

Timotej Glavač¹

Samodestruktivna vedenja med patološkim in normalnim

Selfdestructive behaviour between pathology and the norm

Abstract

The phenomenon of self-destructiveness has long puzzled scholars and researchers alike. Through a review of the literature our goal was to theoretically explore the field of self-destructive behaviour among clinical and non-clinical populations. We differentiate between behaviour that more frequently occurs among individuals in the non-clinical population (e.g. procrastination, self-handicapping, learned helplessness etc.) and behaviour which is more frequent in the clinical population (self-harm, substance abuse, suicide etc.) The review showed that the factors influencing self-destructive behaviour in otherwise healthy individuals are self-regulation capacity and emotional distress. Among the clinical population trauma in the form of physical abuse, sexual abuse and experiencing violence has been found to be one of the fundamental causes of self-destructive behaviour. Contemporary research has proposed the "experiential avoidance model", a model which understands self-destructiveness as a strategy to mitigate emotional distress. Although differing in severity, self-destructive behaviour among clinical and non-clinical individuals appears to have the same goal of helping the individual manage emotional distress.

Keywords: self-destructive behavior, experiential avoidance model, trauma, self-harm

Povzetek

Vprašanje samodestruktivnosti že dolgo bega raziskovalce in akademike. Namen tega članka je s pregledom literature teoretično raziskati področje samodestruktivnih vedenj pri duševno bolnih in zdravih osebah. Pri splošni populaciji so značilnejše blažje oblike samodestruktivnih vedenj, kot so prokrastinacija, samohendikepiranje in naučena nemoč, medtem ko so v klinični

¹ Timotej Glavač, absolvent magistrskega programa psihologije, Filozofska fakulteta, Univerza v Mariboru; timotej.glavac@gmail.com; telefon 051 387 167

populaciji pogostejše nevarnejše oblike, kot so samopoškodovanje, zloraba substanc in samomor. Pregled je pokazal, da so dejavniki, ki vplivajo na pojav samodestruktivnosti pri sicer zdravih posameznikih, težave v samoregulaciji in čustvena stiska. V klinični populaciji sta med temeljnimi razlogi za pojav samodestruktivnosti travma v obliki fizične in spolne zlorabe ter doživljanje nasilja (npr. vojna). Najprepričljivejši model za razlago samodestruktivnosti – model izogibanja doživljanju (angl. experiential avoidance model) – samodestruktivnost razume predvsem v funkciji zmanjševanja čustvene stiske. Čeprav gre za jasne razlike v intenzivnosti, je, kot kaže, samodestruktivno vedenje tako pri kliničnih kot nekliničnih populacijah v svojem jedru poskus uravnavanja čustvene stiske, ki jo posameznik doživlja.

Ključne besede: samodestruktivna vedenja, model izogibanja doživljanju, travma, samopoškodovanje

Extended abstract

The topic of self-destructive behaviour has been present in important works of world literature throughout history. It can be found in *The Holy Bible* and in the famous works of Ancient Greece. A well known example is the tragic faith of King Oedipus, who in a moment of fatal realisation gouges out his eyes. Shakespeare's *Romeo and Juliet* portrays lovers who at the thought of living without one another take their own lives. Goethe's *Sorrows of Young Werther* similarly features suicide as a response to unrequited love. We could ask ourselves why the tragedy of self-destruction is so often portrayed in the works of some of history's most influential artists? Perhaps it is the tragedy of inflicting pain upon oneself or perhaps it is the potential for such behaviour that is present in all of us should we ever find ourselves in a similar predicament. The paradoxical nature of the concept puzzled even the father of psychoanalysis. In his book *Jenseits des Lustprinzips* (Freud, 1920) Freud first presented his concept of the death drive, a concept that has stirred up a lot of controversy and which is still the topic of much modern discourse (De Masi, 2015; Kernberg, 2009; Penot, 2017).

The goal of this paper is to theoretically explore the field of self-destructive behaviour among the clinical and non-clinical population. Through a review of the literature we wish to: 1) examine the main causes of self-destructive behaviour among clinical and non-clinical individuals 2) examine the main differences in self-destructive behaviour between these two groups and 3) synthesize the findings into an intelligible whole.

In our review we differentiate between behaviour that more frequently occurs among individuals in the general, non-clinical population (e.g. procrastination, self-handicapping, learned helplessness etc.) and behaviour which is more frequent in the clinical population. Examples of this are the various forms of self-harm, suicide and substance abuse. Here it is important to note that it is difficult to strictly classify between the two groups of self-destructive behaviour in the same way as it is difficult to strictly categorise individuals as being mentally healthy or unhealthy. Behaviour that can -- based on the context in which it occurs -- be understood as self-destructive e.g. substance abuse, risky sexual behaviour etc. is more difficult to be strictly put into a category because it can be present in clinical as well as non-clinical individuals. Past definitions of self-destructive behaviour have in the past been inconsistent due to these obstacles (Nock, 2010).

In defining self-destructiveness previous definitions have recognized the crucial importance of whether or not the behaviour is conscious and deliberate. In line with these two aspects self-destructiveness has been classified into three forms. In *primary self-destruction* the person foresees and desires harm to self; in *tradeoffs* the harm is foreseen but not desired; and in *counterproductive strategies* the harm is neither foreseen nor desired (Baumeister & Scher, 1988).

There exist milder forms of self-destructive behaviour that are present among otherwise healthy individuals (defined as tradeoffs and counterproductive strategies). These include: self-handicapping, bingeing, substance use, over-eating, procrastination, learned helplessness etc. (Baumeister & Scher, 1988). While these forms of behaviour can occur in nearly everyone, certain risk factors increase their likelihood. These factors include low conscientiousness (Costa & McCrae, 1992), external locus of control (Renn, Allen, Fedor & Davis, 2005), neuroticism (Judge & Ilies, 2002; Baumeister & Scher, 1988), self-regulation capacity and emotional distress (Baumeister, 1997). Baumeister (1997) hypothesized that when one experiences intense emotional distress, mitigation of this distress becomes the number one priority, consequentially affecting self-regulation capacity. Emotional distress can be mitigated through various forms of self-destructive behaviour such as: substance abuse, risky sexual behaviour, compulsive eating and in the most drastic cases by taking one's own life.

By the end of the 20th century researchers, through connecting almost a century of research in neurology, psychiatry and psychology began to gain more and more insight into solving the riddle of self-destructiveness. Van der Kolk (2014) who dedicated much of his life to researching the effects of trauma on an individual, sees trauma as vital in understanding self-destructive behaviour. Trauma in the form of sexual abuse, neglect, experiencing

violence and disasters can have permanent consequences on an individual's functioning (Van der Kolk, 2014). Children who have been sexually abused are much more likely to show self-destructive behaviour later in life (Green, 1978). The victims of sexual abuse and incest more frequently go into prostitution (Finkelhor & Brown, 1985; Gelin, 1983). Individuals who have suffered trauma often become preoccupied with the trauma and show repetition compulsion which can be seen as a form of self-destructiveness. An example of this is the war veteran who becomes a mercenary (Solursh, 1987). Individuals who are exposed to constant environmental stress show changes on the neurological level. They show elevated levels of catecholamines and endogenous reactions to stress (van der Kolk, 1989). Analgesia and altered states of consciousness such as dissociation are not uncommon (van der Kolk, 1989). In understanding the consequences of trauma we are closer to understanding how self-destructive behaviour occurs and remains.

Among the pathological forms of self-destructive behaviour perhaps the most notorious and recognizable is self-harm (Favazza, 1989). It is defined as conscious and direct harm where the desire to end one's life is absent (Chapman, Gratz in Brown, 2006). Repetitive forms of self-harm are common among individuals with developmental disorders (Lesch & Nyhan, 1964) and cognitive difficulties (Carr, 1977). While among those with borderline personality disorder, dissociative disorders and depressive disorders this type of behaviour seems to be associated with emotional distress (Favazza, 1989; Suyemoto, 1998).

One of the more successful attempts to explain self-destructive behaviour is the self-punishment hypothesis. The self-punishment hypothesis assumes that self-destructive behaviour decreases an emotional reaction by maintaining a consistent view of oneself (Swann, Hixon, Stein-Seroussi & Gilbert, 1990). Self-punishment constitutes a wide spectrum of behaviour including self-harm, self deprivation and other »deserved« negative consequences to perceived transgressions. According to self-verification theory (Swann, Hixon, Stein-Seroussi & Gilbert, 1990) people behave in ways that are consistent with their basic beliefs about themselves or their self-concepts (Aronson & Mette, 1968). People experience an aversive state of intense anxiety (disintegration anxiety) characterised by high emotional arousal and a feeling of losing control which occurs when these basic beliefs are disconfirmed. Adding to this explanation, cognitive dissonance theory postulates that an inconsistency between a person's beliefs (e.g. »I deserve to be punished« and »I haven't been punished«) leads to an adverse effect known as dissonance (Festinger, 1978). Consequentially individuals behave in ways which reconcile their sense of control over their environment and their understanding of the world as being predictable.

When these basic beliefs are reconfirmed (one experiencing »deserved« punishment) the emotional distress is mitigated (Chapman, Gratz in Brown, 2006).

The authors of contemporary research in the 21st century, focusing on the significance of experiencing emotional distress, understand self-destructiveness as a means of »experiential avoidance«, a route to decreasing an unpleasant emotional state (Chapman, Gratz & Brown, 2006). Self-destructiveness can in this sense be understood as a functional strategy to mitigate unwanted emotional states. (Chapman, Gratz & Brown, 2006). In facing situations which cause an intense emotional state the individual experiences an intense need to escape the unpleasant state of arousal, and by self-harming the intense emotional state is diminished, however consequentially a negative feedback loop often occurs. In a vicious cycle negative reinforcement strengthens the association between an unpleasant emotional reaction and deliberate self-harm causing self-harm to become a means of escape from the intense emotional state (Chapman, Gratz & Brown, 2006).

The leading biological theory for explaining the mechanisms for experiential avoidance is the opioid hypothesis. It assumes that self-harm releases endogenous opioids which lead to analgesia and soothe emotional distress (Coid, Alolio & Rees, 1983; Russ, 1992; Bresin in Gordon, 2013). Researchers have found elevated levels of opioid peptides in individuals who self-harm (Coid, Alolio & Rees, 1983; Nock, Bresin & Gordon, 2013). In line with these findings others have found that the administration of opiate receptor agonists (naltrexone) leads to a decrease in self-harm (Roth et al., 1996; Symons, Thompson in Rodriguez, 2004). The main findings from these studies are that individuals who self-harm show decreased levels of resting endogenous opioids; self-harm triggers endogenous opioids and opioids which are released during self-harm help regulate emotional distress (Bresin & Gordon, 2013).

People who deliberately self-harm more commonly show other forms of self-destructive behaviour through which they wish to achieve experiential avoidance. More severe forms of self-destructive behaviour are more common among those suffering from mental illness. Self-destructiveness is especially common in individuals suffering from personality disorders, post-traumatic stress disorder (PTSD), dissociative disorders and depressive disorders, 48-79% of individuals diagnosed with borderline personality disorder report self-harming. The most prominent characteristics of borderline personality disorder are emotion dysregulation and an inability to cope with emotional distress (Gratz & Roemer, 2004). Similarly, deliberate self-harm has been found in 50% of individuals with PTSD. It is typical for sufferers of PTSD to attempt to avoid the intense emotional states they experience as a consequence of the trauma.

Some researchers have found that the function of dissociation could similarly serve as a defense against intense emotions, thoughts and traumatic memories (van der Kolk, Perry & Herman, 1991; van der Kolk, 1996). They emphasise the relationship between dissociation, childhood trauma and self-harm. Depression characterized by feelings of guilt, fear, shame, anxiety and self-hate is also associated with self-harm (Chapman, Gratz in Brown, 2006).

The literature review seems to have revealed that in its core, self-destructiveness can be seen as a means of coping with intense emotional distress and a failure of self-regulation. This applies to both clinical and non-clinical populations. Emotional distress seems to be such an intense state that one gives priority to diminishing it at nearly all costs (Baumeister, Heatheron & Tice, 1994). For example a person may wish to stop abusing substances or overeating but they do so as a means to mitigating the emotional distress they are experiencing (Baumeister, Heatheron & Tice, 1994). More recent research has shown that intense emotional distress increases the likelihood of self-destructive behaviour (Cyders & Smith, 2008, Nock in Barlow, 2014). Individuals who have in their lives, especially in their childhood experienced traumatic experiences have more difficulties in regulating their emotions and experience them more intensely (Ehring & Quack, 2010; Naragon-Gainey, McMahon, & Chacko 2017), consequentially the forms of self-destructiveness as a means to regulate strong emotions are more severe (Chapman, Gratz & Brown, 2006; Nock, 2010; van der Kolk, 2014). Interestingly enough self-destructiveness can be seen in milder behaviour such as procrastination where the individual seeks instant gratification in an attempt to avoid what they should actually be doing at the time because the thing they should be doing is a source of emotional distress. In its more severe forms self-destructiveness is expressed in severe self-harm and suicide all in an attempt to escape the unbearable distress one is experiencing.

Uvod

Tematika samodestruktivnega vedenja se v svetovni literaturi pojavlja že od *Svetega pisma* in grške antike naprej. 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., 1987/1911–1938, 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, in diskurz poteka še danes (De Masi, 2015, Kernberg, 2009; Penot, 2017).

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 razvozlanje 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; Gelinas, 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 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). 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, zlom pod pritiskom, naučena nemoč ... (Baumeister in Scher, 1988). Medtem ko se take oblike vedenja lahko pojavijo pri vsakomur, 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), kapaciteta samoregulacije ter čustveni distres (Baumeister, 1997). Cilj tega pregleda je raziskati področje samodestruktivnega vedenja pri duševno bolnih in zdravih osebah. Z raziskovanjem želimo doseči tri cilje: s pregledom literature preučiti (1) glavne vzroke za nastanek samodestruktivnega vedenja pri duševno bolnih in duševno zdravih osebah, (2) glavne razlike med samodestruktivnim vedenjem pri duševno bolnih in duševno zdravih osebah in (3) ugotovitve sintetizirati v smiselno celoto.

Definicija in klasifikacija

Samodestruktivno vedenje se v literaturi definira kot zavestno ali namerno vedenje, ki ima jasne negativne posledice za posameznika ali posameznikove cilje. Pri tem je bistveno, da je vedenje namerno, medtem ko škoda ni nujno

zaželena niti ni končni cilj vedenja (Baumeister in Scher, 1988). V skladu s tem v našem pregledu razlikujemo med samodestruktivnimi vedenji, ki se pogosteje pojavijo v splošni, torej neklinični populaciji (npr. prokrastinacija, samohendikepiranje, naučena nemoč, prenajedanje), in tistimi, ki se pogosteje pojavijo v klinični populaciji, kot so razne oblike samopoškodovanja, samomor in zloraba substanc. Samodestruktivna vedenja v splošni populaciji bodo predstavljena v 2. poglavju, samodestruktivna v klinični populaciji v 3. poglavju. Pri tem je smiselno opozoriti, da je težko postaviti izrazito ločnico med eno in drugo skupino samodestruktivnih vedenj na enak način, kot je v splošnem težko postaviti ločnico med psihično »zdravimi« in »nezdravimi« posamezniki.

Vedenja, ki jih lahko glede na kontekst razumemo kot samodestruktivna, npr. zloraba substanc, tvegana spolna vedenja ipd. se težje strogo postavijo v eno ali drugo kategorijo, saj se lahko pojavljajo tudi pri sicer nekliničnih posameznikih. Točna opredelitev samodestruktivnih vedenj je bila v preteklosti nekonsistentna ravno zaradi teh ovir. Samopoškodovalno vedenje se v širšem definira kot vedenje z zavestno namero, pri katerem posameznik povzroči fizično ali psihološko škodo samemu sebi (Nock, 2010). Znotraj te splošne kategorizacije raziskovalci ločujejo med vedenji, kjer je telesna škoda neposredni namen posameznikovega vedenja (direktno samopoškodovalno vedenje), in vedenja, kjer je telesna škoda neželen stranski učinek vedenja (indirektno samopoškodovalno vedenje) (prav tam). Medtem ko je samopoškodovalno vedenje kot takšno v splošni populaciji redko, do neke mere vsi uporabljamo vedenja, ki privedejo do indirektno fizične ali psihološke škode, npr. pitje alkohola, kajenje, prokrastinacija, samohendikepiranje. Tvrstna vedenja niso definirana kot samopoškodovanje, saj negativne posledice niso namerne (Baumeister in Scher 1988, Twenge et al. 2002, Vazire in Funder 2006).

Trije modeli samodestruktivnosti

Baumeister (Baumeister in Scher, 1988) je velik del svoje bogate raziskovalne kariere posvetil pojavi samodestruktivnega vedenja. To vedenje se v literaturi definira kot zavestno ali namerno vedenje, ki ima jasne negativne posledice za posameznika ali posameznikove cilje. Bistveno je, da je vedenje namerno, medtem ko škoda posamezniku ni nujno zaželena niti ni končni cilj vedenja (prav tam). V skladu s tem se samodestruktivnost deli na tri oblike na podlagi tega, do kolikšne mere se posameznik samodestruktivnosti zaveda, in tega, s katerim namenom se samodestruktivno vede. Glede na ugotovitve iz svojih raziskav samodestruktivnost deli na tri oblike. Prva je primarna samodestruktivnost, pri kateri gre za to, da si posameznik zavestno škoduje. Posameznik si škoduje, ker

si namerno želi povzročiti škodo. Zaradi tega je primarna samodestruktivnost najbolj iracionalna in nerazumljiva izmed oblik samodestruktivnega vedenja (Baumeister in Scher, 1988). Kompromisi (ang. 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 (prav tam). Kontraproduktivne strategije zajemajo samodestruktivno vedenje, pri katerem 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 (Baumeister in Scher, 1988).

Samodestruktivno vedenje pri duševno zdravih osebah

Nekatere oblike samodestruktivnega vedenja pri duševno zdravih osebah

V tem delu bomo našli in opisali nekaj oblik samodestruktivnega vedenja, ki se pojavljajo pri duševno zdravih osebah. Mednje spadajo npr. samohendikepiranje, prokrastinacija, pretirano uživanje (ang. bingeing) in naučena nemoč.

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 samohendikepira, je tako v obeh primerih zaščitena pred sodbo. Samohendikepiranje je tako razumljeno kot samodestruktivno vedenje,

ker poveča možnost za lasten neuspeh (Baumeister, 1997).

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 opravljanju 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 dožemanja naloge kot dolgočasne in neželene.

Prokrastinacija je posledica neuspeha samoregulacije, saj posameznik daje prednost kratkotrajnim nagradam pred dolgoročnimi cilji (Rabin, Fogel in Nutter-Upham, 2011). Avtorji so v raziskavi ugotovili, da so bile težave na področju izvršilnih funkcij največji napovedovalec za pojav prokrastinacije znotraj vzorca dvesto dvanajstih študentov (prav tam).

Pretirano uživanje (ang. bingeing)

Pretirano uživanje (ang. 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: vsako tako vedenje

- a. povzroča direktne negativne posledice (npr. porabo velikih vsot denarja pri kockanju ali škodovanje zdravju s čezmernim pitjem) ter
- b. ogrozi 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).

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). 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 trdom lahko uspelo (prav tam).

Razlogi za nastanek samodestruktivnega vedenja pri duševno zdravih osebah (čustveni distress, ogrožen egotizem, neuspešna samoregulacija in osebnostne lastnosti)

Baumeister (1997) v ospredje iracionalnosti samodestruktivnega vedenja postavlja tri ključne dejavnike: a) ogrožen egotizem, b) neuspešno samoregulacijo in c) čustveni 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 nehalo delovati na podlagi prej poznanih načinov. Oba dejavnika sta povezana s čustvenim distressom (prav tam).

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).

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 (ang. underregulation in misregulation) (Carver in Scheier, 1981). Neuspešna regulacija zajema nezmo-

žnost 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 želenih izidov (prav tam).

Eden možnih mehanizmov za zmanjšano zmožnost samoregulacije je, da je čustveni distress tako intenziven odziv, da mu oseba posveti največ pozornosti 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 prenaledati, opustiti prokrastinacijo, vendar začnejo to početi, da bi se znebili čustvenega distressa, ki ga čutijo v danem trenutku (Baumeister, Heatheron in Tice, 1994). Novejša literatura potrjuje te ugotovitve. Intenzivnejši čustveni distress poveča verjetnost samodestruktivnih vedenj (Cyders in Smith, 2008, Nock in Barlow, 2014). Posamezniki, ki doživljajo intenzivnejša čustvena stanja in jih težje regulirajo, se z namenom, da bi se zamotili in zmanjšali negativna občutja, pogosteje vedejo samodestruktivno (Baker, Piper, McCarthy, Majeskie in Fiore, 2004; Bentley, Nock in Barlow, 2014).

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 distressa, 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). Pomembno povezane osebnostne lastnosti so še nevroticizem, samozavest in lokus kontrole.

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 s težavami s prelaganjem trenutnega zadovoljstva (Renn idr., 2005).

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. Po eni strani lahko občutki krivde in nezadovoljstvo z lastnim delom vzbudijo motivacijo za izboljšave (Bandura, 1991). Po drugi strani

pa impulzivnost, strah, anksioznost in jeza pogosto sprožijo samodestruktivno vedenje (Baumeister in Scher, 1988). Ljudje z visokim nevroticizmom so tako manj sposobni prelaganja zadovoljstva kot tisti z nizkim nevroticizmom (Renn idr., 2005).

Patološko samodestruktivno vedenje

Travma v središču samodestruktivnega vedenja

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 ima prisotnost travme, še posebej v zgodnjih letih življenja, 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).

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). Pogostejše se zgodi, da ponavljanje travme (ang. 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, od tega so jih pet spolno zlorabili sorodniki (prav tam).

Vpliv spolne zlorabe in reviktimizacija

Samodestruktivno vedenje je med zlorabljenimi otroki pogosto (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).

Pogost je tudi pojav reviktimizacije, ki se konsistentno kaže pri žrtvah travme (Ferenczi, 1955; Gelinas 1983; Desai, Arias, Thompson in Basile, 2002). Žrtve posilstva so pogostejše ponovno posiljene, in ženske, ki so bile telesno ali spolno zlorabljene v otroštvu, so pogostejše zlorabljene v odraslosti (van der Kolk, 1989; Desai, Arias, Thompson in Basile, 2002; Coid idr., 2001). Žrtve zlorabe pogostejše 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 izbranem 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 povabljen v pornografijo štirikrat pogostejše kot tiste brez zgodovine incesta (prav tam). Messman-Moore, Walsh in DiLillo (2010) so v raziskavi preučili težave v čustveni regulaciji kot mehanizem, ki se povezuje z viktimizacijo in tveganimi spolnimi vedenji v vzorcu žensk, ki so bile žrtve spolne in fizične zlorabe. Ženske v vzorcu so poročale o pogostejši reviktimizaciji, večjem številu spolnih partnerjev in pogostejšem tveganim spolnem vedenju z neznanci. Sposobnost čustvene regulacije je pri tem imela mediacijsko vlogo (prav tam).

Samodestruktivnost kot posledica težav navezanosti in odziv na travmo

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). V odsotnosti skrbnika otroci doživljajo ekstreme premajhnega in prevelikega vzbujenja (Weiss, Glazer, Pohorecky, 1975), ki so zanje fiziološko dezorganizirajoči in škodljivi. Če skrbnik

otroka zavrača in ga zlorablja, bo otrok verjetneje postal čezmerno fiziološko vznburjen (van der Kolk, 1989). Ko so osebe, ki bi morale biti vir varnosti in nege, istočasno vir nevarnosti, otroci manevrirajo, da bi pridobili občutek varnosti (prav tam). Kriviti začnejo sami sebe, kajti če bi se obrnili proti skrbnikom, bi s tem izgubili upanje v varnost. 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«. Hipervznburjenost vodi do emocionalnega stresa in težav z regulacijo emocij (van der Kolk, 1989). Zgodovina samodestruktivnih vzorcev se povezuje s spomini o zavračajočih in ambivalentnih starših (Rubino, Pezzarossa, Della Rosa in Siracusano, 2004). Podobno osebe z izogibajočim in ambivalentnim stilom navezanosti pogosteje kot osebe z varnim stilom navezanosti kažejo vzorce samodestruktivnih vedenj (Williams in Schill, 1994)

Samopoškodovanje in samodestruktivno vedenje

V tem delu bomo govorili o samodestruktivnih vedenjih, ki se pogosteje pojavljajo pri osebah v klinični populaciji. Gre za vedenja, ki povzročajo večjo škodo posamezniku in so opazno intenzivnejša. Mednje spadajo npr. samopoškodovanje, zloraba substanc in samomor.

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 s čustvenim distresom (Favazza, 1989; Suyemoto, 1998).

Kljub raznolikim teoretskim perspektivam so si vse teorije podobne v tem, da namerno samopoškodovanje dojemajo kot način, s katerim si posamezniki pomagajo uravnavati ali regulirati čustva oziroma ulti 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

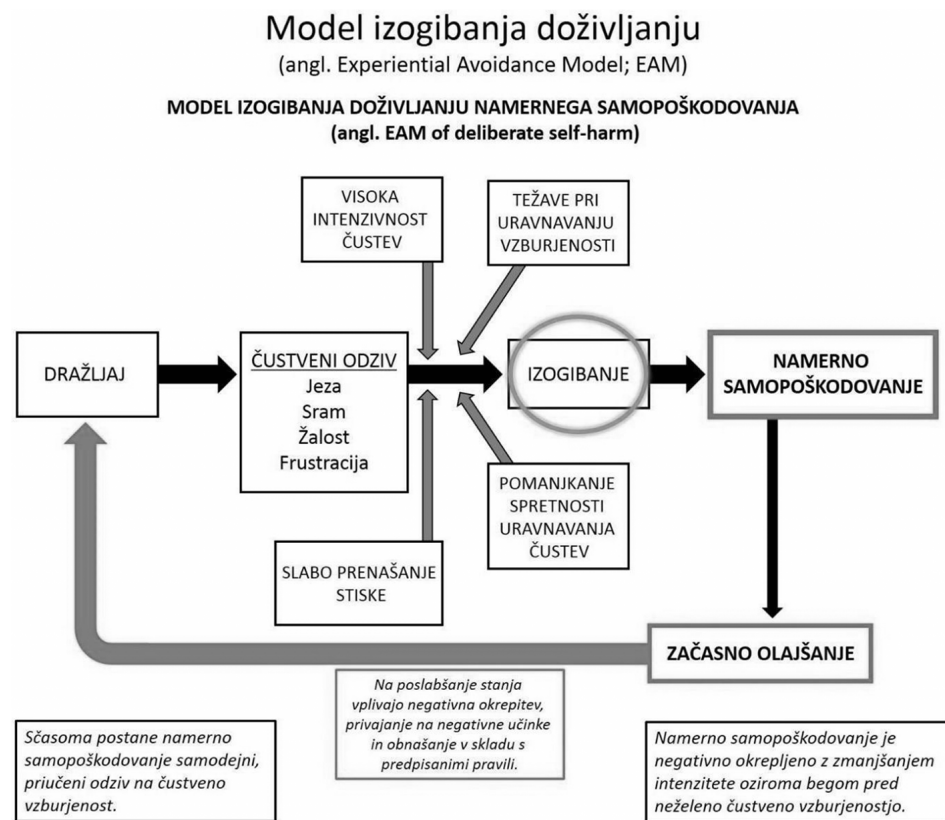
olajšanje najpogostejša razloga za namerno samopoškodovanje. Kljub očitnim negativnim posledicam je namerno poškodovanje funkcionalno na nekaterih ravneh, saj je presenetljivo uspešno pri terminaciji neželenih čustvenih stanj (Chapman, Gratz in Brown, 2006). V nadaljevanju predstavljamo tri modele, ki poskušajo razložiti intenzivnejše oblike samodestruktivnih vedenj, ki se kažejo v kliničnih populacijah.

Model izogibanja doživljanju

Kot vedenjski model namernega samopoškodovanja model izogibanja doživljanju opredeljuje, da umik od doživljanja neprijetne situacije (ang. 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). Osebe, ki se namerno samopoškodujejo, tako verjetno kažejo tudi druge oblike samodestruktivnega vedenja, namenjene izogibanju doživljanja. Na ta način lahko z modelom pojasnimo pojav samodestruktivnega vedenja predvsem v kliničnih primerih (Chapman, Gratz in Brown, 2006).

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 vznburjenja, zato se samopoškoduje, kar zmanjša ali konča čustveno stanje, s čimer se samopoškodovanje negativno pogojuje. V začaranem krogu ponavljajoča se negativna okrepitev okrepi povezavo med neprijetnim čustvenim odzivom in namernim samopoškodovanjem, tako da samopoškodovanje postane samodejno sredstvo bega iz intenzivnega čustvenega stanja (Chapman, Gratz in Brown, 2006).

Opioidna hipoteza in nevrolški korelati samopoškodbenega vedenja

Vodilna biološka teorija mehanizmov izogibanja doživljanju, opioidna hipoteza, predpostavlja, da samopoškodovanje (v tem primeru zadajanje fizične škode samemu sebi) sproži endogene opioide, ki povzročijo analgezijo in olajšajo čustveni distress (Coid, Alollio 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, Alollio 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 opiodov; samopoškodovanje sproži endogene opioide; opiodi, ki se sprostijo med samopoškodovanjem, regulirajo čustveni distress (Bresin in Gordon, 2013).

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 samopoškodovanjem, samodeprivacijo in drugimi »zaslužnimi« negativnimi posledicami za kaznovanje. Po teoriji samopotrjevanja (prav tam) se ljudje vedejo na načine, ki so konsistentni z njihovimi splošnimi prepričanji o samih sebi ali z njihovo splošno samopodobo (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 vznburjenje in občutek izgube nadzora. 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 dojetanja sveta kot predvidljivega. Ko so osnovna prepričanja potrjena (npr. po »zasluženem« kaznovanju), čustveni distress izgine (Chapman, Gratz in Brown, 2006).

Patološko samodestruktivno vedenje v povezavi z drugimi motnjami

Ko je izogibajoče se vedenje pogosto in v trenutnem kontekstu neučinkovito, lahko vodi do kliničnih motenj. Mnogo kliničnih motenj se opisuje s prisotnostjo izogibajočega se vedenja in v številnih raziskavah (Briere in Gil, 1998; Cloitre, Koenen, Coen in Han, 2002; Dubo, Zanarini, Lewis in Williams, 199) je bila opažena povezava med namernim samopoškodovanjem in drugimi oblikami

samodestruktivnega vedenja ter nekaterimi psihiatričnimi motnjami, vključno z mejno osebnostno motnjo, potratvamskim stresom, 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 Duil, 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 potratvamsko 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, Olmants in Turkheimer, 2003; Ross in Heath, 2002). Kot pri mejni osebnostni motnji in potratvamski stresni motnji je tudi za depresijo značilno izogibanje doživljanja (Chapman, Gratz in Brown, 2006). Nekateri raziskovalci so ugotovili, da je zatiranje misli (ena od oblik izogibanja izkušnjam) povezano z doživljanjem depresije in da celo povečuje depresivno afektiviteto (Wenzlaff in Bates, 1998). Depresivni simptomi so povezani tudi z nesprejemanjem čustvenih 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 pri 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).

Razprava

Pregled literature je pokazal, 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 čustveni distress povezana pojava, saj posameznik v emocionalnem distressu daje prednost omilitvi čustvenega distresa 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 distresa.

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 (Gelinas, 1983) in žrtve telesne zlorabe pogosteje izzovejo 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 zaradi odsotnosti, zanemarjanja ali zlorabe enega ali obeh staršev niso varno navezane, so pogosto v stanju hipervzbujenosti, kar vodi do težav z regulacijo emocij in emocionalnega distresa. Model reguliranja emocij (ang. behavioral avoidance model) predpostavlja, da je namen samopoškodovanja konkretiziranje in nadziranje intenzivnih emocij. V študiji (Brown idr., 2002) je bilo ugotovljeno, da sta regulacija čustev in čustveno olajšanje glavna razloga za namerno samopoškodovanje. Medtem ko se model reguliranja emocij 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 omilitve distresa, zaradi česar trpi tudi sposobnost samoregulacije. Stanje je mogoče omiliti na več načinov, ki so povezani s samodestruktivnim vedenjem: z zlorabo substanc, tveganim spolnim vedenjem, igrami na srečo, prenažanjem, stradanjem in v skrajnem primeru celo s samomorom.

Samodestruktivnost je še posebej pogosta pri ljudeh, ki trpijo za mejno osebnostno motnjo, potravmatskim stresom, disociativno motnjo in depresivnimi motnjami. Približno 48–79 odstotkov oseb z mejno osebnostno motnjo se samopoškoduje. Glavni značilnosti mejne osebnostne motnje sta ravno emocionalna disregulacija in nezmožnost spopadanja s čustvenim stresom (Gratz in Roemer, 2004). Podobno se namerno samopoškodovanje kaže pri 50 odstotkih oseb s potravmatsko 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).

Pregled literature kaže, da gre v samem jedru pojava za poskus soočanja s čustvenim stresom. To drži za posameznike v klinični pa tudi neklinični populaciji. Posamezniki, ki so v življenju, predvsem v otroštvu, imeli več travmatičnih izkušenj, težje regulirajo svoja čustva in jih tudi intenzivneje doživljajo (Ehring in Quack, 2010; Naragon-Gainey, McMahon, in Chacko 2017), zaradi česar so tudi oblike samodestruktivnosti kot poskusi obvladovanja močnih čustev izrazitejše (Chapman, Gratz in Brown, 2006; Nock, 2010; van der Kolk, 2014). Zanimivo je, da se samodestruktivnost na najmilejši ravni kaže že s primerom prokrastinacije, kjer posameznik poskuša doseči trenutno zadovoljstvo v želji po izognitvi temu, kar bi moral v resnici početi, ker mu povzroča čustveni stres. 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.

Literatura

- 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.
- Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., in Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. *Psychological review*, 111 (1), 33.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational behavior and human decision processes*, 50 (2), 248–287.
- 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. *Psychological bulletin*, 104 (1), 3.
- Baumeister, R. 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 (5), 1067.
- Coid J., Allolio, B., in Rees L. H. (1983). Raised plasma met-enkephalin 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.
- Cyders, M. A., in Smith, G. T. (2008). Emotion-based dispositions to rash action: positive and negative urgency. *Psychological bulletin*, 134 (6), 807.
- De Masi, F. (2015). Is the concept of the death drive still useful in the clinical field?. *The International Journal of Psychoanalysis*, 96 (2), 445–458.
- 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.
- Ehring, T., in Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: The role of trauma type and PTSD symptom severity. *Behavior therapy*, 41 (4), 587–598.
- 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.
- 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.
- 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.
- James, J., & Meyerding, J. (1977). Early sexual experience and prostitution. *The American Journal of Psychiatry*.
- 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. (2009). The concept of the death drive: A clinical perspective. *The International Journal of Psychoanalysis*, 90, (5), 1009–1023.
- 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.
- 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., Pritchep, 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.
- McCrae, R. R., in John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its application. *Journal of Personality*, 60, 175–215.
- McMain, S., Kennedy, S. H., Korman, L., Brown, G. M., DaSilva, J. N., ..., Links, P. (2003). Dysfunctional attitudes and 5-HT₂ receptors during depression and self-harm. *European Journal of Nuclear Medicine*, 89, (1), 175–182.
- Messman-Moore, T. L., Walsh, K. L., in DiLillo, D. (2010). Emotion dysregulation and risky sexual behavior in revictimization. *Child abuse & neglect*, 34, (12), 967–976.
- Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., in Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological Bulletin*, 143 (4), 384.
- 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., 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.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual review of clinical psychology*, 6, 339–363.
- Bentley, K. H., Nock, M. K., in Barlow, D. H. (2014). The four-function model of nonsuicidal self-injury: Key directions for future research. *Clinical Psychological Science*, 2 (5), 638–656.
- Penot, B. (2017). The so called death drive, an indispensable force for any subjective life. *The International Journal of Psychoanalysis*, 98 (2), 299–321.
- 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.
- Rubino, I. A., Pezzarossa, B., Della Rosa, A., & Siracusano, A. (2004). Self-defeating personality and memories of parents' child-rearing behaviour: A replication. *Psychological reports*, 94 (2), 733–735.
- 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.
- 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.
- 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 (5), 428.
- 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.
- Symons, F. J., Thompson, A., in Rodriguez, M. C. (2004). Self-injurious behavior and the efficacy of naltrexone treatment: A quantitative synthesis. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 10 (3), 193–200.
- 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.
- 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.
- 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 selfdestructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665–1671.
- Van der Kolk, B. A. (1996). *The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development*.
- 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.
- Vazire, S., in Funder, D. C. (2006). Impulsivity and the self-defeating behavior of narcissists. *Personality and social psychology review*, 10 (2), 154–165.
- 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.
- Williams, D., in Schill, T. (1994). Adult attachment, love styles, and self-defeating personality characteristics. *Psychological reports*, 75 (1), 31–34.