

Duševno zdravje v vrtcu in šoli

Samomorilno vedenje in samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena v otroštvu in mladostništvu

MAJA DROBNIČ RADOBULJAC, Enota za adolescentno psihiatrijo,
Center za mentalno zdravje, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
maja.radobuljac@psih-klinika.si

MATEJKA PINTAR BABIČ, Center za mentalno zdravje,
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana
matejka.pintar@psih-klinika.si

● **Povzetek:** V prispevku je predstavljeno samopoškodovalno vedenje v otroštvu in mladostništvu. Posebej sta razloženi dve obliki – samomorilno vedenje in samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena (NSSI). Opisane so značilnosti obeh tipov vedenj, epidemiologija, etiologija z dejavniki tveganja, sprožilnimi in vzdrževalnimi dejavniki ter dejavniki, ki varujejo pred tem vedenjem. Predstavljeni so diagnostična merila za NSSI in temeljna načela obravnave mladostnika s tem vedenjem. Opisana je zloženka, ki jo uporabljamo lahko kot pomoč pri zaustavljanju NSSI pri osebah, ki so že v obravnavi pri specialistu otroške in mladostniške psihiatrije.

Ključne besede: samomorilnost, samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena, mladostniki, diagnostika, zdravljenje, obravnava.

Suicidal Behaviour and Non-Suicidal Self-Injury in Childhood and Adolescence

● **Abstract:** This paper presents self-harming behaviour in childhood and adolescence. It explains two different types – suicidal behaviour and non-suicidal self-injury (NSSI). It describes the characteristics of both types of behaviour, the epidemiology and aetiology with the risk factors, precipitating and sustaining factors, and factors that protect against such behaviour. It presents the diagnostic criteria for NSSI and the basic principles of treating an adolescent exhibiting such behaviour. It describes a folded leaflet that can assist us in stopping NSSI in persons who are already being treated by a specialist in child and adolescent psychiatry.

Keywords: suicidal tendency, non-suicidal self-injury, adolescents, diagnostics, therapy, treatment.

Uvod

Razvojno obdobje med otroštvom in mladostništvom je čas pospešenega telesnega, kognitivnega, čustvenega in socialnega razvoja. Mladostnik se mora prilagoditi na drugačno podobo sebe, se čustveno osamosvojiti od družine, razviti socialno odgovorno vedenje, se pripraviti na poklicno delo, partnerstvo in družino, sprejeti svoje značilnosti in sposobnosti ter se naučiti živeti vedno bolj samostojno. Te razvojne naloge za večino mladih ne pomenijo večjih težav, nekateri pa se ob tem iz različnih razlogov spopadejo z manjšimi ali večjimi tiskami, ki jih rešujejo na različne, bolj ali manj zdrave načine. Med manj ustrezne načine reševanja težav pri odraščanju spada tudi samopoškodovalno vedenje. Tako lahko pri ljudeh, ki se samopoškodujejo, govorimo o samopoškodovanju brez samomorilnega namena (angl. non-suicidal self-injury, NSSI) lahko pa tudi o življenje ogrožajoči samomorilnosti.

Samomorilno vedenje

Samomorilno vedenje vključuje spekter vedenj, ki se stopnjujejo po resnosti od občasnih misli o minljivosti in smrti preko posrednega samouničevalnega vedenja (tvegani športi, vožnja kolesa ali motorja brez čelade, tvegana raba psihoaktivnih snovi), misli o samomoru, zbiranja informacij o možnih načinih samomora, izdelave samomorilnega načrta, različno tvegane poskusa samomora do samomora. Govorimo o t. i. samomorilni diatezi. Samomor je v svetovnem merilu drugi vodilni vzrok smrti pri 15- do 19-letnikih, takoj za prometnimi nezgodami, v zahodnem svetu, kamor spada tudi Slovenija, pa vodilni vzrok. Po podatkih Statističnega urada RS (2016) od leta 1994 naprej v sta-

rostni skupini 0-9 let nismo beležili samomora. V starostni skupini 10-19 let je leta 2010 zaradi samomora umrlo 1 dekle in 11 fantov, po podatkih WHO (2014) je bil samomorilni količnik leta 2012 za starostno skupino 5-14 let 0,0 pri dekletih in 0,5 pri fantih, za starostno skupino 15-29 let pa že 1,5 pri dekletih in 14,8 pri fantih.

Najpogosteje uporabljene metode samomora v Sloveniji so samomor z obešenjem, zaužitjem zdravil in strelnim orožjem.

Samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena (NSSI)

NSSI opredeljuje namerno povzročanje poškodb lastnega telesa na način, ki ni družbeno sprejemljiv (kot npr. pirsing in tetoviranje) in nima namena umreti. Najpogostejše je ravno v obdobju mladostništva. Posamezniki to vedenje uporabljajo iz različnih razlogov, najpogosteje si z njim pomagajo lajšati čustvene stiske in notranje napetosti, ki so posledica različnih življenjskih izkušenj, hkrati pa nimajo pravih strategij, da bi

Večina mladostnikov se samopoškoduje z namenom, da bi si pomagali, in ne zato, da bi si škodili. Želijo se pomiriti in sprostiti, da bi spet zmogli nadzorovati svoje čustveno stanje.

te stiske reševali na bolj zdrave načine (Favazza 2012). Večina mladostnikov se samopoškoduje z namenom, da bi si pomagali, in ne zato, da bi si škodili. Želijo se pomiriti in sprostiti, da bi spet zmogli nadzorovati svoje čustveno stanje. Pred samim dejanjem pogosto doživljajo nemir in občutek tesnobe, ki postopoma narašča. Preveva jih močna želja po samopoškodovanju, ki >

se ji sčasoma ne morejo več upreti. Po storjenem dejanju navajajo naglo popuščanje tesnobe in notranje napetosti, v trenutku pa izzveni tudi želja po samopoškodovanju (Brečelj, Drobnič 2012).

Dolgo časa je bilo NSSI raziskovano in obravnavano skupaj s samomorilnim vedenjem kot samopoškodovanje (angl. deliberate self-harm), šele v zadnjih letih znanstvena in strokovna javnost ta vedenja ločujeta med seboj. Tako zadnja izdaja ameriške klasifikacije duševnih motenj (Diagnostic and Statistical Manual - V, DSM-V) (American Psychiatric Association 2013) NSSI že opredeljuje s specifičnimi merili in opredeljuje kot samostojno entiteto, ki zahteva še dodatno raziskovanje. Merila za NSSI so predstavljena v tabeli 1.

To vedenje je najbolj značilno za obdobje med 14. in 24. letom. Starostna meja ob prvi samopoškodbi je med 10 in 14 let (Gonzales in Bergstrom, 2013). Po podatkih iz Slovenije se je do starosti 19 let že kdaj samopoškodovalo brez namena umreti 12 odstotkov fantov in 24 odstotkov deklet (Drobnič Radobuljac idr. 2009). Avstralska presečna raziskava pa je pokazala, da se v

nekem trenutku okrog 8 odstotkov 16-letnikov samopoškoduje, vendar večina teh NSSI spontano preraste do mlade odraslosti (Moran idr. 2012). Pri tistih, pri katerih se ta vedenja nadaljujejo, pa ugotavljamo različne vzročne, sprožilne in vzdrževalne dejavnike ter povečano tveganje za samomorilno vedenje.

Najpogostejši načini NSSI so rezanje kože, žganje, praskanje kože, udarci po telesu, puljenje las, udarci v steno ter ponovno poškodovanje starih ran. Poškodbe se lahko nahajajo kjer koli na telesu, najpogosteje pa so na rokah, trebuhu in stegnih. Na začetku so površinske, kasneje globlje. Nekateri mladostniki po nekaj poskusih s samopoškodovanjem prenehajo, po okrog desetih ponovitvah pa je verjetnost za ponavljanje tega vedenja večja. V tem primeru lahko dobi postopoma tudi vse značilnosti odvisnosti (Favazza 2012).

Najpogostejši povodi za razvoj samopoškodovalnega vedenja so lahko težka in njim nevzdržna intenzivna čustva, kot so žalost in občutki krivde, občutki praznine, pojavljanje občutkov depersonalizacije in »flash-backov« (podoživljanje travmatičnih preteklih izkušenj), lahko pa tudi pretirano pozitivni občutki (Goodyer, 2011).

Posameznik si je pet ali več dni v zadnjem letu namerno povzročal škodo na površini lastnega telesa na način, ki vodi do krvavitve, obtolčenine ali bolečine (npr. rezanje, žganje, zbadanje, udarjanje, pretirano praskanje), s pričakovanjem, da bo poškodba povzročila blago ali zmerno telesno oškodovanost (samomorilni namen je odsoten).
Zaznamek: Posameznik je potrdil odsotnost samomorilnega namena ali pa nanjo sklepamo na podlagi ponavljajočega vedenja, za katerega posameznik ve, da ne bo povzročilo smrti.
Posameznik se zateka v samopoškodovalno vedenje z enim ali več od naslednjih pričakovanj: <ul style="list-style-type: none"> • da doseže olajšanje ob negativnem občutku ali kognitivnem stanju; • da reši medosebno težavo; • da si povzroči pozitivne občutke.
Zaznamek: Želena olajšanja ali odgovor doživi med samim samopoškodovanjem ali kmalu po njem in posameznik lahko prikazuje vzorec vedenja, ki nakazuje na odvisnost od ponavljajočega se zatekanja k takšnemu vedenju.
Namerno samopoškodovanje je povezano s vsaj enim od navedenega: <ul style="list-style-type: none"> • medosebne težave ali negativni občutki ali misli, kot so depresija, anksioznost, napetost, jeza, splošna psihična stiska, samokritika, ki se pojavijo neposredno pred samopoškodovanjem.
Pred samopoškodovanjem je obdobje preokupacije z načrtovanim vedenjem, posameznik se ob tem težko nadzoruje.
Pogosto razmišljanje o samopoškodovanju, tudi če do samega vedenja ne pride.
Vedenje ni socialno sprejemljivo (parsing, tetoviranje, del verskega ali kulturnega obreda) in ni omejeno na praskanje krast ali grizenje nohtov.
Vedenje in njegove posledice povzročijo klinično pomembno stisko ali pomembno vplivajo na medosebno, akademsko in druga pomembna področja delovanja.
Vedenje se ne pojavlja izključno med psihotičnimi epizodami, delirijem, zastrupitvijo s psihoaktivnimi snovmi ali odtegnitvijo od psihoaktivnih snovi. Pri posameznikih z motnjami v razvoju ni del vzorca stereotipij. Vedenja ni mogoče razložiti z drugo duševno motnjo ali boleznijo (npr. psihozo, motnjami avtističnega spektra, duševno manjrazvitostjo, Lesch-Nyhanovim sindromom, stereotipno motnjo gibanja s samopoškodovanjem, trihotilomanijo, eskoriacijsko motnjo).

Dejavniki tveganja za razvoj in vzdrževanje NSSI in samomorilnosti

SPOL

V splošnem velja, da se pri ženskah štirikrat pogosteje srečamo z vsemi oblikami samomorilnega in samopoškodovalnega vedenja, razen s samomorom, ki je približno štirikrat pogostejši pri moških (Rey 2015).

STAROST/RAZVOJNO OBDOBJE

NSSI je še posebno pogosto v mladostništvu, vendar do mlade odraslosti v 90 odstotkih primerov spontano izzveni (Moran idr. 2015). Razlogov za ta pojav je več. V mladostništvu poteka pospešena reorganizacija centralnih nevronskih povezav pod vplivom hormonov, katere rezultat so slabši nadzor nad čustvi, impulzivnost in manjša sposobnost uravnavanja stresa. Tako ugotavljajo, da je NSSI bolj povezano z biološkimi spremembami v puberteti kot s posameznikovo kronološko starostjo (Rey 2015).

SPOLNA USMERJENOST

Samomorilnost in NSSI sta pogostejša pri istospolno usmerjenih. Na splošno ju povezujejo s skrbjo glede spolne usmerjenosti ter slabo samopodobo, ki sta značilni tudi za obdobje mladostništva (Rey 2015).

DUŠEVNE MOTNJE

Eden od glavnih dejavnikov tveganja za samomorilno vedenje in NSSI so duševne motnje. Najbolj pogoste so motnje razpoloženja (predvsem depresija in bipolarna motnja), anksiozne motnje, odvisnost od psihoaktivnih snovi, motnje hranjenja, motnje vedenja in osebnosti. Poleg tega je takšno vedenje pogostejše pri duševno manj razvitih posameznikih in osebah z avtizmom. Verjetnost za takšno vedenje je večja pri ljudeh, ki imajo več duševnih motenj hkrati (Favazza 2012). Pri osebah, ki so storile samomor, so s psihološkimi obdukcijami dokazali, da so imele v letu pred smrtjo v 90 odstotkih duševno motnjo, najpogosteje depresijo. Celo 22 odstotkov samomorov povezujejo z alkoholizmom, najbolj tvegana pa je komorbidnost bolezni odvisnosti in drugih duševnih motenj (Rey 2015).

OSEBNOSTNA MOTENOST

Samopoškodovalno vedenje se pogosteje pojavlja pri mladostnikih, pri katerih osebnostni razvoj poteka moteno. Osebnostne lastnosti, ki se oblikujejo, kažejo vse več značilnosti že izoblikovanih lastnosti mejno strukturirane (t. i. borderline) osebnosti. Zanj so značilni

znaki, kot so slab nadzor nad impulzi, nestabilno vedenje predvsem v medosebnih odnosih, čustvena disregulacija ter impulzivno in agresivno vedenje (Rey 2015).

ZLORABE

Ugotavljajo, da genetski dejavniki skupaj z doživeto spolno, telesno ali psihološko zlorabo v otroštvu povečajo tveganje za razvoj samomorilnosti in NSSI (Rey 2015).

TELESNE BOLEZNI

Kronična bolezen poveča tveganje za samomorilne misli pri mladostnicah, pri mladostnikih pa po nekaterih podatkih deluje celo varovalno. Kljub temu da se

Najpogostejši povodi za razvoj samopoškodovalnega vedenja so lahko težka in njim nevzdržna intenzivna čustva, kot so žalost in občutki krivde, občutki praznine, pojavljanje občutkov depersonalizacije in »flash-backov«.

poskusi samomora pri mladih s kronično boleznijo pojavljajo redkeje kot pri ostalih, pa je ta populacija predvsem zaradi stalne dostopnosti metode (zdravila) in slabšega telesnega zdravja veliko bolj ogrožena kot telesno zdravi vrstniki. Poleg tega uporabljajo v samopoškodovalne namene metode, ki jih okolica težje prepozna kot samopoškodovalne (npr. previsoki odmerki insulina pri mladih s sladkorno boleznijo tipa 1) (Drobnič Radobuljac idr. 2009).

DRUŽINA

Slabši odnosi med starši in otroki, odnosi med staršema, konflikti znotraj družine, razhod staršev, revščina, nizka izobraženost staršev, status priseljence, psihopatologija staršev, družinska anamneza samomorilnega in samopoškodovalnega vedenja, nasilje ter zlorabe v družini in zunaj nje povečujejo verjetnost za samomorilno in samopoškodovalno vedenje pri mladostnikih (Nixon in Heath 2009).

ŠOLA IN VRSTNIKI

Otroci in mladostniki, ki so poskušali samomor ali umrli zaradi samomora, so imeli pogosteje težave v šoli ali pa so šolanje predčasno prekinili. Poleg tega se samomorilnost in NSSI pogosteje pojavljata pri šolarjih s posebnimi potrebami. V obdobju mladostništva na vedenje posameznika vplivajo odnosi z vrstniki veliko bolj kot v drugih razvojnih obdobjih. Dokazali so, da je pri mladostnikih, starih 15-19 let, ki so bili izpostavljeni samomoru, tveganje za samomor 2- do 4-krat večje kot pri starejših od 25 let. Prav tako je znano, da se NSSI pogosto pojavlja v posebnih skupinah (subpopulacijah) mladih (Young idr. 2014), med katerimi se >

lahko preko vrstniškega zgleda širi z značilnostmi epidemije.

MEDIJI

Na samomorilno vedenje v populaciji močno vpliva način, kako samomorilno in samopoškodovalno vedenje prikazujejo mediji, ki ju lahko spodbujajo ali preprečujejo. Predvsem v razvojnem obdobju so posebno problematične različne spletne strani in klepetalnice, v katerih nekatere oblike NSSI celo povečujejo (rezanje, žganje po koži). Poleg tega je splet preprosto dostopen in nenadzorovan vir informacij o tem, kakšne metode samopoškodovanja sploh obstajajo (Rey 2015).

METODA

Znano je, da dostopnost metode poveča verjetnost, da jo bo posameznik uporabil. Od tega je odvisna tudi resnost poškodb, ki si jih posameznik zada. V Sloveniji je pri obeh spolih najpogostejši samomor z obešenjem, v samopoškodovalne namene pa se največkrat poslužujejo rezanja ali zbadanja z ostrim predmetom, udarjanja v trd predmet ter žganja po koži. Da je dostopnost metode pomembna, kaže tudi podatek, da se mladi s sladkorno boleznijo tipa 1 najpogosteje samopoškodujejo z zbadanjem z ostrim predmetom (iglo) ter povzročanjem stanj, kot sta hipoglikemija ali ketoacidoza (manipuliranje z odmerjanjem insulina) (Drobnič Radobuljac idr. 2009). V državah, kjer so omejili dostop do metode (npr. regulacija nakupa strelnega orožja, omejitev dostopa do pesticidov), so ne samo vplivali

lastnosti, ki na splošno delujejo varovalno pred razvojem psihopatologije. To so dobra samopodoba, samozavest, učinkoviti načini spopadanja s stresom, dobro razvite strategije za reševanje problemov in osebne izkušnje z učinkovito rešenimi stresnimi položaji, dobra splošna prilagodljivost, dobre socialne spretnosti, pozitivna naravnost do življenja, podpora v ožjem in širšem socialnem okolju, občutki pripadnosti (družini, drugim skupinam) ter varna ali vsaj organizirana oblika navezanosti. Poleg tega so dokazali, da pred samomorilnostjo varujejo tudi dejaven življenjski slog, športno udejstvovanje, moralno obsojanje in načelno odklonilno stališče do samomora ter verska pripadnost (Rey 2015; Rus, Makovec in Tomori 1998; Moya in Kaur 2012).

Obravnav

Celostni terapevtski pristop temelji na oceni telesne poškodbe, oceni duševnega stanja ter oceni psihosocialnih razmer. Posamezniku, ki se je na kakršen koli način poškodoval, najprej priskrbimo takojšnjo medicinsko pomoč. Ko so rane ali druge poškodbe oskrbljene in oseba ni več v nevarnosti zaradi morebitne zastrupitve (ali drugega načina ogrožanja sebe), moramo najprej oceniti, ali se še vedno ogroža. To dovolj dobro ocenijo že urgentni zdravniki; kadar so glede tega v dvomih, ali če ocenijo, da je oseba še samomorilno ogrožena, jo pošljejo na pregled v urgentno psihiatrično službo. Zaenkrat 24-urne urgentne psihiatrične službe za otroke in mladostnike še nimamo, zato tak pregled tudi v primeru mlajših od 18 let največkrat opravi psihiater. Ta oceni stopnjo trenutne ogroženosti in

Posamezniku, ki se je na kakršen koli način poškodoval, najprej priskrbimo takojšnjo medicinsko pomoč.

na spremembo izbrane metode za samomor, temveč dramatično znižali samomorilni količnik (Rey 2015).

Sprožilni dejavniki in stresni življenjski dogodki

Velik delež NSSI in tudi samomorilnega vedenja sprožijo dogodki ali razmere, ki so se zgodili neposredno pred tem vedenjem. Najpogosteje gre za izgube ali za konflikte v medosebnih odnosih. Od starosti osebe je odvisno, kateri odnosi vplivajo nanjo najmočneje. Tako so pri otrocih in mlajših mladostnikih v ospredju družinski odnosi, pri starejših pa predvsem vrstniški. Pogosto so sprožilci tudi šolski neuspeh, navzkrižja z oblastjo in vrstniško nasilje (Rey 2015).

Varovalni dejavniki

Na področju varovalnih dejavnikov je raziskav veliko manj. Velja, da pred samomorilnostjo in NSSI varujejo

se na podlagi pregleda odloči, ali je potrebna napotitev v bolnišnico ali ambulantno vodenje pri specialistu otroške in mladostniške psihiatrije. Pri samomorilni ogroženosti (kadar otrok ali mladostnik še vedno razmišlja o samomoru) se odločamo za nujno obravnavo (takoj) v ambulanti ali bolnišnici. Do pregleda pri specialistu vedno skupaj z otrokom, mladostnikom in družino naredimo načrt, kako bo dovolj varno prišel do tja (kdo bo poskrbel, da si v tem času ne bo nič naredil). V največ primerih so to starši, kadar družina ni dovolj funkcionalna, pa tudi druge odrasle osebe (učitelj, svetovalni delavec, socialna služba, policija). Kadar otrok ali mladostnik ni samomorilno ogrožen (NSSI) pa je pregled pri specialistu otroške in mladostniške psihiatrije ali kliničnem psihologu, specializiranem za delo z otroki in mladostniki, vseeno potreben, ne pa tudi urgenten (ne isti dan). Specialist bo v obeh primerih najprej ugotovil prisotnost duševne motnje in predlagal ustrezno zdravljenje.

Pri strokovni obravnavi samopoškodovalnega vedenja pri posamezniku najprej diagnosticiramo in zdravimo

morebitne duševne motnje. Pogosto NSSI (pa tudi samomorilnost) že z zdravljenjem samo preneha. Kadar ugotovimo pri NSSI že značilnosti odvisnosti, osebo s tem vedenjem najprej motiviramo za prenehanje (individualno z uporabo tehnik motivacijskega intervjuja, družinska obravnava), skušamo ugotoviti različne notranje (duševna motnja ipd.) ali zunanje dejavnike (vedenje družinskih članov, šole idr.), ki ojačujejo in vzdržujejo to vedenje. Ko je mladostnik (pri otrocih je redko) dovolj motiviran za prenehanje in so v večji meri odstranjeni zunanji dejavniki, ki so vzdrževali vedenje, lahko uporabljamo različne tehnike, večinoma izvirajoče iz vedenjsko kognitivnih terapevtskih tehnik. Najpogosteje bolnike učimo prepoznavanja in preprečevanja sprožilnih okoliščin in čustvenih stanj, po katerih se pojavlja NSSI, uporabe tehnik čuječnosti, osredinjavanja in različnih drugih stop tehnik, s katerimi preprečujejo ponavljanje vedenja in učinkovitejših strategij reševanja problemov. Dolgoročno v individualni terapiji skupaj z njimi odkrivamo dinamske vzroke, ki so podlaga za pojavljanje nevdržnih čustvenih stanj in neustreznih načinov reagiranja. Pri terapevtski obravnavi si lahko pomagamo tudi s pripomočki, kot je za slovensko populacijo prilagojena zloženka Samopoškodovanje in varnostni načrt (Viceversa 2014), ali z različnimi uporabnimi spletnimi aplikacijami. Kadar je za opazovana neustrezna vedenja pomembna družinska dinamika ali ta vedenja na dinamiko v družini pomembno vplivajo, družini ponudimo družinsko terapijo ali jih usmerimo vanjo. Kadar kljub tovrstni pomoči družina ne zmore doseči spremembe, se odločamo lahko tudi za predlog umika otroka ali mladostnika iz družine (center za socialno delo).

Zloženka Samopoškodovanje in varnostni načrt

Zaradi velikih potreb po didaktičnih pripomočkih pri kliničnem delu z mladostniki smo v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana, na Centru za mentalno zdravje z dovoljenjem kolegov iz ambulantne službe za obravnavo mladostnikov v Londonu priredili zloženko z naslovom Samopoškodovanje in varnostni načrt (v nadaljevanju zloženka). Zloženka služi kot pripomoček posameznikom, ki se samopoškodujejo, njihovim svojcem, prijateljem in strokovnjakom na različnih področjih zdravstvenega varstva, šolstva, socialnega varstva, obenem je njen namen povečati osveščenost širše javnosti. Poudarjamo, da uporaba zloženke same po sebi brez hkratne celostne obravnave ni dovolj in je v nekaterih primerih lahko celo škodljiva, zato jo lahko v obravnavo uvede samo za to usposobljen specialist ob predhodni celostni diagnostični in terapevtski obravnavi.

Prvi del zloženke vsebuje kratek opis NSSI z namenom boljšega razumevanja motnje, in sicer: »Na tre-

nutke se je z življenjem težko soočati, še posebej če se nam je v življenju zgodilo kaj hudega. Lahko imamo občutke, da le s poškodovanjem samega sebe izrazimo negativne občutke in dosežemo izboljšanje svojega počutja. Sprva se začne kot povsem intimno dejanje, sčasoma pa samopoškodovanje lahko postane navada, ki povsem uide našemu nadzoru in o katerem je zelo neprijetno spregovoriti. S samopoškodovanjem je podobno kot z drugimi vedenji, ki se jih sramujemo, tudi ljudi, ki se samopoškodujejo je veliko več, kot si predstavljamo. Samopoškodovanje lahko daje občutek nadzora, zmanjša neprijetne občutke, napetost in stisko. Vseeno pa to ne pomeni, da oseba, ki se samopoškoduje, ne bi mogla uporabiti drugih načinov spopadanja s svojimi težavami.« (Drobnič Radobuljac idr. 2014)

V drugem delu so naštetni načini, kako se spoprijemajo z neprijetnimi občutki nekateri mladi, ki se samopoškodujejo, tako imenovane stop tehnike (tabela 2). Seznan ni dokončen. Večinoma mladostniki z NSSI za obvladovanje želje po samopoškodovanju že sami uporabljajo kakšno tehniko, ostale bodo v pomoč.

PREDLAGANE STOP TEHNIKE
Pogovori se z osebo, ob kateri se dobro počutiš; če si sam, lahko pokličeš prijatelja, domače ali eno od spodaj napisanih telefonskih števil.
Počni nekaj, kar te veseli; npr. risanje, pisanje pesmi, pisanje zgodb, ples.
Bodi telesno dejaven; pojdi v telovadnico ali na sprehod.
Pojdi spat.
Poslušaj glasbo, ki ti izboljša razpoloženje ali te sprosti.
Pospravi sobo, stanovanje ali hišo.
Glej TV ali se drugače zamoti.
Potolaži se v objemu ljubljene osebe, pocrklij se z domačim ljubljencekom ali plišasto igračko.
Vzemi nekaj ledenih kock, ki naj se ti topijo v roki, dokler ti ta ne odreveni.
Tolci v blazino ali vzglavnike, da sprostiš jezo.
Piši dnevnik, da se naučiš prepoznati okoliščine, ki sprožajo željo po samopoškodovanju.
Delaj z rokami kaj zahtevnega, da se zamotiš.
Pojdi pod mrzel tuš.
Uporabi sprostitvene tehnike – v mislih se osredotoči na kaj prijetnega.
Večkrat napni in spusti elastiko, ki jo imaš okoli zapestja, ta bolečina zate ni nevarna.

Tabela 2: Stop tehnike (prirejeno po Drobnič Radobuljac idr. 2014)

Prepoznavanje sprožilcev	Kaj pri meni povzroči željo po samopoškodovanju? To so lahko na primer določeni ljudje, občutki, prostori ali spomini.
Stop tehnike	Ali obstaja še kaj drugega razen samopoškodovanja, kar bi mi lahko pomagalo, da bi se počutil/-a bolje? Kaj bi sam/-a svetoval/-a svojemu prijatelju, ki bi se tako počutil?
Pomoč drugih	Ali lahko drugi storijo kaj, kar bi mi pomagalo? Kaj?
Individualni načrt	Ko se bom naslednjič želel/-a poškodovati, bom naredil/-a eno od naslednjih stvari:
Organizirana pomoč	pokličem na TOM (telefon 116 111; vsak dan med 12. in 20. uro; www.e-tom.si), pokličem na telefon Klic v duševni stiski (telefon 01 520 99 00; vsako noč med 19. in 7. uro), pokličem na telefon društva Samarijan (telefon 116 123; 24 ur na dan), obiščem eno od urgentnih služb (zdravstveni domovi, psihiatrične bolnišnice).
Datum	
Podpis uporabnika	
Podpis terapevta	

Tabela 3: Varnostni načrt (prirejeno po Drobnič Radobuljac idr. 2014)

Tretji del zloženke mladostnika poziva, da skupaj s svojim terapevtom pripravi varnostni načrt, ki mu bo v pomoč, kadar se bo boril z mislimi, da bi se samopoškodoval. Poziva ga, naj ima varnostni načrt vedno pri sebi, da mu bo v pomoč, kadar ga bo potreboval. Hkrati je v pomoč vsem, ki pridejo z njim v stik in so v stiski,

ri, ko je mladostnik v stiski, za katero ve, da je sam ne bo mogel obvladati, in ga ta ogroža. Tehnike pomoči naj bodo na primer: zaposli roke (krema, žogice, boksanje v primeru napetosti, kričanje v blazino), poslušaj glasbo, beri, rešuj križanke, barvaj pobarvanke, uporabi ledene kocke (držanje ledu v roki do bolečine), pojdi v družbo, poišči bližino nekoga, ki mu zaupaš, nekomu telefoniraj. Pripomoček se konča s podpisom in datumom »sklenitve« var-

Mladostnik pri izdelavi varnostnega načrta in nizanju tehnik pomoči potrebuje usmerjanje.

kako mu pomagati, npr. svojcem, zdravstvenim delavcem, strokovnjakom, zaposlenim v šolstvu, zaposlenim v vzgojnih zavodih ali drugje (tabela 3).

Mladostnik pri izdelavi varnostnega načrta in nizanju tehnik pomoči potrebuje usmerjanje. Ko je motiviran za prenehanje samopoškodovanja, začnemo s tehnikami, ki jih lahko izvede sam in so manj zahtevne oziroma za njih ne potrebuje pripomočkov ter so izvedljive v kakršnih koli okoliščinah (v šoli, med poukom, na avtobusu, v kinu itd.). Nadaljujemo z bolj zahtevnimi tehnikami, kasneje se odločimo za pomoč drugih, ki so lažje dosegljivi in jim mladostnik zaupa (npr. svojci, prijatelji), in nazadnje za strokovne službe, ki so težje dosegljive. Prioriteto dajemo samostojnosti mladostnika in hitri dosegljivosti pomoči. Izjeme so prime-

nostnega načrta. Podpis mladostnika ima terapevtski namen. Sledi ime in podpis terapevta, ki je oseba, s pomočjo katere je mladostnik izdelal varnostni načrt.

Sklep

Ljudje (tudi strokovnjaki), ki se srečujejo s kakršno koli obliko samopoškodovalnega vedenja pri mladih, ga pogosto doživijo na dva načina: lahko ga enačijo z željo po samomoru ali pa ga obsojajo in ne vzamejo resno. Samopoškodbe imajo različno ozadje in različne pojavne oblike: od na videz neškodljivih samopoškodb do resnega ogrožanja telesnega zdravja s prepričljivo samomorilnostjo. Zato moramo vsako na videz še tako nenevarno samopoškodovalno vedenje pri otro-

ku ali mladostniku razumeti kot opozorilo, da je mlad človek skušal reševati svoje stiske. Strokovnjak lahko površinske poškodbe, ki so že v različnih fazah celjenja, preprosto spregleda, če nanje ni še posebej pozoren. Opazi jih lahko naključno ob telesnem pregledu ali kadar jih mlad človek ne skriva dovolj. Pri nujenju pomoči je zelo pomemben odnos osebe, ki ugotovi, da se posameznik samopoškoduje. Odzove naj se razumevajoče in naj ne obsoja, pokaže naj pripravljenost za skupno iskanje prave pomoči, ne sme pa dovoliti, da s samopoškodovanjem otrok ali mladostnik dosega ugodnosti, ki jih sicer ne bi bil deležen (izogibanje obveznostim pri pouku, prilagajanje ocen ipd.). S tem bi namreč lahko povzročil, da se vedenje od zunaj nevede

ojačuje. Integrirana celostna obravnava otrok in mladostnikov s samomorilnim vedenjem ali NSSI od zaposlenih ne glede na sektor (zdravstvo, šolstvo, sociala itd.) zahteva posebna znanja ter uporabo prilagojenih intervencij. Skupaj z otrokom, mladostnikom in starši opozorimo na problem in iščemo zanj najugodnejšo rešitev. Otrok ali mladostnik zaradi odvisnosti od svojih staršev in drugih v razvoju pomembnih oseb namreč ne more biti obravnavan individualno. Otroku ali mladostniku bomo najbolje pomagali, če bomo različni strokovnjaki ob njem sodelovali in z združevanjem znanj v vseh okoljih, v katera prihaja, izvajali ukrepe, ki mu najbolj pomagajo. <

Viri in literatura

1. American Psychiatric Association. (2013). *Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5*. Washington: American Psychiatric Publishing.
2. Breclj-Kobe, M., Drobnič Radobuljac, M. (2012). Samopoškodovalno vedenje med grožnjo in ogrožanjem. V: J. Dolinšek (ur.). *Zbornik predavanj / XXII. srečanje pediatrov*, Maribor, 13.-14. april 2012 (str. 71-77). Maribor: Univerzitetni klinični center.
3. Drobnič Radobuljac, M., Bratina, N. U., Battelino, T. in Tomori M. (2009). Lifetime prevalence of suicidal and self-injurious behaviors in a representative cohort of Slovenian adolescents with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 10, 424-431.
4. Drobnič Radobuljac, M., Plemeniti, B. in Pintar, M. B. (2014). Zloženska z ukrepi za preprečevanje samopoškodovanja pri mladostnikih in mladostnicah, ki se samopoškodujejo. V: Novak Šarotar, B. (ur.), *Viceversa* 58. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo; Združenje psihiatrov pri slovenskem zdravniškem društvu, str. 34-36.
5. Favazza, A. R. (2012). Nonsuicidal self-injury: How categorization guides treatment. *Current Psychiatry*, 11 (3), str. 21-25.
6. Gonzales, A. H. in Bergstrom, L. (2013). Adolescent Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) Interventions, *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 26 (2), str. 124-130.
7. Hvala, N., Kotar, V., Zoronič, E., Peterec Kotar, D., Lesar, I. (2012). Mladostnik in samopoškodba: možnosti in priložnosti za izvajanje preventivnega zdravstvenovzgojnega dela. *Obzornik Zdravstvene nege*. 46 (4), str. 289-296.
8. Karman, P., Kool, N., Poslawsky, I. E. in Meijel, B. (2015). Nurses' attitudes towards self-harm: a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 22(1), str. 65-75.
9. Moran P, Coffey C, Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B. idr. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet*, 379(9812), str. 236-43.
10. Moya, L. A. in Kaur, R. (2012). Self-injury among early adolescents: identifying segments protected and at risk. *Journal of School Health*, 82(12), 537-548.
11. Pintar Babič, M., Žnidaršič, A., Drobnič Radobuljac, M., Bernik, M. (2016). Izboljševanje kakovosti bolnišnične obravnave pacientov s samopoškodovalnimi vedenji z vidika zdravstvene nege. [CD-ROM]. Portorož: Trajnostna organizacija: zbornik 35. Mednarodne konference o razvoju organizacijskih znanosti.
12. Pintar Babič, M. (2016). Ocena vpliva znanja zaposlenih v zdravstveni negi na obravnavo mladostnikov s samopoškodovalnim vedenjem: magistrsko delo. Maribor: Fakulteta za organizacijske vede, str. 1-5.
13. Young, R. idr. (2014). Why alternative teenagers self-harm: exploring the link between non-suicidal self-injury, attempted suicide and adolescent identity. *BMC Psychiatry*. Pridobljeno 4. 6. 2015 na <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/137>.
14. Rey, J. M. (2015). *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.