

PSIHOTERAPIJSKE METODE U LIJEČENJU SAMOOZLJEĐIVANJA

Šimić, Luka

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Medicine / Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:886836>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-31**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET
INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI
SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Luka Šimić

PSIHOTERAPIJSKE METODE U LIJEČENJU SAMOOZLJEĐIVANJA

Diplomski rad

Rijeka, 2021.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
MEDICINSKI FAKULTET
INTEGRIRANI PREDDIPLOMSKI I DIPLOMSKI
SVEUČILIŠNI STUDIJ MEDICINE

Luka Šimić

PSIHOTERAPIJSKE METODE U LIJEČENJU SAMOOZLJEĐIVANJA

Diplomski rad

Rijeka, 2021.

Mentor rada: Doc. dr. sc. Ana Kaštelan

Diplomski rad ocjenjen je dana _____ u/na _____,
pred povjerenstvom u sastavu:

1. Izv. prof. dr. sc. Mirjana Graovac
2. Izv. prof. dr. sc. Ika Rončević Gržeta
3. Doc. prim. dr. sc. Daniela Petrić

Rad sadrži __39__ stranica, __0__ slika, __0__ tablica, __44__ literaturnih
navoda.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
1.1. Psihoterapija.....	2
1.1.1. Psihodinamske ili analitičke psihoterapije.....	3
1.1.2. Kognitivno-bihevioralna terapija.....	4
1.1.3. Humanističko-fenomenološke psihoterapije.....	6
1.2.Samoozljeđivanje.....	7
1.2.1. Definicija i kliničke značajke.....	7
1.2.2. Epidemiologija samoozljeđivanja.....	9
1.2.3. Etiologija samoozljeđivanja.....	10
1.2.4. Liječenje samoozljeđivanja.....	12
2. SVRHA RADA.....	14
3. PREGLED LITERATURE NA ZADANU TEMU.....	15
3.1. Dijalektičko-bihevioralna terapija.....	15
3.2. Grupna terapija za regulaciju emocija.....	17
3.3. Kognitivna terapija po priručniku.....	19
3.4. Psihoterapija fokusirana na transfer.....	21
3.5. Dinamska dekonstrukcijska psihoterapija.....	22
3.6. Glasovno-ekspresivna terapija.....	24
4. RASPRAVA.....	26
5. ZAKLJUČCI.....	30
6. SAŽETAK.....	31

7. SUMMARY.....	32
8. IZVORI.....	33
9. ŽIVOTOPIS.....	39

1. UVOD

Samoozljeđivanje je pojam koji se odnosi na namjerno, samostalno nanošenje ozljeda koje izaziva trenutano uništavanje tjelesnog tkiva (1). Najčešći oblici samoozljeđivanja su rezanje i grebanje kože. U stručnoj literaturi koristi se više od tridesetak naziva za ovaj simptom. Najčešće se koriste izrazi: automutilacija, parasuicidalno ponašanje, self-ranjavanje (self-injury), samorezanje (self-cutting, self-harm). Samoozljeđivanje je često kronična simptom koji se teško liječi. Pacijentovo samoozljeđivanje kod okoline izaziva strah, brigu, nerazumijevanje, nesigurnost, udaljavanje, bespomoćnost, ljutnju i bijes (2). Samoozljeđivanje je najčešće u adolescenciji i zbog toga je pretežno područje interesa i prakse dječjih i adolescentnih psihijatara, psihologa, socijalnih radnika i nastavnika. Također, samoozljeđivanje predstavlja veliku brigu i odgovornost roditelja i obitelji osobe koja se samoozljeđuje (3).

S obzirom na razlike u definiranju samoozljeđivanja i podaci o prevalenciji značajno variraju. Procjenjuje se da je učestalost u općoj populaciji školaraca oko 11 %, a na uzorku adolescenata oko 17-18 % (4). Tijek liječenja i prognoza ovise o komorbiditetu sa ostalim psihičkim poremećajima, najčešće su to poremećaji raspoloženja i poremećaji ličnosti. Kod većine pacijenata samoozljeđivanje prestaje do tridesete godine (2).

Stručnjaci su suglasni da su psihoterapijske metode liječenja ključne u liječenju samoozljeđivanja (2). Svrha ovog rada je dati kratki pregled psihoterapijskih metoda korištenih u liječenju samoozljeđivanja, i prikaz istraživanja o učincima tih metoda.

1.1. Psihoterapija

Psihoterapija u širem kontekstu je oblik terapije u kojoj pronalazimo vješte i ciljane terapijske procese pomoću kojih se pacijentovi osjećaji, razmišljanja i ponašanja modificiraju u cilju povećanja funkcionalnosti i prilagodljivosti u uobičajenim životnim situacijama. Psihoterapiju mogu provoditi psiholozi, psihijatri, liječnici, socijalni radnici, no i osobe drugih zanimanja humanističkog usmjerenja. Psihoterapeuti su osobe koje su posebno educirane za određenu psihoterapijsku školu ili tehniku. Psihoterapijom se mogu liječiti djeca, adolescenti i odrasli. S obzirom na broj uključenih pacijenata ili klijenata, mogu se provoditi individualne, grupne, obiteljske i psihoterapije para (npr. bračnog para ili para roditelj-dijete). Psihoterapijske tehnike su se pokazale kao efikasne i troškovno prihvatljive metode u liječenju širokog spektra psihijatrijskih poremećaja. Širom svijeta uočava se porast broja psihijatrijskih poremećaja koji se pojavljuju samostalno ili u komorbiditetu uz ostale tjelesne bolesti. To je dovelo do povećane potrebe za istraživanjem novih psihoterapijskih metoda koje će odgovoriti na novonastale probleme (5). Iako postoje na stotine različitih psihoterapijskih pravaca i tehnika koje konceptualiziraju i liječe problem na različite načine, sve su uglavnom varijacije tri osnovne paradigme: psihodinamske (psihoanalitičke), kognitivno-bihevioralne i humanističko-fenomenološke (6).

1.1.1. Psihodinamske ili analitičke psihoterapije

Brojne psihodinamske ili analitičke psihoterapijske tehnike ili škole temelje se na osnovnim postavkama psihoanalize. Psihoanaliza, kao teorija i psihoterapijska tehnika, začeta je na prijelazu

19. u 20. stoljeće, u Beču. Otac psihoanalize je Sigmund Freud, liječnik koji je svoja istraživanja započeo liječenjem pseudoneuroloških simptoma. Svoju tehniku temeljio je na otkivanju sadržaja iz nesvjesnog dijela naše ličnosti, posebice na skrivenim nedozvoljenim nagonima i porivima koje psiha „pretvara“ u simptome. Prevođenje nesvjesnog u svjesno osnova je svih psihodinamskih tehnika. Uz navedeno, ključna je prorada prijenosa (transfera). Transfer je nesvjesno premještanje osjećaja, fantazija, poriva ili želja koji su u prošlosti bili usmjereni na važne osobe (najčešće su to roditelji) a sada se ti osjećaji prenose na terapeuta. Sve više važnosti se pridaje i protuprijenosu ili kontratransferu – to su pretežno nesvjesni osjećaji terapeuta prema pacijentu. Psihodinamske psihoterapije imaju za krajnji cilj ne samo oslobađanje od simptoma, već rad na ličnosti (rekonstrukcija). S obzirom na cilj, ovakvo liječenje obično traje nekoliko godina. Još od dvadesetih godina 20. stoljeća psihoanalitička teorija i praksa koriste se i u psihoterapiji djece. Psihoanalitičke tehnike su teže za provođenje u djece i adolescenta zbog niza razloga. Osnovni je problem nezrelost ego. Ego je izvršni organ psihe prema Freudovom strukturalnom modelu psihe, zadužen je za adaptaciju na stvarnost i održavanje unutrašnje psihološke homeostaze. Nezreli dječji i adolescentski ego, snaga i osciliranje njihovih osjećaja, teško podnošenje frustracije, drugačija percepcija okoline i stvarnosti, elementi egocentrizma u kogniciji – sve to traži od terapeuta da prilagodi psihoanalitičku tehniku. U djece i adolescenata često ne postoji potreba za liječenjem i motivacija za izlječenjem, najčešće ih dovode roditelji ili upućuje škola, a to također otežava psihoterapijski rad (7). Stoga je terapeut puno aktivniji u svom radu sa djecom i adolescentima, dostupniji je, a sam odnos doimlje se „stvarnijim“ (8).

Klasična psihoanaliza je isključivo individualna psihoterapija, no psihoanalitička načela primjenjuju se i u grupnoj psihoterapiji, najpoznatiji je pravac grupna analiza. Analiza nesvjesnog i prijenosa može biti osnova i art-terapije, psihodrame ili obiteljske terapije.

1.1.2. Kognitivno-bihevioralna psihoterapija

Kognitivno-bihevioralna psihoterapija je zajednički naziv za sve oblike tehnika i metoda iz kognitivne i bihevioralne terapije. Kognitivna terapija primarno djeluje na kogniciju (razmišljanje) što u konačnici ima za posljedicu i promjenu u ponašanju. Bihevioralna terapija primarno djeluje na ponašanje a zatim posljedično i na kogniciju. Začetnik kognitivne terapije jest A. T. Beck, koji je istraživao načine na koje ljudi iskrivljavaju doživljeno i opaženo. Svaka osoba prima i obrađuje podatke iz okoline na jedinstven način. Prema percipiranim podacima, određivanjem važnosti i značenja tih podataka, osoba prilagođava svoje ponašanje. Stoga, sam događaj nema objektivno značenje, nego uvijek subjektivno – ovisno o vlastitoj kognitivnoj aktivnosti onoga koji doživljava. Svaka osoba ima specifičan način gledanja sebe i svijeta oko sebe, to je njen kognitivni filter kroz koji percipira sve što joj se događa. Taj filter nazivamo kognitivna shema. Smatra se da najvažniju ulogu u nastanku psihičkih tegoba imaju temeljna vjerovanja, negativne automatske misli i kognitivne distorzije. Temeljna vjerovanja su vjerovanja o sebi, drugima i svijetu oko nas, a nastaju rano u djetinjstvu. Automatske misli su kratke, evaluacijske misli koje se same nameću. One prate sva naša iskustva. Ukoliko su to negativne automatske misli, mogu rezultirati psihičkim smetnjama. Kognitivna iskrivljenja ili distorzije su „greške“ u razmišljanju koje utječu na sve naše doživljaje i odnose. Primjeri su pretjerana generalizacija, razmišljanje tipa „sve ili ništa“, preuveličavanje, umanjivanje. Promjene u ponašanju mogu se postići kroz kognitivne promjene, putem korekcije misli i učenjem novih stavova i vjerovanja (9).

Osnovna pretpostavka bihevioralne paradigme jest da sva su ponašanja naučena. Još od ranog djetinjstva, potkrepljenje koje dijete dobiva od okoline odredit će način na koji će se ponašati u

društvu. Bihevioralna terapija tumači da je svako neprilagođeno ili štetno ponašanje rezultat učenja iz okoline. Svako naučeno ponašanje može se zamijeniti drugim, primjerenijim. Anksioznost, depresivnost i druge psihičke smetnje su također naučene. U klasičnom uvjetovanju se podražaj koji prirodno izaziva neku reakciju uparuje s podražajem koji tu reakciju ne izaziva. U operantnom ili instrumentalnom uvjetovanju se stvara veza između ponašanja i posljedica ponašanja: potkrepljenja (pozitivna ili negativna), kazne i izostanka reakcije. Ponašanja neposredno praćena ugodom i/ili prestankom neugode pokazuju tendenciju ponavljanja. Ponašanja neposredno praćena neugodom se izbjegavaju, a ponašanja na koja okolina ne reagira nestaju. Modeliranje je učenje promatranjem drugih osoba. Najčešće korištene bihevioralne tehnike su sustavna desenzibilizacija, skretanje pažnje, pozitivno potkrepljenje, modeliranje, averzivna terapija, neurobiofeedback. Metode se često i kombiniraju (9).

Od novijih bihevioralnih terapija valja izdvojiti dijalektičko-bihevioralnu terapiju. Dijalektika podrazumijeva integraciju dvaju suprotnih pojmova: prihvaćanja i promjene. Prihvaća se sve što nam život donosi, a promijeniti se mogu samo vlastiti doživljaji i ponašanje. Ova tehnika se preporučuje u terapiji samoozljeđivanja i graničnog poremećaja ličnosti (9).

1.1.3. Humanističko-fenomenološke psihoterapije

Humanističko-fenomenološke psihoterapije obuhvaćaju pravce koje se bave ljudskim okruženjem i poticajnom okolinom kao vrsta pomoći pacijentu. Najpoznatiji pravci humanističko-fenomenoloških psihoterapija su: Rogersova na osobu usmjerena terapija, Gestalt terapija, egzistencijalistička terapija. Na osobu usmjerenu terapiju utemeljuje Carl Rogers u pedesetim godinama dvadesetog stoljeća. Rogers na temelju hijerarhije potreba (Abraham Maslowa, 1959.) zaključuje da je vrlo važno za pozitivan razvoj pojedinca da je okolina puna prihvaćanja, otvorenosti i empatije. Ukoliko to izostane, razvoj zdrave osobnosti nije moguć. Rogers odbacuje deterministički stav psihoanalize i bihevioralizma (10).

Osnivanjem instituta za Gestalt terapiju 1952. godine u New Yorku Fritz Perls, Paul Goodman i Laura Perls započinju novi pravac. Gestalt terapija jest terapija usmjerena na sadašnjost. U sklopu ove terapije pacijenta se navodi da postane što više svjestan sebe i svoje okoline. Ovom terapijom nastoji se smanjiti potreba traženja podrške od okoline a promovira se samopodrška (10).

Egzistencijalistička terapija temelji se na filozofskom pravcu. Egzistencijalizam podrazumjeva proces traženja vrijednosti i smisla života. Glavni predstavnici ovog pravca su: Viktor Frankl, Rollo May, James Bugental (10).

1.2. Samoozljeđivanje

1.2.1. Definicija i kliničke značajke

Samoozljeđivanje bez suicidalnih intencija je definirano kao namjerno samostalno nanošenje ozljeda na vlastitom tijelu (1). Ova definicija isključuje slučajne ozljede i indirektna nanošenja štete tijelu (na primjer uživanje droga ili poremećaji prehrane), suicidalna ponašanja, ili socijalno prihvatljiva ponašanja (tetoviranje, *piercing* ili religijski rituali). Najčešće metode samoozljeđivanja su rezanje, grebanje, udaranje, rezbarenje ili struganje površine tijela (1). Izraz *non-suicidal self-injury* (NSSI) samoozljeđujuće ponašanje definira kao svojevóljno, direktno oštećenje tijela bez suicidalne namjere. Međutim, u kliničkoj praksi često postoje i suicidalna promišljanja i želje ili nejasna želja za smrću. Ključna razlika između samoozljeđivanja i suicidalnosti je u samoj namjeri. Osobe koje su suicidalne proživljavaju značajnu, čak i nepodnošljivu patnju te je suicid u njihovim očima jedini mogući izlaz iz takve situacije. Pokušaji suicida najčešće su povezani sa osjećajima očaja, beznađa, beznačajnosti i bezvrijednosti. U suprotnosti tomu, osobe koje se namjerno ozljeđuju najčešće to rade kako bi se lakše nosili sa svojim osjećajima i okolinskim stresorima. Bez obzira na definicije, svako samoozljeđivanje treba shvatiti kao prediktor suicidalnosti (2).

Samoozljeđivanje se prema Međunarodnoj klasifikaciji bolesti (MKB-10) nalazi pod šiframa X70-X84 što označava razne načine i sredstva samoozljeđivanja; šifra Y87 označava posljedice namjernog samoozljeđivanja; šifra Z91.5 označuje samoozljeđivanje u osobnoj anamnezi (11).

Najveći dio pacijenata predstavljaju adolescenti. Kod njih su najčešće prisutna rezanja, grebanja, udaranja, paljenja kože i namjerno usporavanje cijeljenja rana (ponavljanim manipulacijama po rani). Najčešće stradaju podlaktice i zapešća, potom ostatak ruke, potkoljenice i stopala, natkoljenice i koljena, prsti i područje trbuha (2). Pacijenti obično kažu da su prije samoozljeđivanja osjećali jaku napetost. Porastu tenzije je obično prethodio interpersonalni konflikt. Konflikt se najčešće doživi narcistička povreda (izaziva osjećaj bezvrijednosti, osoba se osjeća poništeno), a to aktivira osjećaje ljutnje, bijesa, straha, bespomoćnosti, beznada i očaja. Negativni osjećaji ne mogu se (ne znaju se) prikladno proraditi. Prezir i okrivljavanje drugih, pretvara se u prezir prema sebi i samookrivljavanje. Intenzivni osjećaji mogu pokrenuti obrambeni mehanizam disocijacije (razdvajanja) tjelesnog i psihičkog. Takvo stanje olakšava samoozljeđivanje. Pacijenti često opisuju osjećaj praznine, analgije (ne osjeća se bol), depersonalizaciju, derealizaciju (disocijativni fenomeni koji podrazumijevaju promjenu u percepciji sebe ili okoline, navedeno postaje nestvarno ili čudno), samootuđenje. Self se privremeno rascijepi (na percipirani i iskustveni) čime se prevenira dublja fragmentacija selfa i psihotično stanje. Kao rezultat samoozljeđivanja pacijenti opisuju olakšanje, „povratak“ u svoje tijelo. Osjećaj depersonalizacije je prekinut, napetost je nestala (2).

Preko 80% adolescenata koji se samoozljeđuju zadovoljavaju kriterije za dijagnozu depresivne epizode ili distimije (perzistentno sniženo raspoloženje), a čak oko 60 % tih adolescenata zadovoljavaju kriterije za dijagnozu poremećaja ponašanja uz zlouporabu psihoaktivnih tvari. Kod odraslih pacijenata pronađena je povezanost samoozljeđivanja i poremećaja ličnosti, najčešće graničnog (borderline). U djece i adolescenata posebno je opasna pojava tzv. sugestibilnog

samoozljeđivanja kada samoozljeđivanje jedne osobe potakne druge na istu radnju. Ova je pojava posebno uočljiva na bolničkim psihijatrijskim odjelima za adolescente (2).

Samoozljeđivanje se može podijeliti na: teško, stereotipno i superficijalno ili umjereno. Superficijalni tip prevladava kod adolescenata, primjer su kompulzije (prisilne radnje) u trihotilomaniji, epizodično rezanje ili paljenje kože. Teško samoozljeđivanje obično se javlja u psihotičnom procesu, a stereotipno u sklopu Touretteovog sindroma, kod djece sa intelektualnim teškoćama ili pervazivnim razvojnim smetnjama (autistični spektar poremećaja) (2).

Kod samoozljeđivanja kliničar mora procijeniti direktnost, letalnost i repetitivnost. Direktnost podrazumijeva svjesnu namjeru u kojoj postoji svijest o štetnosti samoozljeđivanja. Letalnost podrazumijeva rizik od smrtnog ishoda zbog samoozljeđivanja. Repetitivnost podrazumijeva procjenu koliko je učestalo samoozljeđivanje (2). Samoozljeđivanje se može shvatiti kao manifestacija disregulacije afekata ili emocija, kao maladaptivna interpersonalna komunikacija (npr. traženje pažnje), ili kao posljedica manjka stimulacije od okoline (npr. osobe s intelektualnim teškoćama, zanamarena i zapuštena djeca, zatvorenici). Konačano, samoozljeđivanje se može shvatiti i kao način preživljavanja, izraz volje da se nadvladaju teška emotivna stanja i da se preživi (2).

1.2.2. Epidemiologija samoozljeđivanja

Prvo istraživanje o pojavnosti samoozljeđivanja provedeno je i objavljeno 2002. godine u Sjedinjenim Američkim Državama, ustanovljena je pojavnost samoozljeđivanja od 14% na uzorku

od 440 učenika, nasumično izabranih iz dvije škole (12). Posljednjih petnaestak godina istraživanja u raznim zemljama Europe i Ausatralije pokazuju učestalost samooljeđivanja od oko 15% (1). Važno je napomenuti da postoje značajne metodološke razlike u istraživanjima i razlike u definiranju samoozljeđivanja. U dva nezavisna sistematska pregleda objavljenih istraživanja zaključuje se da prosječno 17-18% adolescenata ima barem jednu epizodu samoozljeđivanja u anamnezi (13). U istraživanjima na uzorku adolescenata koji se liječe psihijatrijski utvrđena je pojavnost od gotovo 60% pacijenata sa barem jednom epizodom samoozljeđivanja, te do 50% sa ponavljajućim epizodama samoozljeđivanja (14).

1.2.3. Etiologija samoozljeđivanja

Kao i kod većine psihijatrijskih smetnji, vjerojatna je multifaktorijalna etiologija samoozljeđivanja. Od bioloških čimbenika ističe se disfunkcija serotoninergičkog sustava što se povezuje s impulzivnošću. Sugerirana je i uloga dopaminergičkog i opioidnog sustava (endorfinska hipoteza ovisnosti) (2).

Postoje razne teorije zašto dolazi do samoozljeđivanja. Teorija distrakcije navodi kako je samoozljeđivanje prijenos psihičke boli na tjelesnu bol. Jedna teorija govori kako samoozljeđivanje dovodi do otpuštanja endogenih opioida dovodeći tako do analgezijskog efekta. Koncept samo-verifikacije donosi teoriju kako je samoozljeđivanje način komuniciranja svoje loše slike o sebi sa svijetom. Uvažavajući sve teorije, samoozljeđivanje je heterogeni fenomen sa kompleksnim unutarnjim i vanjskim etiološkim čimbenicima (2).

Samoozljeđivanje je višestruko paradoksalan fenomen. Istovremeno može predstavljati potpunu bespomoćnost i demonstraciju vlastite moći. Isto tako, iako je to agresivno ponašanje, od okoline zahtijeva pažnju i nježnost. Ovaj paradoks i podvojenost odražava adolescentov doživljaj samoga sebe (*selfa*) (2).

Značajan je i utjecaj različitih psihosocijalnih čimbenika, neki od njih su: smanjenje emocionalnog odgovora, psihičku bolest majke, nesiguran tip privrženosti, razvojni zastoje, emocionalno zanemarivanje, obiteljski sukobi, rastava roditelja, emocionalno, fizičko i seksualno zlostavljanje (2). Socijalni čimbenici izuzetno su važni u razvitku samog poremećaja u pojedinca. U longitudinalnom istraživanju provedenom kroz 2.5 godine pokazano je da su disfunkcionalni interpersonalni odnosi veliki rizični faktor za razvijanje poremećaja samoozljeđivanja (15). U drugom istraživanju ustanovljena je povezanost između vršnjačkog zlostavljanja u djetinjstvu i ranoj adolescenciji s kasnijim samoozljeđivanjem (16). Samoozljeđivanje je u 16 različitih istraživanja povezano sa socijalnom zarazom (17). Socijalna zaraza označava pojam prenošenja emocija sa jedne osobe na drugu. Od analiziranih 16 istraživanja pet ih je provedeno prije više od 20 godina i ta su imala značajne metodološke propuste. Rezultati usporednog analiziranja navedenih istraživanja pokazuju da je prva epizoda samoozljeđivanja često povezana sa socijalnom zarazom, na primjer izloženost samoozljeđivanju putem medija i interneta, dok je nastavljanje i ponavljajuće epizode samoozljeđivanja povezano sa unutarnjim inter- i intrapersonalnim odnosima i funkcijama (17).

1.2.4. Liječenje samoozljeđivanja

Prva stepenica u liječenju su akutne ili krizne intervencije. Treba razmotriti kirurško liječenje otvorenih rana, uz provjeru zaštite od tetanusa. Nužno je razmotriti mogućnost hospitalizacije za adolescente jer su često nesuradljivi u liječenju. Ukoliko se utvrdi i suicidalnost, terapijski pristup se određuje prema tom simptomu (2). Samoozljeđivanje je često kronična pojava koja se teško liječi. Stručnjaci su suglasni da je u liječenju u većini slučajeva naglasak na psihoterapiji. Preduvjet za psihoterapiju je terapijski okvir (*setting*), klima sigurnosti i empatije (2). Jedna od najčešće preporučivanih metoda je dijelektičko-biheviornalna terapija (18). Grupna terapija za regulaciju emocija ima za cilj razvoj i pobuđivanje osjećaja kontrole i prihvaćanja u pojedincu putem razvijanja strategija za pronalaženje važnih ciljeva i osobnih vrijednosti u pojedinog pacijenta (19). Kognitivna terapija po priručniku je standardizirana procedura usmjerena na rješavanje konkretnog problema; uključuje individualnu terapiju te biblioterapiju (20). Glasovno-ekspresivna terapija je psihoterapija kojom se pokušava smanjiti emotivna podijeljenost (*splitting, engl.*) i kroz to povećati shvaćanje i prihvaćanje samoga sebe i samopouzdanje. Ova vrsta psihoterapije koristi se pjevanjem, sviranjem, pismenim izražavanjem, masažama, pokretima i dramskim izražajima (21). Psihoterapija fokusirana na transfer je psihodinamska individualna terapija. Analizom transfera u odnosu i sa terapeutom i sa okolinom pokušava se postići uvid i promjena u samopercepciji pacijenta (22). Dinamsko dekonstrukcijska terapija je također psihodinamski orijentirana terapija za pacijente sa graničnim poremećajima ličnosti. U individualnim tretmanima radi se na povećanju kapaciteta izražavanja afektivnih stanja unutar interpersonalnih odnosa i na izražavanju emocija na primjereniji način (23).

Od farmakoterapije često se koriste selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS) kod kojih treba biti oprezan jer je moguće i pogoršanje simptoma. Postoji preporuka da je lijek izbora fluoksetin, a potom ostali SIPPS-i. Koriste se i lijekovi drugih skupina. Općenito je medikamentna terapija primjenjena kao jedina metoda, nedostatnog učinka (2). Dosadašnja istraživanja podržavaju upotrebu SIPPS-a (fluoksetina), naltreksona, atipičnih antipsihotika (ziprazidona), stabilizatora raspoloženja i klonidina u liječenju samoozljeđivanja. Postoje izvješća da su učinkoviti i venlafaksin (selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina ili dualni antidepresiv) i bupernorfin (opioid) (2013 24). Multimodalne ili integrativne terapije koriste i psihoterapiju i farmakoterapiju.

2. SVRHA RADA

Glavna svrha ovog rada jest dati prikaz psihoterapijskih metoda koje se koriste u liječenju samoozljeđivanja, uz pregled istraživanja o učinkovitosti tih metoda. Svrha pregleda je potvrditi stručno mišljenje da su psihoterapijske metode učinkovite u liječenju samoozljeđivanja.

3. PREGLED LITERATURE

3.1. Dijalektičko-bihevioralna terapija

Dijalektičko-bihevioralna terapija (*Dialectical behavioural therapy*, engl., DBT) razvila se sedamdesetih i osamdesetih godina 20. stoljeća, iz pokušaja uvođenja standardiziranja bihevioralnih terapija visoko rizičnih suicidalnih osoba. Nastala je metodom pokušaja i promašaja tijekom kliničkog rada sa pacijentima. Fokus dijalektičko-bihevioralne terapije bio je stav “život vrijedan življenja” (25). Prva provedena klinička istraživanja su bila fokusirana na liječenje pacijenata s kroničnom suicidalnosti u komorbiditetu sa graničnim poremećajem ličnosti. U početku su terapije bile bazirane na učenje pacijenta kako riješavati probleme. Zbog niske suradnje, agresivnog i hostilnog stava pacijenata, terapeuti su pomakli fokus sa rješavanja problema na gradnju odnosa u atmosferi topline i prihvaćanja. Pacijenti nisu uočavali veću dobrobit od takve terapije. Iako je dijalektičko-bihevioralna metoda ukorijenjena u bihevioralizmu terapeuti su brzo shvatili kako će morati unijeti neke promjene što je dovelo do razvoja današnje metode (25).

Dijalektičko-bihevioralna terapija temelji se na teoriji disocijalnih disregulacija emocija. Sama disregulacija emocija u slučaju graničnih poremećaja osobnosti najčešće nastaje kao posljedica opetovanih prijenosa tijekom dječjeg razvoja između ranjivosti same biološke prirode djeteta i obeshrabrujuće okoline. Budući da je problem opetovanog samoozljeđivanja čest u ljudi s dijagnosticiranim graničnim poremećajima osobnosti, ova metoda postala je sve uvaženija u sprečavanju i liječenju kroničnih samoozljeđivanja. Pojam dijalektičko odnosi se na filozofiji

koncepta stvarnosti i neprestajućeg dijaloga i odnosa. U ovoj metodi najčešće je naglašena ravnoteža između prihvaćanja i promjene. Temeljne strategije podrazumjevaju intervencije bazirane na promjenama kao što su mijenjanje nošenja sa nepredvidljivim situacijama, kognitivno restrukturiranje i intervencije s naglaskom na prihvaćanje uključujući vježbanje pažljivosti (26). U samoj teoriji navodi se da je obrazac ponašanja, u pacijenata koji se samoozljeđuju, ovom metodom liječenja znatno smanjen te nerijetko i eliminiran. Takav ishod rezultat je širokog broja faktora kao što su usvajanje novih vještina te prihvaćanje životnih uobičajenih poteškoća s kojima se pacijent teško nosi. U ovoj metodi najveću važnost pridodaje se odgovorima na nepodnošljive emocije patnje (27). Odgovori na takve emocije u ovih pacijenta najčešće su samoozljeđivanje. Iako su radnje samoozljeđivanja disfunkcionalne one vrlo moćno reguliraju emocije. Takve radnje vrlo snažno smanjuju emotivnu napetost i dovode do instantnog olakšanja od patnje (28). Također, takve radnje mogu potaknuti i neke socijalne posljedice kao što su povećana pažnja i pomoć okoline ili dovesti do hospitalizacije. Dijalektična-biheviorna terapija nastoji promijeniti škodljive i disfunkcionalne uzorke u emotivnim regulacijama pacijenata. Ovom metodom uspješno se postiže i kontrola impulsa, poboljšava odnos sa okolinom i samim sobom, dovodi do prihvaćanja vlastitog identiteta jednako kao i poboljšanja interpersonalnih odnosa (29).

U preglednom radu i metaanalizi Panosa i suradnika (2013.) prikazana su tri glavna rada o učinkovitosti dijalektično-biheviornale metode: Koons i sur. (2001.); Linehan i sur. (1991); Turner (2000.) (30). U Koonsovom istraživanju dvadeset žena vojnih veterana s graničnim poremećajem ličnosti nasumično su podjeljene na do tada uobičajenu terapiju i na dijalektičko-biheviornu terapiju. Testirane su obavljene prije terapije, nakon tri i šest mjeseci od početka terapije. Pokazalo se da između trećeg i šetog mjeseca u žena koje su bile na dijalektičko-biheviornoj terapiji

učestalost samoozljeđivanja pada sa pedeset na deset posto. U Linehanovu istraživanju dvadeset dva pacijenta su liječeni dijalektičko-bihevioralnom terapijom, a dvadeset dva su liječena uobičajenom metodom. Terapije su trajale godinu dana a kontrolna mjerenja su se obavljala svaka četiri mjeseca. Rezultati pokazuju smanjenje od 63.5% u učestalosti parasuicidalnih ponašanja. U Turnerovu jednogodišnjem istraživanju na dvadeset i četiri pacijenta pokazano je u mjerenjima nakon šest i dvanaest mjeseci smanjenje hospitalizacije zbog samoozljeđivanja od 95% (28).

3.2. Grupna terapija za regulaciju emocija

Potaknuti povećanom incidencijom samoozljeđivanja u žena sa graničnim poremećajem ličnosti, Gratz i Gunderson su 2006. godine razvili grupnu terapiju za regulaciju emocija (*Emotion regulation group therapy*, engl.). Ova metoda proizlazi iz stava da je samoozljeđivanje posljedica emotivne disregulacije. Od ove tehnike se očekivalo da će pacijente naučiti primjerenije načine reagiranja na emocije ako i samu regulaciju emocija, a to bi u konačnici smanjilo broj epizoda samoozljeđivanja. Prva randomizirana studija pokazala je kako ova metoda smanjuje broj incidenata samoozljeđivanja čak do 47 % u devetomjesečnom praćenju pacijenata. Također, dokazana je i smanjenost simptoma depresije, anksioznosti i stresa. Nadalje, pacijenti podvrgnuti ovoj terapiji pokazali su značajne promjene te su u brojnim sferama uobičajenog života počeli bolje funkcionirati (Gratz Tull 2012 31). Druga randomizirana studija pokazala je značajnu učinkovitost ove terapije. Dokazana je učinkovitost u vidu bolje emotivne regulacije, manje simptoma graničnog poremećaja ličnosti, depresije i anksioznosti, te značajno sniženje razina stresa. Također je došlo do značajnog poboljšanja socijalnih interakcija i povećanja radne sposobnosti (32).

U ovoj terapijskoj metodi se tijekom 14 termina pokušava pobuditi razvoj pojedinca i prihvaćanje samoga sebe. Može se svrstati u pomoćne terapije. Pacijenta se uči kako da prihvati sebe i svoju ulogu u društvu te kako da prihvati okolinu koja je nerijetko zahtjevna (32). Naglasak je također i na prihvaćanju emocija koje su neugodne te izazivaju patnju. Učenjem održavanja emotivne stabilnosti pacijent dobiva sigurnost u sebe te ne posustaje na uobičajene neugodne. Pacijent naučenim vještinama stječe sposobnost kontrole i negativnih i pozitivnih emocija. Posebno korisna metoda je postavljanje strategija koje reguliraju intenzitet i trajanje emotivnih odgovora. Te strategije sadržane su u ne-izbjegavajućem pristupu, već se preferira sučeljavanje i racionalizacija problema i zahtjeva okoline. Pacijent bi trebao konačno naučiti da su emocije neizostavan dio traženja smislenih i odgovarajućih aktivnosti u životu. Teme koje se prorađuju tijekom tretmana su najčešće usmjerene na potencijalnim paradoksalnim efektima emotivnog izbjegavanja i preusmjeravanja psihičke boli na fizičku. Kontroliranje ponašanja kada su emocije prisutne važnije su od samog kontroliranja emocija (33). Pogoršanja stanja terapeuta prijavljuje sam pacijent. Krize se procjenjuju tjedno. Krajnji cilj ove metode jest dobivanje osjećaja kontrole. Terapija se smatra uspješnom ukoliko je emotivna disregulacija smanjena ili kompletno eliminirana te pacijent ima kontrolu nad svojim ponašanjem i prihvaća okolinu. Pacijent se više ne bavi toliko emocijama koliko svojim ponašanjem. Dolazi do prihvaćanja neugodnih i negativnih podražaja iz okoline i iz samoga sebe. Tom kontrolom pacijent održava emotivnu stabilnost te se okreće novim izazovima i smislenim postojanjem kao pojedinac u društvu (33).

U istraživanju Sahlin i suradnika na uzorku od 95 žena sa graničnim poremećajem ličnosti i ponavljajućim samoozljeđivanjem, pacijentica iz 14 različitih norveških psihijatrijskih klinika,

dokazano je smanjenje od 51% u učestalosti samoozljeđivanja. Ovo provedeno istraživanje najveće je ciljano istraživanje koje se bavi procjenom učinkovitosti ove terapije (34).

3.3. Kognitivna terapija po priručniku

Kognitivna terapija po priručniku (*Manual-assisted cognitive therapy*, engl.) razvijena je 1996. godine od strane britanskih psihologa Schmidta i Davidsona za potrebe liječenja parasuicidalnog ponašanja u pacijenata sa graničnim poremećajem ličnosti. Sama tehnika oslanja se na priručnik koji se sastoji od 6 poglavlja. Svako poglavlje obrađuje se u jednoj seansi. Prvo poglavlje je sastavljeno od više različitih prikaza slučajeva. U prvoj seansi se analiziraju ponašanja specifična za različite okolnosti nedavnog samoozljeđivanja. Terapeut pokušava dobiti emocionalnu reakciju članova grupe. Nabrajaju se prednosti i štetnost samoozljeđivanja. U drugom poglavlju su predstavljene tehnike rješavanja problema. Prikazani su izlječeni pacijenti. Putem takvih primjera terapeuti približavaju i predlažu razne mogućnosti zdravog i konkretnog rješavanja problema. Treće poglavlje je fokusirano na pacijentovo samopraćenje vlastitih misli i osjećaja. U četvrtom poglavlju pacijent se upoznaje sa mehanizmima i strategijama nošenja sa stresom. Peto poglavlje bazira se na edukaciji pacijenata o opasnostima zlouporabe alkohola i ostalih psihoaktivnih tvari. U ovom poglavlju prikazane su pozitivne i negativne strane novih naučenih strategija za rješavanje problema i izbjegavanje ovisnosti. Šesto poglavlje bavi se identificiranjem specifičnih problema koji dovode do samoozljeđivanja (35).

Ova tehnika je kreirana za pacijente sa ponavljajućim samoozljeđivanjem (36). Uspješno se koristi u pacijenata sa poremećajima osobnosti te pokazuje značajno smanjenje u broju ponavljajućih epizoda samoozljeđivanja (37). Ova metoda pomaže pacijentima razviti bolje razumjevanje njihovog autodestruktivnog ponašanja. Stres u pacijenata se smanjuje tako da se pronalaze potencijalni načini rješavanja problema. Konačni cilj je postizanje veće emotivne stabilnosti. Ovakva metoda najbolje djeluje u opuštenom ambijentu i ugodnoj okolini za pacijenta (38). Metoda koristi elemente dijalektalno bihevioralne terapije, kognitivno-bihevioralne terapije i biblioterapije. Svaka seansa je strukturirana oko određenog poglavlja u priručniku: funkcionalna analiza samoozljeđivanja ili parasuicidalnosti, strategije emotivne regulacije, strategija rješavanja problema, nošenje sa negativnim mislima i metode sprječavanja relapsa.

Weinberg i suradnici su u svojem istraživanju na 30 pacijenata sa graničnim poremećajem ličnosti i samoozljeđivanjem u anamnezi, utvrdili učinkovitost ove metode. Rezultati su pokazali značajno smanjenje u frekvenciji i težini samoozljeđivanja (38).

3.4. Psihoterapija fokusirana na transfer

Psihoterapija fokusirana na transfer ili prijenos (*Transference-focused psychotherapy*, engl.) proizašla je iz rezultata kvalitativne studije provedene u sklopu projekta “Menninger Foundation’s Psychotherapy Research Project”. Rezultati istraživanja su pokazali da pacijenti s teškim poremećajima osobnosti ili graničnim poremećajem ličnosti puno lakše ostvaruju povezanost sa terapeutom ukoliko je terapija fokusirana na transfer te ukoliko izvan termina terapije terapeut pruža svu moguću podršku i potporu. Nakon obavljene studije rezultati su uspoređeni sa studijom Kernberga (1972.) koja je istraživala učinkovitost standardne psihoanalize i suportivne psihoterapije. Usporedbom je dobiveno da se novom metodom fokusiranom na transfer ostvaruju bolji odnosi te samim time i bolji ishodi terapije. Od 1976.g. skupina psihoanalitičara i istraživača razvili su promjene u tehnici kojima je sistematiziran pristup pacijentima. U institutu “Personality Disorders Institute at the Westchester Division of the New York Presbyterian Hospital” razvijaju se novi poboljšani teorijski modeli za liječenje pacijenata sa teškim poremećajima osobnosti. Testiraju se različite psihoanalitičkih tehnika i evaluiraju se terapeutske interakcije sistematičnim snimanjem psihoterapije (39).

U ovoj psihodinamskoj tehnici važne su postavke teorije objektnih odnosa. Prema navedenoj teoriji, unutrašnji svijet ili psiha pojedinca organizirana je oko odnosa između mentalnih reprezentacija sebe i ostalih važnih osoba, kao i afekata koje ih povezuju. Unutrašnji svijet objekata (predmet, osoba ili dio osobe na koju je usmjeren libido, prema psihoanalitičkoj teoriji) izrazito je narušen u osoba sa graničnim poremećajima ličnosti. U tih pacijenata postoji rigidni i ekstremni pogled na sebe i druge što otežava i onemogućava uobičajeno funkcioniranje. Cilj metode jest

pomoći individuama u integraciji svakodnevnih i uobičajenih životnih odnosa i njihove psihološke dinamike, a to se postiže analizom pacijentovog iskustva u odnosu sa psihoterapeutom. Analiza prijenosa (transfera) otkriva pacijentu njegove mentalne reprezentacije sebe i važnih drugih. Tako se također otkrivaju i pacijentove nesvjesne želje i motivi koji su mogući uzrok postojanja iskrivljene slike o sebi i drugima. Prvi cilj psihoterapeuta je uključiti se u proces pacijentove pažnje i pogleda na svijet. Unutar toga mora pokušati doznati na koji način iskrivljuje sliku o sebi i drugima a to zapravo narušava odnose prema sebi i okolini. Potom se pokušava postići razumjevanje unutarnjih procesa koji dovode do odvajanja i onemogućavanja integracija interpersonalnih odnosa. Zajedno s tim pokušava se postići bolja koherencija sebe i okoline. Ova metoda je također korisna i u pacijenata koji su skloni samoozljeđivanju a nemaju dijagnosticiran granični poremećaj osobnosti (40).

Clarkin, Foelsch i suradnici su u svojem istraživanju uspoređivali parasuicidalnost 32 žene u godini prije ove terapije i godinu nakon provođenja liječenja. Dokazali su smanjenje hospitalizacija zbog parasuicidalnosti za 72 % te smanjenje broja suicidalnih pokušaja za 35 % (41).

3.5. Dinamska dekonstrukcijska psihoterapija

Dinamska dekonstrukcijska psihoterapija (*Dynamic deconstructive psychotherapy*, engl.) je kratkotrajna psihodinamska terapija po priručniku razvijena za pacijente sa graničnim poremećajem ličnosti. Metoda se pojavljuje prvi puta 2008.g. a fokusirana je na postizanje

kvalitetnijeg odnosa sa uobičajeno nepovjerljivim pacijentima koji imaju granični poremećaj ličnosti. Robert J. Gregory, klinički psiholog, je razvio ovu metodu kako bi poboljšao odnos sa pacijentima i time postigao bolje rezultate u liječenju. Metoda se temelji na rezultatima njegovog ranijeg istraživanja iz 2004. godine, u kojem je analizirao stadije u psihoterapijskom liječenju pacijenata sa graničnim poremećajem ličnosti (42).

Cilj ove terapije je da potpomogne integracijske funkcije pojedinca, što bi potaklo dekonstrukciju patopsihologije. Terapeut pokušava uvesti pacijenta u zdrav odnos kako bi se postigla verbalizacija i integracija pacijentovih iskustava, životnih priča i postignuća. Ukoliko terapeut u tome uspije, mora ostati nepristran te ne smije osuđivati. Terapeut iz afektivnih reakcija pacijenta doznaje o latentnim konfliktima, a prema tom uvidu dalje planira smjer terapije (42). Ova terapija podrazumijeva tjedne individualne seanse. Cilj je povećati kapacitet pacijenta za izražavanje afektivnih i interpersonalnih iskustava na adekvatniji način (43). Fokus ove metode je poticati verbalizaciju afekata i elaboraciju nedavnih interpersonalnih iskustava u jednostavne pripovijesti kako bi pacijent mogao početi povezivati afektivna iskustva sa verbalnim i simboličnim kapacitetima. Terapeut također pokušava pomoći pacijentu u integriranju polariziranih atribucija samog sebe i okoline (podjela iskustva, objekta ili subjekta u krajnosti, na potupno dobre i potpuno loše, mehanizam obrane je rascjep ili splitting). Terapeut ne nameće "ispravne" attribute, već samo predlaže i daje pacijentu na razmatranja alternativne mogućnosti (Gregory 2004 43).

Najveće istraživanje o ovoj metodi proveli su Gregory i suradnici na uzorku od 30 odraslih osoba. Istraživanje je dokazalo smanjenje frekvencije samoozljeđivanja od 57.1% (42)

3.6. Glasovno-ekspresivna terapija

Glasovno-ekspresivna terapija (*Voice-movement therapy*, engl.) sastavljena je od raznih umjetničkih izražajnih formi, a osmišljena je 1999. godine. Proučavajući glasovnu terapiju koju je provodio Alfred Wolfsohn, Paul Newham je osmislio novu metodu u liječenju samoozljeđivanja. Teorijske osnove metode proizlaze iz teorija Sigmunda Freuda, Margaret Mahler, Carl Junga, Wilhelma Reicha i Alexandera Lowena. U središte ove metode Paul Newham postavio je glasovnu ekspresiju kao regulatora emocija. Djelotvornost ove metode proizlazi iz usmjeravanja pozornosti na vezu zvuka i drugih obilježja glasa sa verbalnom ekspresivnosti (21).

Glasovno ekspresivna terapija u svom procesu integrira razne zvukove, pjevanje, izražavanje pismenim putem, masaže, pokrete i dramu kako bi se povećala svjesnost samog sebe. Svaka seansa traje 2 sata i 30 minuta te počinje i završava sa grupnim pjevanjem. Ova terapija istražuje raspon ljudskog glasa i načina na koji tijelo reagira na razne zvukove proizvedene glasom. Preferira se fokusiranje na emotivne i akustične slike, a ne na samu emociju. To dovodi do sasvim novih iskustava. Zbog malog broja znanstvenih istraživanja, uspješnost ove metode nije dokazana. Po trenutno dostupnim podacima ova metoda pokazuje veliki potencijal u liječenju adolescenata sa samoozljeđivanjem u anamnezi. U malobrojnim istraživanjima pokazano je kako se ovom metodom može postići bolje prihvaćanje emocija, ekspresivnost i emotivna regulacija, a to može dovesti do smanjenja broja incidenata samoozljeđivanja. Seanse imaju točno određenu strukturu i raspored aktivnosti. Uvijek se na početku potiče grupu da se srdačno pozdrave te se cijela grupa uključi u raspravu o prošloj seansi. Nakon raspravljanja o prethodnoj seansi kreće dio zagrijavanja u kojem cijela grupa zajednički pjeva. Nakon što prođe zagrijavanje dolazi dio fokusirane terapije

– ostvarivanje određenih ciljeva. Nakon toga grupa dobiva kratku stanku nakon koje se rasprave zadaće sa prethodne seanse. Za kraj seanse cijela grupa zajedno pjeva. Iako je raspored određen, terapija je vođena i pacijentovim iskustvima i afinitetima koje terapeut usmjerava i održava u okviru ove metode. Metoda podrazumijeva da se do određene pjesme dođe grupnom interakcijom i odnosima u grupi. Uvijek u početku počinje na način da se određenoj emociji pridoda neki glasovni izričaj samog pacijenta koji se onda naglašava uključivanjem grupe koja također pridodaje zvuk određenoj emociji. Tijekom deset tjedana terapije glazba je uvijek stvarana a capella (lat., bez instrumentalne pratnje) izuzev sedme seanse u kojoj se udaračkim instrumentima izražavaju osjećaji, riječi se ne koriste. Razvojem raznih interakcija u grupi te stvaranjem pacijentovih iskustava tijekom same terapije postepeno se dolazi do određenih pjesama koje se izvode. Pacijente se ohrabruje da zaplešu i izvode pokrete koje sami žele kako bi bolje izrazili svoje osjećaje. Pjesme koje se izvode uvijek su lagane za naučiti kako bi se grupa lakše potakla na pjevanje i sudjelovanje. Neke pjesme koje se koriste su originalno napisane od pacijenata. Te pjesme nastanu na način da terapeut zada određenu riječ koja služi za asocijaciju. Najčešće su to riječi “dom” ili “ljubav” (21). Cijela metoda je zamišljena kako bi se ostvario krajnji cilj a to je smanjenje emotivne podijeljenosti, povećanje shvaćanja i prihvaćanja samog sebe te samim time povećanje samopouzdanja (44).

Martin, Martin i suradnici objavili su istraživanje provedeno na 19 mladih ženskih osoba u kojem su pratili pacijente prije, za vrijeme i nakon terapije. Većina ispitanica se samoozljeđivala unazad zadnje dvije godine. Nakon odrađene terapije 31.6% ispitanica je kompletno prestalo sa samoozljeđivanjem (44).

4. RASPRAVA

Prema stručnoj literaturi psihoterapija je prvi izbor u liječenju samoozljeđivanja. Pregledom znanstvene literature nađeno je šest metoda grupne i individualne psihoterapije koje su testirane na uzorku pacijenata koji se samoozljeđuju, no istraživanja su malobrojna i na malim uzorcima. Od evidentiranih psihoterapijskih metoda kod kojih je istraživana učinkovitost, prednjače one iz grupe kognitivno-bihevioralnih terapija. Ista pojava uočena je pri analizi objavljenih istraživanja učinkovitosti psihoterapije za ostale psihijatijske smetnje ili poremećaje. Kognitivno-bihevioralne tehnike imaju strukturirani proces liječenja koji traje točno određeno vrijeme, a ciljni symptom se prati iz seanse u seansu. Procjena učinkovitosti u temeljima je ovog koncepta.

Očekivano, najviše je radova o učinkovitosti dijalektičko-bihevioralna terapije. Istraživanja su utvrdila djelotvornost te terapije no uzorci su većinom maleni. U preglednom radu P. T. Panosa i sur. (2013.) navode se tri istraživanja. U Koonsovom istraživanju (2001.) dvadeset žena vojnih veterana s graničnim poremećajem ličnosti nasumično su podjeljene na do tada uobičajenu terapiju i na dijalektičko-bihevioralnu terapiju. Provjere su obavljene prije terapije, na samome početku te nakon tri i šest mjeseci od početka terapije. Tim istraživanjem pokazano je da između trećeg i šetog mjeseca u žena koje su bila na dijalektičko-bihevioralnoj terapiji učestalost samoozljeđivanja pala sa pedeset na deset posto. U Linehanovu istraživanju (1991.) 22 pacijenata je liječeneo ovom terapijom a 22 uobičajenom metodom. Terapija je trajale godinu dana te su se kontrolna mjerenja obavljana svaka četiri 4 mjeseca. Rezultati pokazuju smanjenje od 63.5% u učestalosti parasuicidalnih ponašanja. U Turnerovu jednogodišnjem istraživanju (2000.) na 24 pacijenta pokazano je u mjerenjima nakon šest i dvanaest mjeseci smanjenje hospitalizacije zbog

samoozljeđivanja od 95% (30). S obzirom da ova terapija koristi i u liječenju drugih psihijatrijskih smetnji, moguće je očekivati veći broj istraživanja u budućnosti. Prednost bihevioralnih tehnika leži u kraćem trajanju terapije, no nepogodne su za nesuradljive i slabo motivirane pacijente.

Grupna terapija za regulaciju emocija nastoji pobuditi osjećaj kontrole i prihvaćanja u pojedincu. Također primjenjuje kognitivno-bihevioralni koncept liječenja. Velika važnost pridodaje se razvijanju strategija za pronalaženje važnih ciljeva i osobnih vrijednosti u pojedinog pacijenta (32). U istraživanju Hanne Sahlin, Johana Bjureberga i suradnika na 95 žena iz 14 različitih norveških psihijatrijskih klinika (granični poremećaj ličnosti uz ponavljajuće samoozljeđivanje) dokazano je smanjenje od 51% u učestalosti samoozljeđivanja (34). Za pouzdane zaključke potrebna su nova istraživanja o djelotvornosti ove tehnike.

Kognitivna terapija po priručniku traje samo šest seansi što će za mnoge pacijente predstavljati važnu i poželjnu karakteristiku pri izboru terapije. Metoda je standardizirana, usmjerena rješavanju konkretnog problema, te uključuje individualnu terapiju i biblioterapiju (1999 35). Prema do sada objavljenim malobrojnim istraživanjima ova metoda pokazuje dobru učinkovitost u liječenju samoozljeđivanja. Igor Weinberg, John G. Gunderson i suradnici su u svojem istraživanju na 30 pacijenata sa graničnim poremećajem ličnosti i samoozljeđivanjem utvrdili značajno smanjenje u frekvenciji i težini samoozljeđivanja (38). Ovi početni rezultati obećavaju stoga ova metoda mora biti razmotrena u planiranju liječenja samoozljeđivanja.

Psihodinamske terapije uobičajeno imaju manji broj objavljenih istraživanja o učinkovitosti. One su dugotrajnije, manje strukturirane a značajniji učinci se očekuju nakon duljeg vremena u

usporedbi sa kognitivno-bihevioralnim terapijama. Od psihodinamskih terapija kao terapija samoozljeđivanja navodi se psihoterapija fokusirana na transfer. Ona uključuje individualne tretmane dva puta tjedno, a naglasak je na proradi prijenosa ili transfera. Takvim pristupom želi se postići promjena u pogledima pojedinca na samoga sebe i druge osobe (40). Provedno je samo jedno istraživanje no rezultati su vrlo dobri. John F. Clarkin, Pamela A. Foelsch i suradnici su u svojem istraživanju uspoređivali parasuicidalnost osobe u godini prije uvođenja psihoterapije fokusirane na transfer te godinu nakon liječenja. Ispitivane su 32 žene i dokazano je smanjenje hospitalizacija zbog parasuicidalnosti za 72 % , te smanjenje broja suicidalnih pokušaja za 35 % (41).

Dinamska dekonstrukcijska terapija je također psihodinamski orijentirana terapija za pacijente sa graničnim poremećajima ličnosti koji se samoozljeđuju. Terapija se koristi tjednim individualnim terminima kako bi se pokušalo naučiti pacijenta da poveća kapacitet izražavanja afektivnih stanja (43). Najveće istraživanje o ovoj metodi proveli su Robert J. Gregory, Anna L. Remen, Maureen Soderberg i Robert J. Ploutz-Snyder. Istraživanje je provedeno na 30 odraslih osoba u dobi od 18 do 45 godina. Istraživanje je dokazalo smanjenje frekvencije samoozljeđivanja od 57.1 % (42). Također terapija koja za sada pokazuje učinkovitost no za koju se moraju provesti daljnja istraživanja.

Glasovno-ekspresivna terapija nastoji povećati shvaćanje i prihvaćanje samoga sebe te kroz to povećati samopouzdanje. Glas se koristi kao regulator izražavanja emocija. U ovoj metodi terapeut se koristi pjevanjem, sviranjem, pismenim izražavanjem, masažama, pokretima i dramskim izražajima (21). Samo jedno istraživanje je testiralo učinkovitost ove metode u liječenju

samoozljeđivanja. Sophie Martin,, Graham Martin i suradnici objavili su istraživanje provedeno na 19 mladih ženskih osoba u kojem su pratili pacjente prije, za vrijeme i nakon terapije. Nakon odrađene terapije 31.6 % ispitanica je potpuno prestalo sa samoozljeđivanjem (44).

Pregledom znanstvene i stručne literature utvrđen je relativno mali broj istraživanja učinkovitosti psihoterapija u liječenju samoozljeđivanja. Međutim, rezultati istraživanja su obećavajući i metode su se pokazale djelotvorne. Pozitivne nalaze ovih istraživanja valja tražiti i u samom izboru uzorka. Uzorci su većinom mali, veći dio istraživanja proveden je na odraslim pacijenticama sa dijagnosticiranim graničnim poremećajem ličnosti. Moguć je pozitivan utjecaj same motivacije pacijenata koji su svojevolumno uključeni u psihoterapiju. Uočava se manjak istraživanja na adolescentnoj populaciji iako se u literaturi ističe da je samoozljeđivanje posebno često u adolescenata. Od adolescenata često ne možemo očekivati adekvatnu suradljivost i dobru motivaciju u liječenju, stoga se iz dosadašnjih istraživanja ne može zaključiti da bi ove metode bile isto tako učinkovite i za adolescente. Problem samoozljeđivanja i liječenja samoozljeđivanja nije dovoljno istraživano do sada. S obzirom na učestalost i važnost ovog simptoma u kliničkoj praksi, nužna su daljnja istraživanja.

5. ZAKLJUČCI

Pregledom stručne i znanstvene literature pronađeno je šest vodećih psihoterapijskih metoda koje su primijenjivane u liječenju samoozljeđivanja. Od evidentiranih psihoterapijskih metoda kod kojih je istraživana učinkovitost, prednjače one iz grupe kognitivno-bihevioralnih terapija: dijalektičko-bihevioralna terapija, grupna terapija za regulaciju emocija i kognitivna terapija po priručniku. Od psihodinamskih terapija kao terapija samoozljeđivanja navodi se psihoterapija fokusirana na transfer i dinamska dekonstrukcijska terapija. Od ekspresivnih tehnika navodi se glasovno-ekspresivna terapija. Pregledom je utvrđen relativno mali broj istraživanja učinkovitosti ovih psihoterapija. Većina istraživanja rađena je na malom broju ispitanika, manje od sto ispitanika. Rezultati dosadašnjih istraživanja su obećavajući i sve navedene metode su se pokazale djelotvorne. Potrebna su daljnja istraživanja djelotvornosti pojedinih metoda, na raznolikijim i većim uzorcima ispitanika, i uz što manje metodoloških i dijagnostičkih odstupanja.

6. SAŽETAK

Pojam samoozljeđivanje označava samostalno i namjerno nanošenje tjelesnih ozljeda. Pregledom stručne i znanstvene literature pronađeno je šest vodećih psihoterapijskih metoda koje su primijenjivane u liječenju samoozljeđivanja. Dijalektičko-bihevioralna terapija, grupna terapija za regulaciju emocija i kognitivna terapija po priručniku su kognitivno-bihevioralne tehnike. Psihodinamkse psihoterapije su psihoterapija fokusirana na transfer i dinamska dekonstrukcijska terapija. Od ekspresivnih terapija navodi se glasovno-ekspresivna terapija.

Pregledom je utvrđen mali broj istraživanja učinkovitosti ovih terapija. Većina istraživanja rađena je na malom broju ispitanika. Rezultati dosadašnjih istraživanja su obećavajući i sve navedene metode su se pokazale djelotvorne. Potrebna su daljnja istraživanja djelotvornosti pojedinih metoda, na raznolikijim i većim uzorcima ispitanika, i uz što manje metodoloških i dijagnostičkih odstupanja.

Ključne riječi: samoozljeđivanje, psihoterapija

7. SUMMARY

The definition of self-harm refers to self-inflicted and intentional infliction of bodily injury. A review of the professional and scientific literature found six leading psychotherapeutic methods applied in the treatment of self-harm. Cognitive-behavioral techniques are: Dialectical behavioral therapy, Emotion regulation group therapy and Manual-assisted cognitive therapy. Psychodynamic psychotherapies are Transference-focused psychotherapy and Dynamic deconstructive psychotherapy. Of the expressive therapies, Voice-movement therapy is mentioned.

The review revealed a small number of studies on the effectiveness of these therapies. Most of the research was done on a small number of respondents. The research results so far are promising, and all the above methods have proven to be effective. Further research is needed on the effectiveness of methods, with diverse and larger samples of respondents, and with as few methodological and diagnostic deviations as possible.

Key words: self-harm, psychotherapy

8. IZVORI

1. Swannell SV, Martin GE, Page A, Hasking P, St John NJ. Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide Life Threat Behav.* 2014 Jun;44(3):273-303.
2. Begovac I, Tripković M. Dječja i adolescentna psihijatrija: Samoozljeđivanje. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2021. str. 408-418
3. Plener PL, Schumacher TS, Munz LM, Groschwitz RC. The longitudinal course of non-suicidal self-injury and deliberate self-harm: a systematic review of the literature. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2015 Jan 30;2:2.
4. Brooksbank DJ. Suicide and parasuicide in childhood and early adolescence. *The British Journal of Psychiatry.* 1985 May;146(5):459-63.
5. Cook SC, Schwartz AC, Kaslow NJ. Evidence-Based Psychotherapy: Advantages and Challenges. *Neurotherapeutics.* 2017 Jul;14(3):537-545
6. Lambert MJ, Bergin AE, Garfield SL. *The effectiveness of psychotherapy.* New York. 1994.
7. Begovac I, Antić M, Kovačević A, Radoš I, i sur. Dječja i adolescentna psihijatrija: Psihodinamske terapije u djece i adolescenata. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2021. str. 1023-24
8. Nikolić S. *Propedeutika dječje i adolescentne psihijatrije.* Zagreb
9. Jokić-Begić N. Dječja i adolescentna psihijatrija: Kognitivno-bihevioralna terapija u dječjoj i adolescentnoj dobi. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet; 2021. str. 1010-17

10. Kaplan & Sadock's SYNOPSIS OF PSYCHIATRY, 9th ed.
11. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema: MKB-10 - deseta revizija. Zagreb: Medicinska naklada. (1994).
12. Ross S, Heath N. A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *J Youth Adolesc.* 2002;31:67–77.
13. Muehlenkamp JJ, Claes L, Havertape L, Plener PL. International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2012;6:10.
14. Kaess M, Parzer P, Mattern M, Plener PL, Bifulco A, Resch F, et al. Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Res.* 2013;206(2-3):265–72.
15. Hankin BL, Abela JR. Nonsuicidal self-injury in adolescence: prospective rates and risk factors in a 2(1/2) year longitudinal study. *Psychiatry Res.* 2011;186(1):65–70.
16. Lereya ST, Copeland WE, Costello EJ, Wolke D. Adult mental health consequences of peer bullying and maltreatment in childhood: two cohorts in two countries. *Lancet Psychiatry.* 2015;2(6):524–31.
17. Jarvi S, Jackson B, Swenson L, Crawford H. The impact of social contagion on non-suicidal self-injury: a review of the literature. *Arch Suicide Res.* 2013;17(1):1–19
18. Linehan MM. Skills training manual for treating borderline personality disorder. Guilford press; 1993.
19. Gratz KL, Gunderson JG. Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behav Ther.* 2006 Mar;37(1):25-35

20. Evans K, Tyrer P, Catalan J, Schmidt U, Davidson K, Dent J, Tata P, Thornton S, Barber J, Thompson S. Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychol Med*. 1999 Jan;29(1):19-25.
21. Newham P. *The singing cure: An introduction to voice movement therapy*. Shambhala Publications; 1994.
22. Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF. *Psychotherapy for borderline personality*. John Wiley & Sons Inc; 1999.
23. Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, O'Brien CP. Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arch Gen Psychiatry*. 1985 Nov;42(11):1081-6.
24. Norelli LJ, Smith HS, Sher L, et al. Buprenorphine in the treatment of non-suicidal self-injury: a case series and discussion of the literature. *Int J Adolesc Med Health*. 2013;25(3):323–330.
25. Linehan MM, Wilks CR. The course and evolution of dialectical behavior therapy. *American journal of psychotherapy*. 2015 Apr;69(2):97-110.
26. Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, Allmon D, Heard HL. Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*. 1991 Dec;48(12):1060-4.
27. Burmeister K, Höschel K, von Auer AK, Reiske S, Schweiger U, Sipos V, Philipsen A, Priebe K, Bohus M. Dialectical Behavior Therapy (DBT)--developments and empirical evidence]. *Psychiatr Prax*. 2014 Jul;41(5):242-9.
28. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, Korslund KE, Tutek DA, Reynolds SK, Lindenboim N. Two-year randomized controlled trial and

- follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*. 2006 Jul 1;63(7):757-66.
29. Calati R, Courtet P. Is psychotherapy effective for reducing suicide attempt and non-suicidal self-injury rates? Meta-analysis and meta-regression of literature data. *J Psychiatr Res*. 2016 Aug;79:8-20. doi: 10.1016/j.jpsychires.2016.04.003. Epub 2016 Apr 16. PMID: 27128172.
30. Panos PT, Jackson JW, Hasan O, Panos A. Meta-Analysis and Systematic Review Assessing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT). *Res Soc Work Pract*. 2014;24(2):213-223.
31. Gratz KL, Levy R, Tull MT. Emotion regulation as a mechanism of change in an acceptance-based emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 2012 Jan 1;26(4):365-80.
32. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2004 Mar;26(1):41-54.
33. Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance- and mindfulness-based treatments. In R. A. Baer (Ed.), *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change* (p. 107–133). Context Press/New Harbinger Publications

34. Sahlin H, Bjureberg J, Gratz KL, et al Emotion regulation group therapy for deliberate self-harm: a multi-site evaluation in routine care using an uncontrolled open trial design *BMJ Open* 2017;7
35. Evans K, Tyrer P, Catalan J, Schmidt U, Davidson K, Dent J, Tata P, Thornton S, Barber J, Thompson S. Manual-assisted cognitive-behaviour therapy (MACT): a randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological medicine*. 1999 Jan;29(1):19-25.
36. Schmidt U, Davidson K. *Life after self-harm: A guide to the future*. Routledge; 2004.
37. Tyrer P, Tom B, Byford S, Schmidt U, Jones V, Davidson K, Knapp M, MacLeod A, Catalan J. Differential effects of manual assisted cognitive behavior therapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm and personality disturbance: the POPMACT study. *Journal of personality disorders*. 2004 Feb 1;18(1):102-16.
38. Weinberg, I., Gunderson, J. G., Hennen, J., & Cutter Jr., C. J. (2006). Manual Assisted Cognitive Treatment for Deliberate Self-Harm in Borderline Personality Disorder Patients. *Journal of Personality Disorders*, 20(5), 482–492.
39. Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF, Levy KN. Transference focused psychotherapy: overview and update. *Int J Psychoanal*. 2008 Jun;89(3):601-20.
40. Yeomans F, Delaney JC, Renaud A. La psychothérapie focalisée sur le transfert [Transference focused psychotherapy]. *Sante Ment Que*. 2007 Spring;32(1):17-34. French.
41. Clarkin JF, Foelsch PA, Levy KN, et al. The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *J Personal Disord*. 2001;15(6):487–495.

42. Gregory RJ, Remen AL, Soderberg M, et al. A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder: six-month outcome. *J Am Psychoanal Assoc.* 2009;57(1):199–205.
43. Gregory RJ. Thematic stages of recovery in the treatment of borderline personality disorder. *Am J Psychother.* 2004;58(3):335-48.
44. Martin S, Martin G, Lequertier B, Swannell S, Follent A, Choe F. Voice movement therapy: evaluation of a group-based expressive arts therapy for nonsuicidal self-injury in young adults. *Music Med.* 2013 Jan 1;5(1):31-8.

9. ŽIVOTOPIS

Luka Šimić rođen je 11.5.1997. u Virovitici. Prvi razred Osnovne škole Vladimira Nazora u Virovitici upisuje 2003. Osnovnu školu završava 2011. godine. Iste godine upisuje opću gimnaziju Petar Preradović u Virovitici te je završava 2015. godine. Akademske godine 2015./2016. kao redovan student, upisuje integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij medicine.