

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

ZAKLJUČNA NALOGA

SAMODESTRUKTIVNA VEDENJA  
MED PATOLOŠKIM IN NORMALNIM

TIMOTEJ GLAVAČ

UNIVERZA NA PRIMORSKEM  
FAKULTETA ZA MATEMATIKO, NARAVOSLOVJE IN  
INFORMACIJSKE TEHNOLOGIJE

Zaključna naloga

**Samodestruktivna vedenja med patološkim in normalnim**

(Self-destructive behavior – between pathology and normalcy)

Ime in priimek: Timotej Glavač

Študijski program: Biopsihologija

Mentor: prof. dr. Ernest Ženko

Somentorica: asist. Špela Križanec

Koper, avgust 2017

## Ključna dokumentacijska informacija

Ime in PRIIMEK: Timotej GLAVAČ

Naslov zaključne naloge: Samodestruktivna vedenja med patološkim in normalnim

Kraj: Koper

Leto: 2017

Število listov: 43

Število slik: 1

Število referenc: 118

Mentor: prof. dr. Ernest Ženko

Somentorica: asist. Špela Križanec

Ključne besede: samodestruktivna vedenja, model izogibanja doživljanju, samodestruktivno vedenje pri duševno zdravih osebah, travma, samopoškodovanje

Izveček: Namen zaključne naloge je predstaviti pojav samodestruktivnih vedenj, raziskati glavne razloge za njihov nastanek tako pri duševno zdravih kot tudi duševno bolnih posameznikih in ugotoviti, v čem se samodestruktivna vedenja med obema skupinama razlikujejo. Glavne ugotovitve so povzete s področja psihologije, psihiatrije in nevropsihologije. Predstavljene so glavne oblike samodestruktivnih vedenj pri duševno zdravih osebah, kot so samohendikepiranje, prokrastinacija, naučena nemoč, zlom pod pritiskom in podobno, ter glavni razlogi za njihov nastanek (čustveni distress, neuspeh samoregulacije, osebnostne lastnosti in ogrožen egotizem). Predstavljene so tudi glavne oblike samodestruktivnih vedenj pri duševno bolni populaciji, kjer rezultati raziskav in klinične prakse nakazujejo pomen vpliva travme v obliki spolnih zlorab, nesreč in nasilja na pojav samodestruktivnih vedenj. V poglavju "Samodestruktivno vedenje med duševno zdravo in duševno bolno populacijo" so predstavljene ugotovitve, da so samodestruktivna vedenja še posebej pogosta med mladostniki. Do tega bi lahko prišlo zaradi povečane osamljenosti in čustvenega distresa v teh letih. Raziskani so nevrološki korelati samodestruktivnih vedenj, pri čemer sta še posebej pomembna endogeni opioidni in serotoninški sistem. Endogeni opioidi, ki se sprožijo predvsem med samopoškodovanjem, naj bi regulirali čustveni distress. Predstavljen je prevladujoč model razlage samodestruktivnosti, model izogibanja doživljanju, ki se osredinja predvsem na samopoškodovanje. V skladu s tem modelom naj bi pri samodestruktivnosti kazalo na poskus zmanjševanja čustvenega distresa, kar bi lahko razložilo opažanja, da so samodestruktivna vedenja pogosta pri nekaterih motnjah, kot so mejna osebnostna, posttravmatska stresna, disociativna in depresivna motnja.

## Key words documentation

Name and SURNAME: Timotej GLAVAČ

Title of the final project paper: Self-destructive behavior between pathology and normalcy

Place: Koper

Year: 2017

Number of pages: 43                      Number of figures: 1

Number of references: 118

Mentor: Prof. Ernest Ženko, PhD

Co-Mentor: Assist. Špela Križanec, MSc

Keywords: self-destructive behavior, experiential avoidance model, self-destructive behavior among the clinically healthy, trauma, self-harm

Abstract: The aim of this final thesis is to present the concept of self-destructive behaviors, to explore the main reasons for the emergence of self-destructive behaviors among the mentally healthy and mentally ill population, and to present the main differences of self-destructive behavior in both groups. The theory for writing the thesis is taken from the areas of psychology, psychiatry, and neuropsychology. Firstly, the main forms of self-destructive behavior among the clinically healthy are presented. These include: self-handicapping, procrastination, learned helplessness, choking under pressure etc. Next, the main reasons for their emergence (emotional distress, self-regulation failure, certain personality traits and threatened egotism) are researched. Similarly, the main forms of self-destructive behaviors among the clinically ill, where the importance of past trauma in the form of sexual abuse, violence, and accidents has been shown to play an important role in the emergence of self-destructive behaviors are presented. In the chapter "Self-destructive behavior between the mentally ill and mentally healthy" the findings that self-destructive behavior is more common among adolescents and young adults are shown. This could be due to higher levels of loneliness and emotional distress in these years. Next the neurological correlates of self-destructive behavior, where the endogenous opioid system, as well as the serotonergic system, seem to play a role are examined. Endogenous opioids released during self-harm have been shown to regulate emotional distress. Finally, the prevalent model of explaining self-destructive behavior, the Experiential avoidance model, which focuses primarily on self-harm is presented. According to this model self-destructive behaviors occurs mostly as an attempt to regulate emotional distress, which could explain the observation that self-destructive behavior is often present among individuals with disorders such as borderline personality disorder, post-traumatic stress, dissociative disorder and depressive disorders.

## **ZAHVALA**

Za vso strokovno pomoč, usmerjanje in vzpodbudo se iskreno zahvaljujem mentorju dr. Ernestu Ženku in somentorici asist. Špeli Križanec.

Zahvaljujem se tudi družini za vzpodbudo in finančno pomoč, prijateljem za nešteto zanimivih razprav in prijetnih dogodivščin med študijem ter znancem, ki so na kakršen koli način pozitivno vplivali name.

*“Unless we learn to know ourselves, we run the danger of destroying ourselves.”*

*Ja A. Jahannes*

**KAZALO VSEBINE**

1 UVOD .....	1
1.1 Trije modeli samodestruktivnosti.....	3
1.1.1 Primarna samodestruktivnost.....	3
1.1.2 Kompromisi.....	4
1.1.3 Kontraproduktivne strategije .....	4
2 SAMODESTRUKTIVNO VEDENJE PRI DUŠEVNO ZDRAVIH OSEBAH .....	5
2.1 Oblike samodestruktivnega vedenja pri duševno zdravih osebah .....	5
2.1.1 Samohendikepiranje .....	5
2.1.2 Prokrastinacija.....	5
2.1.3 Zadržanost .....	6
2.1.4 Pretirano uživanje .....	7
2.1.5 Zlom pod pritiskom .....	7
2.1.6 Naučena nemoč .....	8
2.2 Razlogi za nastanek samodestruktivnega vedenja pri duševno zdravih osebah .....	8
2.2.1 Emocionalni distres, ogrožen egotizem in neuspešna samoregulacija.....	8
2.2.2 Osebnost in samodestruktivno vedenje .....	10
3 SAMODESTRUKTIVNO VEDENJE MED DUŠEVNO ZDRAVO IN DUŠEVNO BOLNO POPULACIJO.....	12
4 PATOLOŠKO SAMODESTRUKTIVNO VEDENJE.....	13
4.1 Travma v središču samodestruktivnega vedenja.....	13
4.1.1 Pomen travme .....	13
4.1.2 Samodestruktivnost kot ponavljanje travme .....	14
4.1.3 Vpliv spolne zlorabe in reviktimizacija .....	14
4.1.4 Socialna navezanost kot posledica samodestruktivnosti in odziv na travmo .....	15
4.1.5 Zasvojenost s travmo .....	15
4.1.6 Travma v otroštvu, endogeni opiodi in samopoškodovanje .....	16
4.2 Samopoškodovanje in samodestruktivno vedenje.....	17
4.2.1 Model izogibanja doživljanju .....	17
4.2.2 Mehanizmi čustvenega bega.....	19

4.2.3 Samodestruktivno vedenje v povezavi z drugimi motnjami .....	20
5 RAZPRAVA .....	22
6 ZAKLJUČEK.....	25
7 LITERATURA IN VIRI.....	26

## **SEZNAM KRATIC**

PTSM      Posttravmatska stresna motnja



## **KAZALO SLIK**

Slika 1: Model izogibanja doživljanju.....	18
--	----

## 1 UVOD

Samodestruktivno vedenje se v svetovni literaturi pojavlja že od *Svetega pisma* in grške antike naprej, morda celo že mnogo prej. V nekaterih glavnih delih antične grške tragedije je izrazit motiv samodestruktivnosti. Vsi poznamo nesrečno usodo kralja Ojdipa, ki si, v afektu usodne realizacije svojih dejanj, iztakne oči, ali Antigone, ki v odgovor na tiranijo kralja Kreona naredi samomor. Nekatera glavna dela svetovne literature, kot je *Romeo in Julija*, opisujejo ljubimca, ki si ob neznosni misli na izgubo drugega vzameta življenje. Podobno v slavnem Goethejevem romanu *Trpljenje mladega Wertherja* protagonist v odgovor na nesrečno ljubezen naredi samomor.

Lahko se vprašamo, zakaj je tragičnost samodestruktivnosti kot odgovor na neznosno stanje bivanja tako pogosto opevana in predstavljena v velikih delih nekaterih največjih umetnikov. Morda se s to mislijo na neki ravni lahko vsi poistovetimo, morda občutimo posebno tragičnost ob nesrečni usodi, ki si jo posameznik zada sam, morda pa je potencial za samodestruktivnost prisoten v vsakem od nas, ko se znajdemo v spletu nesrečnih življenjskih okoliščin.

Proučevanje samodestruktivnosti vsekakor ni nekaj novega. Zgodovina psihoanalitičnega pogleda pri proučevanju pojava samodestruktivnega vedenja je dolga. Že očeta psihoanalize Sigmunda Freuda je fascinirala navidezna paradoksalnost samodestruktivnega vedenja, ki kaže nasprotovanje temeljni predpostavki človeka – da stremi k ugodju in se izogiba bolečini. V svoji knjigi *Jenseits des Lustprinzips (Onstran načela ugodja)* prvič omeni »Todestrieb« (gon smrti), ki deluje kot nasprotnik Erosu, ki teži k preživetju, življenju, spolnosti in ustvarjanju nasproti uničevanju in agresivnosti (Bahovec idr., 1987/2011-1938, po Freud, 1920). Malokateri Freudov koncept je tako kontroverzen kot gon smrti. Strokovnjaki se že desetletja prerekajo o tem, do kolikšne mere, če sploh, je koncept prisoten v človeški naravi. Osnovna predpostavka psihodinamskih modelov osebnosti je, da je opazovano vedenje nedirektna manifestacija nezavednih procesov (Freud, 1920).

Z razumevanjem samodestruktivnosti iz psihoanalitične perspektive se po Freudu začne ukvarjati Otto Friedman Kernberg. Mazohistično osebnostno patologijo deli na a) »normalni« mazohizem, b) sadomazohistično osebnostno motnjo in c) depresivno mazohistično osebnostno motnjo. »Normalni« mazohizem je do neke mere neizogiben, saj nastane z integracijo normalnih funkcij nadjaza. Pojavi se na primer kot realistično samokritiziranje, ki se lahko sprevrže v depresivno stanje. Manjše oblike »moralnega« mazohizma so neizogibna posledica integracij funkcij nadjaza. Depresivna mazohistična motnja spada pod nevrotično

osebno organiziranost, ki se kaže v močnem egu (dobrem obvladovanju anksioznosti in kontroli impulzov), hkrati so pri takih ljudeh značilni premočno izražen nadjaz, prevelika odvisnost od ljubezni, sprejemanja in podpore drugih ter težave z izražanjem agresije. Osebe, ki trpijo za sadomazohistično osebno motnjo, kažejo izmenično mazohistično in sadistično vedenje do istega objekta. Pogosto kažejo znake mejne osebne motnje, manjšo moč ega ter primitivne obrambne mehanizme (Kernberg, 1988).

V zadnjih letih dvajsetega stoletja so raziskovalci s povezovanjem znanja iz skoraj stoletja raziskovanja na področjih nevrologije, psihiatrije in psihologije začeli dobivati vedno večji uvid v razvozlavanje uganke samodestruktivnosti. Avtor van der Kolk (2014), ki je svoje življenje posvetil preučevanju vpliva travme na delovanje človeka, vidi travmo kot ključen dejavnik pri pojavu samodestruktivnega vedenja. Travma, ki se lahko kaže v obliki spolne zlorabe, zanemarjanja pri enem ali obeh starših, nasilja in nesreč, lahko povzroči trajne posledice v delovanju človeka (prav tam). Otroci, ki so doživeli spolno zlorabo, so mnogo dovzetnejši za razvoj samodestruktivnega vedenja ter mejne osebne motnje pozneje v življenju (Green, 1978). Žrtve zlorabe in incesta pogosteje zaidejo v prostitucijo (Finkelhor in Brown, 1985; Gelinis, 1983). Osebe, ki so doživele travmo, pogosto z njo postanejo preokupirane in jo na različne načine ponavljajo, kar lahko razumemo kot obliko samodestruktivnosti. Vojni veterani so tako pogosteje v službah najemniških vojakov (Solursh, 1987). Pri žrtvah telesne zlorabe se poveča tveganje za ponovitev podobne zlorabe v družinah, ki so jih posvojile, ali pa se samopoškodujejo (Russell, 1986). Ljudje, ki so izpostavljeni konstantnemu stresu iz okolja, kažejo spremembe na nevrološki ravni. Pri njih so povišane ravni kateholaminov in endogenega odziva na stres (van der Kolk, 1989). Pogosti so tudi analgezija in spremenjena stanja zavesti, kot je na primer disociacija (prav tam). Z osredinjanjem na pomen travme smo bližje razumevanju tega, kako se samodestruktivno vedenje pojavi in obstane.

Avtorji novejših raziskav v enaindvajsetem stoletju se osredinjajo na pomen doživljanja emocionalnega distresa ter samodestruktivnosti kot poskusa »izogibanja doživljanju«, torej načina zmanjšanja neprijetnega čustvenega stanja (Chapman, Gratz in Brown, 2006). Samodestruktivnost je v tem smislu razumljena kot funkcionalni način preprečitve čutenja neželenih čustvenih stanj (prav tam). V skladu s teorijo samodestruktivnosti kot mehanizma čustvenega bega obstaja več hipotez, ki bi lahko pojav pojasnile. Opioidna hipoteza predpostavlja, da samopoškodovanje sproži endogene opioide, ki olajšajo čustveni distres (Coid, Alollio in Rees, 1983; Russ, 1992; Bresin in Gordon, 2013). Hipoteza samokaznovanja predpostavlja, da samodestruktivno vedenje zmanjša čustveni odziv na podlagi tega, da se

posameznik kaznuje in tako ohrani skladno prepričanje o samem sebi (npr. zaslužim si biti kaznovan) (Swann, Hixon, Stein-Seroussi in Gilbert, 1990).

Hujše samodestruktivno vedenje se večinoma pojavlja pri pacientih z duševnimi motnjami. Obstajajo pa tudi blažje oblike samodestruktivnega vedenja, ki se pojavijo pri duševno zdravih ljudeh in ki so verjetno znane skorajda vsakomur izmed nas: samohendikepiranje, prokrastinacija, pretirano uživanje rekreativnih drog, prenajedanje, zadržanost, zlom pod pritiskom, naučena nemoč ... (Baumeister in Scher, 1988). Medtem ko se take oblike vedenja lahko pojavijo pri vsakomer, obstajajo za njihov razvoj določeni dejavniki tveganja, kot so nizka vestnost (Costa in McCrae, 1992), zunanji lokus kontrole (Renn, Allen, Fedor in Davis, 2005), nevroticizem (Judge in Ilies, 2002; Baumeister in Scher, 1988), nizka ali v nekaterih primerih visoka samozavest (Brockner, 1988; Campbell, Chew in Scratchley, 1991; Tennen in Affleck, 1993), kapaciteta samoregulacije ter emocionalni distres (Baumeister, 1997).

V zaključnem delu želimo raziskati področje samodestruktivnega vedenja pri duševno bolnih in zdravih osebah. Z raziskovanjem želimo doseči dva cilja: s pregledom literature pregledati 1) glavne vzroke za nastanek samodestruktivnega vedenja ter 2) glavne razlike med samodestruktivnim vedenjem pri duševno bolnih in duševno zdravih osebah.

## **1.1 Trije modeli samodestruktivnosti**

Baumeister (Baumeister in Scher, 1988) je velik del svoje bogate raziskovalne kariere posvetil pojavu samodestruktivnega vedenja. Samodestruktivnost deli na tri oblike na podlagi tega, do kolikšne mere se posameznik samodestruktivnosti zaveda, in tega, s katerim namenom se samodestruktivno vede.

### **1.1.1 Primarna samodestruktivnost**

Primarna samodestruktivnost vključuje zavestno namero škodovanja samemu sebi. Posameznik se odloči za tako vedenje, ker bo privedlo do škode ali neuspeha. Ravno zaradi tega je primarna samodestruktivnost najbolj iracionalna in nerazumljiva oblika samodestruktivnega vedenja (Baumeister in Scher, 1988). Primarna samodestruktivnost je najbližja prvim zasnovam kliničnih teorij o samodestruktivnosti (Menninger, 1966, 1938).

Želja po škodovanju samemu sebi ponazarja očiten negativen odnos do samega sebe. Nizka samopodoba bi tako lahko bila eden izmed ključnih dejavnikov nastanka samodestruktivnosti.

Intenziteta negativnega odnosa do samega sebe bi lahko bila podkrepljena z močnimi negativnimi čustvenimi stanji. Močni občutki krivde, anksioznosti in obžalovanja povzročijo akutno nizko vrednotenje samega sebe, kar vodi do samodestruktivnosti (Baumeister in Scher, 1988).

### **1.1.2 Kompromisi**

Kompromisi (angl. Tradeoffs) zajemajo vedenje, katerega posledice vsebujejo tako nagrado kot tudi tveganje ali škodo. Oseba se škode zaveda, vendar si je ne želi. Pri kompromisih morata biti prisotna dva različna cilja, pri čemer oseba s tem, da se odloči za enega od ciljev, izgubi možnost za doseg drugega (Baumeister in Scher, 1988).

Samodestruktivno kompromisno vedenje nastane, ko oseba sprejme slabo odločitev v situaciji z različnimi med seboj izključujočimi se cilji. Izbira vedenja, pri katerem je škoda večja kot nagrada, se lahko pojasni kot napaka v predvidevanju izida vedenja, in ne namernega škodovanja samemu sebi (prav tam).

Eden od virov slabe presoje je človeška tendenca k zanemarjanju ali slabi presoji informacij (Kahneman, Slovic in Tversky, 1982). Številne kompromisne situacije vključujejo trenutni in oddaljeni cilj, zato je možno, da se ljudje slabo odločajo, ker se osredinjajo na takojšnje kratkoročne posledice svojega vedenja (Platt, 1973). Če je eden od ciljev bližje, pomeni, da so kratkoročne nagrade takega vedenja veliko očitnejše, medtem ko si je dolgoročne posledice težje predstavljati. Ljudje na splošno podcenjujejo verjetnost negativnih posledic v prihodnosti. Čim bolj so posledice oddaljene v prihodnosti, tem manj verjetno se nam zdi, da bo do njih sploh prišlo (Milburn, 1978). Zaradi teh distorzij se ljudje odločajo za vedenje, ki pozneje lahko deluje kot samodestruktivno. H kompromisnemu samodestruktivnemu vedenju spadajo zadržanost, zloraba substanc in samohendikepiranje (Baumeister in Scher, 1988).

### **1.1.3 Kontraproduktivne strategije**

Kontraproduktivne strategije zajemajo samodestruktivno vedenje, pri katerem si oseba niti ne želi škode sami sebi niti je ne predvideva. Posameznik dejavno stremi k cilju, vendar izbere pristop ali metodo, ki mu onemogoči doseg želenega izida. Oseba izbira neučinkovite strategije za doseg cilja. Odloči se za racionalen prilagojen odziv, za katerega pozneje ugotovi, da je bil kontraproduktiven. Podobno kot pri kompromisih je eden od razlogov za nastanek takega vedenja napaka v presoji (Baumeister in Scher, 1988).

Strategija, za katero se posameznik odloči, lahko propade zaradi neuspeha uspešne izvedbe vedenja ali pa zato, ker izbrana strategija preprosto ne vodi do izida, ki si ga posameznik želi. Prva možnost nastane zaradi napačne presoje o lastnih virih in sposobnostih, druga pa zaradi napačne presoje posledic izbranega izida. Med kontraproduktivne strategije spadata zlom pod pritiskom in naučena nemoč (prav tam).

## **2 SAMODESTRUKTIVNO VEDENJE PRI DUŠEVNO ZDRAVIH OSEBAH**

### **2.1 Oblike samodestruktivnega vedenja pri duševno zdravihosebah**

#### **2.1.1 Samohendikepiranje**

Samohendikepiranje se nanaša na posameznikovo postavljanje preprek samemu sebi, ki mu onemogoča uspešno izvajanje nalog. Osrednjo idejo pri samohendikepiranju predstavljajo izgovori, ki omilijo dojet neuspeh posameznika. Iznajdba izgovora je tako način, kako se posameznik zavaruje pred neuspehom. Pri samohendikepiranju gre predvsem za zaščito lastne samopodobe tako pred samim seboj kot tudi pred sodbo drugih. Če na primer oseba ne opravi izpita, ker se ni učila, to ne pomeni, da ni sposobna učenja, če izpita ne opravi kljub temu da se je veliko učila, pa lahko ta podatek prej postavi njeno inteligentnost pod vprašaj. Oseba, ki se samohandikepira, je tako zaščitena pred sodbo v obeh primerih. Samohendikepiranje je tako razumljeno kot samodestruktivno vedenje, ker poveča možnost za lasten neuspeh (Baumeister, 1997). V skladu s tem razumevanjem sta Baumeister in D. M. Tice (1990) v študiji ugotovila, da sta zmanjšan čas priprave na nalogo in zmanjšana uspešnost pozitivno povezana ( $r = 0,30$ ,  $p < 0,05$ ). Samohendikepiranje žrtvuje kakovost izvedbe naloge v zameno za pomen izida (Baumeister, 1997).

#### **2.1.2 Prokrastinacija**

Do prokrastinacije pride, ko se posameznik zaveda, da mora opraviti nalogo, vendar v določenem časovnem okvirju ne najde potrebne motivacije za njeno izvedbo (Senecal, Koestner in Vallerand, 1995). Domneva se, da prokrastinacija vsebuje kompleksne kognitivne, afektivne in vedenjske procese, ki vodijo do izogibanja opravljanja naloge (Anderson, 2003). W. van Eerde (2000) opiše motivacijski mehanizem prokrastinacije kot začasno izogibanje grožnji, da bi posameznik kratkoročno zaščitil svoje dobro počutje. Avtorica M. S. Roberts (1995) v študiji predlaga interpretacijo, v skladu s katero se posamezniki izogibajo določenim

nalogam zaradi strahu pred neuspehom, perfekcionizma, anksioznosti, iracionalnih prepričanj, izkrivljenih predstav o času ter dojemanja naloge kot dolgočasne in neželene.

Prokrastinacija je posledica neuspeha samoregulacije, saj posameznik daje prednost kratkotrajnim nagradam pred dolgoročnimi cilji. Posamezniki, ki ocenjujejo, da je njihova samokontrola manjša, pogosteje kažejo znake prokrastinacije (Rothblum, Solomon in Murakami, 1986). Prokrastinatorji so najverjetneje osebe brez dovolj notranje samodiscipline, da bi se motivirale za delo, in tako lahko delajo le pod zunanjim pritiskom (npr. izpitnimi roki, rokom za oddajo zaključne naloge) (Baumeister, 1997). Prokrastinacija deluje kot samodestruktivno vedenje v smislu zniževanja kakovosti izvedbe naloge (prav tam). Pri prokrastinaciji naj bi šlo tudi za neuspešno samoregulacijo (Rabin, Fogel in Nutter-Upham, 2011). V raziskavi dejavnikov, povezanih s prokrastinacijo, so avtorji v vzorcu dvesto dvanajstih študentov opazovali vpliv več spremenljivk (zdravstvene razloge, IQ, depresijo, anksioznost, nevroticizem in vestnost). Ugotovili so, da so bile težave na področju izvršilnih funkcij največji napovedovalec za pojav prokrastinacije znotraj vzorca dvesto dvanajstih študentov (prav tam).

### **2.1.3 Zadržanost**

Zadržanost ni nujno samodestruktivna, vendar zadržane osebe kažejo značilnosti, ki jih lahko razumemo kot samodestruktivne. Večina zadržanih oseb si močno želi socialne sprejetosti, vendar se vedejo na načine, ki jim sprejetost onemogoča (Baumeister, 1997). Lahko se na primer izogibajo zabavam, na katerih bi spoznale več ljudi; v socialnih situacijah se pogosto ne odprejo in ne delijo osebnih informacij; manj govorijo in dajejo manj neverbalnih signalov medosebnega zanimanja (Leary, Knight in Johnson, 1987; Mandell in Shrauger, 1980). Zadržane osebe kažejo višje ravni osamljenosti kot druge (Cheek in Busch, 1981). Kažejo deficite v dolgotrajnih prijateljstvih in intimnih zvezah ter imajo manj spolnih odnosov kot nezadržane osebe (Leary in Dobbins, 1983; Maroldo, 1982). Schlenker in Leary (1982) ugotavljata, da je pri zadržanih osebah močno izražena želja po tem, da naredijo pozitiven vtis in si tako zagotovijo socialno sprejetost, vendar jih ustavlja strah pred tem, da bodo v družbi naredile slab vtis in bodo tako zavrjnene. Zadržani posamezniki so akutno občutljivi za možnost, da jih bodo drugi dojeli negativno (Baumeister, 1997). Ker si zadržane osebe načeloma želijo medosebne sprejetosti, vendar se vedejo na načine, ki jim ravno to onemogočajo, se tudi zadržanost lahko kategorizira kot samodestruktivno vedenje (prav tam).

#### **2.1.4 Pretirano uživanje**

Pretirano uživanje (angl. Bingeing) določenih substanc (hrane, alkohola, drog ipd.) ter pretirano izvajanje nekaterih dejavnosti (nakupovanja in iger na srečo) je lahko samodestruktivno. Večina teh substanc/dejavnosti je samodestruktivnih v vsaj dveh pogledih: a) Vsako vedenje povzroča direktne negativne posledice (npr. porabo velikih vsot denarja pri kockanju ali škodovanje zdravju s čezmernim pitjem) ter b) ogrozijo osebni proces samoregulacije, ki si ga je posameznik izoblikoval, da bi se takih pretiranih oblik vedenja rešil (Baumeister in Scher, 1988).

Pri pretiranem uživanju škodljivih snovi oz. izvajanju dejavnosti gre običajno za slabšo zmožnost samoregulacije (Baumeister, Heatherton in Tice, 1994), saj osebi ne uspe ohraniti vzorcev samoregulacije, ki si jih je prehodno oblikovala. Pretirano vedenje je tako razumljeno kot popuščanje skušnjavi in izguba nadzora (Baumeister in Scher, 1988).

#### **2.1.5 Zlom pod pritiskom**

Situacije z visokim pritiskom so opredeljene kot tiste, pri katerih je izjemno pomembno, da posameznik uspešno izvede nalogo (Baumeister, 1997). V takih situacijah se pogosto zgodi ravno nasprotno, in sicer da zaradi stresa pride do slabše izvedbe naloge (Baumeister, 1984). Zlom pod pritiskom (angl. Choking under pressure) je tako lahko razumljen kot kontraproduktiven odziv na pritisk, ker posameznikov trud paradoksalno vodi do neuspeha (Baumeister, 1997).

Situacijski pritiski povzročijo zavestno željo po kakovostni izvedbi naloge (Baumeister, 1984). Posameznik zaradi tega poskuša zagotoviti uspešno izvedbo z zavestnim opazovanjem procesa izvajanja naloge. Uspešna izvedba zahtevnih nalog je pogosto povezana z visoko sposobnostjo in samodejno verigo odzivov, zaradi česar zavestna pozornost zmoti izvedbo (Baumeister, 1997). Pretirana pozornost na izvedbo naloge kot odziv na pritisk lahko postane samodestruktivna, ker zmoti optimalno delovanje posameznika (prav tam).

Številne raziskave potrjujejo pojav »zloma« (Wright, Jackson, Christie, McGuire in Wright, 1991; Schlenker, Phillips, Boniecki in Schlenker, 1995). Avtorji raziskave (Baumeister in Scher, 1988), ki je bila izvedena na vzorcu profesionalnih športnikov, so pokazali, da športniki pred domačim občinstvom igrajo slabše. Do tega pride zaradi povečanih pričakovanj dobrega nastopa in posledično zmanjšanih ali zmotenih sposobnosti delovanja (Baumeister, 1984). Prisotnost občinstva najbolj zmoti kakovost nastopa pri najstnikih. Avtorji raziskave o



anksioznosti pred izpiti so pokazali, da prevelika pozornost na samega sebe zmanjša kakovost rezultatov na izpitu (Wine, 1971).

### **2.1.6 Naučena nemoč**

Naučena nemoč je pomembna kategorija samodestruktivnega vedenja, ki se nanaša na vzbujanje pričakovanj v odziv na stresne situacije. Pričakovanja postanejo škodljiva in neprilagojena, saj posamezniku onemogočijo uspešno delovanje v svetu (Seligman, 1975). Nekatera pričakovanja neuspeha lahko vodijo do samodestruktivnega vedenja. Pripisovanje neuspeha globalnim in stabilnim dejavnikom je še posebej škodljivo. Vzbudi namreč pričakovanje, da bo vsak njegov trud v prihodnje zaman, saj je obsojen na propad (Abramson, Seligman in Teasdale, 1978). Posameznik tako neha poskušati doseči želene rezultate, in to kljub visokim objektivnim možnostim za uspeh (Baumeister in Scher, 1988). Naučena nemoč postane samodestruktivna, ker posameznik napačno presodi svojo sposobnost za doseg cilja, in ko posameznik obupa in tako doživi neuspeh pri nalogah, pri katerih bi mu sicer s trudom lahko uspelo (prav tam).

## **2.2 Razlogi za nastanek samodestruktivnega vedenja pri duševno zdravih osebah**

### **2.2.1 Emocionalni distress, ogrožen egotizem in neuspešna samoregulacija**

Baumeister (1997) v ospredje iracionalnosti samodestruktivnega vedenja postavlja tri ključne dejavnike: a) ogrožen egotizem, b) neuspešno samoregulacijo in c) emocionalni distress. Pojem egotizem zajema vsa pozitivna prepričanja osebe o sebi. Mnoge oblike samodestruktivnega vedenja nastanejo, ko posameznikova samopodoba pade pod vprašaj zaradi zunanjih dejavnikov (prav tam). Prav tako do samodestruktivnega vedenja pride, ko sistemi samoregulacije in nadzora nehajo delovati na podlagi prej poznanih načinov. Oba dejavnika sta povezana z emocionalnim distressom (prav tam).

#### **2.2.1.1 Ogrožen egotizem**

Baumeister v raziskavi (1997) navaja, da je grožnja ego pogosto doživljena kot kriza, ki povzroči čustveni distress in pomanjkanje racionalnega razmisleka o dolgotrajnih posledicah dejanj, kar pa lahko privede do samodestruktivnega vedenja. Ugotavlja, da grožnje jazu zmanjšajo posameznikovo samopodobo, zmanjšana samopodoba pa je lahko povezana z občutki depresije in anksioznosti. Ogrožen egotizem je povezan s samomorom, z zlorabo

alkohola, s samohendikepiranjem, prokrastinacijo, samodestruktivnim nasiljem in z zlomom pod pritiskom. Čustveni distress se pojavi že ob tveganju zmanjšanja samopodobe (Baumeister, 1993). Eden izmed standardnih načinov, kako do samodestruktivnega vedenja pride, je, da oseba začne iskati kratkotrajne koristi, ob tem pa ne razmišlja o dolgotrajnem tveganju in posledicah (Baumeister, 1997).

### 22.12 Neuspeh samoregulacije

Sposobnost samoregulacije je med glavnimi kapacitetami, ki jih je človek razvil za doseg pozitivnih izidov (Baumeister, 1997). Ko se oseba odloči za negativen izid, se lahko predvideva, da je vzrok neuspešna samoregulacija (prav tam). Teoretiki razlikujejo med dvema glavnima oblikama neuspešne samoregulacije: neuspešno in napačno (zmotno) regulacijo (angl. underregulation in misregulation) (Carver in Scheier, 1981). Podregulacija zajema nezmožnost regulacije na način, ki bi privedel do najboljšega izida (Baumeister, 1997). Napačna regulacija vključuje učinkovite in odločne poskuse za spremembe sebe, vendar te spremembe ne vodijo do zelenih izidov (prav tam). Primer podregulacije je, da oseba nadaljuje pitje alkohola zaradi pomanjkanja volje, čeprav si v resnici želi prenehati piti. Primer napačne regulacije vključuje osebo, ki zlorablja alkohol, da bi se znebila depresivnega stanja, vendar se v realnosti najverjetneje zgodi nasproten učinek. Novejša raziskava (Wolfe idr., 2016) je pokazala, da bi zadeva lahko bila zapletenejša, saj so znotraj vzorca opazili antidepresivne učinke etanola tudi 24 ur po vnosu. Samodestruktivno vedenje v primeru neuspešne samoregulacije pomeni, da osebi ne uspe ravnati v skladu s tem, kar bi bilo zanjo najbolje (Baumeister, 1997).

### 22.13 Emocionalni distress

Že dolgo je znano, da je čustveni distress povezan s samodestruktivnim vedenjem, vendar točna narava povezave ostaja še nepojasnjena (Baumeister, 1997). Po eni izmed hipotez negativni afekt pri ljudeh povzroči željo po trpljenju in škodi. Nekateri psihoanalitiki menijo, da krivda povzroči željo po trpljenju (Menninger, 1966/1938; Piers in Singer, 1971/1953). Eden možnih mehanizmov za zmanjšano zmožnost samoregulacije je, da je emocionalni distress tako intenziven odziv, da mu oseba posveti prioriteto in se ga tako želi čim prej znebiti skoraj za vsako ceno (Baumeister, Heatheron in Tice, 1994). Ljudje si v skladu s tem lahko želijo prenehati zlorabljati substance, se prenajedati, prokrastinacijo ali kaj podobnega, vendar

začnejo to početi, da bi se znebili čustvenega distresa, ki ga čutijo v sedanjem trenutku (Baumeister, Heatheron in Tice, 1994).

Intenzivnost emocionalnega stresa je še posebej opazna pri socialni izključenosti. J. M. Twenge, K. R. Catanese in Baumeister (2002) so v randomizirani kontrolirani študiji udeležencem napovedali visoko verjetnost, da bodo pozneje v življenju ostali sami, torej brez partnerja. Ta izmišljena informacija je povzročila, da so se udeleženci vedli bolj iracionalno, samopoškodovalno in tvegano. Kontrolna skupina, v kateri so udeležencem povedali, da bodo doživeli veliko nesreč, ni kazala samodestruktivnega vedenja (prav tam).

### **2.2.2 Osebnost in samodestruktivno vedenje**

Literatura nakazuje, da so nekatere osebnostne poteze povezane s samodestruktivnim vedenjem (Costa in McCrae, 1992; McCrae in John, 1992; Judge in Ilies, 2002; Baumeister in Scher 1988). Osebnostne poteze, pri katerih posamezniki doživljajo več čustvenega distresa, na primer povišan nevroticizem, so močnejši dejavniki tveganja za samodestruktivno vedenje (Renn idr., 2005). Podobno osebnostne lastnosti, ki so povezane s samoregulacijo, npr. vestnost, vplivajo na nastanek samodestruktivnega vedenja, kot je prokrastinacija (prav tam).

#### **2221 Vestnost**

Vestnost je široka osebnostna lastnost, ki zajema šest dejavnikov: kompetentnost, rednost, skrbnost, željo po uspehu, samodisciplino in preudarnost (Costa in McCrae, 1992). Osebe z visoko izraženo vestnostjo so delovne, organizirane, učinkovite in ciljno usmerjene (McCrae in John, 1992). Osebe z nizko vestnostjo kažejo pomanjkanje samodiscipline in nizko usmerjenost na uspeh (prav tam). Nizka vestnost je lahko povezana s prokrastinacijo in z nezmožnostjo prelaganja trenutnega zadovoljstva. Zaradi teh tendenc se za posameznike z nizko vestnostjo pričakuje, da bodo kazali manjšo motivacijo za opravljanje nalog in se jim bodo lahko celo v celoti izogibali (Renn idr., 2005). J. L. Johnson in Bloom (1995) sta ugotovila, da manj vestni študentje v primerjavi z vestnejšimi bolj prokrastinirajo akademske naloge.

## 2222 Nevroticizem

Nevroticizem oz. čustvena nestabilnost zajema vidike anksioznosti, depresije, sramežljivosti in impulzivnosti (Costa in McCrae, 1992). Judge in Ilies (2002) sta v študiji ugotovila, da je nevroticizem negativno povezan s tremi indikatorji motivacije za izvedbo nalog, in sicer z zastavljanjem ciljev, učinkovitostjo in s teorijami pričakovanja. Menita, da se nevrotični posamezniki izogibajo zastavljanju ciljev ter da anksioznost in negativne emocije zmanjšajo njihovo uspešnost izvajanja nalog. Na eni strani občutki krivde in nezadovoljstvo z lastnim delom lahko vzbudijo motivacijo za izboljšave (Bandura, 1991). Po drugi strani pa impulzivnost, strah, anksioznost in jeza pogosto sprožijo samodestruktivno vedenje (Baumeister in Scher, 1988). Študije kažejo, da je nevroticizem povezan z več oblikami samodestruktivnega vedenja (Renn idr., 2005) in z anksioznostjo. Anksioznost pa je povezana s prokrastinacijo. Funder, Block in Block (1983) ugotavljajo, da je zmožnost prelaganja zadovoljstva negativno povezana z razdražljivostjo in agresivnostjo. Ljudje z visokim nevroticizmom so tako manj sposobni prelaganja zadovoljstva, kot so ljudje z nizkim nevroticizmom (Renn idr., 2005).

## 2223 Lokus kontrole

Lokus kontrole predstavlja posameznikova pričakovanja o tem, kdo nadzira izide dogodkov v njegovem življenju (Rotter, 1966). Osebe z notranjim lokusom kontrole verjamejo, da same nadzirajo dogodke v svojem življenju, medtem ko tiste z zunanjim lokusom kontrole pripisujejo nadzor nad dogodki dejavnikom, kot so sreča, usoda in slučaj, in drugim osebam (Renn idr., 2005).

Ko oseba verjame, da je brez vpliva na okolje, lahko občuti naučeno nemoč, katere posledice so pasivnost, odtegnitev od dejanj, depresija, nizka motivacija in nizka delovna uspešnost (Seligman, 1975). Ko posameznik dvomi o svoji zmožnosti vplivanja na izid, mu to onemogoči pridobivanje nadzora in učinkovitega vedenja pri reševanju situacij. Pri tem lahko postane prepričan, da je kakršenkoli trud v prihodnje nesmiseln in obsojen na propad (Baumeister in Scher, 1988). Za osebe z zunanjim lokusom kontrole se tako pričakuje, da imajo težave s prelaganjem zadovoljstva, ker doživljajo več občutij nemoči in anksioznosti kot osebe z notranjim lokusom kontrole. Osebe z zunanjim lokusom kontrole prav tako iščejo manj povratnih informacij, kar je lahko povezano z zmotnim ocenjevanjem samega sebe (Renn in Fedor, 2001).

### 2.2.2.5 Samozavest

Samozavest predstavlja prepričanje, do katerega se posameznik vrednoti pozitivno ali negativno (Brockner, 1988). Za osebe z visoko samozavestjo so značilna splošno pozitivna prepričanja o sebi in svojih zmožnostih, medtem ko osebe z nizko samozavestjo dvomijo o svoji vrednosti in sposobnosti doseganja uspeha v različnih situacijah (Renn idr., 2005). Osebe z nizko samozavestjo podcenjujejo pozitivne ocene, povratno informacijo pogosto dojemajo bolj negativno, kot je dejansko, prav tako pa podcenjujejo svojo vrednost (Ashford, 1989; Korman, 1970). Prav tako močneje reagirajo na kritiko (Brockner, 1988). Nasprotno pa ljudje z visoko samozavestjo ne iščejo povratne informacije, in če jo dobijo, jo zavračajo, ker so preveč prepričani o lastni sposobnosti (Ashford, 1986; Brockner, 1988). Osebe z nizko samozavestjo pogosteje prokrastinirajo in težje prelagajo gratifikacijo. Take osebe so dovzetnejše za negativno razpoloženje, depresijo in emocionalno nestabilnost (Campbell idr., 1991; Tennen in Affleck, 1993). Previsoko samozavestne osebe zaradi zavračanja povratne informacije in pretiranega prepričanja o lastni vrednosti pogosteje kažejo neprilagojeno vztrajanje v situacijah, v katerih bi bilo bolje odnehati ter čas in vire bolje porabiti za kaj drugega (Brockner, 1988).

## **3 SAMODESTRUKTIVNO VEDENJE MED DUŠEVNO ZDRAVO IN DUŠEVNO BOLNO POPULACIJO**

Samodestruktivno vedenje je še posebej pogosto v populaciji mladostnikov in mladih odraslih. Je med glavnimi vzroki smrti v populaciji med 15. in 24. letom, prav tako pa približno 17 odstotkov mladih odraslih poroča o zgodovini samopoškodovanja (Whitlock, Eckenrode in Silverman, 2006). Največ raziskav je bilo izvedenih na področju samopoškodovanja, vendar to še zdaleč ne pomeni, da se vedenje pojavi zgolj v tej obliki, kot tudi ne, da je tovrstna oblika najpogostejša. Osebe, ki se vedejo samodestruktivno, pogosto kažejo več različnih oblik samodestruktivnosti (Chapman, Gratz in Brown, 2006).

Samodestruktivne misli in vedenje so lahko način komuniciranja osebe z lastno stisko. Novejše so raziskave samodestruktivnosti iz ekološke perspektive (Garcia, Skay, Sieving, Naughton in Beringer 2008; van Renen in Wild, 2008), v katerih raziskovalci opazujejo širše okolje posameznika in vpliv tega na njegovo vedenje (Cruz, Narciso, Pereira in Sampaio, 2015). Primera takih raziskav sta predstavljena v nadaljevanju. V raziskavi mladostnikov, starih od 13 do 18 let, sta bila pomanjkanje starševske skrbi in nizka stopnja družinske povezanosti dejavniki tveganja za razvoj samodestruktivnega vedenja (Garcia idr., 2008). V

drugi raziskavi (van Renen in Wild, 2008) sta avtorja ugotovila, da so nizka kohezivnost, nizka regulacija na strani matere ter nizka povezanost z očetom dejavniki tveganja za poskus samomora in samopoškodovanje. Konflikt med starši in mladostniki ter visok psihološki nadzor (vzbujanje krivde in kritiziranje) bi lahko bila med najpomembnejšimi dejavniki tveganja za samodestruktivno vedenje (Cruz idr., 2014). Wichstrøm (2009) ugotavlja, da so starševski konflikt, psihopatologija in pomanjkanje skrbi staršev povezani s poskusi samomora, medtem ko je nezadovoljstvo s socialno mrežo pomembnejši pokazatelj samopoškodovanja.

Pri mladih odraslih je samopoškodovanje v dveh vlogah: 1) interpersonalni, pri kateri samopoškodovanje facilitira iskanje pomoči, in 2) intrapersonalni, pri kateri samopoškodovanje facilitira beg iz neželjenih socialnih situacij (Nock, 2009). Kot je navedeno v nadaljevanju, je med bistvenimi razlogi za samopoškodovanje ravno zmanjšanje emocionalnega distresa. Osebe, ki se samopoškodujejo, poročajo, da jim tako vedenje pomaga omiliti občutke anksioznosti, krivde, sramu, osamljenosti in sovraštva (Lloyd-Richardson, 2008). Podobno je bilo v raziskavi mladostnikov, ki so se samopoškodovali z namenom bega pred negativnimi čustvi in mislimi. Slednje je bilo ocenjeno kot primarni razlog takega vedenja (Nock, Prinstein in Sterba, 2009).

## **4 PATOLOŠKO SAMODESTRUKTIVNO VEDENJE**

### **4.1 Travma v središču samodestruktivnega vedenja**

#### **4.1.1 Pomen travme**

Raziskave kažejo, da je samodestruktivno vedenje pogostejše pri osebah, ki so v življenju doživele spolno zlorabo, nasilje, zanemarjanje na strani staršev, vojno ali drugo obliko nesreče (Finkelhor in Brown, 1985; Gelinas, 1983; Russell, 1986; Solursh, 1987). Vsem tem dogodkom je skupno, da so travmatični. Vedno več literature nakazuje, da prisotnost travme, še posebej v zgodnjih letih življenja, ima pomembno vlogo pri razvoju duševnih bolezni, kot so disociativna motnja, mejna osebnostna motnja in bipolarna motnja (van der Kolk, 2014). Morda ni naključje, da je pomemben simptom, skupen vsem tem motnjam, ravno samodestruktivno vedenje, ki se pojavi v različnih oblikah, kot so samopoškodovanje, zloraba substanc in tvegano spolno vedenje (prav tam).

#### **4.1.2 Samodestruktivnost kot ponavljanje travme**

Za osebe, ki so doživele močno travmo, je značilna kompulzija, da travmo ponavljajo (van der Kolk, 1989). Freud (1920) je menil, da do kompulzije pride zaradi poskusa obvladovanja travme, toda klinične izkušnje kažejo, da do tega redko pride (van der Kolk, 1989). Pogosteje se zgodi, da ponavljanje travme (angl. Behavioral re-enactment) vodi do še večjega trpljenja za žrtve in ljudi v njihovi okolici. Otroci so še bolj kot odrasli dovzetni za ponavljanje travmatičnih izkušenj (van der Kolk, 1989). D. O. Lewis in drugi (1988) poročajo o pogostosti preteklih zlorab pri morilcih. Od štirinajstih mladoletnih oseb, ki so bile obsojene na smrt zaradi umora, jih je bilo dvanajst hudo telesno zlorabljenih in od tega so pet spolno zlorabili sorodniki. Bach-y-Rita (1974) je v študiji moških zločincev, ki so kazali znake hudega samopoškodovanja kot tudi depresivnega vedenja, hiperaktivnosti, zmanjšanja zaznave bolečine in povečanega agresivnega vedenja, kot možen vzrok izpostavil socialno deprivacijo v otroštvu na materini strani.

#### **4.1.3 Vpliv spolne zlorabe in reviktimizacija**

Samodestruktivno vedenje je pogosto med zlorabljenimi otroki (van der Kolk, 1989). Green (1978) v študiji navaja, da je 41 odstotkov otrok, ki so bili zlorabljeni, kazalo oblike samodestruktivnega vedenja, kot so grizenje, butanje z glavo v zid, povzročanje opeklin in rezanje ipd. V študiji na temo travmatičnih dogodkov, ki napovedujejo mejno osebnostno motnjo, so opazili visoko povezavo med zgodnjo spolno zlorabo oseb ter samopoškodovanjem pozneje v življenju, predvsem rezanjem in stradanjem (van der Kolk, Herman in Perry, 1991). Simpson in Porter (1981) prav tako ugotavljata povezavo med hudim samopoškodovanjem in drugimi oblikami samodestruktivnega vedenja, kot sta zloraba alkohola in drog. Trdita, da samodestruktivno vedenje ni posledica konflikta, krivde ali pritiska superega, temveč primitivnejših vedenjskih vzorcev, ki izhajajo iz bolečih odnosov s sovražnimi skrbniki iz prvih let življenja (prav tam).

Reviktimizacija se konsistentno kaže pri žrtvah travme (Ferenczi, 1955; Gelinas 1983; Desai, Arias, Thompson in Basile, 2002). Žrtve posilstva so pogosteje ponovno posiljene in ženske, ki so bile telesno ali spolno zlorabljene v otroštvu in so pogosteje zlorabljene v odraslosti (van der Kolk, 1989; Desai, Arias, Thompson in Basile, 2002; Coid idr., 2001). Žrtve zlorabe pogosteje zaidejo v prostitucijo (Finkelhor in Brown, 1985; James in Meyerding, 1977). D. E. H. Russell (1986) iz dolgoletnih izkušenj proučevanja posledic incesta na življenje žensk ugotavlja, da je malo žensk ozavestilo povezavo med zlorabo v otroštvu in njihovo zlorabo substanc, prostitucijo in poskusi samomora. Medtem ko je 38 odstotkov žensk v naključno

izbranim vzorcu poročalo, da so doživele posilstvo ali poskus posilstva po štirinajstem letu starosti, jih je bilo med njimi 68 odstotkov z zgodovino incesta (prav tam). Dvakrat več žensk z zgodovino telesnega nasilja v zakonski zvezi (27 %) in več kot dvakrat več (53 %) jih je poročalo o neželenih spolnih pristopih avtoritativnih oseb (prav tam). Ženske kot žrtve incesta z očetom so bile povabljene v pornografijo štirikrat pogosteje kot tiste brez zgodovine incesta (prav tam).

#### **4.1.4 Socialna navezanost kot posledica samodestruktivnosti in odziv natravmo**

Ljudje so močno odvisni od socialne podpore, saj s tem pridobijo občutek varnosti, smisla, moči in nadzora (Bowlby, 1973). Biološki razvoj je močno odvisen od vplivov narave naših zgodnjih odnosov (van der Kolk, 1987). Do travmatiziranosti pride, ko notranji in zunanji viri niso dovolj za spopadanje z zunanjimi grožnjami (Kagan, Reznick in Snidman, 1987). Vloga prisotnosti skrbnikov pri moduliranju otrokovega fiziološkega vzburjenja je močna. V odsotnosti skrbnika otroci doživljajo ekstreme premajhnega in prevelikega vzburjenja (Weiss, Glazer, Pohorecky, 1975) ki so zanje fiziološko dezorganizirajoči in škodljivi. Prisotnost skrbnika, ki mu otrok lahko brezskrbno zaupa, ko mu lastni viri niso dovolj, je bistvenega pomena za soočanje z grožnjami. Če skrbnik otroka zavrača in ga zlorablja, bodo otroci verjetneje postali čezmerno fiziološko vzburjeni (van der Kolk, 1989). Ko so osebe, ki bi morale biti vir varnosti in nege, istočasno vir nevarnosti, otroci manevrirajo, da bi občutek varnosti pridobili (prav tam). Namesto da bi se obrnili proti skrbnikom, saj s tem izgubijo upanje v varnost, začnejo kriviti sami sebe. Postanejo prestrašeno željni navezanosti in anksiozno poslušni. Bowlby (1973) to imenuje »vzorec vedenja, pri katerem izogibanje tekmuje z željo po bližini in negi in pri katerem bo jezno vedenje postalo zelo pogosto«. Hipervzburjenost vodi do emocionalnega stresa in težav z regulacijo emocij (van der Kolk, 1989). Oba pojava močno vplivata na pojav samodestruktivnega vedenja, o čemer je več v nadaljevanju.

#### **4.1.5 Zasvojenost s travmo**

Nekateri travmatizirani posamezniki ostanejo preokupirani s travmo in jo na nek način ponavljajo zase ali za druge, zaradi česar trpijo druge življenjske izkušnje (van der Kolk, 1987, 1988). Vojni veterani se lahko aktivirajo kot najemniški vojaki (Solursh, 1987), žrtve incesta lahko postanejo prostitutke in žrtve telesne zlorabe v otroštvu provocirajo podobno zlorabo v družinah, ki so jih posvojile, ali se začnejo samopoškodovati (Gelinas, 1983;



Russell, 1986). Klinično so za take ljudi značilna občutja praznine, dolgočasje in anksioznosti, ko niso v situacijah, podobnih tistim, ki travmatizirajo (van der Kolk, 1987). Ni dokazov za Freudovo idejo, da ponavljanje vodi do razrešitve in obvladovanja travme. Ravno nasprotno lahko podoživljanje travme vodi do preokupacije in fiksacije (van der Kolk, 1989).

Številni raziskovalci travmatičnega navezovanja menijo, da žrtve postanejo zasvojene od svojega mučitelja. Erschak (1984) sprašuje, zakaj se mučitelj ne ustavi, ko sta bolečina in škoda, ki ju povzročata žrtvi, očitni, in zakaj žrtev preprosto ne odide. Meni, da je odgovor v tem, da sta odvisna drug od drugega. Sistem, interakcija, odnos ju prevzame, posameznika sta tako nemočna kot zasvojenca (prav tam). Nasilje znotraj intimnih zvez pogosto spremljajo tudi zloraba drog in psihične težave (Mason in O'Rinn, 2014).

#### **4.1.6 Travma v otroštvu, endogeni opioidi in samopoškodovanje**

Če raziskave na živalih vzamemo kot vodilo, so ljudje, še posebej otroci, ki so izpostavljeni hudemu, konstantnemu okoljskemu stresu, dovzetnejši za razvoj močno povišane ravni kortizola in endogenega opioidnega odziva na ponavljajoči se stres (van der Kolk, 1989). Endogeni opioidni odziv lahko povzroči odvisnostne in izogibajoče se pojave, ki so podobni tistim pri eksogenih opioidih (prav tam). To lahko pojasni, zakaj se travma v otroštvu pogosto povezuje s ponavljajočim se samodestruktivnim vedenjem. Glede na to, kateri dražljaji so bili pogojeni v opioidnem odzivu, lahko samodestruktivno vedenje vključuje kronično vpletenost v nasilne partnerje, spolni mazohizem, samostradanje in nasilje, usmerjeno proti sebi ali drugim (van der Kolk, 1989; Chapman, Gratz in Brown, 2006; Nock, 2009).

Avtorji so v študiji (van der Kolk, 1987) ugotovili, da so osebe, ki so poročale o zgodnji telesni ali spolni zlorabi v otroštvu, hkrati poročale o samopoškodovalnem vedenju in samostradanju. Ta kontrolirana študija podpira mnogo kliničnih izjav o odnosu med zlorabo v otroštvu in samodestruktivnim vedenjem (Graf in Mallin, 1978; Pattison in Kahan, 1983). Med zlorabljenimi osebami je tako samopoškodovanje pogost odziv na zapuščenost, pri tem sta pogosta analgezija (zmanjšano občutenje bolečine) in spremenjeno stanje zavesti (van der Kolk, 1989). Samopoškodovanje tako prinese olajšanje in vrnitev v normalnost (prav tam). Poškodovanje, rezanje, povzročanje opeklin so tako lahko razumljeni kot poskusi »reparacije kohezivnosti jaza pred pritiskom intenzivne anksioznosti« (Ferenczi, 1955).

## 4.2 Samopoškodovanje in samodestruktivno vedenje

Med patološkimi oblikami samodestruktivnega vedenja je morda najbolj prepoznavno in najzloglasnejše samopoškodovanje (Favazza, 1989). Opredeljeno je kot namerno in direktno poškodovanje telesnega tkiva brez želje po samomoru (Chapman, Gratz in Brown, 2006). Ponavljajoče se stereotipne oblike samopoškodovanja so pogoste med posamezniki z razvojnimi motnjami (Lesch in Nyhan, 1964) in s kognitivnimi težavami (Carr, 1977). Med posamezniki z mejno osebnostno motnjo, disociativnimi motnjami in depresivnimi motnjami pa kaže, da so vzroki povezani z emocionalnim distresom (Favazza, 1989; Suyemoto, 1998).

Namerno samopoškodovanje je nenavadno vedenje ravno zaradi samodestruktivne narave. Čeprav je težko razumeti, zakaj bi se ljudje namerno poškodovali, obstajajo podobnosti med glavnimi teorijami namernega samopoškodovanja. Kljub raznolikim teoretskim perspektivam so si vse teorije podobne v tem, da namerno samopoškodovanje dojemajo kot način, s katerim si posamezniki pomagajo uravnati ali regulirati čustva oziroma uiti iz neprijetnih stanj doživljanja (Chapman, Gratz in Brown, 2006).

Model reguliranja emocij predpostavlja, da je namerno samopoškodovanje posamezniku v pomoč pri izražanju, konkretiziranju ali nadziranju intenzivnih emocij (prav tam). Podobno tudi disociacijski model predpostavlja, da je vloga namernega samopoškodovanja uravnavanje čustev in da je v interakciji z disociativnim vedenjem (Suyemoto, 1998). V skladu s temi teorijami je študija (Brown, Comtois in Linehan, 2002) pokazala, da sta regulacija čustev in čustveno olajšanje najpogostejša razloga za namerno samopoškodovanje. Kljub očitnim negativnim posledicam je namerno poškodovanje funkcionalno na nekaterih ravneh, saj je presenetljivo uspešno pri terminaciji neželenih čustvenih stanj (Chapman, Gratz in Brown, 2006).

### 4.2.1 Model izogibanja doživljanju

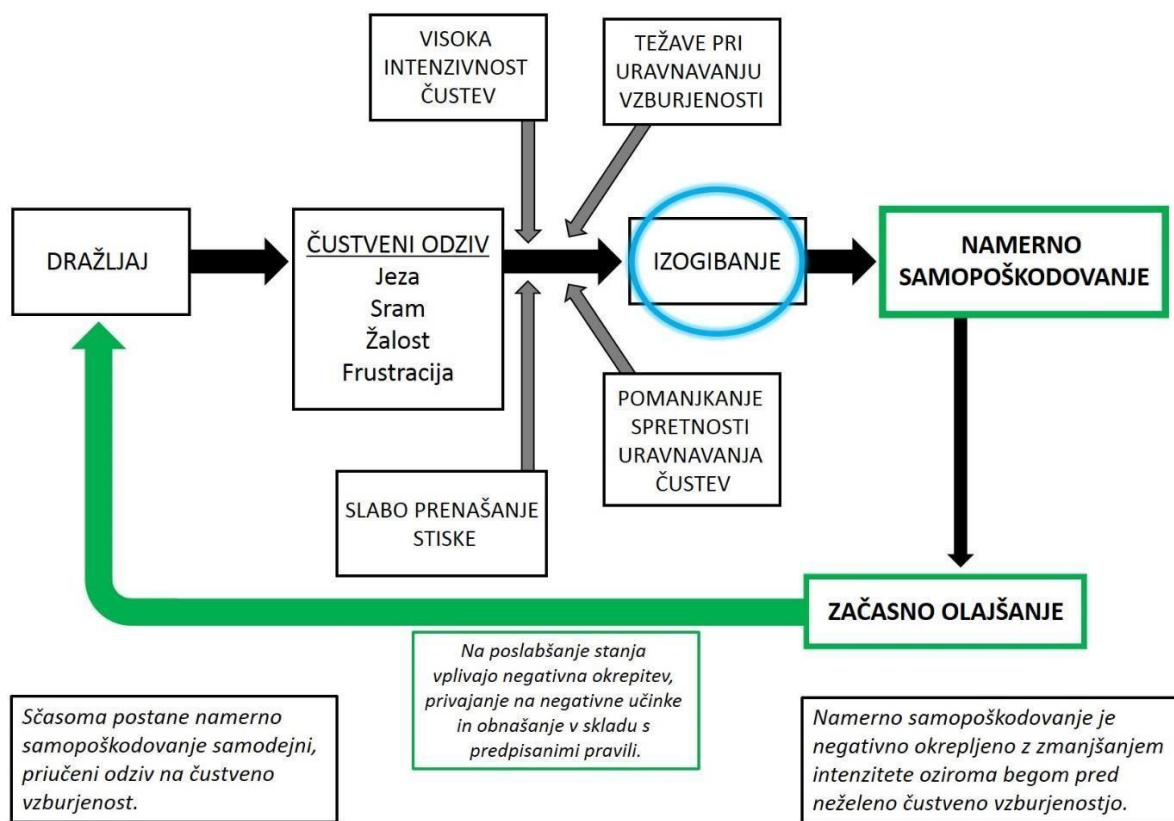
Kot vedenjski model namernega samopoškodovanja model izogibanja doživljanju opredeljuje, da umik od doživljanja neprijetne situacije (angl. experiential avoidance) predstavlja funkcionalno vrsto odzivov ali vedenja, namenjenih enaki funkciji (Nelson, 1988). Med vrste odzivov, ki povzročijo zmanjšano doživljanje intenzivne emocionalne izkušnje, spadajo zloraba substanc, pretirano uživanje alkohola, zasvojenost z igrami na srečo, s hrano, seksom, izogibanje spopadanju s situacijo, zatiranje misli in samopoškodovanje (Baumeister, 1997). Vse te oblike vedenja lahko razumemo kot samodestruktivne. Osebe, ki se namerno samopoškodujejo, tako verjetno kažejo tudi druge oblike samodestruktivnega vedenja,

namenjene izogibanju doživljanju. Na ta način lahko z modelom pojasnimo pojav samodestruktivnega vedenja predvsem v kliničnih primerih (Chapman, Gratz in Brown, 2006).

## Model izogibanja doživljanju

(angl. Experiential Avoidance Model; EAM)

### MODEL IZOGIBANJA DOŽIVLJANJU NAMERNEGA SAMOPOŠKODOVANJA (angl. EAM of deliberate self-harm)



Slika 1: Model izogibanja doživljanju (povzeto po Chapman, Gratz in Brown, 2006)

Ob situaciji, ki povzroči intenzivno čustveno stanje, lahko posameznik doživi močno potrebo po tem, da uide neprijetnemu stanju vznurjenja, zato se samopoškoduje, kar zmanjša ali konča čustveno stanje, s čimer se samopoškodovanje negativno pogojuje. V začaranem krogu ponavljajoča se negativna okrepitev ojača povezavo med neprijetnim čustvenim odzivom in

namernim samopoškodovanjem, tako da samopoškodovanje postane samodejno sredstvo bega iz intenzivnega čustvenega stanja (Chapman, Gratz in Brown, 2006).

## 4.2.2 Mehanizmi čustvenega bega

### 4.2.2.1 Opioidna hipoteza in nevrolški korelati samodestruktivnega vedenja

Vodilna biološka teorija mehanizmov izogibanja doživljanju, opioidna hipoteza, predpostavlja, da samopoškodovanje sproži endogene opioide, ki povzročijo analgezijo in olajšajo čustveni distress (Coid, Alolio in Rees, 1983; Russ, 1992; Bresin in Gordon, 2013). V študijah, v katerih je bila raziskovana ta hipoteza, so raziskovalci opazili povišane ravni opioidnih peptidov pri osebah, ki se samopoškodujejo (Coid, Alolio in Rees, 1983; Nock, Bresin in Gordon, 2013), medtem ko so drugi opazili, da administracija agonistov opiatnih receptorjev (naltreksona) vodi do zmanjšane samopoškodovanja (Roth idr., 1996; Symons, Thompson in Rodriguez, 2004). Iz raziskav izhajajo tri glavne ugotovitve o povezavi med endogenimi opiodi in samopoškodovanjem: za osebe, ki se samopoškodujejo, so značilne nižje splošne ravni endogenih opioidov; samopoškodovanje sproži endogene opioide; opiodi, ki se sprostijo med samopoškodovanjem, regulirajo čustveni distress (Bresin in Gordon, 2013).

Avtorji novejših raziskav se osredinjajo na specifične opioide (betaendorfine in enkefaline), ki sprožajo analgezijo (prav tam). Na podlagi raziskav ugotavljajo, da do razlik v samopoškodovanju med posamezniki pride zaradi zmanjšanih mirovnih ravni betaendorfina in enkefalinov. Ti povečajo nagrado, ki jo povzroči samopoškodovanje pri osebah, ki se pogosteje samopoškodujejo (prav tam).

Alternativno pojasnilo opioidne hipoteze je, da je za osebe, ki se samopoškodujejo, značilna povečana aktivnost v opiatnem sistemu kot odgovor na stres (Saxe, Chawla in van der Kolk, 2002). To lahko privede do značilnih stanj disociacije in otopelosti (prav tam). Osebe se tako samopoškodujejo, ker jih telesna bolečina zbudi iz disociativnega stanja (Chapman, Gratz in Brown, 2006).

Še ena različica opioidne hipoteze je, da se ljudje samopoškodujejo zaradi višjih ravni endogenih opiatov (Nock, 2009). V skladu s to hipotezo povišane ravni opioidov povzročijo povečano toleranco za bolečino, kar omogoči, da se te osebe samopoškodujejo. Hipotezo potrjuje nekaj študij, v katerih je bilo ugotovljeno, da je za posameznike, ki med samopoškodovanjem ne čutijo bolečine, značilna višja toleranca za bolečino kot za tiste, ki se ne samopoškodujejo, in osebe, ki med samopoškodovanjem bolečino občutijo (Hooley, Ho, Slater in Lockshin, 2010; McCoy, Fermouw in Mcneil, 2010). V skladu s to interpretacijo

zmanjšana pojavnost samopoškodovanja izhaja iz zmanjšanja vezave opioidov, kar povzroči, da se toleranca za bolečino vrne do normalnih ravni in da samopoškodovanje postane bolj boleče ter zaradi tega manj pogosto (Bresin in Gordon, 2013).

Audenaert in drugi (2001) so tako za paciente, ki so se pogosteje namerno poškodovali, kot tudi za tiste, ki so poskusili narediti samomor, ugotovili statistično značilno manjši frontalni indeks vezave za receptor 5-HT<sub>2a</sub>, kar nakazuje zmanjšano afiniteto za receptorje 5-HT<sub>2a</sub>. Pomembnost receptorja 5-HT<sub>2a</sub> pri disfunkcionalnih odnosih do sebe in sveta ter temu primernem vedenju (depresivni simptomatiki in samopoškodovanju) so ugotovili tudi v študiji, v kateri so izmerili količino vezanega proteina 5-HT<sub>2</sub>. Ugotovili so, da je za depresivne osebe značilno povišan vezivni potencial 5-HT<sub>2</sub>. To pomeni, da bi samopoškodovanje lahko bilo povezano z delovanjem serotoninskega sistema (Meyer idr., 2003).

#### 4.2.2 Hipoteza samokaznovanja

Hipoteza o samokaznovanju predpostavlja, da samodestruktivno vedenje zmanjša čustveni odziv na podlagi procesa ohranjanja konsistentne predstave o samem sebi (Swann, Hixon, Stein-Seroussi in Gilbert, 1990). Samokaznovanje vključuje širok spekter vedenja, vključno s samokritiziranjem, samopoškodovanjem, samodeprivacijo in z drugimi »zasluženimi« negativnimi posledicami za kaznovanje. Po teoriji samopotrjevanja (prav tam) se ljudje vedejo na načine, ki so konsistentni z njihovimi splošnimi prepričanji o samem sebi ali njihovi splošni samopodobi (Aronson in Mette, 1968). Ko se oseba začne dojemati na način, ki ni skladen s temi prepričanji, začne doživljati stanje hude anksioznosti oz. dezintegracijske tesnobe, ki vključuje visoko emocionalno vzburjenje in občutek izgube nadzora. Do takega stanja tenzije naj bi prišlo, ker je bila zmotena temeljna človeška potreba po razumevanju sveta. Podobno teorija kognitivne disonance predpostavlja, da nekonsistentnost med pomembnimi prepričanji (»zaslužim si biti kaznovan« in »nisem bil kaznovan«) povzroči averzivni afekt ali disonanco (Festinger, 1978). Posledično se posamezniki vedejo na načine, s katerimi želijo vzpostaviti občutek nadzora nad svetom in dojemanja sveta kot predvidljivega. Ko so osnovna prepričanja potrjena (npr. po »zasluženem« kaznovanju), čustveni distress izgine (Chapman, Gratz in Brown, 2006).

#### 4.2.3 Samodestruktivno vedenje v povezavi z drugimi motnjami

Ko je izogibajoče se vedenje pogosto in neučinkovito v trenutnem kontekstu, lahko vodi do kliničnih motenj. Mnogo kliničnih motenj se opisuje s prisotnostjo izogibajočega se vedenja in

v številnih raziskavah (Dubo, Zanarini, Lewis in Williams, 1997; Cloitre, Koenen, Coen in Han, 2002; Briere in Gil, 1998) je bila opažena povezava med namernim samopoškodovanjem in drugimi oblikami samodestruktivnega vedenja ter nekaterimi psihiatričnimi motnjami, vključno z mejno osebnostno motnjo, s potravmatskim stresom, z disociativno motnjo in depresivnimi motnjami (Chapman, Gratz in Brown, 2006).

Motnja, ki se največkrat povezuje z namernim samopoškodovanjem, je mejna osebnostna motnja. Podatki iz več raziskav kažejo, da je prisotnost samopoškodovanja pri osebah z mejno osebnostno motnjo od 48- do 79-odstotna (Brodsky, Cloitre in Duilt, 1995). M. M. Linehan (1993) meni, da je glavna značilnost mejne osebnostne motnje ravno emocionalna disregulacija. To je večrazsežni konstrukt, za katerega je značilna nezmožnost toleriranja emocionalnega distresa (Gratz in Roemer, 2004).

Namerno samopoškodovanje se pojavi pri okoli 50 odstotkih oseb s potravmatsko stresno motnjo (PTSM) v njihovem življenju (Cloitre, Koenen, Cohen in Han, 2002). PTSM je motnja, za katero so značilne visoke ravni izogibanja podobnim izkušnjam. Prav izogibanje močnim čustvenim vsebinam naj bi bil eden glavnih dejavnikov pri razvoju in obstanku PTSM (Salters-Pedneault, Tull in Roemer, 2004).

Podobno so tudi nekateri raziskovalci ugotovili, da je funkcija disociacije ravno izogibanje intenzivnim emocijam, mislim in travmatičnim spominom (van der Kolk, Perry in Herman, 1991; van der Kolk, 1996). Saxe, N. Chawla in van der Kolk (2002) ugotavljajo, da osebe, ki trpijo za disociativno motnjo, pogosteje kažejo samodestruktivno vedenje, se samopoškodujejo na več različnih načinov in se začnejo poškodovati bolj zgodaj kot osebe, ki ne disociirajo. Poudarjajo povezavo med disociacijo, travmo v otroštvu in samopoškodovanjem (prav tam).

Namerno samopoškodovanje je pogosto povezano z depresivnimi simptomi (Klonsky, Oltmans in Turkheimer, 2003; Ross in Heath, 2002). Kot pri mejni osebnostni motnji in potravmatski stresni motnji je tudi za depresijo značilno izogibanje doživljanja (Chapman, 2006). Nekateri raziskovalci so ugotovili, da je zatiranje misli (ena od oblik izogibanja izkušnjam) povezana z doživljanjem depresije in da celo povečuje depresivno afektiviteto (Wenzlaff in Bates, 1998). Depresivni simptomi so povezani tudi z nesprejemanjem emocionalnih odzivov (Tull idr., 2004).

V skladu z Baumeisterjevo teorijo (1990) samomora kot bega iz neznosnega emocionalnega stanja lahko posamezniki, ki se samopoškodujejo, doživijo okvaro v kognitivnih sistemih in sistemih procesiranja informacij, ko so prisotna intenzivna emocionalna stanja. To misel podpirajo študije, v katerih je bilo ugotovljeno, da se moč kognicije in procesiranja informacij

zmanjša v stanjih intenzivnih čustvenih odzivov, kar privede do težav v reševanju problemov (Gellatly in Meyer, 1992; Keinan, 1987). Ko imajo osebe težave z razmišljanjem, načrtovanjem in uporabo funkcionalnih strategij spopadanja, lahko izberejo lažje izvedljive strategije razreševanja emocionalnega konflikta, kot je v tem primeru samopoškodovanje (Chapman, Gratz in Brown, 2006).

## 5 RAZPRAVA

Baumeister (1988) navaja tri modele samodestruktivnosti: primarno samodestruktivnost (posameznik si škodo namerno povzroča in se tega tudi zaveda); kompromise (oseba se škode zaveda, vendar si je ne želi, do škode pride, ker se odloči za izid, katerega škoda je večja kot nagrada, vendar gre pri tem za napako v predvidevanju izida); kontraproduktivne strategije (oseba si škode niti ne želi niti se je ne zaveda, vendar izbere neučinkovite strategije za doseg cilja). V skladu s tem modelom je bilo v zaključni nalogi najprej predstavljeno samodestruktivno vedenje, ki se pojavi pri relativno zdravih osebah.

Ugotovili smo, da gre pri vseh oblikah samodestruktivnosti pri duševno zdravih osebah za obliko kompromisov ali kontraproduktivnih strategij ter da jim je pogosto skupno to, da je njihovo vedenje posledica negativnih čustvenih stanj, nezmožnosti samoregulacije ali ogroženega egotizma. Pogosto gre za kombinacijo dveh ali celo vseh treh dejavnikov.

Kot kaže, sta samoregulacija in emocionalni distress povezana pojava, saj posameznik v emocionalnem distressu daje prednost omilitvi čustvenega distressa pred drugim vedenjem tako, da posledično pride do neučinkovite samoregulacije. Čim večji je čustveni distress, tem bolj je samoregulacija neučinkovita in tem pogostejše je samodestruktivno vedenje. Morda se ravno zaradi tega samodestruktivno vedenje pogosto pojavi pri osebah v duševni stiski.

Nekatere osebnostne poteze napovedujejo nekatere oblike samodestruktivnega vedenja: osebe, ki so manj vestne, pogosteje prokrastinirajo. Do tega pride, ker imajo večje težave s prelaganjem trenutnega zadovoljstva, kar je primer neuspešne samoregulacije. Prav tako ni presenetljivo, da so osebe z višjim nevroticizmom dovzetnejše za večino oblik samodestruktivnega vedenja, saj so za nevroticizem značilna stanja povečane anksioznosti, depresije in strahu, kar so stanja emocionalnega distressa. Enak vzorec vidimo pri samozavesti, saj osebe z nizko samozavestjo bolj prokrastinirajo in težje prelagajo trenutno zadovoljstvo. Po drugi strani pa imajo lahko osebe, ki so visoko samozavestne, težave s samoregulacijo, saj zavračajo povratno informacijo in vztrajajo v situacijah, v katerih bi bilo bolje odnehati. Tudi

za osebe z zunanjim lokusom kontrole je značilno, da doživljajo več čustvenega distresa in posledično kažejo več samodestruktivnega vedenja.

Samodestruktivno vedenje je še posebej pogosto pri mladostnikih in mladih odraslih, ker gre za občutljiva leta, v katerih se nekateri posamezniki spopadajo z večjim emocionalnim distresom ter občutki socialne izoliranosti in osamljenosti. Mladostniki in mladi odrasli močneje kot posamezniki v drugih starostnih skupinah pomen socialne navezanosti vrednotijo tako v obliki prijateljstev kot tudi romantičnih partnerjev (Yang in Viktor, 2012). J. M. Twenge, K. R. Catanese in Baumeister (2002) so v študiji ugotovili, da so občutki socialne izoliranosti močan dejavnik tveganja za nastanek in ohranjanje samodestruktivnega vedenja.

Zadnje raziskave kažejo, da se še posebej pri mladostnikih in mladih odraslih kaže interpersonalna funkcija samodestruktivnosti. Samodestruktivnost je tako pri tej starostni skupini tudi način sporočanja osebne stiske, ko osebam stiske ne uspe razrešiti na drugačen način. Poleg tega več raziskav (Wichstrom, 2009; Renen in Wild, 2008) nakazuje, da sta pomembna dejavnika tveganja za samodestruktivnost v tem obdobju konflikt med starši in pomanjkanje skrbi na strani staršev. Primarno so se mladi odrasli, vključeni v raziskave (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker in Kelley, 2007; Nock, Prinstein in Sterba, 2009), vedli samodestruktivno, da bi ubežali negativnim čustvom in mislim.

Travma v različnih pojavnih oblikah privede do različnih vrst samodestruktivnega vedenja. Žrtve se pogosto vedejo samodestruktivno na način, ki je podoben osnovni travmi, ki so jo doživele. Vojni veterani se pogosto udeležujejo kot najemniški vojaki (Solursh, 1987), žrtve incesta pogosteje zaidejo v prostitucijo (Gelinis, 1983) in žrtve telesne zlorabe pogosteje provocirajo podobno zlorabo v družinah, ki so jih posvojile, ali pa se samopoškodujejo (Russell, 1986). Pomemben je vpliv varne socialne navezanosti, ki jo opisuje Bowlby (1973). Osebe, ki niso varno navezane, zaradi odsotnosti, zanemarjanja ali zlorabe enega ali obeh staršev, so pogosto v stanju hipervzburjenosti, kar vodi do težav z regulacijoemocij in emocionalnega distresa. V skladu s tem je van der Kolk (1985) v študiji ugotovil, da je pri osebah, ki so poročale o zgodnji telesni ali spolni zlorabi v otroštvu, povečana verjetnost samodestruktivnega vedenja v obdobju odraslosti.

Model reguliranjaemocij (angl. Behavioral avoidance model) predpostavlja, da je namen samopoškodovanja konkretiziranje in nadziranje intenzivnihemocij. V študiji (Brown idr., 2002) je bilo ugotovljeno, da sta regulacija čustev in čustveno olajšanje glavna razloga za namerno samopoškodovanje. Medtem ko se model reguliranjaemocij osredinja predvsem na samopoškodovanje kot sredstvo za zmanjšanje čustvenega distresa, si lahko predstavljamo, da je vsako samodestruktivno vedenje namenjeno zmanjšanju čustvenega distresa. To se sklada z



Baumeisterjevo predpostavko (1997), da je ob doživljanju intenzivnega negativnega emocionalnega stanja glavna prioriteta omilitev distresa, zaradi česar trpi tudi sposobnost samoregulacije. Stanje je mogoče omiliti na več načinov, ki so povezani s samodestruktivnim vedenjem: z zlorabo substanc, s tveganim spolnim vedenjem, z igrami na srečo, s prenajedanjem, samostradanjem in v skrajnem primeru celo s samomorom.

Medtem ko področje vzrokov za nastanek samodestruktivnega vedenja še ni povsem raziskano, za razlago takega vedenja veliko obeta raziskovanje nevroloških korelatov samodestruktivnega vedenja, predvsem v zvezi s samopoškodovanjem. Eden od pomembnih nevroloških korelatov je endogeni opioidni sistem (Coid, Alolio in Rees, 1983; Russ, 1992). V zvezi s tem sta do danes oblikovani dve hipotezi. Prva predpostavlja, da samopoškodovanje sproži endogene opioide, ki povzročijo analgezijo in tako olajšajo čustveni distres. Po drugi pa je za osebe, ki se samopoškodujejo, značilna povečana aktivnost v opiatnem sistemu, prav tako pa tudi, da jih samopoškodovanje zbudi iz neželenega disociativnega stanja (Saxe, Chawla in van der Kolk, 2002). Podobno so bile opažene tudi višje ravni metenkefalinov pri osebah, ki so se pogosto samopoškodovale (Cold, Alolio in Rees, 2003). Prav tako je bilo ugotovljeno, da je pri samopoškodovanju in poskusih samomora vpleten serotoninski sistem. V raziskavi (Audenaert idr., 2000) je bilo ugotovljeno, da je bila pri osebah, ki so se samopoškodovale, zmanjšana afiniteta za receptorje 5-HT<sub>2a</sub>. V ločeni raziskavi (Meyer idr. 2003) pa je bilo ugotovljeno, da je bil pri osebah, ki so se samopoškodovale, povišan vezivni potencial 5-HT<sub>2</sub>.

Samodestruktivnost je še posebej pogosta pri ljudeh, ki trpijo za mejno osebno motnjo, potrvamskim stresom, disociativno motnjo in depresivnimi motnjami. Približno 48–79 odstotkov oseb z mejno osebno motnjo se samopoškoduje. Glavni značilnosti mejne osebne motnje sta ravno emocionalna disregulacija in nezmožnost spopadanja z emocionalnim stresom (Gratz in Roemer, 2004). Podobno se namerno samopoškodovanje kaže pri 50 odstotkih oseb s potrvamsko stresno motnjo. Zanje je značilno, da se izogibajo močnim čustvenim vsebinam, ki jih doživljajo kot posledico travme. Nekateri raziskovalci so ugotovili, da bi funkcija disociacije lahko bila izogibanje intenzivnim emocijam, mislim in travmatičnim spominom (van der Kolk, Perry in Herman, 1991; van der Kolk, 1996). Poudarjajo povezavo med disociacijo, travmo v otroštvu in samopoškodovanjem. Samopoškodovanje je pogosto povezano z depresijo, za katero so značilni občutki krivde, strahu, sramu, anksioznosti in samosovraštva (Chapman, Gratz in Brown, 2006).

## **6 ZAKLJUČEK**

V zaključni nalogi smo predstavili značilnosti samodestruktivnega vedenja v njegovih različnih oblikah, od milejših do hujših. Na podlagi tega smo prišli do sinteze glavnih pogledov in teorij, ki so se pojavile v stoletju znanstvenega proučevanja pojava. Želeli smo ugotoviti, kaj, če sploh kaj, je skupnega pri pojavu samodestruktivnega vedenja med duševno zdravimi in bolnimi posamezniki. Kot kaže, gre v samem jedru pojava za poskus soočanja z emocionalnim distresom. Zanimivo je, da se samodestruktivnost na najmilejši ravni kaže že na primeru prokrastinacije, kjer posameznik poskuša doseči trenutno zadovoljstvo v želji po izognitvi temu, kar bi moral v resnici početi, ker mu povzroča emocionalni distres. Samodestruktivnost pri drugih posameznikih pa se v intenzivnejši obliki kaže s hujšo obliko samopoškodovanja ali celo samomorilnostjo, vse v poskusu omilitve nevzdržnega čustvenega distresa, ki ga doživljajo.

## 7 LITERATURA IN VIRI

Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., in Teasdale, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49–74.

Anderson, C. J. (2003). The psychology of doing nothing: Forms of decision avoidance result from reason and emotion. *Psychological Bulletin*, 129, 139–167.

Aronson, E., in Mette, D. K. (1968). Dishonest behavior as a function of differential levels of induced self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9, 121–127.

Ashford, S. J. (1986). Feedback-seeking in individual adaptation: A resourceperspective. *Academy of Management Journal*, 29, 465–487.

Ashford, S. J. (1989). Self-assessments in organizations: A literature review and integrative model. V L. L. Cummings in B. M. Staw (ur.), *Research in organizational behavior*, 11, 133–174.

Audenaert, K., Van Laere, K., Dumont, F., Slegers, G., Mertens, J., van Heeringen, C., in Dierckx, R. A. (2001). Decreased frontal serotonin 5-HT 2a receptor binding index in deliberate self-harm patients. *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*, 28(2), 175-182.

Bach-y-Rita, G. (1974). Habitual violence and self-mutilation. *American Journal of Psychiatry*, 131 (9), 1018–1020.

Baumeister, R. F. (1984). Choking under pressure: Self-consciousness and paradoxical effects of incentives on skillful performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 610–620.

Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 97, 90–113.

Baumeister, R. F. (1993). Understanding the inner nature of low self-esteem: Uncertain, fragile, protective, and conflicted. V R. Baumeister (ur.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (str. 201–218). New York: Plenum.

Baumeister, R. F. (1997). Esteem threat, self-regulatory breakdown, and emotional distress as factors in self-defeating behavior. *Review of General Psychology*, 1 (2), 145–174.

Baumeister, R. F., in Scher, S. J. (1988). Self-defeating behavior patterns among normal

individuals: review and analysis of common self-destructive tendencies. *Psychology Bulletin*, 104 (1), 3–22.

Baumeister, F., Heatherton, T. F., in Tice, D. M. (1994). *How and why people fail at self-regulation*. San Diego, Kalifornija, ZDA: Academic Press.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss Vol 1: Attachment*. New York Basic Books.

Bresin, K., in Gordon, H. (2013). Endogenous opioids and nonsuicidal self-injury: a mechanism of affect regulation. *Neuroscience & Biobehavioral Review*, 37 (3), 374–383.

Briere, J., in Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 609–620.

Brodsky, B. S., Cloitre, M., in Dulit, R. A. (1995). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder]. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1788–1792.

Brockner, J. (1988). *Self-esteem at work: Research, theory, and practice*. Lexington, MA: Lexington Books.

Brown, M. Z., Comtois, K. A., in Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 198–202.

Campbell, J. D., Chew, B., in Scratchley, L. S. (1991). Cognitive and emotional reactions to daily events: the effects of self-esteem and self-complexity. *Journal of Personality* 59 (3), 473–505.

Carr, E. G. (1977). The motivation of self-injurious behavior: A review of some hypotheses. *Psychological Bulletin*, 84, 800–816.

Carver, C. S., in Scheier, M. F. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag.

Chapman, A. L., Gratz, K. L., in Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model, *Behaviour Research and Therapy*, 44 (3), 371–394.

Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., in Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to

childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067–1074.

Coid J., Allolio, B., in Rees L. H. (1983). Raised plasma metenkephalin in patients who habitually mutilate themselves. *Lancet*, 2, 545–546.

Coid, J., Petruckevitch, A., Feder, G., Chung, W., Richardson, J., in Moorey, S. (2001). Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: A cross-sectional survey. *Lancet*, 358, 450–454.

Costa, P. T., in McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO personality inventory and NEO five-factor inventory: Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.

Cruz, D., Narciso, I., Pereira, C., in Sampaio, D. (2015). Self-Destructive Symptomatic Frames in Clinical Adolescents: Is the Same Different?. *Journal of Adolescent Research*, 25, 524–533.

Desai, S., Arias I., Thompson, M. P., in Basile, K. C. (2002). Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of women and men. *Violence and Victims*, 17 (6), 639–653.

Dubo, E. D., Zanarini, M. C., Lewis, R. E., in Williams, A. A. (1997). Childhood antecedents of self-destructiveness in borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 63–69.

Erschak, G. M. (1984). The escalation and maintenance of spouse abuse: A cybernetic model. *Victimology*, 9, 247–253.

Favazza, A. R. (1989). Why patients mutilate themselves. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 137–145.

Ferenczi, S. (1955). *Confusion of tongues between the adult and the child: The language of tenderness and the language of passion*. London Hogarth Press, 1955.

Festinger, L. A. (1978). *Theory of cognition*. Evanston, IL: Row, Peterson.

Finkelhor, D., in Brown, A. (1985). The traumatic nature of child sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 530–541.

Freud, S. (1920). *Jenseits des Lustprinzips*, Leipzig, Wien und Zürich, Internationaler Psychoanalytischer Verlag.

Freud, S. (1987/1911–1938). *Metapsihološki spisi* (Bahovec, E., Baskar, B., Dobnikar, M., Dolar, M., Miheljak, V., Riha, R., Štandekar, I., in Žižek, S., prev.). Ljubljana: Studia Humanitatis.

Funder, D. C., Block, J. H., in Block, J. (1983). Delay of gratification: Somelongitudinal personality correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1198–1213.

Garcia, C., Skay, C., Sieving, R., Naughton, S., in Bearinger, L. H. (2008). Family and racial factors associated with suicide and emotional distress among Latino students. *Journal of School Health*, 78, 487–495.

Gellatly, I. R., in Meyer, J. P. (1992). The effects of goal difficulty on physiological arousal, cognition, and task performance. *Journal of Applied Psychology*, 77, 694–704.

Gelinas, D. J. (1983). The persistent negative effects of incest. *Psychiatry*, 46, 312–332.

Graf, H., in Mallin, R. (1978). The syndrome of the wrist cutter. *American Journal of Psychiatry*, 135, 579–582.

Gratz, K. L., in Roemer, L. (2004). 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*, 26, 41–54.

Green, A. H. (1978). Self-destructive behavior in battered children. *American Journal of Psychiatry*, 135 (5), 579–82.

Hooley, J. M., Ho, D. T., Slater, J., in Lockshin, A. (2010). Pain perception and nonsuicidal self-injury: a laboratory investigation. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1, 170–179.

Johnson, J. L., in Bloom, A. M. (1995). An analysis of the contribution of the five factors of personality to variance in academic procrastination. *Personality and Individual Differences*, 18, 127–133.

Judge, T. A., in Ilies, R. (2002). Relationship of personality to performance motivation. *Journal of Applied Psychology*, 87, 797–807.

Kagan, J., Reznick, S., in Sidman, N. (1987). The physiology and psychology of behavior in

children. *Child Development*, 58, 1459–1473.

Kahneman, D., Slovic, P., in Tversky, A. (1982). *Judgement under uncertainty: Heuristics and biases*. Cambridge: Cambridge University Press.

Keinan, G. (1987). Decision making under stress: Scanning of alternatives under controllable and uncontrollable threats. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 639–644

Kernberg, O. F. (1988). Clinical Dimensions of Masochism. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 36 (4), 1005–1029.

Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., in Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1501–1508.

Leary, M. R., Knight, P. D., in Johnson, K. A. (1987). Social anxiety and dyadic conversation: A verbal response analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, 34–50.

Lesch, M., in Nyhan, W. L. (1964). A familial disorder of uric acid metabolism and central nervous system function. *American Journal of Medicine*, 36, 561–570.

Lewis, D. O., Pincus, J. H., Bard, B., Richardson, E., Prichep, L. S., Feldman, M., in Yeager, C. (1988). Neuropsychiatric, psychoeducational and family characteristics of 14 juveniles condemned to death in the United States, *American Journal of Psychiatry*, 145, 584–589.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.

Lloyd-Richardson, E. E. (2008). Adolescent non-suicidal self-injury: Who is doing it and why? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 29, 216–218.

Mason, R., in O'Rinn, S. E. (2014). Co-occurring intimate partner violence, mental health, and substance use problems: a scoping review. *Global Health Action*, 7, 24815.

McCoy, K., Fermouw, W., in McNeil, D. W. (2010). Thresholds and tolerance of physical pain among young adults who self-injure. *Pain Research and Management*, 15, 371–377.

McCrae, R. R., in John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its application. *Journal of Personality*, 60, 175–215.

Menninger, K. (1966/1938). *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace & World.  
Meyer, J. H., McMain, S., Kennedy, S. H., Korman, L., Brown, G. M., DaSilva, J. N.,  
...Links, P. (2003). Dysfunctional attitudes and 5-HT<sub>2</sub> receptors during depression and self-harm. *European Journal of Nuclear Medicine*, 89 (1), 175–182.

Milburn, A. (1978). Sources of bias in the prediction of future events. *Organizational Behavior and Human Performance*, 21, 17–26.

Nelson, R. O. (1988). Relationships between assessment and treatment within a behavioral perspective. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 10, 155–170.

Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 78–83.

Nock, M. K., Prinstein, M. J., in Sterba, S. K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 816–827.

Pattison E M in Kahan J (1983) The deliberate self harm syndrome *American Journal of Psychiatry*;140;867-872.

Piers, G., in Singer, M. (1971/1953). *Shame and guilt: A psychoanalytic and cultural study*. New York: Norton.

Platt, J. (1973). Social traps. *American Psychologist*, 28, 641–651.

Rabin, L. A., Fogel, J., in Nutter-Upham, K. E. (2011). Academic procrastination in college students: The role of self-reported executive function. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33, 344–357.

Renn, R. W., in Fedor, D. B. (2001). Development and field test of a feedback seeking, self-efficacy, and goal setting model of work performance. *Journal of Management*, 27, 563–583.

Renn, R. W., Allen, D. G., Fedor, D. B., in Davis, W. D. (2005). *The roles of personality and self-defeating behaviors in self-management failure*. *Journal of Management Studies*, 31 (5), 659–679.

Roberts, M. S. (1995). *Living without procrastination: How to stop postponing your life*. Oakland, Kalifornija: New Harbinger Publications.



Ross, S., in Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 67–77.

Roth, A. S., Ostroff, R. B., in Hoffman, R. E. (1996). Naltrexone as a treatment for repetitive self-injurious behavior: An open-label trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 233–237.

Rothblum, E. D., Solomon, L. J., in Murakami, J. (1986). Affective, cognitive, and behavioral differences between high and low procrastinators. *Journal of Counseling Psychology*, 33, 387–394.

Russ, M. J. (1992). Self-injurious behavior in patients with borderline personality disorder: Biological perspectives. *Journal of Personality Disorders*, 6, 64–81.

Russell, D. E. H. (1986). *The Secret Trauma: Incest In The Lives Of Girls And Women*, New York, Basic Books.

Salters-Pedneault, K., Tull, M. T., in Roemer, L. (2004). The role of avoidance of emotional material in the anxiety disorders. *Applied and Preventive Psychology*, 11, 95–114.

Saxe, G. N., Chawla, N., in van der Kolk, B. (2002). Self-destructive behavior in patients with dissociative disorders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 313–320.

Scarry E (1985) *The body in pain: The making and unmaking of the world* New York: Oxford University Press

Schlenker, B. R., in Leary, M. R. (1982). Social anxiety and self-presentation: A conceptualization and model. *Psychological Bulletin*, 92, 641–669.

Schlenker, B. R., Phillips, S. T., Boniecki, K. A., in Schlenker, D. R. (1995). Championship pressures: Choking or triumphing in one's own territory? *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 632–643.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.

Senecal, C., Koestner, R., in Vallerand, R. (1995). Self-regulation and academic procrastination. *Journal of Social Psychology*, 135, 607–619.

Simpson, C. A., in Porter, G. L. (1981). Self-mutilation in children and adolescents. *Bulletin*

*of the Menninger Clinic*, 45, 428–438.

Solursh, L. (1987). Combat Addiction: Implications in symptom maintenance and treatment planning. *Society for Traumatic Stress Studies*, Baltimore, Maryland.

Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 531–554.

Swann, W. B., Hixon, J. G., Stein-Seroussi, A., in Gilbert, D. T. (1990). The fleeting gleam of praise: Cognitive processes underlying behavioral reactions to self-relevant feedback. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 17–26.

Tice, D. M., in Baumeister, R. F. (1990). Self-esteem, self-handicapping, and self-presentation: the strategy of inadequate practice. *Journal of Personality*, 58, 443–464.

Tull, M. T., Gratz, K. L., Salters, K., in Roemer, L. (2004). The role of experiential avoidance in posttraumatic stress symptoms and symptoms of depression, anxiety, and somatization. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 192, 754–761.

Twenge, J. M., Catanese, K. R., in Baumeister, R. F. (2002). Social exclusion causes self-defeating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (3), 606–615.

van der Kolk, B. A. (1987). *Psychological Trauma*, Washington, DC, American Psychiatric Press.

van der Kolk, B. A. (1989). The compulsion to repeat the trauma. Re-enactment, revictimization, and masochism. *Psychiatry Clinics of North America*, 12 (2), 389–411.

van der Kolk, B. A., Perry, J. C., in Herman, J. L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665–1671.

van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York: Viking.

van Eerde, W. (2000). Procrastination: Self-regulation in initiating aversive goals. *Applied Psychology: An International Review*, 49, 372–389.

van Renen, L. J., in Wild, L. G. (2008). Family functioning and suicidal ideation/behaviour in adolescents: A pilot study. *Journal of Child and Adolescent Mental Health*, 20, 111–121.

Yang, K. J., in Victor, C. R. (2012). The prevalence of loneliness among adults: a case study of the United Kingdom *Journal of Psychology*, 146 (1-2), 85–104.

Weiss, J. M., Glazer, H. I., Pohorecky, L. A., Brick J., in Miller, N. E. (1975). Effects of chronic exposure to stressors on avoidance-escape behavior and on brain norepinephrine. *Psychosomatic Medicine*, 37 (6), 522–534.

Wenzlaff, R. M., in Bates, D. E. (1998). Unmasking a cognitive vulnerability to depression: How lapses in mental control reveal depressive thinking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 1559–1571.

Wichstrøm, L. (2009). Predictors of non-suicidal selfinjury versus attempted suicide: similar or different. *Archives of Suicide Research*, 13, 105–122.

Wine, J. D. (1971). Test Anxiety and Direction of Attention. *Psychological Bulletin*, 76 (2), 92–104.

Whitlock, J., Eckenrode, J., in Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 4, 1939–1948.

Wolfe, S. A., Workman, E. R., Heaney, C. F., Niere, F., Namjoshi, S., Cacheaux, L. P., Raab-Graham, K. F. (2016). FMRP regulates an ethanol-dependent shift in GABABR function and expression with rapid antidepressant properties. *Nature communications*, 7.

Wright, E. F., Jackson, W., Christie, S. D., McGuire, G. R., in Wright, R. D. (1991). The home- course disadvantage in golf championships: Further evidence for the undermining effect of supportive audiences on performance under pressure *Journal of Sport Behavior*:14.