

SAMOOKALECZENIA

Samouszkodzenia należy uznać za powszechnie nieakceptowane akty bezpośrednio autodestruktywności, w których jednostka zmierza do wyrządzenia sobie natychmiastowej szkody, przedmiotem ataku staje się jej własne ciało, przy czym działanie pozbawione jest zamiaru samobójczego. (Favazza, 1996).

Istota samouszkodzeń, należących do aktów autoagresji jest inna niż samobójstw, ponieważ nie mają one na celu pozbawienia się życia, ale przerwanie bólu emocjonalnego. Zadawany sobie ból fizyczny odwracając/przekierowując uwagę z cierpienia psychicznego na cielesne odgrywa często adaptacyjną rolę. Przypisuje mu się rolę swoistego czynnika ochronnego przed podjęciem próby samobójczej.

Należą one do szerokiego spektrum zachowań autoagresywnych, przejawianych przez dzieci i młodzież. Poza samouszkodzeniami obejmuje ono samobójstwa, zaniedbania, nałogi, szkodliwe nawyki żywieniowe, zachowania ryzykowne, wyuczoną bezradność (Wycisk, 2006)

Kiedy samouszkodzenia są wyrazem okresowo przeżywanych trudności lub odpowiedzią na przeżywany kryzys mówimy o samookaleczeniach **epizodycznych**.

Gdy samookaleczenia utrwalają się jako sposób radzenia sobie z przeżywanymi napięciami i występują wielokrotnie, nazywamy je **chronicznymi**.

Ważne!

W sytuacji, gdy samookaleczenia staną się utrwalonym sposobem radzenia sobie z napięciem i emocjami trudniej jest pomóc dziecku. Leczenie wymaga wówczas często specjalistycznej pomocy i trwać może bardzo długo. Z tego powodu pamiętaj, że aby Twoja interwencja była skuteczna, powinieneś podjąć ją jak najwcześniej.

Rodzaj samouszkodzeń:

1. **Umiarkowane** — występują najczęściej. Zwykle nie wymagają interwencji medycznej, co utrudnia dokładne określenie skali tego zjawiska. Mogą towarzyszyć zaburzeniom odżywiania, osobowości typu borderline i in. (Favazza, 1996).
2. **Stereotypowe** — takie jak rytmiczne uderzanie głową w ścianę. Występują one stosunkowo rzadko. Najczęściej towarzyszą one upośledzeniu umysłowemu, autyzmowi oraz psychozom.
3. **Wielkie** — takie jak autokastracja, obcięcie kończyny. Występują one najrzadziej, jednak mają najpoważniejsze konsekwencje dla zdrowia i życia. Podejmowane są zazwyczaj w psychozach lub stanach silnego upojenia alkoholowego.

Samouszkodzenia umiarkowane mogą być podejmowane w dwóch formach:

1. **Kompulsywne** — polegają one na wielokrotnym, nawet codziennym, powtarzaniu czynności autodestruktywnej w taki sam sposób. Mogą mieć formę **zrytualizowaną** (wrywanie włosów z określone-go miejsca głowy, wyciskanie skóry) bądź **zautomatyzowaną** (skubanie i drapanie zmian skórnych).
2. **Impulsywne** — polegają na nacinaniu skóry ostrymi narzędziami lub przypalaniu jej, biciu się, drapaniu, gryzieniu, nakłuwaniu ciała, zazwyczaj pod wpływem trudnego do

pohamowania impulsu związanego z silnym napięciem. Najczęściej ranione są ramiona, przedramiona i uda, rzadziej brzuch w piersi.

Syndrom samouszkodzeń

Dotychczas nie wyodrębniono w międzynarodowych klasyfikacjach chorób (np. DSM IV) syndromu SU. Proponowane kryteria diagnostyczne syndromu celowych samouszkodzeń za: Muehlenkamp, 2005).

1. Jednostka jest zaabsorbowana fizycznym ranieniem siebie, jednak bez intencji samobójczej.
2. Osoba jest niezdolna do powstrzymania impulsu prowadzącego do wyrządzenia sobie krzywdy.
3. Samouszkodzenie poprzedza subiektywne odczucie narastającego napięcia, gniewu, lęku, dysforii, i ogólnego dystresu, niepoddającego się kontroli.
4. Bezpośrednim następstwem samouszkodzenia jest odczucie ulgi, zadowolenia i/lub uwolnienia ad stanu depersonalizacji.
5. Osoba przynajmniej pięć razy podjęła akt samouszkodzenia wg ogólnego, powtarzającego się wzorca (choć forma samouszkodzenia mogła ulec zmianie).
6. Samouszkodzeń nie można wyjaśnić obecnością psychoz, transseksualizmu, upośledzenia umysłowego, zaburzeniami rozwoju, bądź ogólnymi warunkami medycznymi.
7. Samouszkodzenia powodują silny dystres bądź znacząco zakłócają funkcjonowanie jednostki w sferze społecznej, zawodowej czy innej. Nawracające myśli o śmierci, myśli samobójcze, próby samobójcze.

Behawioralne sygnały ostrzegawcze samouszkodzeń

Bardziej specyficzne	Mniej specyficzne
Blizny, zdrapania, skaleczenia, siniaki o niewiadomym pochodzeniu	Zachowania ryzykowne (skakanie z wysokości, przebieganie przez ulicę, prowokowanie w sferze seksualnej)
Ślady krwi na ubraniu	Sięganie po alkohol, narkotyki
Liczne, częste opatrunki	Prace o tematyce fizycznego zranienia, bólu, krwi, smutku
Noszenie ubrań z długimi rękawami, nogawkami, które mogą ukryć rany, nieadekwatne do pogody	Nagłe zmiany w kontaktach z rówieśnikami, zainteresowaniach
Unikanie aktywności, podczas której mogą zostać odstonięte rany, blizny (wf, basen)	Stany depresyjne (przedłużający się smutek, przygnębienie, wycofanie, izolacja)
Noszenie przy sobie ostrych narzędzi (żyletki, nożyki, agrafki, pinezki)	Skrajne, impulsywne, silne reakcje (lęku, gniewu, rozpacz) emocjonalne na trudne sytuacje
Spędzanie długiego czasu w toalecie, miejscach odosobnionych	Niska samoocena i niechęć wobec siebie, Brak sieci wsparcia

(opracowane na podstawie: Wycisk, 2010)

SCHEMAT POSTĘPOWANIA W PRZYPADKU SAMOOKALECZANIA SIĘ DZIECKA

Zanim podejmiesz interwencję

1. Ważne jest, abyś zdobył wiedzę na temat samouszkodzeń, która pomoże ci w zrozumieniu tego zachowania i jego przyczyn.
2. Postaraj się jak najdogłębniej przeanalizować sytuację dziecka, które się okalecza.
 - sytuacji rodzinnej dziecka
 - relacjom z rówieśnikami,
 - sytuacji szkolnej dziecka.

Warto skorzystać z pomocy specjalistycznej – psychologicznej, opierającej się na rzetelnym, ukierunkowanym wywiadzie (zebranie informacji niezbędnych do przygotowania jak najlepszej pomocy dziecku pomocy dziecku). W następnym etapie można będzie zaplanować optymalną formę wsparcia dziecka, która najczęściej polega na ścisłej współpracy psychologa z rodzicem i połączeniu dwóch działań:

- psychoedukacji rodzica, poradnictwie i wsparciu w zrozumieniu sytuacji i wypracowaniu nowych, lepszych sposobów komunikacji z dzieckiem/nastolatkiem

- wsparciu psychologicznym nastolatka/dziecka – np. psychoterapii

Sposób interwencji będzie zależał zarówno od sytuacji, w jakiej znajduje się dziecko, jak i od tego, czy samookaleczenia są:



PODCZAS ROZMOWY NA TEMAT JEGO SAMOOKALECZANIA:

Daj dziecku wsparcie. Podczas rozmowy reaguj na problemy dziecka z szacunkiem, współczuciem i zrozumieniem. Dziecko potrzebuje byś go wysłuchał i potraktował poważnie. Dzięki temu dasz mu do zrozumienia, że może liczyć na Twoją pomoc i troskę. Słuchaj, okazuj zrozumienie, zainteresowanie i intencję pomocy. Bądź spokojny, cierpliwy, życzliwy, empatyczny. Rozmawiaj zamiast dyskutować! Uprawomocnij emocje.

Uprawomocnienie oznacza, że komunikujesz osobie, że jej uczucia, myśli i działania są odpowiednie i możliwe do przyjęcia w danej sytuacji, nawet wtedy, kiedy są dalekie od ideału.

Przykład: Masz prawo do złości w związku z tym jak, Cię potraktowała przyjaciółka.

W czasie rozmowy unikaj:

- Krytykowania, oceniania - „nie wolno tego robić!”
- Narzucania rozwiązań i działań (Skończ z tym natychmiast! Powinieneś wiedzieć, że to do niczego nie prowadzi....)
- Domyślania się, dopowiadania emocji ucznia (Dokładnie wiem, co czujesz, co chcesz powiedzieć, co myślisz...)
- Bagatelizowania: ja w Twoim wieku miałem/am podobne problemy i jakoś m przeszło...
- Niespójności komunikatów — trudno być wiarygodnym w zapewnieniu pomocy, jeśli nie wierzymy i sami nie stosujemy w swoim życiu narzędzi, do których użycia zachęcamy ucznia.
- Szybkiego dawania rad, dyskusji. Na początku kontaktu w wypowiedziach wykorzystuj podejście „my”, tzn „wspólnym siłami zobaczymy, spróbujemy, poszukajmy, rozwiązań”.

OPRACOWAŁA:

mgr Małgorzata Nitecka (w oparciu o materiały szkoleniowe p. mgr Małgorzaty Łuba)