

## Samopovređivanje u adolescenciji

JELENA SRNA

*Filozofski fakultet, Beograd*

Provokativna i učestala pojava samopovređivanja u adolescenciji u poslednje vreme privlači sve veću pažnju stručnjaka. Mnogi su skloni da u njoj vide još jedan od nedovoljno razjašnjenih odraza psihopatologije savremenog doba. Ovaj rad razmatra: definiciju, kliničku sliku i tok ovog fenomena, kao i diferencijalno dijagnostičke aspekte u odnosu na druge oblike autodestrukcije (suicidalnost i automutilaciju), zatim incidencu, komorbiditet i, konačno, aktuelne pokušaje razumevanja fenomena samopovređivanja na teorijskom, empirijskom i psihoterapijskom planu.

*Ključne reči:* samopovređivanje, adolescencija.

Fenomen samopovređivanja u adolescenciji je: provokativna, učestala i nedovoljno razjašnjena pojava. Neki stručnjaci su skloni da u njoj prepoznaju jedan, sasvim novi psihički poremećaj karakterističan za savremeno doba. Drugi pak ovaj fenomen tretiraju kao jedan od brojnih oblika autodestruktivnog ponašanja čije je prepoznavanje i izdvajanje rezultat napretka savremene psihijatrijske teorije i prakse.

**DEFINICIJA:** Samopovređivanje je namerno, repetitivno i direktno nanošenje lakših fizičkih povreda sopstvenom telu, bez svesne suicidalne intencije (Herpertz, 1995).

**DIFERENCIJACIJA:** Ovde je potrebno naglasiti razliku između samopovređivanja sa jedne strane i nekih drugih sličnih oblika autodestruktivnog ponašanja kao što su:

- slučajne samopovrede - (nesreće) kod kojih imamo odsustvo namere;
- samosakaćenja (automutilacije) gde je reč o teškim povredama kao što su, recimo, autoamputacija, autokastracija, autooperacija, autokanibalizam. Ove povrede se čine jednom i to najčešće u psihotičnom stanju kojim dominiraju komandne halucinacije (Bach-y-Rita, 1974);
- samoubilaštvo - gde je prisutna namera samouništenja i ugrožen život;
- hronično samouništavanje u slučajevima teških poremećaja ishrane (anoreksija, bulimija) i zloupotrebe supstanci - koje je indirektno prirode.

#### KLINIČKA SLIKA: Samopovređivanje podrazumeva:

- sečenje ili zasecanje kože - najčešće na korenu šake, nadlaktici i drugim delovima tela, obično ekstremitetima, vratu i stomaku (nožem, žiletom, lomljenim staklom, ogledalom ili plastikom - npr. od gramofonske ploče);
- pečenje kože (cigaretom ili peglom);
- bušenje kože i probadanje nosa, usana, jezika, obraza bradavica, polnih organa (iglama);
- kopanje rana;
- udaranje glavom, rukama i nogama o čvrste predmete;
- urezivanje slova, najčešće inicijala po koži.

Ovaj sindrom je najučestaliji u kasnoj adolescenciji. Repetitivne je prirode (do stotinu i više epizoda). Tipičan samopovređivač je: privlačna, inteligentna, talentovana, radna, odgovorna i na prvi pogled komunikativna mlada osoba, ženskog (mada u poslednje vreme sve češće i muškog) pola, pripadnik srednje ili više klase, nekonformista (boemskog ponašanja, obučena u džins). Naličje ove lepe slike je doživljaj neželjenosti, odbačenosti, bezvrednosti, usamljenosti, i duboke emocionalne praznine odakle se kompulsivno kreće u stalnu i neadekvatnu potragu za ljubavlju i stimulacijom, kroz promiskuitetno ponašanje i zloupotrebu supstanci sve do hospitalizacije, a onda sve iz početka (Rosenthal et al, 1972).

TOK samopovređivanja se u literaturi opisuje u 5 faza (Winchel & Stanley, 1991). Precipitirajući događaj je - obično doživljaj aktuelnog ili anticipiranog gubitka značajne relacije. Ovaj doživljaj izaziva intenzivna disforična osećanja i pojavu iznenadnog i snažnog impulsa za samopovređivanjem, protiv koga se pacijent u početku bori, ali mu ne odoleva. Do samopovređivanja, dakle, dolazi u nepodnošljivoj situaciji eskalacije anksioznosti, očajanja, besa i agitacije, koju pacijent nije u stanju da toleriše, kontroliše, niti prevaziđe. On privremeno upada u stanje disocijacije ("telo i duša se razdvajaju"), depersonalizacije ("unutra prazno, a oko mene sve nerearno"), analgije ("bola nema - ne osećam ga") i konstrikcije perceptivno - kognitivnih procesa ("prvo se događa svašta, a onda ništa"). Ishod samopovređivanja je ogromno olakšanje ("opet osećam da sam živ"; "to je kao kad povraćaš, pa sva muka i zlo izadu iz tebe").

INCIDENCA: Statistike beleže pojavu namernog samopovređivanja kod dece već na ranom uzrastu od 9-18 meseci u 10-15% slučajeva (najčešće je to udaranje glavom o nešto tvrdo, ili grebanje po licu). Procenat samopovređivanja u razvoju normalne dece do treće godine života opada ispod 10%, a na uzrastu od 5

godina se potpuno gubi. Na starijem dečjem uzrastu samopovređivanje srećemo samo kod obolele dece i to u 15-20% slučajeva i to: kod mentalno zaostalih, psihotičnih i psihoorganaca. Na adolescentnom uzrastu samopovređivanje se ponovo javlja i biva češće u opštoj, a naročito hospitalnoj populaciji gde dostiže cifru od 30-60% slučajeva, da bi se nakon tridesete godine ponovo izgubilo u normalnoj, i proredilo u psihijatrijskoj populaciji (Pattison & Kahan, 1983).

**KOMORBIDITET:** Sindrom samopovređivanja je često udružen sa nekim drugim psihičkim obolenjima kao što su alkoholizam i narkomanija, delinkvencija, poremećaj ponašanja, depresija, samoubilaštvo, opsesivno kompulsivni poremećaji, granična stanja, posttraumatski stresni sindrom i disocijativni poremećaji. Sindrom je, takođe, prisutan kod silovanih i seksualno zlostavljanih, seksualnih poremećaja i poremećaja ishrane.

Za RANI RAZVOJ pacijenata koji se samopovređuju karakteristično je prisustvo fizičke traumatizacije u vidu operacija ili ozbiljnih somatskih obolenja, praćenih dužim ili čestim hospitalizacijama na uzrastu do pet godina. U PORODIČNOJ ANAMNEZI nalazi se roditeljska deprivacija, separacija od roditelja na uzrastu do 10 godina života, nasilje u porodici, fizičko zlostavljanje i zabrana ispoljavanja ljutnje (Carroll et al, 1980). Roditelji se opisuju kao višestruko neadekvatni, kako u pogledu prepoznavanja i zadovoljavanja dečjih potreba, tako i u pružanja uzora i modela identifikacije. Očevi: skloni piću i neradu, seduktivni i permisivni, nesposobni da postavljaju granice imaju perifernu ulogu u životu svoje dece. Emocionalno hladne majke koje lišavaju svoju decu stimulacija, zahtevno i punitivno, postavljaju pred decu visoke standarde koje ni one same ne poštuju.

U pogledu ETIOLOGIJE sindroma samopovređivanja gledišta se veoma razlikuju. Većina kliničara je sklona da samopovređivanje vezuje za suicidalno ili manipulativno ponašanje. Istorijski gledano možemo razlikovati nekoliko perioda u razvoju teorije samopovređivanja:

- Period između dvadesetih i pedesetih godina ovoga veka, kada se smatralo da je samopovređivanje: izraz želje za smrću (Meninger), acting out kastracionih strahova (Abraham i Rado), ili oblik mazohističke gratifikacije (Breuman) (prema Grunebaum & Klerman, 1967);
- Sindrom samopovređivanja su prvi put opisali Ofer i Barglow (Offer & Barglow, 1960) kao pojavu koja se javlja u specijalizovanim institucijama kao što su psihijatrijske bolnice i zatvori. Zbog toga se jedno vreme verovalo da je ova vrsta poremećaja pre odraz tenzije u društvenom nego u intrapsihičkom polju (Himber, 1994; Ping-Nie Pao, 1969);
- Šezdesetih i sedamdesetih godina samopovređivanje se objašnjava nižim stepenom psihosocijalnog razvoja, problemom zavisnosti i teškoćama u separaciji - individualizaciji;
- Osamdesetih godina insistira se na povezanosti samopovređivanja sa traumom fizičkog i seksualnog nasilja (Greenspan, 1989);

- Devedesetih godina samopovređivanje se vezuje za granični poremećaj ličnosti, a poslednjih godina odgovore nude i neka neurofiziološka istraživanja.

Ukratko, pokušaji objašnjenja ovog fenomena danas se mogu sumirati u okvirima osam atuelnih modela. To su: bihejvioralni, sistemski, suicidalni i seksualni, zatim modeli ekspresije, kontrole, granica i depersonalizacije (Suyemoto & Mac Donald, 1995).

1. Prema BIHEJVIOALNOM MODELU samopovređivanje je rezultat ranog učenja u kome je pacijent povezao negu i bol. Simptom se u kasnijem životu održava tako što se povređivanje spolja potkrepljuje pažnjom okoline (sekundarna dobit), a na unutrašnjem planu oslobođenjem od emocionalne tenzije.

2. U SISTEMSKOM MODELU samopovređivanje predstavlja simptom disfunkcionalne porodične ili šire sredine, koju pacijent štiti preuzimajući na sebe odgovornost da izrazi ili da skrene pažnju sa onog što se u njegovoj sredini ne može izraziti bez ozbiljnih posledica po promenu sistema.

3. SUICIDALNI MODEL tretira samopovređivanje kao aktivni način da se izbegne suicid i obezbedi doživljaj nadmoći u odnosu na smrt. To je neka vrsta kompromisnog rešenja, jedan aktivni mehanizam prevazilaženja.

4. SEKSUALNI MODEL gleda na samopovređivanje kao na ekvivalent masturbacije, vid kontrolisane penetracije, izvor perverzne seksualne gratifikacije, vid kazne ili načina da se izbegnu seksualna osećanja i ponašanja te na taj način kontroliše seksualnost i seksualno sazrevanje.

5. U MODELU EKSPRESIJE samopovređivanje predstavlja način da se indirektno izraze ili eksternalizuju preplavljujuća osećanja intenzivne ljutnje, anksioznosti ili bola prouzrokovana napuštanjem koja se ne mogu verbalizovati.

6. Za MODEL KONTROLE glavni cilj samopovređivanja nije pražnjenje, već pokušaj kontrole distanciranja i predviđanja sopstvenih emocija i potreba.

7. MODEL GRANICA samopovređivanje tumači kao način da se definiše self (pripadnost sekačima), stekne lični identitet (kroz doživljaj izazivanja smrti), ili afirmišu granice između sebe i drugog (atakom na kožu koja i sama predstavlja granicu tela, pri čemu krv i rana postaju prelazni objekt.)

8. I konačno, po MODELU DEPERSONALIZACIJE samopovređivanje uspešno završava period depersonalizacije, i tako obezbeđuje kontinuitet i integraciju pacijentovog iskustva.

### ***Tretman samopovređivanja***

Problemi tretmana sindroma samopovređivanja imaju više izvorišta. Oni dolaze od strane samog pacijenta i njegovog poremećaja, zatim, od odnosa koje pacijent uspostavlja sa svojom okolinom, pacijentove dijagnoze i učešća njegove porodice u tretmanu.

- Pacijent koji se samopovređuje je u velikoj meri nekontrolisan i kao takav on ugrožava sebe i pritom stvara značajne teškoće drugima. Njegova zavodljivost prividno zdravlje i normalnost prvo očaravaju, i emocionalno vezuju, njegova slabost izaziva zbunjenost, a njegova manipulativnost razočarenje i konačno odbacivanje od strane medicinskog osoblja i drugih pacijenata.

- Sve ovo unosi raznovrsne oblike tenzije u profesionalni tim koji se o njemu stara i usložnjava međusobne relacije i komplikuje dinamiku odnosa sveukupnom hospitalnom ili ambulantnom okruženju.

- U prirodi fenomena samopovređivanja je teškoća oko kontakta i slaba verbalizacija, što značajno otežava uspostavljanje radne alijanse i odvijanje terapijskog procesa.

- Nerešeno pitanje dijagnoze, klasifikacije i etiologije sindroma samopovređivanja otvara brojne dileme u samom terapijskom pristupu.

Zbog svega toga kliničari koji se intenzivno i dugotrajno bave ovom problematikom nude neka svoja iskustva koja mogu biti od pomoći, a koja možemo rezimirati na sledeći način:

U bolničkim uslovima tretmana preporučuje se na samom početku tretmana otvoren razgovor sa pacijentom o potrebi vođenja računa o drugima u cilju sopstvene dobrobiti. Ova intervencija je u suštini i preventivna i terapijska. Njen cilj je da istovremeno:

- \* da spreči odvijanje karakterističnog destruktivnog mehanizma u bolničkom okruženju, kao i da

- \* poveća doživljaj pacijentove odgovornosti za sopstveno životno iskustvo.

Pored toga od velikog značaja je pažljivo planiranje završne faze tretmana i otpusta koji sledi nakon odgovarajućih priprema pacijenta za povratak i reintegraciju u njegovoj prirodnoj sredini. U psihoterapijskom procesu posebna pažnja se obraća stvaranju čvrste pozitivne alijanse i korektivnih emocionalnih iskustava; proradi konflikata i ambivalencija uz paralelan rad na proširivanju repertoara za rešavanje problema svakodnevnog življenja; postavljanju jasnih granica, fokusu na zdrave aspekte pacijentove ličnosti i poboljšanje kvaliteta njegovih socijalnih relacija. Ovde je reč o jednom ozbiljnom terapijskom poslu za koji je neophodna supervizija.

## Reference

- Bach-y-Rita, G. (1974) Habitual Violence and Self- Mutilation, *Am. J. Psychiatry*, 131: 1018-20.
- Carroll, J. et al. (1980) Family Experiences of Self Mutilating Patients, *Am. J. Psychiatry*, 137:852-53.
- Greenspan, G.S. (1989) Self-Cutting After Rape, *Am. J. Psychiatry*, 146:789-90.
- Grunebaum, H.U; Klerman, G.L. (1967) Wrist Slashing, *Am. J. Psychiatry*, 124: 527-34.
- Herpertz, S. (1995) Self -injurious behaviour, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91: 57-68.
- Himber, J. (1994) Blood Rituals: Self-Cutting in Female Psychiatric Inpatients, *Psychotherapy*, 31:620-31.
- Pattison, E.M; Kahan, J. (1983) The Deliberate Self -Harm Syndrome, *Am. J. Psychiatry*, 140:867-74.
- Ping-Nie, P. (1969) The syndrome of delicate self-cutting, *Br. J. Med. Psychology*, 42: 195.
- Rosenthal, R.J. et al. (1972) Wrist-Cutting Syndrome: The Meaning of Gesture, *Am. J. Psychiatry*, 128: 1363-68.
- Suyemoto, K.L; MacDonald, M.L. (1995) Self-Cutting in Female Adolescents, *Psychotherapy*, 32: 162-72
- Winchel, R.M; Stanley, M. (1991) Self-Injurious Behavior: A Review of the Behavior and Biology of Self-Mutilation, *Am. J. Psychiatry*, 148: 306-17.

## Self-injuring in adolescence

JELENA SRNA

The provocative and frequent phenomenon of self-injuring in adolescence has recently been attracting the growing attention of the experts. Many tend to view it as another insufficiently explained reflection of the contemporary age psychopathology.

This work deals with definition, clinical history and development of this phenomenon, its differential diagnostic aspects compared to the other forms of self-destruction (suicide and self-mutilation), its incidence, comorbidity and, finally, the actual attempts to understand self-injuring phenomenon on theoretic, empirical and psychotherapeutic level.

Key words: self-injuring, adolescence.