

Opis značilnosti in funkcij samopoškodovalnega vedenja brez samomorilnega namena in njegova povezava s hlepenjem, impulzivnostjo in anksioznostjo v vzorcu strokovno obravnavanih slovenskih mladostnikov

A description of features and functions of nonsuicidal self-injury and its correlation with craving, impulsivity and anxiety in a sample of professionally treated Slovene adolescents

Enota za otroško in mladostniško psihiatrijo, Klinika za pediatrijo, Univerzitetni klinični center Maribor

Teja Bunderla, Hojka Gregorič Kumperščak

Korespondenca/ Correspondence:

Teja Bunderla dr. med.
e: teja.bunderla@gmail.com

Ključne besede:

samopoškodovalno vedenje; mladostnik; hlepenje; impulzivno vedenje; anksioznost

Key words:

self-injurious behavior; adolescent; craving; impulsive behavior; anxiety

Citirajte kot/Cite as:

Zdrav Vestn 2015;
84: 717–26

Prispelo: 29. maj 2015,
Sprejeto: 23. okt. 2015

Izvleček

Izhodišča: Namen raziskave je opisati značilnosti in funkcije samopoškodovalnega vedenja brez samomorilnega namena (NSSI), opredeljenega po diagnostičnih kriterijih DSM-5. To je prva tovrstna raziskava pri slovenskih mladostnikih, ki so bili obravnavani v ambulantah in/ali bolnišnicah za otroško in mladostniško psihiatrijo. Opredeliti smo hoteli stopnjo anksioznosti, travmatiziranosti in impulzivnosti. Potrditi smo želeli hipotezo o pomembnosti hlepenja (*angl.* craving) za vzdrževanje NSSI.

Metode: Presečno študijo smo izvedli na končnem vzorcu 29 strokovno obravnavanih slovenskih mladostnikov v starosti 13–19 let. Vsi sodelujoči so izpolnili prevedene samo-ocenjevalne vprašalnike: ISAS, STAI, BIS-11, ETISR-SF in SICQ. Opravili smo deskriptivni pregled rezultatov, primerjavo z referenčno literaturo in analizo korelacij med kvantitativnimi spremenljivkami.

Rezultati: Povprečna starost ob pričetku z NSSI je znašala 12,32 (SD = 1,84) let. 18 mladostnikov je bilo uvrščenih v skupino zelo impulzivnih posameznikov, 25 je bilo travmatiziranih (od tega 9 spolno zlorabljenih). Dokazali smo zmerne pozitivne korelacije med številom posameznih dejanj

NSSI in hlepenjem ($r = 0,420$, $p = 0,023$), med S-anksioznostjo in impulzivnostjo ($r = 0,381$, $p = 0,041$), med T-anksioznostjo in impulzivnostjo ($r = 0,432$, $p = 0,019$) in zmerno negativno korelacijo med starostjo ob prvem samopoškodovanju ter celokupnim številom NSSI ($r = -0,385$, $p = 0,043$).

Zaključki: Posebnosti našega vzorca mladostnikov z NSSI so nizka starost ob pričetku samopoškodovanja, izvajanje NSSI pretežno v samoti in visok delež spolno zlorabljenih mladostnikov. Slednje je izredno pomembno pri obravnavi mladostnikov na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Število dejanj NSSI je bilo povezano s hlepenjem. Impulzivnost je bila pri mladostnikih z NSSI iz našega vzorca povezana z anksioznostjo. Obe trditvi bi bilo potrebno preveriti na večjem vzorcu in ugotoviti vzročno odvisnost med entitetami.

Abstract

Background: The aim of this study was to describe the features and functions of nonsuicidal self-injury (NSSI) diagnosed with DSM-5. This is a first study of this kind on Slovene adolescents that were treated in child- and adolescent-psychiatry outpatient and inpatient settings. More-

over, it was our intention to define the level of anxiety, traumatization and impulsivity. We tried to test the hypothesis of the importance of craving for NSSI maintenance.

Methods: The clinical trial was carried out on a final sample of 29 13–19 year old professionally treated Slovene adolescents. All participants completed the translated self-rating questionnaires: ISAS, STAI, BIS-11, ETISR-SF and SICQ. A descriptive overlook of the results was made, as well as a comparison with the reference literature and a correlation analysis of quantitative variables.

Results: The average age at the beginning of NSSI was 12.32 (SD = 1.84) years. Eighteen adolescents were ranked as very impulsive, 25 were traumatized (of which 9 were sexually abused). We proved moderate positive correlations between

the number of lifetime NSSI acts and craving ($r = 0.420$, $p = 0.023$), between the S-anxiety and impulsivity ($r = 0.381$, $p = 0.041$), T-anxiety and impulsivity ($r = 0.432$, $p = 0.019$), and a moderate negative correlation between the age at first NSSI and the lifetime number of NSSI acts ($r = -0.385$, $p = 0.043$).

Conclusions: Specificities of our sample of adolescents with NSSI are: young age at the onset of NSSI, NSSI predominantly in solitude, and a high percentage of sexually abused adolescents. The last is especially important in the treatment of adolescents at every level of healthcare. The number of NSSI acts was in a positive correlation with the craving. Impulsivity of adolescents with NSSI from our sample was in a positive correlation with the anxiety. Both claims should be replicated on a bigger sample and a causality relationship among entities should be evaluated.

Uvod

Samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena (*angl.* nonsuicidal self-injury, NSSI) je pereč javnozdravstveni problem. Leta 2013 je bilo v sekciji III (Conditions for Further Study) v najnovejši izdaji Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5) Ameriškega psihiatričnega združenja prvič opredeljeno kot samostojna diagnoza. V zadnjih letih prevalenca pri mladostnikih namreč narašča. V tem starostnem obdobju trenutno predstavlja 13,9–21,4 % posameznikov.¹ NSSI se večinoma prične med 12. in 14. letom.¹ Klinične raziskave poročajo o 4-krat pogostejšem pojavljanju pri dekletih.¹ Etiologija ni znana. Navadno se pojavlja ob komorbidni duševni motnji. Mladostniki z NSSI so imeli v eni od večjih raziskav naslednje diagnoze: depresivna epizoda (41,6 %), posttravmatska stresna motnja – PTSM (23,6 %), generalizirana anksiozna motnja (15,6 %), vedenjska motnja (44,9 %) in opozicionalno-kljubovalna motnja vedenja (59,6 %).² Dekleta iz iste študije so v 51,7 % izpolnjevala merila za čustveno neuravnovešeno osebnostno motnjo.² Znano je dejstvo, da NSSI pogosto spremlja tudi motnje hranjenja in zlorabo psihoaktivnih substanc (PAS).¹ Čeprav je v merilih za NSSI samomorilni namen povsem izključen, je potrebno poudariti, da kar

pri 70 % mladostnikov z zgodovino NSSI pride v življenju do vsaj enega poskusa samomora.¹ Najpogostejše metode NSSI so: površinsko rezanje, trganje ali praskanje že obstoječih ran in krust, udarjanje samega sebe (predvsem po glavi in v glavo), puljenje las in povzročanje opeklin (npr. s cigaretnimi ogorki).

Diagnostična merila za NSSI po DSM-5 so:³

1. Posameznik si je 5 ali več dni v zadnjem letu namerno povzročal škodo na površini svojega telesa na način, ki vodi v krvavitev, kontuzijo ali bolečino (npr. rezanje, žganje, pikanje, udarjanje, pretirano drgnjenje), s pričakovanjem, da bo poškodba povzročila blago ali zmerno fizično oškodovanost (samomorilni namen je odsoten).
- Zaznamek: Odsotnost samomorilnega namena je opredelil posameznik ali je predvidljiva iz posameznikovega ponavljajočega se vedenja, za katerega posameznik ve, ali se je naučil, da ne bo vodilo v smrt.
2. Posameznik se zateka v samopoškodovalno vedenje z enim ali več od naslednjih pričakovanj:
 - a. Da doseže olajšanje ob negativnem občutku ali kognitivnem stanju.
 - b. Da reši medosebno težavo.

- c. Da sproži pozitivne občutke.

Zaznamek: Želeno olajšanje ali odgovor doživi med samim samopoškodovanjem ali hitro po njem. Posameznik lahko prikazuje vzorec vedenja, ki nakazuje na odvisnost od ponavljajočega se zatekanja k takšnemu vedenju.

3. Namensko samopoškodovanje je povezano z vsaj eno od naslednjih značilnosti:
 - a. Interpersonalne težave ali negativni občutki ali misli, kot so depresija, anksioznost, napetost, jeza, generaliziran distres, kriticizem (samega sebe), ki se pojavijo neposredno pred samopoškodovalnim aktom.
 - b. Pred samopoškodovanjem, perioda preokupacije z nameravanim vedenjem, posameznik se ob tem težko nadzoruje.
 - c. Pogosto razmišljanje o samopoškodovanju, tudi če ne pride do izvedbe le-tega.
4. Vedenje ni socialno sprejemljivo (piercing, tattoo, del verskega ali kulturnega obreda) in ni omejeno na manipulacijo krust ali grizenje nohtov.
5. Vedenje in njegove posledice povzročijo klinično značilno stisko ali pomemben vpliv na medosebno, šolsko in druga pomembna področja delovanja.
6. Vedenje se ne pojavlja izključno med psihotičnimi epizodami, delirijem, intoksikacijo s psihoaktivnimi substancami ali odtegnitvijo od psihoaktivnih substanc. Pri posameznikih z motnjami v razvoju ni del vzorca stereotipij. Vedenje ni bolje pojasnjeno z drugo duševno motnjo ali boleznijo (npr. psihozo, motnjami avtističnega spektra, duševno manjrazvitostjo, sindromom Lesch-Nyhan, stereotipično motnjo gibanja s samopoškodovanjem, trihotilomanijo, eskoriacijsko motnjo (*angl.* skin-picking disorder)).

Po raziskavi enega vodilnih preučevalcev NSSI poteka le-to brez subjektivnega zaznavanja bolečine.⁴ Pri posameznikih z NSSI je objektivno merjenje percepcije bolečine pokazalo višji bolečinski prag ali/in večjo toleranco/vzdržljivost za bolečino.⁵⁻⁷ Vzdrževanje NSSI poteka po funkcijskem modelu,

ki temelji na instrumentalnem pogojevanju. Klonsky je avtor temeljne razdelitve funkciji NSSI in prve empirične razvrstitve po pogostosti in pomembnosti. Najbolj pomembno je uravnavanje čustev, sledi samokaznovanje in ostale enako pomembne funkcije: antidisociacija/generiranje občutkov, anti-suicidalnost (NSSI se uporabi kot nadomestilo za ali za izogibanje samomoru), prikazovanje medosebnih meja, poudarjanje avtonomije, vpliv na medosebne odnose, iskanje vznemirjenja.⁸ Antidisociacija pomeni prenehanje pojava disociacije. Disociacija se navadno pojavi ob izredno hudem vznemirjenju, travmi in dogodkih, ki jih ima mladostnik za neobvladljive. Kaže se lahko s spremembami v slušnem in vidnem zaznavanju, občutkom spremenjene okolice, občutkom spremenjenega zaznavanja lastnega telesa ... Zelo pomembna, vendar trenutno še slabo raziskana je hipoteza o NSSI kot odvisniškem vedenju. Odvisniško je tisto vedenje, ki kljub negativnim posledicam (v primeru NSSI je to bolečina, deformacija telesa, averzija okolice) spodbudi endogeni sistem nagrajevanja dovolj močno, da prihaja do nenehne želje po ponavljanju škodljivega vedenja. Številni posamezniki so poročali o odvisniških prvinah NSSI: potrebi po zviševanju frekvence in intenzitete NSSI ter hlepenju.⁹⁻¹⁰ Hlepenje ali *angl.* craving je v osnovi močna psihološka potreba po ponovnem učinku neke psihoaktivne substance, do katere je posameznik razvil sindrom odvisnosti. Močno hlepenje se pojavlja v času odtegnitvene simptomatike ali redkeje v obdobju abstinence (predvsem ob izpostavitvi specifičnim sprožilcem). Victor in sod. pa so v primerjavi med hlepenjem po NSSI in hlepenjem po PAS dobili statistično značilno nižjo stopnjo hlepenja po NSSI.¹¹ Na podlagi kliničnih izkušenj NSSI navadno pojmuje kot obliko impulzivnega vedenja. V najnovejši metaanalizi 27 raziskav so pri posameznikih z NSSI v primerjavi s kontrolami dokazali večjo impulzivnost, izmerjeno s samoocenjevalnimi vprašalniki.¹² Pomembno pa je poudariti, da je v nekaterih od raziskav signifikantna razlika po kontroli za druge dejavnike tveganja izginila.¹² V isti študiji so našli le malo dokazov za asociacijo med laboratorijskimi meritvami impulziv-

nosti (npr. Go/No-Go, Stop/Signal Task) in NSSI.¹² Korelacija in vzročna povezanost med impulzivnostjo in NSSI pri mladostnikih torej še ni potrjena.

Z raziskavi smo želeli preučiti prvine NSSI pri slovenskih mladostnikih in jih primerjati z dognanji v svetu. Želeli smo opredeliti povezave med starostjo ob prvem NSSI, pogostostjo samopoškodovalnega vedenja, anksioznostjo, travmatiziranostjo, hlepenjem in impulzivnostjo. Na osnovi poizvedb o samopoškodovalnem vedenju v slovenskem prostoru je to prva raziskava o NSSI, opredeljenem po merilih DSM-5, v Sloveniji. Je tudi prva, ki preučuje odvisniški model NSSI pri slovenskih mladostnikih.

Preiskovanci in metode

Podatki iz vprašalnikov, zajeti v članku, so preliminarni rezultati raziskave Genetika samopoškodovalnega vedenja Enote za otroško in mladostniško psihiatrijo, Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Raziskavo je odobrila Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko. K sodelovanju v tej presečni, asociacijski študiji so bili vabljeni mladostniki, ki so se v zadnjem letu predvidoma najmanj 5-krat samopoškodovali brez samomorilnega namena in so se v zadnjih dveh letih zdravili na Enoti za otroško in mladostniško psihiatrijo Univerzitetnega kliničnega centra Maribor ter v zadnjem letu v Zasebni pedopsihiatrični ambulanti Nataše Potočnik Dajčman, dr. med., spec. psih., v Zasebni klinično psihološki ambulanti Barbare Vajd Ledinek, univ. dipl. psih., spec. klin. psih., v okviru Službe za otroško in mladostniško psihiatrijo in Dispanzerja za psihohigieno Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor in v Specialistični psihiatrični ordinaciji Miroslava Beriča, dr. med., spec. psih. Glavni vključitveni merili sta bili diagnoza NSSI, potrjena z diagnostičnimi merili za NSSI iz DSM-5, in starost 12–21 let. Izključitveno merilo je bilo merilo F omenjenih diagnostičnih meril. Vsi polnoletni mladostniki so podpisali privolitev v raziskavo, za mladoletne pa smo pridobili privolitev in podpise staršev. Vsi preiskovanci so anonimno rešili sklop sledečih samoocenjevalnih vprašalnikov, prevede-

nih v slovenščino: Inventory of Statements about Self-Injury (ISAS), State-Trait Anxiety Inventory for Adults (STAI), Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11), Early Trauma Inventory Self Report-Short Form (ETISR-SF) in Self-Injury Craving Questionnaire (SICQ). Za vse naštete vprašalnike smo pridobili licenco ali soglasje avtorja. Reševanje vprašalnikov je bilo anonimno in časovno neomejeno. Pridobili smo vzorec tridesetih mladostnikov, ki so ustrezali vključitvenim merilom, a smo morali enega od mladostnikov zaradi pomanjkljivega reševanja vprašalnikov naknadno izključiti. Vzorec, zajet v analizo, je tako zajemal 28 deklet (96,6 %) in 1 fanta (3,4 %) v starosti 13–19 let. Povprečna starost je znašala 15,28 (SD = 1,75) let.

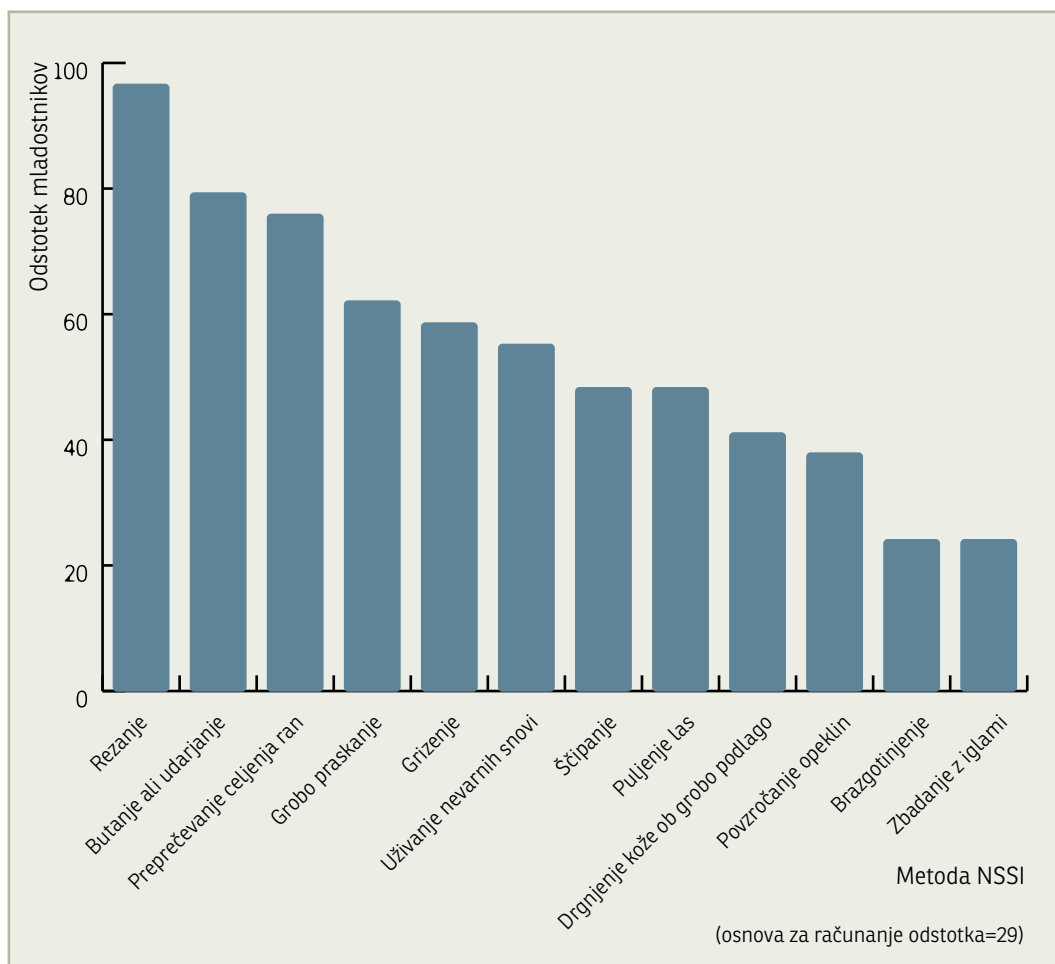
ISAS zajema vprašanja o splošnih značilnostih NSSI in funkcijah NSSI. STAI meri S-anksioznost (t.j. stopnjo anksioznosti oz. tesnobe v danem trenutku) in T-anksioznost (t.j. stopnjo anksioznosti oz. tesnobe kot osebnostne poteze). BIS-11 je temeljni vprašalnik o impulzivnosti. ETISR-SF je vprašalnik o travmatiziranosti (podaja tudi podatke o vrsti travme/zlorabe). SICQ je vprašalnik o hlepenju po NSSI, ki je analogen vprašalniku Substance Use Craving Questionnaire (SUCQ).

Statistično analizo smo opravili s programom SPSS. Opravili smo deskriptivno analizo vzorca (aritmetična sredina, standardni odklon, določitev frekvenc ali odstotkov), primerjavo povprečja vzorca z referenčnima povprečjema z one-sample t-testom in preverili morebitne korelacije s Pearsonovim korelacijskim koeficientom. Ves čas smo uporabljali statistično značilnost na ravni $p < 0,05$.

Rezultati

Mladostniki iz našega vzorca so se v povprečju prvič samopoškodovali pri 12,32 (SD = 1,84). letih. Iz analize povprečja vzorca smo z namenom izboljšanja relevantnosti rezultata prej izločili en osamelec (prvo samopoškodovanje pri 3 letih), saj je bistveno vplival na normalnost porazdelitve. Povprečno se je do dneva izpolnjevanja vprašalnika mladostnik samopoškodoval 691,69-krat (SD = 866,83). Najmanjše število NSSI

Slika 1: Odstotek mladostnikov iz vzorca, ki uporabljajo posamezno metodo NSSI.



pri posamezniku je bilo 7-krat, največje pa 3271-krat. V vzorcu se je izkazalo, da od trenutka, ko mladostnik začuti potrebo po NSSI, do izpolnitve te potrebe, najpogosteje preteče manj kot 1 ura (pri 44,8 %). Pri 17,2 % mladostnikov pretečejo 1–3 ure, pri enakem odstotku 6–12 ur, 3–6 ur ali 12–24 ur, več kot 24 ur preteče pri 6,9 % mladostnikov. 89,7 % mladostnikov je med NSSI samih. Ostali so sami včasih. Nihče od mladostnikov ni izbral možnosti, da je med NSSI zmeraj v družbi. Med NSSI jih 31,0 % čuti telesno bolečino, 55,2 % jih čuti telesno bolečino včasih, 13,8 % pa jih poroča o tem, da telesne bolečine med NSSI ne čutijo. 75,0 % jih želi prenehati z NSSI, 25,0 % pa ne. Na vprašanje o glavni metodi NSSI je odgovorilo le 34,5 % posameznikov, ki so kot glavno metodo v 80 % navedli rezanje in grobo praskanje v 10 %. Vsi ostali niso izbrali glavne metode NSSI. Mladostniki so nato zase označili prisotnost posamezne metode za vsako metodo posebej. Iz slike je razvidno, v kolikšnem

odstotku je bila posamezna metoda prisotna v celotnem vzorcu.

Velika večina mladostnikov v našem vzorcu se samopoškoduje z rezanjem po podlahteh (96,6 %). Več kot polovica mladostnikov uporablja tudi butanje ali udarjanje, preprečevanje celjenja ran, grobo praskanje, grizenje in uživanje nevarnih snovi.

Mladostniki iz vzorca najpogosteje uporabljajo tele funkcije NSSI (Tabela 1).

Mladostniki v našem vzorcu so na vprašalniku STAI za S-anksioznost povprečno dosegli 52,68 (SD = 16,70) točk in na vprašalniku za T-anksioznost 60,41 (SD = 10,89) točk. 52,68 točk po STAI-Adult Manual, kjer so navedene tudi percentile za srednješolske otroke, pomeni za dekleta (v vzorcu imamo samo enega fanta) rezultat med 59. in 60. percentilo.¹³ Podobno smo uvrstili povprečni rezultat za T-anksioznost na interval med 68. in 69. percentilo.¹³ Iz tega smo sklepali, da je povprečna S-anksioznost v našem vzorcu večja kot pri 59 % oziroma 60 % po-

Tabela 1: Najpogostejše funkcije NSSI v vzorcu slovenskih mladostnikov.

Zaporedna številka funkcije	Opis funkcije	Skupno število točk vseh mladostnikov (N)
1.	Uravnavanje čustev	154
2.	Antidisociacija/generiranje občutkov	128
3.	Samokaznovanje	121
4.	Antisuicidalnost	99
5.	Označevanje/prikazovanje stiske	90
6.	Skrb zase	78
7.	Medosebne meje	43
8.	Dokazovanje moči in vzdržljivosti	35
9.	Avtonomija	32
10.	Iskanje vznemirjenja	28
11.	Vpliv na medosebne odnose	23
12.	Povezovanje z vrstniki	8
13.	Maščevanje	7

pulacije srednješolcev in povprečna T-anksioznost večja kot pri 68 % oziroma 69 % populacije srednješolcev.

Na lestvici impulzivnosti (BIS-11) so mladostniki v povprečju dosegli 75,48 (SD = 11,37) točk. Glede na referenčne intervale, povzete po Stanford et al. 2009, uvrščamo tako visoko povprečje v skupino zelo impulzivnih posameznikov.¹⁴ Referenčni intervali so: 1. <52 točk: posameznik ima močno, vendar pretirano samokontrolo ali pa ni odkrito odgovarjal, 2. 52–71 točk: posameznik ima normalno mero samokontrole in impulzivnosti, 3. >72 točk: posameznik je zelo impulziven.¹⁴ V 1. skupino se je glede na rezultate uvrstil 1 posameznik (3,45 %) iz vzorca, v 2. skupino 10 posameznikov (34,48 %) in v 3. skupino 18 mladostnikov (62,07 %) iz vzorca.

Na izbranem vprašalniku travmatiziranosti so mladostniki iz vzorca povprečno dosegli 10,55 (SD = 4,05) točk. Avtor vprašalnika predlaga mejo za zlorabo in travmatiziranost pri 7 ali več točk.¹⁵ Na podlagi tega je bilo v našem vzorcu 25 (86,21 %) travmatiziranih mladostnikov. Od tega jih je bilo 12 (41,38 %) travmatiziranih zaradi splošnih travm (naravna katastrofa, huda nesreča, poškodba/bolezen, razveza staršev, smrt bližnje osebe, duševna motnja/alkoho-

lizem/zloraba PAS v družini ...), 23 (79,31 %) jih je bilo telesno zlorabljenih, 24 (82,76 %) čustveno zlorabljenih, 9 (31,03 %) pa spolno zlorabljenih.

Na vprašalniku o hlepenju po NSSI smo dobili povprečno vrednost 13,93 (SD = 7,30) točk. Povprečje smo primerjali z vrednostmi iz članka avtorice vprašalnika. V primerjavi z njenim povprečjem za hlepenje po NSSI, za katerega avtorica navaja povprečno vrednost 7,22 točk na vprašalniku SICQ, smo dobili razliko povprečij 6,71 ($t = 4,847$, $p < 0,0005$).¹¹ Povprečje našega vzorca je bilo torej statistično značilno različno od povprečja iz referenčnega članka. Pri primerjavi našega povprečja za hlepenje po NSSI s povprečjem za hlepenje po PAS iz referenčnega članka (povprečje znaša 14,13 točk na vprašalniku SUCQ), smo dobili razliko povprečij -0,20 ($t = -0,147$, $p = 0,884$).¹¹ Razlika med obema povprečjema torej ni statistično značilno različna, kar pomeni, da bi naš vzorec statistično lahko uvrstili v populacijo z referenčnim povprečjem 14,13 točk. Naši rezultati za hlepenje po NSSI torej bolj ustrezajo referenčnim rezultatom za hlepenje po PAS kot referenčnim rezultatom za hlepenje po NSSI.

Preverjali smo linearno povezanost med kvantitativnimi spremenljivkami (Tabela 2).

Tabela 2: Korelacije med kvantitativnimi spremenljivkami.

Št.	Izbrane korelacije	r	p
1.	Starost ob prvem NSSI / število dogodkov (NSSI)	-0,385*	0,043
2.	Starost ob prvem NSSI / S-anksioznost	-0,145	0,462
3.	Starost ob prvem NSSI / T-anksioznost	-0,260	0,181
4.	Starost ob prvem NSSI / travmatiziranost	-0,230	0,239
5.	Starost ob prvem NSSI / impulzivnost	-0,252	0,196
6.	Starost ob prvem NSSI / hlepenje	-0,170	0,387
7.	Število dogodkov (NSSI) / S-anksioznost	-0,079	0,683
8.	Število dogodkov (NSSI) / T-anksioznost	0,198	0,303
9.	Število dogodkov (NSSI) / travmatiziranost	0,193	0,315
10.	Število dogodkov (NSSI) / impulzivnost	0,314	0,098
11.	Število dogodkov (NSSI) / hlepenje	0,420*	0,023
12.	S-anksioznost / T-anksioznost	0,629*	< 0,0005
13.	S-anksioznost / travmatiziranost	0,276	0,148
14.	S-anksioznost / impulzivnost	0,381*	0,041
15.	S-anksioznost / hlepenje	0,158	0,412
16.	T-anksioznost / travmatiziranost	0,148	0,442
17.	T-anksioznost / impulzivnost	0,432*	0,019
18.	T-anksioznost / hlepenje	0,174	0,367
19.	Travmatiziranost / impulzivnost	-0,009	0,963
20.	Travmatiziranost / hlepenje	0,152	0,430
21.	Impulzivnost / hlepenje	0,326	0,084

Opomba: NSSI je samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena, S-anksioznost je stopnja situacijske tesnobe, T-anksioznost je stopnja tesnobe kot osebnostna poteza.

*statistično značilno na ravni 0,05.

Dobili smo pet statistično značilnih korelacij: zmerno pozitivno korelacijo med številom posameznih dejanj samopoškodovanja in hlepenjem ($p = 0,023$), zmerno pozitivno korelacijo med S-anksioznostjo in T-anksioznostjo ($< 0,0005$), zmerno pozitivno korelacijo med S-anksioznostjo in impulzivnostjo ($p = 0,041$), zmerno pozitivno korelacijo med T-anksioznostjo in impulzivnostjo ($p = 0,019$) in zmerno negativno korelacijo med starostjo ob prvem samopoškodovanju ter celokupnim številom NSSI v življenju ($p = 0,043$). Kot zmerni pozitivni, vendar statistično neznačilni, sta se izkazala tudi korelaciji med stopnjo impulzivnosti in vrednostmi na SICQ ter stopnjo impulzivnosti in številom dogodkov (NSSI). Vse

ostale korelacije so bile šibke in statistično nepomembne.

Razpravljanje

V raziskavi so sodelovali mladostniki s samopoškodovalnim vedenjem, ki so bili zaradi duševnih težav ali motenj že ambulantno/hospitalno obravnavani pri pedopsihiatru ali kliničnem psihologu. Mladostniki iz vzorca so v povprečju pričeli z NSSI pri 12 letih starosti, kar je na spodnji meji intervala, ki ga najdemo v svetovni literaturi. Glede na to, da se je v naši raziskavi pokazala statistično značilna zmerna negativna korelacija med starostjo ob pričetku in številom dejanj NSSI, je to dejstvo zaskrblju-

joče. Tisti, ki so pričeli prej, so se torej tudi večkrat samopoškodovali. Za potrditev tega dejstva bi morali seveda preveriti, ali je bila tudi pogostost NSSI večja, ali pa je rezultat le posledica daljšega obdobja samopoškodovanja. Nepričakovano visoko je bilo povprečno število NSSI – skoraj 700-krat v življenju. Za klinično prakso je pomembna ugotovitev, da je pri skoraj polovici mladostnikov prišlo do NSSI v roku 1 ure od misli na NSSI. Za preprečitev NSSI moramo torej hitro prepoznati spremembo razpoloženja pri mladostniku, tesnobo in psihično stisko ter se odzvati takoj.

Nihče od mladostnikov iz našega vzorca se ni samopoškodoval samo v družbi, prepričljiva večina pa se jih zmeraj samopoškoduje samih. Funkcijo povezovanja z vrstniki so mladostniki po pomembnosti postavili na predzadnje mesto. Neupravičeno je torej preprosto govoriti o bistvenem vplivu vrstnikov, ki ga pogosto poudarja laična in nemalokrat tudi strokovna javnost (vključno z nekaterimi raziskavami).¹⁶⁻¹⁷ Kot je razvidno iz naših rezultatov, vrstniki na vzdrževanje vedenja (t. j. NSSI) pri mladostnikih iz našega vzorca niso imeli močnega vpliva. Vsekakor pa bi bilo za oceno vpliva vrstnikov na NSSI pri mladostnikih iz našega vzorca potrebno raziskati pomembnost vpliva vrstnikov ob pričetku razvoja NSSI. Smiselno bi bilo tudi ločeno povprašati po posrednem vplivu vrstnikov preko socialnih omrežij in interneta na sploh.

Metode NSSI so bile pri mladostnikih iz našega vzorca podobne kot drugod. Prvo mesto je s 96,6 % prepričljivo zavzelo rezanje. Pomembno je poudariti, da si je tri četrtine mladostnikov odkrito želelo prenehati z NSSI.

V nasprotju z dosedanjimi dognanji iz literature smo absolutno analgezijo med NSSI na našem vzorcu uspeli dokazati le pri 13,8 %. Dobra polovica mladostnikov pa je poročala o občasni analgeziji. Predvidevamo, da obstaja dejavnik, ki dodatno modulira zaznavanje bolečine med NSSI. Obstajajo nekatere ugotovitve o vplivu analgezije povzročene s stresom na NSSI. Menimo, da bi se prihodnje raziskovanje moralo nadaljevati v tej smeri.

Kot glavno funkcijo samopoškodovanja so mladostniki navedli uravnavanje čustev, kar je skladno z literaturo. V klinični praksi se moramo pri mladostnikih z NSSI zato osredotočiti na to funkcijo ter jim pomagati najti učinkovitejše mehanizme za uravnavanje čustev oziroma zmanjšati njihova čustvena nihanja. Na tak način lahko pričakujemo postopno ugašanje NSSI. Na drugo mesto so mladostniki iz vzorca uvrstili antisociacijo, kar nas glede na klinične izkušnje ne preseneča. Je pa različno od referenčnih izsledkov.⁸ Ali gre za specifično značilnost slovenskega vzorca, bi bilo seveda potrebno preveriti na večjem vzorcu, ki bi bil manj selekcioniran. Vsekakor pa moramo pri obravnavi mladostnika z NSSI pomisliti na možnost disociacije ter ob morebitni prisotnosti disociacije o njej tudi spregovoriti. Gre namreč za zastrašujoče stanje, ki pogosto vključuje zaznavne motnje; mladostnika lahko močno prestraši ter mu daje občutek popolne neadekvatnosti. Samokaznovanje je bilo v vzorcu slovenskih mladostnikov na tretjem mestu. Tudi to je različno od referenčnih izsledkov.⁸ Funkcija samokaznovanja je povezana s slabo samopodobo in lahko kaže na morebitno depresivno simpotmatiko.

Mladostniki iz vzorca so pričakovano poročali o nadpovprečni stopnji anksioznosti, tako situacijske kot osebne. S-anksioznost in T-anksioznost sta se seveda izkazali značilno dobro povezani. Zanimiva je zmerena pozitivna korelacija med stopnjo obeh vrst anksioznosti in impulzivnostjo, ki smo jo dokazali. Sodeč po naših rezultatih, naj bi bili bolj anksiozni posamezniki z NSSI tudi bolj impulzivni. V nadaljnjih raziskavah bi bilo potrebno preveriti vzročno razmerje med entitetama, replicirati rezultate na večjem vzorcu in morda z objektivnejšimi metodami.

Potrdili smo rezultate o visoki stopnji impulzivnosti pri posameznikih z NSSI, saj se jih je kar 62,07 % uvrstilo v skupino BIS-11 zelo impulzivnih posameznikov.

Klinično pomembno je dejstvo, da je bilo kar 86,21 % mladostnikov iz vzorca travmatiziranih. Ob tem moramo sicer ponovno poudariti, da so v raziskavi sodelovali selekcionirani mladostniki z NSSI, zato se pri njih

lahko pričakuje višja stopnja travmatiziranosti. Najpogostejše je bilo pri njih prisotno telesno nasilje (79,31 %), presenetil pa nas je visok odstotek spolne zlorabe (31,03 %). Na podlagi teh podatkov priporočamo, da ob stiku s samopoškodovanim mladostnikom zmeraj preverimo tudi možnost izpostavljenosti kateri koli obliki zlorabe, tudi če sam o njej prvotno ne poroča.

Po naših podatkih je to prva raziskava, ki je uspela dokazati značilno zmerno močno pozitivno korelacijo med skupnim številom samopoškodovanj brez samomorilnega namena in hlepenjem po NSSI, izmerjenim s samoocenjevalnim vprašalnikom. Glede na naše podatke je večja stopnja hlepenja v povezavi z večjim številom NSSI v življenju ali obratno. Zanimivo je tudi dejstvo, da je bila povprečna stopnja hlepenja po NSSI v našem vzorcu bolj primerljiva s povprečno stopnjo hlepenja po PAS iz referenčnega članka kot s stopnjo hlepenja po NSSI iz istega članka. Med našo povprečno stopnjo hlepenja in hlepenjem po PAS ni bilo statistično značilne razlike. Mladostniki z NSSI iz vzorca so kazali torej stopnjo hlepenja, ki bi jih glede na to lastnost bolj uvrstila med mladostnike, ki zlorablajo/so odvisni od PAS iz vzorca Viktor et al.¹⁴ Glede na rezultate raziskave bi se moralo raziskovanje v prihodnosti vsekakor še bolj posvetiti odvisnostnim lastnostim NSSI. Če bi se naši rezultati potrdili tudi na večjem in bolj reprezentativnem vzorcu mladostnikov z NSSI, bi bilo smiselno ponovno preučiti možnosti medikamentnega zdravljenja NSSI pri mladostnikih.

Poglavitna pomanjkljivost raziskave je vsekakor majhen in selekcioniran vzorec. Mogoče je, da je majhnost vzorca vplivala na statistično nepomembnost preostalih dveh zmernih korelacij (BIS-11 + SICQ, BIS-11 + število dogodkov (NSSI)). Mladostnike z NSSI, ki izpolnjujejo merila DSM-5, smo iskali v ambulantah in bolnišničnih oddelkih otroške in mladostniške psihiatrije in tako seveda dobili selekcioniran vzorec. Iskanje mladostnikov z NSSI, ki izpolnjujejo tudi merila DSM-5, med splošno populacijo, bi zahtevalo drugačen pristop k študiji, k čemur vsekakor spodbujamo ostale raziskovalce. Pomanjkljivosti naše raziskave sta še premajhna spolna heterogenost vzorca in

presečni način študije, iz katerega ne moremo sklepati na vzročno povezanost posameznih entitet.

Zaključki

V presečni študiji smo uspeli prikazati značilnosti slovenskih mladostnikov s NSSI, ki so obravnavani v ambulantah in/ali bolnišnicah za otroško in mladostniško psihiatrijo. Izstopala je nizka starost ob pričetku samopoškodovanja, izvajanje NSSI pretežno v samoti in visok delež spolno zlorabljenih mladostnikov. Slednje je izredno pomembno pri obravnavi mladostnikov na vseh nivojih zdravstvenega varstva. Dokazali smo pomembne povezave med situacijsko anksioznostjo, anksioznostjo kot osebnostno potezo in impulzivnostjo ter statistično značilno zmerno korelacijo med hlepenjem in skupnim številom samopoškodbenih dejanj. S tem smo pridobili pomembne dokaze za podporo odvisnostne teorije NSSI.

Zahvala

Za pomoč pri oblikovanju vzorca se vljudno zahvaljujemo Nataši Potočnik Dajčman, Miroslavu Beriču, Barbari Vajd Ledinek, Sanji Kaube, Maji Kranjc Završnik, Mojci Rajniš Pinterič, specializantom psihiatrije, specializantom otroške in mladostniške psihiatrije ter medicinskim sestram Enote za otroško in mladostniško psihiatrijo, Univerzitetnega kliničnega centra Maribor. Jerneju Vidmarju in Roku Holnthanerju se zahvaljujemo za sodelovanje, povezano z vprašalniki.

Seznam kratic

NSSI-»nonsuicidal self-injury«: samopoškodovalno vedenje brez samomorilnega namena

PAS-psihoaktivne substance

PTSM-posttravmatska stresna motnja

ISAM-Inventory of Statements about Self-Injury

STAI-State-Trait Anxiety Inventory for Adults

BIS-11-Barratt Impulsiveness Scale

ETISR-SF-Early Trauma Inventory Self Report-Short Form
SICQ-Self-Injury Craving Questionnaire

SUCQ-Substance Use Craving Questionnaire
SD-standardni odklon

Literatura

1. Barrocas AL, Jenness JL, Davis TS, Oppenheimer CW, Technow JR, Gulley LD, et al. Developmental perspectives on vulnerability to nonsuicidal self-injury in youth. *Adv Child Dev Behav*. 2011; 40: 301–36.
2. Nock MK, Joiner TE, Gordon K, Lloyd-Richardson E, Prinstein M J. Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Res* 2006; 144: 65–72.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
4. Nock MK, Prinstein MJ. Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents. *J Abnorm Psychol* 2005; 114: 140–46.
5. Hooley JM, Ho DT, Slater J, Lockshin A. Pain perception and nonsuicidal self-injury: A laboratory investigation. *Personal Disord* 2010; 1: 170–9.
6. Franklin JC, Aaron RV, Arthur MS, Shorkey SP, Prinstein MJ. Nonsuicidal self-injury and diminished pain perception: the role of emotion dysregulation. *Compr Psychiatry* 2012; 53: 691–700.
7. Glenn JJ, Michel BD, Franklin JC, Hooley JM, Nock MK. Pain analgesia among adolescent self-injurers. *Psychiatry Res* 2014; 220: 921–6.
8. Klonsky ED. The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clin Psychol Rev* 2007; 27: 226–39.
9. Nixon MK, Cloutier PF, Aggarwal S. Affect Regulation and Addictive Aspects of Repetitive Self-Injury in Hospitalized Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 1333–41.
10. Nixon MK, Heath NL, eds. *Self-Injury in Youth. The essential Guide to assessment and intervention*. New York: Routledge; 2009.
11. Victor SE, Glenn CR, Klonsky ED. Is non-suicidal self-injury an “addiction”? A comparison of craving in substance use and non-suicidal self-injury. *Psychiatry Res* 2012; 197: 73–7.
12. Hamza CA, Willoughby T, Heffer T. Impulsivity and nonsuicidal self-injury: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015; 38: 13–24.
13. Spielberger CD. *State-Trait Anxiety Inventory for Adults. Manual, Instrument and Scoring Guide*. Mind Garden: Consulting Psychologists Press; 1983.
14. Stanford MS, Anderson NE, Dougherty DM, Lake SL, Patton JH. Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Pers Individ Dif* 2009; 47: 385–95.
15. Bremner JD. *Early Trauma Inventory (ETI) Instructions*. Emory University; 2014.
16. You J, Lin MP, Fu K, Leung F. The best friend and friendship group influence on adolescent nonsuicidal self-injury. *J Abnorm Child Psycho* 2013; 41: 993–1004.
17. Hasking P, Andrews T, Martin G. The role of exposure to self-injury among peers in predicting later self-injury. *J Youth Adolesc* 2013; 42: 1543–56.