključenja bili su postojanje poremećaja emocija i ponašanja, i to: depresivni poremećaj, anksiozni poremećaj, reakcije na težak stres i poremećaji prilagođavanja, kao i mešoviti poremećaj emocija i ponašanja. Kriterijumi isključenja bili su mentalna retardacija, akutna psihotična slika i dijagnoza sindroma zavisnosti od psihoaktivnih supstanci. Dijagnoze su postavljene od strane tima psihijataru Dnevne bolnice za adolescente. Osnovne sociodemografske i kliničke karakteristike uzorka prikazane su u **tabeli 1**.

Istraživanje je odobreno od strane Etičkog odbora Instituta za mentalno zdravlje u Beogradu i sprovedeno je prema principima dobre naučne prakse, a svi dobijeni podaci čuvaju se kao poverljivi.

## Instrumenti

Podaci su dobijeni iz postojeće medicinske dokumentacije (istorija bolesti – anamneza, klinički nalaz, kliničke skale procene) i obuhvataju:

- podatke iz lične i porodične anamneze (pol, starost, socioekonomski status, da li pacijent živi u kompletnoj porodici, korišćenje alkohola i psihoaktivnih supstanci, postojanje porodične psihijatrijske anamneze), podatke o tome da li adolescent ima iskustvo zlostavljanja ili zanemarivanja u detinjstvu i koju vrstu iskustva (dobijeni iz anamneze i naknadnom procenom odeljenjskog psihijatra, prema definicijama iz Posebnog protokola sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja (13));
- podatke o glavnoj završnoj dijagnozi na otpustu;
- podatke o ispunjenim kriterijumima za granični poremećaj ličnosti prema DSM-IV (4), prema podacima iz istorije bolesti na prijemu i naknadnom procenom

odeljenjskog psihijatra;

- podatke o nesuicidalnom samopovređivanju (prisustvo, vrsta) u poslednjoj godini i bilo kad tokom života (operacionalne definicije prema DSM-V kriterijumima za nesuicidalno samopovređivanje (5));
- podatke o heteroagresivnom ponašanju;
- podatke o prisustvu pojedinačnih psihijatrijskih simptoma na prijemu (simptomi predstavljeni kao binarne varijable); procena je vršena prema definicijama poremećaja psihičkih funkcija (iz psihičkog statusa) i prema definicijama iz Hamiltonove skale za procenu depresije (engl. *Hamilton Depression Rating Scale*, HAMD) i Hamiltonove skale za procenu anksioznosti (engl. *Hamilton Anxiety Rating Scale*, HAMA) (14,15) (iz anamneze i psihičkog statusa);
- podatke o postojanju suicidalnih fenomena bilo kada u životu (suicidalne ideje, namere, pokušaji) izražene kroz pojedinačne binarne varijable i kroz zbirnu varijablu nivoa suicidalnosti (bez suicidalnih fenomena 0, suicidalne ideje 1, suicidalne namere 2, suicidalni pokušaji 3);
- podatke o skorovima dobijenih Upitnikom o zdravlju pacijenta, Upitnikom za skrining na depresiju (engl. *Patient Health Questionnaire*, PHQ-9) na prijemu i otpustu, koji kroz 9 pitanja sa četvorostepenom skalom odgovora procenjuje intenzitet depresivnih simptoma (16);
- podatke o skorovima na Skali opšte funkcionalnosti (engl. *Global Assessment of Functioning scale*, GAF) na prijemu i otpustu koja procenjuje stepen socijalne, okupacione i psihološke funkcionalnosti osobe, u

**Tabela 1.** Osnovne sociodemografske, porodične i kliničke karakteristike uzorka

Podaci	N	%	X	SD
Starost, broj godina			19,1	2,9
Pol				
muški	35	35,0		
ženski	65	65,0		
Socioekonomski status				
nizak	14	14,0		
srednji	80	80,0		
visok	6	6,0		
Život u kompletnoj porodici	61	61,0		
Iskustvo zlostavljanja/ zanemarivanja	75	75,0		
Porodična anamneza (nasilje, psihoaktivne supstance ili zatvorska kazna)	34	34,0		
Dijagnoza				
depresivni poremećaj	56	56,0		
anksiozni poremećaj	17	17,0		
reakcija na težak stres ili poremećaj prilagođavanja	12	12,0		
mešoviti poremećaj emocija i ponašanja	15	15,0		
PHQ-9* skor na prijemu			15,2	4,4
GAF** skor na prijemu			48,0	9,0
Ispunjava kriterijume za granični poremećaj ličnosti	38	38,0		

\*PHQ-9 – Upitnik o zdravstvenom stanju pacijenta; \*\*GAF – Skala za procenu opšte funkcionalnosti

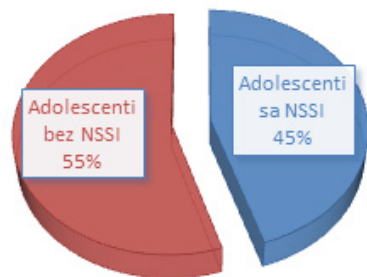
rasponu od 100 (ekstremno visoka funkcionalnost) do 1% (teško narušena funkcionalnost) (4).

### Statistička obrada

Rezultati su obrađeni metodama deskriptivne statistike, kao i metodama analitičke statistike za bivarijantnu procenu značajnosti razlike i povezanosti ( $\chi^2$  test, Fišerov test tačne verovatnoće, point-biserijska korelacija ( $r_{pbis}$ ),  $\phi$  korelacija ( $\phi$ )). Za analizu povezanosti svake kliničke varijable sa NSSI u celom uzorku, uz kontrolu pola i starosti, korišćena je serija logističkih regresija (*odds ratio* –  $\beta$ ; Nagelkerke  $R^2$ ).

## Rezultati

Nesuicidalno samopovređivanje je bilo prisutno kod skoro polovine ispitanika (**grafikon 1**).



**Grafikon 1.** Zastupljenost nesuicidalnog samopovređivanja u uzorku

Među adolescentima sa NSSI njih tridesetoro (66,7%) samopovređivalo se u prethodnoj godini, najčešće zasecanjem ili grebanjem kože (N = 21,7%).

U našem uzorku, NSSI je bilo češće prisutno kod devojaka ( $\phi = -0,284$ ,  $p = 0,004$ ) i među mlađim adolescentima ( $r_{pbis} = -0,226$ ,  $p = 0,024$ ). Ostale ispitivane sociodemografske i porodične karakteristike nisu bile značajno povezane sa NSSI ( $p > 0,05$ ).

Kada je reč o značajnim kliničkim karakteristikama NSSI, ovaj fenomen je bio povezan s većim PHQ-9 skorovima depresivnosti na prijemu i otpustu, češćim prisustvom simptoma iz kategorije hipobulija-anhedonija, paničnim napadima, doživljajem tenzije i nemira, heteroagresivnim manifestacijama i učestalijim korišćenjem alkohola. Prisustvo NSSI bilo je, takođe, značajno povezano sa prisustvom suicidalne ideje u nekom trenutku života, kao i težim stepenom suicidalnosti. Sve navedene kliničke varijable bile su značajni prediktori samopovređivanja u logističkim regresionim modelima koji su, pored ispitivanog prediktora, uključili i kontrolu pola i uzrasta (Nagelkerke  $R^2$  u rasponu od 0,187 do 0,357;  $p < 0,05$ ) (**tabela 2**).

Nešto više od polovine pacijenata sa NSSI ispunjavalo je kriterijume za granični poremećaj ličnosti i ovaj broj bio je značajno veći nego kod onih bez NSSI (53,3% prema 46,7%,  $\chi^2 = 7,024$ ,  $p = 0,008$ ). Granični poremećaj ličnosti bio je značajni prediktor NSSI, uz kontrolu pola i starosti (Nagelkerke  $R^2 = 0,231$ ;  $p = 0,006$ ) (**tabela 2**).

U grupi onih sa NSSI bilo je nešto više pacijenata sa dijagnozom depresivnog poremećaja u odnosu na one bez NSSI (66,7% vs. 47,3%), nešto manje pacijenata sa

**Tabela 2.** Kliničke varijable značajno povezane sa NSSI, uz kontrolu pola i starosti

Faktori značajno povezani sa NSSI	$\beta$	P
Hipobulija	4,077	0,025
Panični napadi	2,903	0,025
Doživljaj tenzije	2,992	0,049
PHQ-9 prijem	1,299	0,003
PHQ-9 otpust	1,386	0,008
Heteroagresivnost	3,553	0,036
Učestalost korišćenja alkohola	1,546	0,034
Suicidalna ideja	3,295	0,008
Suicidalnost intenzitet	1,621	0,034
Granični poremećaj ličnosti	3,576	0,006

dijagnozom anksioznog poremećaja (13,3% vs. 20,0%) i poremećaja prilagođavanja (4,4% vs. 18,4%), uz sličnu zastupljenost mešovitih poremećaja emocija i ponašanja (15,6% vs. 14,5%), ali opservirane razlike nisu bile statistički značajne ( $\chi^2 = 0,101$ ,  $p = 0,083$ ).

Ostale ispitivane kliničke karakteristike (drugi simptomi, GAF skorovi), nisu bile značajno povezane sa NSSI, uz kontrolu pola i starosti ( $p > 0,05$ ).

Među pacijentima sa NSSI pokušaji suicida javljali su se više kod onih koji su bili zanemareni u detinjstvu, onih kod kojih se zlostavljanje javilo u mlađem uzrastu, onih sa nižim GAF skorom na prijemu, sa kognitivnom usporenošću i sa problemima saradljivosti na prijemu (**tabela 3**).

**Tabela 3.** Značajni korelati pokušaja suicida kod pacijenata sa NSSI

Korelati suicida	Koeficijent korelacije	P
Zanemarivanje	$\phi = 0,327$	0,028
Uzrast zlostavljanja	$r_{pbis} = 0,467$	0,025
Kognitivna usporenost	$\phi = 0,320$	0,032
Nesaradljivost	$\phi = 0,384$	0,010
GAF na prijemu	$r_{pbis} = 0,363$	0,014

Među onima koji su imali suicidalnu ideju (N = 45), nije bilo značajnih razlika u pokušaju suicida između onih koji imaju i onih koji nemaju NSSI (14,8% vs. 16,7%, Fišerov  $p = 1,00$ ).

## Diskusija

Rezultati naše studije ukazuju na priličnu zastupljenost nesuicidalnog samopovređivanja, kao i na njegove izvesne sociodemografske i kliničke specifičnosti u grupi adolescenata sa poremećajima emocija i ponašanja.



Kada su u pitanju polne razlike, u našem istraživanju nesuicidalno samopovređivanje češće je zabeleženo kod devojaka, što je u skladu sa velikim brojem istraživanja i nedavnom metaanalizom, posebno kada se radi o kliničkom uzorku. Pitanje razloga ovakvih polnih razlika još uvek je otvoreno i može da ukaže na to da devojke češće govore o postojećem samopovređivanju u odnosu na muškarce, ali i na polne specifičnosti u mehanizmima emocionalne regulacije (17-19).

Naši rezultati pokazali su češće prisustvo NSSI kod mlađih ispitanika, što je u skladu sa podacima iz longitudinalnih studija koji govore da ova vrsta ponašanja kulminira u srednjoj adolescenciji i opada kroz kasnu adolescenciju (10). U ranom adolescentnom periodu psihofizičke promene uslovljavaju manju toleranciju na emocionalne izazove, manje zrele emocionalne regulacije i veću sklonost ka impulsivnim ponašanjima, koja se može ogledati i kroz neurorazvojnu prizmu – u emocionalno intenzivnim situacijama primećuje se dominacija zrelijeg limbičkog sistema u odnosu na manje zrelo prefrontalni korteks (20).

Nesuicidalno samopovređivanje bilo je zastupljeno kod skoro polovine ispitanika u našem uzorku adolescenata sa emocionalnim poremećajima, lečenih u usloviima parcijalne hospitalizacije. Navedeni nalaz u skladu je sa stopama NSSI koje se u kliničkoj populaciji kreću i do 60% (3). Ovakav rezultat je očekivan s obzirom na to da je najčešća svrha ovakvog ponašanja regulacija, odnosno beg od averzivnih emocionalnih stanja (6) koja predstavljaju osnov poremećaja kao što su depresija, anksiozni poremećaji, depresivne i anksiozne reakcije ili mešoviti poremećaji emocija i ponašanja. Podaci iz literature pokazuju da povezanost NSSI i pojedinačnih dijagnostičkih entiteta u okviru emocionalnih poremećaja uglavnom nije statistički značajna (3), zbog čega se NSSI može smatrati transdijagnostičkim fenomenom. U skladu sa navedenim, ni naše istraživanje nije pokazalo statistički značajnu povezanost pojedinačnih dijagnoza i učestalosti NSSI, iako je u grupi onih sa NSSI bilo nešto više osoba sa depresijom, a manje sa anksioznim poremećajima i poremećajima prilagođavanja nego kod pacijenata bez NSSI.

Bez obzira na to što učestalost NSSI nije bila značajno povezana sa pojedinačnim dijagnostičkim kategorijama u našem istraživanju, dobili smo izvesne specifičnosti pacijenata sa ovim ponašanjem u pogledu kako internalizujućih, tako i eksternalizujućih simptoma. Kada su u pitanju internalizujućih simptoma, ovi pacijenti su imali intenzivnije depresivne simptome na početku i na kraju dnevno-bolničkog lečenja, sa simptomom iz kategorije hipobulija-anhedonija kao depresivnim simptomom karakterističnim za ovu grupu pacijenata. Kod ovih pacijenata češće su bili prisutni i panični napadi i doživljaj tenzije. Podaci ranijih studija potvrđuju vezu internalizujućih simptoma sa NSSI i čak ukazuju na to da ovi simptomi mogu posredovati između emocionalne disregulacije i NSSI (21). Anhedonija se povezuje sa autodestruktivnim fenomenima, najviše sa suicidalnošću, uz kompleksniju i manje jasnu vezu sa NSSI (22), koja bi se mogla objasniti time da odsustvo volje, interesovanja i pozitivnih osećanja vodi stanju utrnulosti i praznine

u kojem samopovređivanje može da predstavlja način generisanja osećanja i fizioloških senzacija (23,24). Panični napadi, kao paroksizmalni oblik anksioznosti i stanje najvišeg uzbuđenja, takođe se povezuju sa samopovređujućim ponašanjem tokom života (25), s obzirom na to da takođe mogu predstavljati jedno od „nepodnošljivih” emocionalnih stanja koja, kod onih sa intolerancijom na distres i neadekvatnom emocionalnom regulacijom, predstavljaju okidač za samopovređivanje. Kada je reč o eksternalizujućim simptomima, kod pacijenata sa samopovređivanjem u našem uzorku češće su bile prisutne heteroagresivne manifestacije i učestalije korišćenje alkohola. Ovo je u skladu sa postojećim podacima o tome da oni koji se samopovređuju mogu biti skloniji i drugim oblicima impulsivnih ponašanja i da brzo i bez mnogo promišljanja donose odluku kako da se oslobode negativnih osećanja (26,27).

Naši rezultati su pokazali da adolescenti koji se samopovređuju češće ispunjavaju kriterijume za granični poremećaj ličnosti u odnosu na one bez samopovređivanja (GPL). To je očekivano, s obzirom na to da jedan od kriterijuma za GPL, prema DSM-IV klasifikaciji, predstavlja rekurentno nesuicidalno ili suicidalno ponašanje. Ipak, kriterijume za GPL u našem istraživanju ispunjavalo je samo nešto više od polovine pacijenata sa NSSI, što je u skladu sa savremenim gledištem da NSSI ne predstavlja samo simptom GPL već se može javljati i van ove dijagnoze, čak i bez jasne dijagnoze psihijatrijskog poremećaja (3). Istraživanja koja su se bavila razlikama između osoba koje imaju samo NSSI i onih koji, pored NSSI, ispunjavaju kriterijume za GPL, pokazala su da nema razlike među grupama u vremenu započinjanja NSSI, njegovoj učestalosti i broju metoda (28).

A kako je nesuicidalno samopovređivanje povezano sa suicidalnošću? Rezultati našeg istraživanja pokazuju da je samopovređivanje značajno povezano sa suicidalnim fenomenima – u grupi pacijenata sa NSSI češće su bile suicidalne ruminacije tokom života, uz teži stepen suicidalnosti (ako suicidalnost posmatramo kao gradaciju od suicidalnih ideja, preko namera, do pokušaja suicida) u odnosu na one bez NSSI. Brojne studije takođe su pokazale da su NSSI i suicidalno ponašanje povezani kako u opštoj, tako i u psihijatrijskoj populaciji adolescenata, kao i da je NSSI snažan prediktor budućih pokušaja suicida (7-10). Ako uzmemo u obzir da osobe koje se samopovređuju nemaju nameru da tim ponašanjem okončaju sebi život, postavlja se pitanje zašto povezanost sa suicidalnošću postoji i da li je naziv nesuicidalno samopovređivanje adekvatan? Postoji nekoliko teorija koje pokušavaju da ovo objasne. Teorija kapije (engl. *The gateway theory*) sugerise da su NSSI i suicidalno ponašanje deo samopovređivačkog ponašanja koje možemo posmatrati kao jedan kontinuum, na čijem jednom kraju je NSSI, a na drugom kompletan suicid. Posmatrajući ovaj kontinuum, NSSI može biti ulazna forma samopovređivanja koja može da dovede do ekstremnijih samopovređivanja (npr. pokušaj suicida) sa sličnim iskustvenim kvalitetima, analogno načinu na koji se marihuana smatra kapijom za upotrebu drugačijih droga. Prema teoriji stečene sposobnosti za suicid (engl. *Joiner's theory of acquired capability of suicide*), NSSI predstavlja

jedan od metoda koji dovode do toga da pojedinac postaje manje osetljiv na bol i strah koji su inače povezani sa samoubilačkim ponašanjem (11). Postoje teorije i o tome da je NSSI vid „morbidne“ samopomoći (29-31) koja bi mogla sprečiti pokušaj suicida. Naši rezultati, međutim, ne govore u prilog navedenom, s obzirom na to da među pacijentima sa suicidalnom ideacijom sa i bez NSSI nije bilo značajnih razlika u pokušajima suicida.

Identifikovali smo i koji su to adolescenti koji zaista pokušavaju da se ubiju među onima koji se samopovređuju. U tu grupu adolescenata spadaju oni koji su zanemareni i koji su bili zlostavljani kao mlađi. Ovo je u skladu sa studijom koja navodi da zanemarene i zlostavljane osobe sa depresivnim ispoljavanjem imaju veći rizik za suicid (32). U prilog ovim rezultatima ide i teorija koja kaže da zlostavljani pacijenti imaju težu kliničku sliku (33,34) i to, pre svega, oni kod kojih je početak zlostavljanja u mlađem uzrastu i da ih karakteriše povećan rizik za suicid i smanjen terapijski odgovor u odnosu na nezlostavljane sa istom dijagnozom (35). Što se tiče kliničke slike pacijenata sa NSSI koji su imali pokušaje suicida, karakterišu ih lošija opšta funkcionalnost, kognitivna usporenost i manja saradljivost u terapijskom kontaktu, što mogu biti ekvivalentni naučene bespomoćnosti koja se povezuje sa suicidalnošću (36).

Naše istraživanje imalo je izvesna ograničenja. Prvo ograničenje odnosi se na retrospektivni dizajn, što omogućava upotrebu već postojećih, bez mogućnosti dobijanja novih, za cilj istraživanja važnih podataka. Zatim, ovakav dizajn ograničava mogućnost kauzalnog zaključivanja koje bi bilo pozdanije u prospektivnom istraživanju. Iako je evaluacija varijabli iz medicinske dokumentacije podrazumevala standardizovane definicije, većina podataka (osim skorova za sve kliničke skale) izražena je binarnim varijablama na osnovu procene ordinirajućih psihijataru, dok bi veću pouzdanost pružila upotreba kontinuiranih varijabli dobijenih iz standardizovanih instrumenata. I na kraju, ovaj uzorak podrazumeva starije adolescente sa poremećajima emocija i ponašanja koji se leče u dnevnoj bolnici, te se nalazi ne mogu generalizovati na fenomen samopovređivanja u drugim subpopulacijama.

## Zaključak

Visok nivo zastupljenosti nesuicidalnog samopovređivanja kod starijih adolescenata sa poremećajima emocija i ponašanja, kao i brojne kliničke karakteristike povezane sa njim, mogu da govore u prilog izdvajanju ovog fenomena kao posebnog dijagnostičkog entiteta. Iako nosi naziv nesuicidalno samopovređivanje, ovaj fenomen je značajno povezan sa suicidalnošću, sa posebnim rizikom od pokušaja suicida za one koji su bili zanemareni u detinjstvu, u mlađem uzrastu bili zlostavljani i koji imaju znake oslabljene funkcionalnosti i saradljivosti. Osim značaja za adekvatnije razumevanje samopovređivanja kao fenomena koji i dalje predstavlja izazov u adolescentnoj psihijatriji, navedeni podaci mogu biti i od praktičnog značaja u smislu usmeravanja preventivnih koraka kada su u pitanju autodestruktivni rizici.

## Literatura

1. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychol Med.* 2007; 37(8):1183-1192.
2. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: A review of the empirical literature. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2015; 9:31.
3. Bentley KH, Cassiello-Robbins CF, Vittorio L, Sauer-Zavala S, Barlow DH. The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2015; 37:72-88.
4. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Fourth edition. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1994.
5. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* Fifth edition. Arlington, TX: American Psychiatric Publishing; 2013.
6. Klonsky ED, Victor ES, Saffer YB. Nonsuicidal self-injury: What we know and what we need to know. *Can J Psychiatry.* 2014; 59(11): 565-568.
7. Andover MS, Gibb BE. Non-suicidal self-injury, attempted suicide, and suicidal intent among psychiatric inpatients. *Psychiatry Res.* 2010; 178(1):101-105.
8. Victor SE, Styer D, Washburn JJ. Characteristics of nonsuicidal self-injury associated with suicidal ideation: evidence from a clinical sample of youth. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2015; 9:20.
9. Guan K, Fox RK, Prinstein JM. Nonsuicidal self-injury as a time-invariant predictor of adolescent suicide ideation and attempts in a diverse community sample. *J Consult Clin Psychol.* 2012; 80(5): 842-849.
10. Dhingra K, Ali P. Non-suicidal self-injury: clinical presentation, assessment and management. *Nursing standard.* 2016; 31(5):42-49.
11. Grandclerc S, De Labrousse D, Spodenkiewicz M, Lachal J, Moro MR. Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: A systematic review. *PloS One.* 2016; 11(4):e0153760.
12. Brown CR, Plener LP. Non-suicidal self-injury in adolescence. *Curr Psychiatry Rep.* 2017; 19(3):20.
13. Pejović-Milovančević M, Minčić T, Kalanj D (ured.); Alimpijević Đ, Vidojević O, Vidosavljević M, Đorđević M, Kalanj D, Lakić A et al. Priručnik za primenu Posebnog protokola sistema zdravstvene zaštite za zaštitu dece od zlostavljanja i zanemarivanja. Beograd: Institut za mentalno zdravlje; 2012.
14. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960; 23:56-62.
15. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959; 32:50-55.
16. Kroenke K, Spitzer IS. The PHQ-9: A new depression and severity measure. *Psychiatric Annals.* 2002; 32(9):509-515.
17. Bresin K, Schoenleber M. Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2015; 38:55-64.
18. Sornberger MJ, Heath NL, Toste JR, McLouth R. Nonsuicidal self-injury and gender: patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents. *Suicide Life Threat Behav.* 2012; 42(3):266-278.
19. Hoeksema-Nolen S, Aldao A. Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and individual differences.* 2011; 51(6):704-708.
20. Pejović-Milovančević M, Krgović I, Mitković-Vončina M. Adolescentni mozak – promene i izazovi razvoja. *Med Podml.* 2017; 68(2):8-13.
21. Kranzler A, Fehling KB, Anestis MD, Selby EA. Emotional dysregulation, internalizing symptoms, and self-injurious and suicidal behavior: Structural equation modeling analysis. *Death Stud.* 2016; 40(6):358-366.

22. Zielinski MJ, Veilleux JC, Winer ES, Nadorff MR. A short-term longitudinal examination of the relation between depression, anhedonia, and self-injurious thoughts and behaviors in adults with a history of self-injury. *Compr Psychiatry*. 2017; 73:187-195.
23. Kleindienst N, Bohus M, Ludascher P et al. Motives for non-suicidal self-injury among women with borderline personality disorder. *J Nerv Ment Dis*. 2008; 196:230-236.
24. Smith NB, Kouros CD, Meuret ARE. The role of trauma symptoms in nonsuicidal self-injury. *Trauma Violence Abuse*. 2014; 15:41-56.
25. Zielinski MJ, Hill MA, Veilleux JC. Is the first cut really the deepest? Frequency and recency of nonsuicidal self-injury in relation to psychopathology and dysregulation. *Psychiatry Res*. 2018; 259:392-397.
26. Glenn CR, Klonsky ED. A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personal Disord*. 2010; 1(1): 67-75.
27. Lockwood J, Daley D, Townsend E, Sayal K. Impulsivity and self-harm in adolescence: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017; 26(4):387-402.
28. Bracken-Minor KL, McDevitt-Murphy ME. Differences in features of non-suicidal self-injury according to borderline personality disorder screening status. *Arch Suicide Res*. 2014; 18(1): 88-103.
29. Nixon MK, Cloutier PF, Aggarwal S. Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002; 41(11):1333-41.
30. Favazza AR. Self-injurious behavior in college students. *Pediatrics*. 2006; 117(6):2283-4.
31. Peterson J, Freedenthal S, Sheldon C, Andersen R. Nonsuicidal self injury in adolescents. *Psychiatry (Edgemont)*. 2008; 5(11):20-26.
32. Yildirim F, Küçüköncü S, Beştepe EE, Yildirim MS. The relationship of childhood abuse and neglect with suicide attempts in an adult unipolar depression sample. *Noro Psikiyatr Ars*. 2014; 51(2):133-140.
33. Mitković-Vončina M, Pejović Milovančević M, Mandić Maravić V, Lečić Toševski D. Timeline of intergenerational child maltreatment: the mind-brain-body interplay. *Curr Psychiatry Rep*. 2017; 19:50.
34. Mitković-Vončina M, Leštarević S, Pejović-Milovančević M, Radosavljev-Kirćanski J, Kalanj M, Lečić Toševski D. Child maltreatment predicting more severe psychiatric and biological phenotype among adolescent patients with depressive symptoms. Programme of the 31st ECNP eCongress, Barcelona, 6-9 October, 2018: P573.
35. Teicher MH, Samson JA. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *Am J Psychiatry*. 2013; 170(10):1114-33.
36. Gibb BE, Alloy LB, Abramson LY, Rose DT, Whitehouse WG, Hogan ME. Childhood maltreatment and college students current suicidal ideation: a test of the hopelessness theory. *Suicide Life Threat Behav*. 2001; 31(4):405-15.