

EVALUAREA SI INTERVENTIA IN CRIZA A SUBIECTULUI CU COMPORTAMENT AUTO-VATAMATOR

Omul ca si celelalte fiintele poseda un instinct de auto-conservare care ii permite sa supravietuiasca si sa se adapteze de-a lungul vietii. Cu toate acestea, uneori oamenii se comporta intr-un mod care contrazice acest instinct. Unul din aceste comportamente este comportamentul auto-vatamator sau auto-injuriu nesuicidar, comportament care se refera la afectarea deliberata si directa a propriului corp in absenta unei intentii letale (Nock, 2010). Desi acest fel de comportament este descris din cele mai vechi timpuri, fiind mentionat chiar si in Biblie, interesul fata de acesta a crescut in ultimii 15 ani, timp in care a crescut si numarul publicatiilor asupra acestui subiect, de la 117 in 1996 la 386 in 2008 (Nock, 2010). S-a propus chiar ca sindromul auto-vatamarii corporale sa fie introdus in viitorul DSM-V ca o entitate clinica aparte (Plener si Fegert, 2012), in DSM-IV el fiind amintit doar ca si criteriu de diagnostic pentru personalitatea marginala de personalitate. Toata lumea este de accord ca indivizii cu comportament auto-vatamator sunt unii din cei mai dificili pacienti atat pentru diagnostic cat si pentru tratament.

PREVALENTA, VARSTA DE DEBUT SI EVOLUTIA

Studiile pe esantioane comunitare arata o prevalenta pe durata vietii de 13-45% la adolescenti (Ross & Heath 2002) si 4% la adulti (Klonsky et al. 2003). Prevalenta pe esantioanele clinice este semnificativa mai mare: 40%-60% la adolescenti (Di- Clemente si colab. 1991) si 19%-25% la adulti (Briere si Gil, 1998). Aceasta variabilitate a prevalentei este data de faptul ca comportamentul auto-vatamator nu a fost inclus in nici un studiu epidemiologic pe scara larga. Un studiu Canadian (Nixon si colab. 2008) arata ca 2 tineri din 10, din grupa de varsta 14-21 ani, au experimentat cel putin odata in viata lor un comportament auto-vatamator. In mod obisnuit, acest comportament debuteaza intre 12 si 14 ani si se petrece mult mai frecvent la tineri decat la adulti. El este de doua ori mai frecvent la fete decat la baieti. Pe un esantion de 2289 tineri in varsta de 15-16 ani din Romania, Kokkevi si colab (2012) gasesc prezenta de

ganduri de auto-vatamare la un procent de 27,8%, mult mai mic decat la copii de aceiasi varsta din Lituania (43,8%), Anglia (36,8%) sau Slovacia (36,2%).

Indiferent cum ar fi, aceasta prevalenta a comportamentului auto-injurious este mai mare decat a altor tulburari psihice (prevalenta pe durata vietii) precum anorexia and bulimia nervosa (sub 2%), tulburarea de panica (sub 2%), tulburarea obsesiv-comportamentala (sub 3%) si BPD (in jur de 2%).

Varsta de debut a comportamentului auto-vatamator este in jurul varstei de 12-14 ani, asemanatoare cu cea in cazul ideatiei si comportamentului suicidar (Nock, 2009b, Nock,2010).

Contactul cu indivizii cu comportament auto-vatamator

Majoritatea indivizilor cu comportament auto-vatamator atinci cand se adreseaza pentru ajutor se adreseaza serviciilor de urgenta din spitalele generale sau serviciile de interventie in criza. In acest din urma caz, contactul se poate face si indirect, solicitant ajutorul la telefon. Mai rar acestia pot fi intalniti in serviciile de ingrijire a tulburarilor mentala ambulatorii sau spitaliceasca sau in cabinetele medicilor de medicina generala. In general, indivizii cu comportament auto-vatamator evita internarea in servicii psihiatrice doar daca internarea se face pentru tulburari de comorbiditate precum depresie, anxietate, tulburari alimentare, consum de alcool/droguri, decompensari clinice ale tulburarii marginale de personalitate.

Clinicienii din sanatate mentala si profesorii din scoli raporteaza o crestere ingrijoratoare a comportamentului auto-vatamator in ultimii ani. Acest lucru este evidentiat empiric si de cresterea prezentarilor la serviciul de garda a tinerilor cu astfel de problema. Astfel, in SUA se raporteaza mai multe de 400.000 prezentari pe an la camera de garda a spitalelor pentru comportament auto-vatamator iar in Anglia in jur de 100.000 pe an din care o treime sunt internate din cauza ca necesita atentie medicala (Cooper si colab. 2006). Pacientii care se prezinta pentru auto-vatamare au risc crescut sa repete acest comportament in viitor, mai mult de 75% din acestia repeta episoadele de auto-vatamare in urmatoarele 6 luni. Tot ei au si un mare risc de a face un suicid, o patrime din cei care sinucid au apelat in ultimele 12 luni la un spital general pentru comportament auto-vatamator (Hawton si colab. 1997).

Contactul acestor subiecti cu programele de interventie in criza, mai ales telefonic, sunt foarte frecvente si ele se fac atat inainte de initierea auto-vatamarii cat si dupa ce vatamarea a fost comisa. Ei apeleaza la serviciul de criza mai mult pentru a a semnaliza acest comportament decat pentru a primi au ajutor. Spun aceasta pentru ca din experienta mea in programul de

interventie in criza, acesti subiecti sunt in general refractari atunci cand li se fac sugestii cum sa depaseasca starea emotionala care declanseaza auto-vatamarea, ei dorind cu tot dinadinsul sa duca pana la capat acest impuls, ceea ce este de inteles daca se accepta ideia ca acest comportament este pentru multi din ei doar o modalitate de coping. Acesti subiecti apeleaza la linia de criza pentru diferite situatii sau doar numai pentru conversatie, iar atunci cand apeleaza pentru auto-vatamare o fac intr-un mod manipulativ, ei vor mai mult sa anunte de ce vor face decat sa ceara ajutor specific, uneori vor sa “pedepseasca” clinicianul cu ceea ce vor sa faca cu corpul lor. Ajutorul pe care si-l doresc este unul general sau in alt domeniu si nu pentru auto-vatamare. Oricum, ei se intalnesc mai des la telefonul de criza decat la serviciul de urgenta, aceasta fiind valabil mai ales pentru adolescenti.

Clasificare si definitii

Unul din obstacolele in studiul comportamentului auto-vatamator este inexistenta termenilor si definitiilor bine stabilite. O definitie larga cuprinde sub termenul de comportament auto-vatamator toate comportamentele intreprinse in mod intentionat si constient care conduc la un anumit grad de injurie fizica si psihica. Se face o distinctie intre comportamentele auto-vatamatoare directe care sunt facute in mod intentionat si cele indirecte care sunt facute in mod neintentionat precum comportamentele de asumarea riscurilor/comportamente riscante. O alta sursa de confuzie este folosirea intersanjabila a mai multor termini precum: comportamentul auto-vatamator, comportamentul suicidar sau tentative de suicid si comportamentul auto-mutilant.

Favazza (1998) aduce oarecare lumina in aceasta confuzie denumind auto-mutilarea ca distructie sau alterare deliberate a tesuturilor corpului fara dorinta de moarte si care poate fi majora, stereotipa sau superficial-moderata. Cea superficial-moderata mai poarta numele de auto-vatamare deliberata si este definita de Favazza (1998) ca o forma directa, repetitiva si episodica de auto-mutilare superficiala, fara intentie de a produce moartea si care este destul de serioasa ca sa produca alterarea invelisului corpului mai ales. Gratz (2001) defineste comportamentul auto-vatamator ca “comportament direct, repetitiv de vatamare a tesuturilor corpului propriu, cu letalitate scazuta, care se petrec intr-un timp scurt, se acompaniaza de constiinta propriei actiuni si implica intentia expresa de a se auto-vatama”. In aceasta din urma definitie ma ancorez cand vorbesc de comportamentul auto-vatamator in acest capitol.

Allen (2007) trece in revista definitiile si limbajul folosit pentru descrierea acestui comportament si subliniaza ca unii termini ca “mutilare”, “vatamare”, “taiere” “supradoza” au conotatii negative si pejorative ceea ce face ca sa persiste o reticenta in luarea acestor indivizi in ingrijire cu toata seriozitatea, iar termenul de “deliberat” indica un nivel de control si o abilitate de a se abtine de la auto-vatamare care conduce la ideea ca exista o dorinta asunsa de manipulare a altora prin acest comportament.

Acest comportament este considerat de cei mai multi cercetatori ca fiind un mecanism sau o strategie neadaptativa de coping in care auto-vatamarea este folosita ca usurare a emotiilor coplesitoare si scaderea tensiunii interne; fiind un mecanism de coping se intelege de ce se exclude intentia de suicid (Gratz, 2001).

Comportamentul auto-vatamator direct

De la inceput trebuie facuta distinctia dintre comportamentul vatamator nesuicidar si cel care este facut cu intentia de a muri. (vezi Fig. Nr. 1).

Comportamentul auto-vatamator nesuicidar este de trei tipuri: i) gest sau amenintare de suicid prin care subiectul vrea sa-i lase pe alti sa creada ca exista o intentie de a muri cand de fapt nu exista nici o intentie; scopul este de a comunica distresul si de a cauta ajutorul altora (Nock & Kessler 2006). ii) comportamentul auto-vatamator direct care se refera la distructia deliberata si directa a tesuturilor corpului in absenta oricarei intentii observabile de a muri; iii) gandurile de auto-vatamare, respectiv posesia de ganduri de auto-vatamare fara a intreprinde ceva conform lor.

Comportamentul auto-vatamator indirect

Acest comportament este mult mai frecvent, noi cu toti fiind angajati in comportamente care in mod indirect pot cauza diferite daune fizice ale corpului sau psihologice, precum atunci cand consumam alcool, cand mancam prea mult, cand fumam, etc. Aceste comportamente sunt intreprinse fara intentia de a cauza daune corporale, ci din contra de a cauza placere, iar daunele sunt indirecte. Ele sunt denumite comportamente nesanatoase, sau auto-daunatoare.

FENOMENOLOGIE

Intelegerea comportamentului ascuns

Comportamentul auto-injurious direct, ca si comportamentele auto-vatamatoare indirecte (consumul de alcool, fumatul, tulburari alimentare, piromania, gambling, tulburarile de control al impulsurilor) sunt episodice, greu de anticipat si se desfasoara in ambianta privata si nu in cea

clinica, ca in cazul altor tulburari psihopatologice. Asta face ca acest tip de comportamente sa fie interpretate doar pe baza naratiunilor retrospective, ele rar pot fi observate empiric in timp real in scop de cercetare. Pentru publicul larg, comportamentul auto-vatamator este inacceptabil si repulsiv iar daca metodele folosite sunt sever destructive acest comportament este considerat patologic ceea ce impune atentie medicala imediata si chiar internare non-voluntara. Pentru societatea in ansamblu, restaurarea comportamentului auto-destructiv semnifica restaurarea armoniei sociale si a bunastarii (Rayner si Warner, 2003).

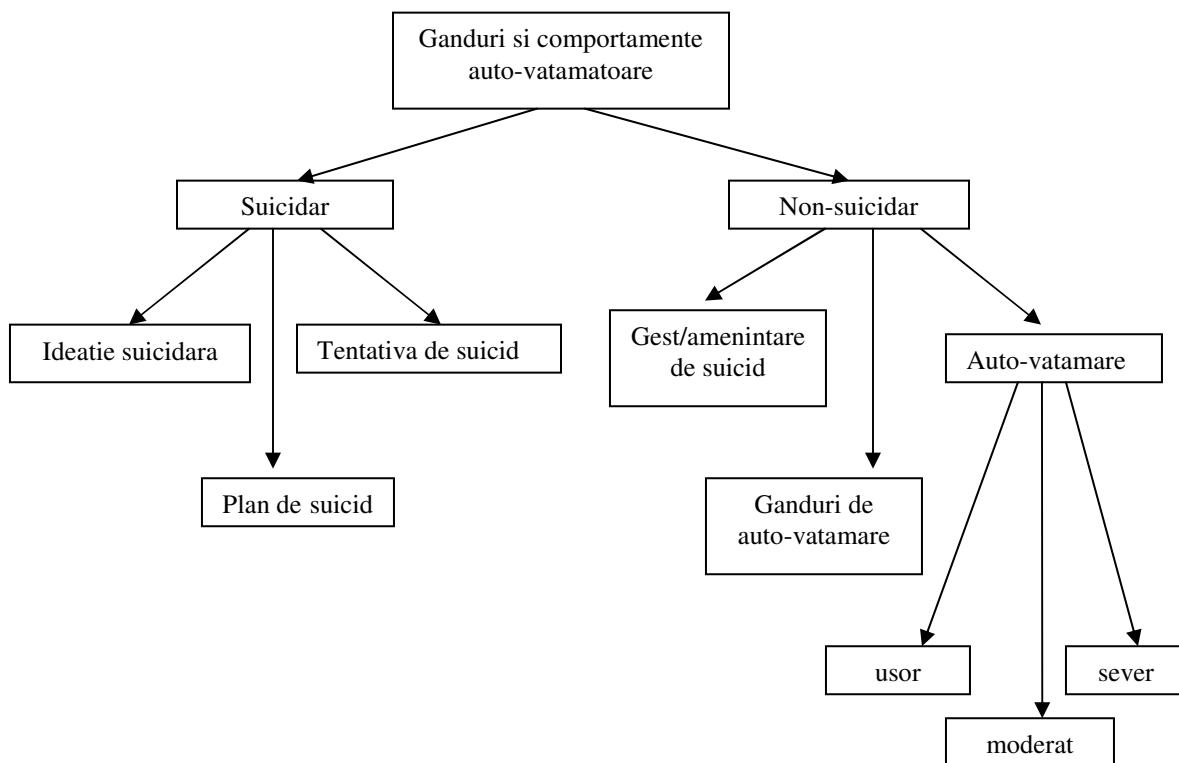


Fig Nr. 1: Clasificarea gandurilor si comportamentelor auto-vatamatoare (dupa Nock, 2009a)

De la inceput trebuie afirmat ca comportamentul auto-vatamator nu este acelasi lucru cu o tentativa de suicid. Cel mai des astfel de indivizi isi produc leziuni superficiale ale pielii si evita sa-si provoace leziuni care ar putea fi cauzatoare de moarte, vatamarea produsa de ei nu intereseaza niciodata zone sau organe vitale (Simeon si Hollander, 2001). De exemplu, acestia niciodata nu-si fac taieturi pe pielea gatului. In mod cert, comportamentul auto-vatamator este o forma clinica diferita de comportamentul suicidar.

Caracteristicile comportamentului auto-vatamator

Cea mai des intalnita **metoda** de auto-vatamare este supradoza cu medicamente sau luarea de substante toxice fara intentie de suicid si apoi taierea sau crestarea pielii de pe brate, picioare sau burta cu un obiect ascutit precum un cutit sau o lama de ras (Klonsky & Muehlenkamp 2007). Alte metode de auto-vatamare sunt: zgarierea si scrijelarea pielii pana sangereaza, provocarea de arsuri, inserarea in piele de obiecte precum ace, inteparea pielii cu obiecte ascutite si indepartarea lor ulterioara. Mai exista si cazuri de auto-vatamare cu metode multiple. Metode mai rar folosite sunt: lovirea corpului cu un obiect contondent, muscarea, piscarea pana la sange, tragerea de par. Dupa Hawton si colab.(2007), luand in calcul toate grupele de varsta si prezentarea la serviciul de urgenta, cel mai frecvet se intalneste supradoza de medicamente sau substante nocive (80,8%), urmata de auto-vatamarea tesuturilor corpului (15,1%) si pe locul trei, metoda combinata a celor doua de mai sus. Pe esantioane comunitare, la grupa de varsta tanara, cea mai frecventa metoda de auto-vatamare este taierea cu un obiect ascutit (lama, cutit, ciod de sticla, etc.) (Hawton si Rodham, 2006). In capitolul de fata ne concentram asupra auto-vatamarii fizice corporale pentru ca este forma cea mai frecvent intalnita in programul de interventie in criza.

Frecventa episoadelor de auto-vatamare si severitatea lor depinde de populatia in care au fost studiate. Astfel, adolescentii si adultii din populatia generala care au raportat existenta unui comportament auto-vatamator au mai putin de 10 episoade de auto-vatamare pe toata viata, pe cand pacientii cu tulburasri psihice cu istorie de auto-vatamare raporteaza mai mult de 50 episoade de auto-vatamare pe durata vietii. Atunci cand acest comportament este prezent, subiectii raporteaza existenta gandurilor de auto-vatamare in medie in 85% din timp (Nock, 2010).

Conditii declansatoare: In mod tipic, subiectii se angajeaza in comportamentul de auto-vatamare atunci cand sunt singuri si experimenteaza sentimente sau ganduri negative (amintiri neplacute, manie si ostilitate indreptate spre sine, confuzie emotionala, vinovatie, rusine, tristete, anxietate) sau ca raspuns la situatii stressante, iar acest comportament este intreprins cu scopul auto-linistirii, a reglarii emotionale si/sau a cautarii ajutorului de la altii (Klonsky 2009). Unii tineri raporteaza sentimente de a fi coplestiti de emotii negative sau de a nu sti cum sa depaseasca evenimentul negativ pe care-l traiesc din cauza unei inabilitati de coping. Cautarea atentiei altora este o motivatie adevarata a comportamentului auto-vatamator dar este si un mod de trivializare si supra-simplificare a problemelor acestor indivizi. Cercetarile au aratat ca acesti indivizi

prezinta dificultati in rezolvarea problemelor de zi cu zi, ei nu-si pot crea o rutina functionala pentru diferitele situatii de viata, tind sa ignore experientele castigate in situatii similare si au mari dificultati in a identifica locurile si persoanele pentru ajutor atunci cand au nevoie. Toate acestea ii conduc la experienta de sentimente continue de frustrare si lipsa de control. Nu putini indivizii tin secret comportamentul lor vatamator, ei se feresc sa impartaseasca acest lucru cu alti colegii, profesorii, membrii de familie, poarta maneci lungi ca sa nu se vada cicatricile de pe brate, pentru ca traiesc un sentiment de rusine. Walsh (2006) arata ca auto-vatamarea este uneori si o expresie a contagiunii de la indivizii ce prezinta astfel de comportament, in spatele ei aflandu-se dorinta tinerilor de a comunica, de a rezolva conflicte, de a genera intimidare sau de a fi impreuna.

Consecinte: Interesant este ca atunci cand adolescentii raporteaza astfel de comportamente, ei recunosc existenta si a altor compulsii precum cea de a consuma alcool sau droguri, de a manca excesiv, ceea ce sugereaza ca si aceste comportamente au aceiasi functie de auto-calmare (Nock, 2010). In mod paradoxal, acesti indivizii nu raporteaza durere sau doar putina durere in timpul vatamarii. si prezinta o scadere generala a sensibilitatii dureroase (de ex. la agenti termici sau la presiune). Tot ei raporteaza si mai multe consecinte negative ale comportamentului auto-vatamator precum sentimente de manie, vinovatie si rusine (Klonsky 2009).

Mentinere: Comportamentul auto-vatamator este mentinut cand balanta dintre beneficiile (auto-linistirea) si consecintele negative este in favoarea celor pozitive. Daca nu se intervine, comportamentul auto-vatamator se declanseaza la factori din ce in ce mai mici, precum frustrari obisnuite sau insasi gandul de a se angaja in acest comportament sau dorinta de a manipula ambianta (parinti, prieteni, etc) pentru a obtine un beneficiu secundar si astfel comportamentul este reintarit.

Comportamentul auto-vatamator si varsta

Este bine stabilit astazi ca prevalenta comportamentului auto-vatamator la grupa de varsta 15-24 este mai ridicata la alte grupe de varsta. Acesta se explica prin faptul ca la aceasta varsta exista mai multe intrebari existentiale nerezolvate, o imaturitate cognitiva, deficiente in gandirea abstracta si in rezolvarea problemelor; tinerii sunt mai inclinati sa considere diferite situatii negative de viata ca esec personal, in schimb adultii initiaza auto-vatamarea in legatura cu dorinta de a scapa de situatii si probleme de nesuportat si din dorinta de a atrage atentia sau a

cauta ajutorul (Hjelmeland si Grøholt, 2005). Prevalenta si caracteristicile comportamentului auto-vatamator la copiii sub 15 ani a fost studiate mult mai putin si Hawton si Harriss (2008) gasesc pe un lot de 710 copii de aceasta varsta ca ei initiaza acest comportament mai ales in legatura cu dificultatile curente de viata (familie, scoala) si ca acesta nu anticipeaza dorinta de suicid. Pentru Hall-Patch (2011) adolescentii care se auto-vatama prezinta dificultati in diferentierea si individualizarea de obiectul dragostei si in identitatea si independenta proprie. Ei mai prezinta probleme de imagine corporala, conflicte cu autoritatea, tulburari de formare a relatiilor romantice si in exprimarea diferitelor roluri sociale.

Dupa Dennis si Owens (2012) batrani prezinta rate de suicid si de comportament auto-vatamator mai mici decat alte varste iar metodele alese de ei sunt mai putin injurioase decat la adulti. Vulnerabilitatea lor este data de schimbarile si conflictele de tranzitie de rol, sentimentul de lipsa de speranta, anxietate, depresie, cresterea ostilitatii si impulsivitatii prin deteriorare cognitiva si de probleme de adaptare la singuratate si abandon.

Studii longitudinale au decelat anumite grupe de indivizi cu vulnerabilitate la auto-vatamare printre care detinutii din sistemul penitenciar si prizonierii din diferite tipuri de recluziune, azilantii din tari sarace sositii in tari dezvoltate, veteranii din razboaiele curente (Irac, Afganistan, etc.) sau indivizi homosexuali sau bisexuali (Royal College of Psychiatrists, 2010).

MODELUL TEORETIC INTEGRATIV AL AUTO-VATAMARII

Ceea ce se stie astazi despre comportamentul auto-daunator este ceea ce profesioniștii au inteles din narativele indivizilor cu acest comportament. Insa trebuie stiut ca acesti nu exceleaza in comunicare, initiaza acest comportament in intimitate, multi il tin ascuns si clinicianul ia contact cu aceasta problematica in mod retrospectiv. Dupa cum spunea Favazza (1998) ceea ce se stie este de fapt un “contratransfer”, adica ceea ce a intuit, trait sau imaginat clinicianul avand in fata un astfel de subiect.

Diferite modele teoretice au fost avansate in ultimii ani dupa care comportamentul auto-vatamator are rolul de a demonstra controlul asupra dorintei de sex sau de moarte, de a defini granitele dintre self si altii, de a incheia episoadele dissociative sau de a se proteja de mania celorlalti. El este si expresia stimei de sine scazute si a dorintei de a manipula pe altii. Suyemoto (1998) distinge sase modele functionale ale comportamentului auto-vatamator care sunt prezentate in tabelul Nr. 1.

Modelul functional	Caracteristici
Modelul social	Auto-vatamarea creiaza raspunsuri care sunt reintarite de mediul social pentru a permite exprimarea lucrurilor inexprimabile si sublimarea conflictelor amenintatoare;
Modelul antisuicidar	Auto-vatamarea are functia de a inlocui suicidul, de a creia un compromis intre dorinta de a trai si de a muri;
Modelul sexual	Auto-vatamarea izvoraste din conflictele deschise ale sexualitatii;
Modelul reglarii afectului	Auto-vatamarea are rolul de a exprima si controla mania, anxietatea sau durerea psihologica care nu pot fi exprimate verbal sau prin alte mijloace;
Modelul disociatiei	Auto-vatamarea este un mod de a opri sau de a depasi efectele disociatiei care rezulta din intensitatea emotionalitatii;
Modelul limitelor interpresonale	Auto-vatamarea este o incercare de a creia distinctia dintre self si altii, un mod de a se proteja impotriva tendintei de a-si pierde identitatea.

Tabelul Nr. 1: Modelele explicative ale comportamentului auto-vatamator (Suyemoto, 1998).

Factorii de risc ai acestui comportament sunt: istorie de abuz in copilarie, comorbiditatea cu boli mentale, abilitate verbala scazuta, identificarea cu subcultura Goth (Nock si colab. 2006).

Auto-vatamarea este intreprinsa ca o metoda de a regulariza experienta cognitive/afectiva si a influenta/regla ambianta sociala in directia dorita. Acest comportament este intarit de factori precum tulburari de autoreglare emotionala, hiperactivitate vegetativa ca raspuns la stress, inabilitati de coping, greutati in expresia verbala sau persoana alege acest comportament in competitie cu alte comportamente (consum alcool/drog, sex, excese alimentare). In Fig. Nr. 2 este prezentata schema modelului teoretic integrativ al comportamentului auto-vatamator propus de Nock (2009a). Tofthagen si Fagerstrom (2009) interpreteaza comportamentul auto-vatamator intr-o paradigma evolutionista si spun ca auto-vatamarea este expresia mentala a unei dureri interne si generarea unei dureri fizice are ca scop tocmai alinarea diferitelor forme de durere interna. Lewis si colab (2011) considera ca auto-vatamarea raspunde la un model cognitiv-social care explica comportamentul vatamator in functie de atitudinile individului si a altora fata de astfel de comportament si fata de perceperea nivelului de control a acestuia; daca atitudinile

personale sau normele sociale sunt pozitive atunci individual se angajeaza mai des in astfel de comportament si astfel s-ar putea explica variatiile culturale ale incidentei acestuia.

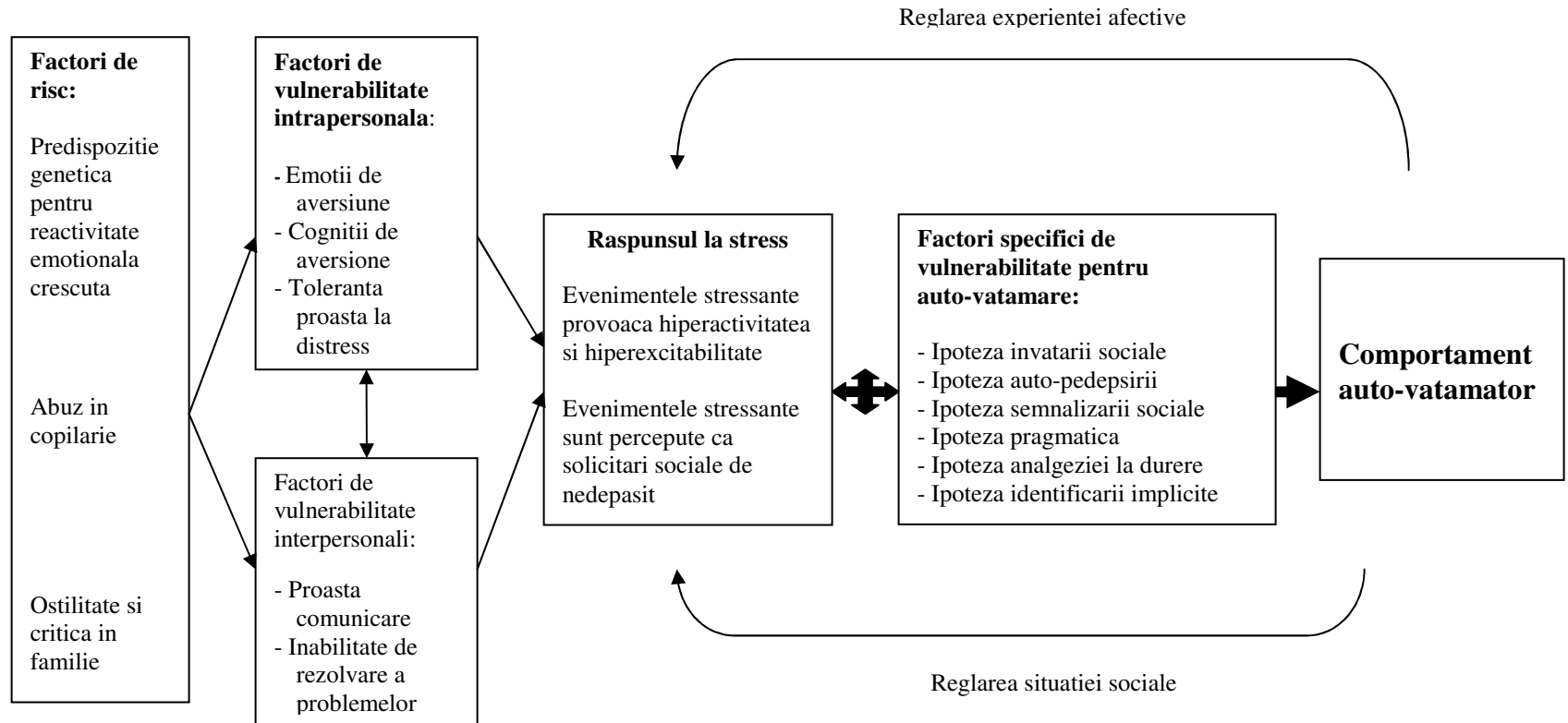


Fig Nr. 2: Modelul teoretic integrativ de initiere si mentinere a comportamentului auto-vatamator (Nock, 2009)

Funcțiile comportamentului auto-injuriuos

Din perspectiva functionala, auto-vatamarea este mentinuta prin patru mecanisme de reintarire: i) auto-vatamarea poate fi mentinuta de intarirea intrapersonala negativa cand comportamentul este urmat imediat de o scadere sau disparitie a gandurilor sau emotiilor aversive precum mania, eliberarea de ostilitate si revansa; ii) auto-vatamarea poate fi mentinuta de reintarirea intrapersonala pozitiva cand comportamentul este urmat de aparitia sau cresterea sentimentelor sau gandurilor asteptate (autostimulare, satisfactie de a fi fost auto-pedepsit); iii) cand este urmata de aparitia evenimentului social dorit (atentie, suport, ajutor); v) cand comportamentul este urmat de scaderea sau disparitia unui eveniment social (oprirea bascaliei, oprirea conflictului cu parintii, etc.).

De decenii, auto-vatamarii i-au fost descrie calitatile de a reduce tensiunea si ca mijloc de semnalizare a nevoii de suport si atentie fata de altii datorita incapacitatii de a utiliza un limbaj impartasit de ceilalti (Favazza 1989). Hall-Patch (2011) face urmatoarea lista cu motivatiile potentiale ale comportamentului auto-vatamator (vezi Tabelul Nr. 2)

- comportament invatat si reintarit	- influenta interpersonală sau sistemică
- reglarea afectului	- bararea impulsului de a muri (antisuicid)
- simbolism sexual	- comunicarea si externalizarea durerii
- oprirea sau creiarea disociatiei	- reintarirea granitelor interpersonale
- auto-pedepsire	- crearea identitatii
- cautarea senzatiei	- scaparea de distress emotional intolerabil
- scaparea de sentimente de infrangere, lipsa de speranta si lipsa de ajutor	- perturbarea activarii schemelor suicidare
- controlul dorintei si abilitatii de moarte prin suicid	- reintarire prin efectele pozitive ale experientelor trecute de auto-vatamare

Tabelul Nr. 2: Motivatiile posibile ale comportamentului auto-vatamator (Hall-Patch, 2011)

Comportamentul auto-vatamator la indivizii cu retard mental este in multe privinte diferit (de ex. lovirea capului de obiecte in fata altora, frecventa scazuta a taiatului pe vrata, etc.) dar functiile lui in relatiile sociale par sa fie aceleasi, in special cautarea atentiei si ajutorului.

Intelesul comportamentului auto-vatamator:

Exista un consens larg in a afirma ca indivizii isi produc injurii ale corpului in dorinta de a transfera o durere interna intr-una fizica, corporala, lucru care conduce si la controlul emotiilor

care altfel par necontrolabile. Acesta este limbajul simbolic al auto-vatamarii, este un alt mod de “a spune ceea ce este de nespus” (Nock, 2010). Exista mai multe intelesuri ale auto-vatamarii pe care indivizii le nareaza cu diferite ocazii sau incearca sa le ascunda cu alte ocazii (Mike Smith, 2005) (vezi tabelul Nr. 3).

<i>sa supraviatuiesc</i>	<i>sa vad sange</i>
<i>sa comunic</i>	<i>sa verific daca sunt viu</i>
<i>sa depasesc problemele</i>	<i>sa simt ceva</i>
<i>sa ma simt mai bine</i>	<i>pentru ca merit sa ma pedepsesc</i>
<i>sa transfer durerea emotionala in una fizica</i>	<i>sa pedepsesc pe altii</i>
<i>sa arat ca sunt diferit</i>	<i>sa am control mai bun</i>
<i>sa apartin la ceva</i>	<i>sa arata cat sunt de “complex”</i>

Tabelul Nr. 3: Intelesurile ascunse ale comportamentului auto-vatamator (Mike Smith, 2005)

<i>“Doream sa omor ceva in mine, acest sentiment ingrozitor era ca un vierme care mergea prin nervii mei. Cand am descoperit lama de ras si taiatul, daca ma crezi, a fost ca o speranta. De la inceput, de cand era de 12 ani, a fost ca un miracol, o revelatie. Lama aluneca usor, fara durere pe pielea mea, ca un cutit care intra in unt. O alunecare ca o raza de lumina, o taietura intre ce a fost si ce e dupa. Toata confuzia, haosul, furia, incertitudinea si disperarea se evaporau intr-o secunda, era ca un moment de coerenta, de intregire a selfului. O linie trasata pe nisip marcand ideia ca corpul e al meu, carnea si sangele lui este sub comanda mea”</i>
Fragment din naratiunea unui adolescent cu comportament auto-vatamator (Kettlewell, 1999)

Factorii generali de risc

Unii indivizi poseda o vulnerabilitate intrapersonala si interpersonală care limiteaza capacitatea lor de a raspunde la evenimente stressante, arata incapacitatea de a tolera distresul si frustrarea, slaba capacitate de a suprima gandurile si emotiile aversive, hiperreactivitate la emotii negative, lipsa de control emotional, proasta capacitate de a comunica cu altii sau de rezolvare a problemelor, toate conducand la probabilitatea de a folosi auto-vatamarea sau alte comportamente maladaptative pentru a regla experientele afectiv/cognitive sau pe cele sociale

(Nock & Mendes 2008). Acestea explica si relatia dintre auto-vatamare si afectiuni psihiatrice precum depresia, anxietatea, tulburari ale controlului impulsurilor, tulburarea marginala de personalitate si foarte recent si relatia cu tulburarea obsesiv-compulsiva (McKay si Andover, 2012).

In tabelul Nr. 4 se prezinta factorii psiho-sociali nespecifici de risc pentru auto-vatamare (Hall-Patch, 2011).

Factori psihologici de risc	Factori sociali de risc
<ul style="list-style-type: none"> - Nivel inalt de emotii negative precum ostilitate, manie, anxietate - Dificultati de coping cu emotiile negative - Tendinta de evitare - Impulsivitate - Lipsa de percepere a controlului propriului comportament - Existenta de ganduri de auto-vatamare - Psihopatologie, in special depresie, anxietate, personalitate marginala, tulburare obsesiva - Experienta emotionala de goliciune interioara, insensibilitate, confuzie - Stiluri cognitive maladaptative - Lipsa sau incapacitate de acces la resursele de coping - Atitudini pozitive fata de auto-vatamare - Efecte pozitive psihologice ale auto-vatamarii precum reglarea emotiilor 	<ul style="list-style-type: none"> - Experiente timpuri de lipsa de ingrijire si rejectie - Legaturi de atasament distorsionate - Izolare sociala - Experiente de hartuire si intimidare (de ex. bascalie, umilire) - Experiente de abuz, trauma - Experiente de pierdere si doliu - Conflicte interpersonale si familiale - Saracie si statut socioeconomic scazut - Nivel scazut de educatie - Atitudine normative pozitiva fata de auto-vatamare - Invatare sociala a comportamentului auto-vatamator - Efecte sociale pozitive si reintarirea sociala a comportamentului auto-vatamator

Tabelul Nr. 4: Factorii psiho-sociali de risc pentru auto-vatamare (Hall-Patch, 2011)

Factori de risc specifici auto-vatamarii. Factorii de risc sunt clasificati in functie de teoria prin care se justifica comportamentul auto-vatamator.

Ipoteza invatarii sociale. Conform acestei teorii, indivizii sunt influentati de comportamentele altora din jur observand si invatand aces comportament si beneficiile lui.

Ipoteza auto-pedepsirii. Oamenii aleg sa se angajeze in comportamentul auto-vatamator ca un mijloc de a regla emotiile si gandurile si a regla situatiile sociale si sa aibe un vehicol pentru pedepsirea de sine pentru ceea ce subiectul interpreteaza ca “greseli” sau pentru a raspunde gandurilor de depreciere proprie sau manie indreptata fata de propria persoana (Nock, 2010). Studii recente releva ca auto-pedepsirea este motivul primar in angajarea in comportamentul auto-vatamator (Nock, 2010) iar ostilitatea si mania fata de propria persoana este raportata ca factori precipitanti pentru episoadele repetitive de auto-vatamare (Nock si colab. 2009a). Prezenta auto-pedepsirii si a gandurilor de auto-blamare pot fi si expresia unei depresi majore si a distorsiunilor cognitive subjacente.

Ipoteza semnalariei sociale. Aici comportamentul auto-vatamator este declansat de dorinta de a comunica distresul propriu cu altii in acest fel in loc de a folosi limbajul sau alte expresii mai putin vatamatoare. Subiectul considera ca acest mod este efectiv in solicitarea ajutorului decat a striga sau a plange, de exemplu.

Ipoteza analgeziei dureroase. Subiecti care se angajeaza in auto-vatamare raporteaza sensibilitate scazuta la durere si alti agenti nociceptivi si aceasta s-ar datora unui nivel crescut de endorfine in corpul lor.

Ipoteza pragmatica. Conform acestei ipoteze oamenii aleg sa se auto-vatame pentru ca este un mod rapid, efectiv si usor de implementat pentru a regla propria emotionalitate si/sau experiente sociale.

EVALUAREA

Evaluarea incearca si sa faca o predictie asupra comportamentelor viitoare de auto-vatamare insa aceasta este foarte dificil de facut din cauza lipsei de specificitate a factorilor de risc.

O alta bariera in evaluare este atitudinea personalului de ingrijire fata de indivizii cu auto-vatamare. Astfel s-a evidentat ca exista o atitudine ambivalenta exprimata de medici si surori din serviciul de garda atunci cand intalnesc astfel de pacienti si aceasta se tradeaza printr-o comunicare greoaie, artificiala sau chiar negativa fata de acestia (Palmer, 1993).

Cooper si colab. (2006) analizeaza un esantion de 9.086 cazuri pacienti primiti la serviciul de urgenta pentru comportament auto-vatamator si gasesc ca pacientii care au istorie de auto-vatamare, istorie de tratament psihiatric si iau in mod curent benzodiazepine au riscul cel mai mare de a repeat comportamentul de auto-vatamare.

Ghidurile de buna practica din Anglia recomanda ca fiecare individ care se prezinta la serviciul de urgenta pentru consecintele comportamentului sau auto-vatamator sa nu fie externat pana nu i se face un interviu psihosocial care sa determine factorii declansatori, factorii favorizanti si modalitatile de coping in situatii stresante facut de un specialist in sanatate mentala. Pe baza acestuia se vor face trimerile la tratamentele adecvate (The Royal College of Psychiatrists, 2010).

Evaluarea prezentei comportamentului auto-vatamator

Prezenta comportamentului auto-vatamator este evaluat in mod curent pe baza raportarii subiectului, fie cand este interviuat direct, fie cand i se administreaza o scala de auto-evaluare. Ca si in cazul comportamentului suicidar, comportamentul auto-vatamator apare pe fundalul a variate tulburari psihopatologice (axa I) si/sau de personalitate (axa II DSM) iar pentru Tulburarea marginala de personalitate comportamentul auto-vatamator este chiar criteriu de diagnostic.

Ca si pentru alte conditii psihopatologice, exista si pentru comportamentul auto-injurious o serie de instrumente de evaluare precum interviuri, scale si chestionare. Acestea sunt administrate cu scopul de a identifica existenta comportamentului ca atare, frecventa si severitatea acestuia precum si factorii de influenta. Putine instrumente au fost concepute pentru a evalua standardizat comportamentul auto-vatamator si acestea sunt: the Suicide Attempt Self-Injury Interview (Linehan si colab. 2006), the Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview (Nock si colab. 2007), the Deliberate Self-Harm Inventory (Gratz, 2001) si Functional Assessment of Self-Mutilation (Lloyd si colab. 1997). Toate aceste instrumente au fost dezvoltate in scop de cercetare si nu exista o evidenta serioasa asupra validitatii si confidentei lor. Cu toate acestea ele cauta sa culeaga o serie intreaga de informatii utile precum tipul de vatamare, varsta de debut, durata, frecventa, felul de vatamare si instrumentele folosite, severitatea vatamarii fizice, functiile psihologice, antecedentele si consecintele, nevoia de interventie medicala, relatia cu suicidalitatea si impactul asupra calitatii vietii. Utilizarea lor clinica este foarte limitata, in special in cazul adolescentilor, pentru ca subiectii cu comportament auto-vatamator nu comunica onest intr-un context standardizat, cu un algoritm al intrebarilor care le lasa impresia ca sunt la interogatoriu sau ca nu sunt intr-un loc in care situatia lor este privita cu intelegere. In schimb exista dorinta lor de a se identifica in mod indirect cu probleme conexe auto-vatamarii.

Existanta semnelor de alarma dupa care s-ar putea identifica un presupus individ cu comportament auto-vatamator a atrenat multe dispute pentru ca acestea nu s-au putut niciodata proba in studii clinice controlate pentru ca pe de-o parte acesti subiecti sunt refractari sa participe la astfel de studii, iar pe de alta parte acest comportament este totdeauna efectuat in spatiu privat si rar este anuntat de la inceput. In tabelul Nr. 5 este prezentata o lista de semne de alarma pentru comportamentul auto-vatamator dupa care s-ar putea recunoaste un astfel de subiect (The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2009)

<p>Semne psihologice</p> <ul style="list-style-type: none"> • schimbari dramatice ale dispozitiei, in special la dolescenti sau la adulti cu istorie de auto-vatamare • schimbari in modelul de alimentatie sau de odihna (somn) • pierderea interesului pentru prieteni sau activitati sociale • intrerupera comunicarii regulate cu familia sau prietenii • ascunderea hainelor sau spalarea lor separat • nu mai este interesat de activitatile favorite • probleme cu relatiile • stima de sine scazuta • tine secret sentimentele • evita situatiile unde ar trebuie sa-si expuna bratele sau picioarele (de ex. sa mearga la bazinul de innot) • furnizeaza scuze ciudate pentru cicatricile pe care le poseda • scadere dramatica in functionarea domestica, la serviciu sau scoala • retragere sociala 	<p>Semne fizice</p> <ul style="list-style-type: none"> • inexplicabile leziuni precum zgarieturi, taieturi, arsuri • inexplicabile plangeri medicale recurente precum dureri de stomac sau de cap • purtarea de haine nepotrivite precum haine cu mainici lungi, pantaloni lungi, etc, in mijlocul verii • smulgerea de fire de par, muscatul unghiilor, tragerea de degete sau piele cand este separat sau stresant • ascunderea de chibrituri, lame de ras sau alte obiect ascutite in locuri neobisnuite in camera proprie • folosirea de droguri
--	---

Tabelul Nr. 5: Lista cu semnele de alarma ale comportamentului auto-vatamator pentru recunoasterea unui individ cu un astfel de comportament (The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2009)

Abordarea unui individ cu comportament auto-vatamator.

Lucrul cel mai important la primul contact cu un astfel de subiect, este ca lucratorul din criza sa ramana calm si sa creieze premisele unei comunicari deschise si autentice. El trebuie sa se reconande, sa explice rolul sau si al programului de criza. El trebuie sa evite orice comentariu critic sau iscoditor, sa incerce sa valideze sentimentele si actele subiectului si apoi sa incerce sa

le normalizeze cu tact și respect. Dacă este necesară îngrijire medicală, lucrătorul trebuie să evite exprimarea sentimentelor de deznădejde, orare față de rănile prezentate, să evite rapunșuri punitivă sau generatoare de rușine și nici să treacă în extrema cealaltă fiind prea milos și zelos. El trebuie să fie echilibrat emoțional și să ofere subiectului confort și încredere. La fel el trebuie să descrie procedurile medicale necesare pentru îngrijirea rănilor prezentate și să ceară acordul pentru tratamentul acestora. Subiectul este liber să aleagă dacă rămâne sau pleacă din program, dar nu înainte de a i se arăta capacitatea de a facilita îngrijirea medicală cuvenită. Dacă subiectul acceptă, lucrătorul în criză trebuie să acompanieze subiectul până în serviciul medical de urgență pentru tratament. Dacă contactul este pe telefon, lucrătorul în criză trebuie să încerce cu tact și profesionalism să evalueze severitatea vătămărilor suferite de subiect și să-l încurajeze să se prezinte pentru îngrijiri medicale adecvate.

Conceptualizarea comportamentului auto-vătămător

Scopul evaluării este evidențierea modului cum apare și se menține comportamentul auto-vătămător și decelarea factorilor declanșatori, respectiv de ce individual se angajează în acest comportament auto-injuriuos, care sunt antecedentele și consecințele lui și care sunt factorii care îl întrețin. Pe baza acestui tip de evaluare se conceptualizează cazul în spate, se particularizează întreaga fenomenologie a auto-vătămării, condițiile favorizante și declanșatoare, mesajul din spatele acestui comportament, reînțărirea lui, consecințele lui și se poate astfel dimensiona o intervenție individualizată.

Evaluarea practică a indivizilor cu comportament auto-vătămător

De la început trebuie spus că întâlnirea cu un individ care și-a produs singur vătămări corporale este o problemă pentru majoritatea clinicienilor, aceștia putând prezenta reacții negative precum șoc, deznădejde, judecăți critice, ostilitate, respingere, teamă. Toate aceste emoții sunt contraproductive din punct de vedere terapeutic ca și cea din cealaltă extremă, precum atitudinea de compasiune și efuziune emoțională hipersuportivă. Walsh (2007) recomandă o ținută neutră, profesională, calmă și platonice care nici nu acuză sau pedepsește dar nici nu încurajează sau susține un astfel de comportament. Kettlewell (1999) recomandă să se răspundă cu o “curiozitate respectuoasă” la comportamentul auto-injuriuos, respectiv să se pună întrebări genuine despre ce s-a petrecut, ce motivație și ce înțeles a avut aceasta, aceasta “curiozitate” având darul să deschidă o ușă pentru o comunicare onestă.

Din cele de mai sus se intelege de ce instrumentele standardizate de evaluare au o utilitate clinica limitata si cea mai buna metoda de evaluare ramane interviul clinic nestructurat, in fapt o conversatie deschisa, dinamica si flexibila.

Ghidul NICE pentru auto-vatamare (Kendall si colab. 2011) recomanda o evaluare psihosociala a fiecarui individ cu comportament auto-vatamator, evaluare care conduce la intelegerea distorsiunilor comportmentale, la angajarea subiectului intr-o relatie terapeutica si la initierea unui plan therapeutic. Aceasta evaluare trebuie sa cuprinda urmatoarele aspecte:

1. Evaluarea nevoilor subiectului:
 - 1.1. abilitatile, capacitatea si strategiile de coping,
 - 1.2. problemele/tulburarile mentale si fizice,
 - 1.3. circumstantele si problemele sociale,
 - 1.4. functionarea ocupationala si psihosociala si vulnerabilitatile ei,
 - 1.5. dificultatile de viata recente si curente incluzand problemele personale si financiare,
 - 1.6. nevoia de interventie psiho-sociala, suport social, reabilitare ocupationala, tratament pentru abuz de alcool/droguri si conditii asociate,
 - 1.7. nevoile copiilor dependenti de subiect.
2. Cand se evalueaza copii sau adolescenti cu auto-vatamare se urmaresc aceleasi principii ca pentru adulti (cele de mai sus) si se adauga o evaluare completa a situatiei lor familiale, sociale si problemele de protectie a copilului.
3. Cand se evalueaza riscul de repetitie a auto-vatamarii sau riscul de suicid, se ia in considerare urmatoarele:
 - 3.1. metodele si frecventa auto-vatamarii curente si trecute,
 - 3.2. ideatia/intentia curenta si trecuta de suicid,
 - 3.3. simptomele depresive si relatia cu auto-vatamarea,
 - 3.4. orice alte tulburari psihiatrice si relatia lor cu auto-vatamarea,
 - 3.5. contextual social si personal si orice alti factori care au precedat auto-vatamarea, precum stari afective, emotii sau schimbari in relatiile interpersonale,
 - 3.6. factori specifici de risc si protectivi (sociali, psihologici, farmacologici, motivationali) care pot creste sau descreste riscul de auto-vatamare,
 - 3.7. strategiile de coping pe care persoana le utilizeaza cu succes sau nu,

- 3.8. relatii importante care pot fi suportive sau nocive (precum abuzul sau neglijarea) si care conduc la modificari ale nivelului de risc,
- 3.9. riscul imediat si pe termen lung.
4. A nu se folosi instrumente sau scale de evaluare sau predictie a comportamentului de auto-vatamare din cauza valorii lor modeste sau chiar absente de a furniza informatii confidente.

Voi prezenta mai jos modalitatea de evaluare a subiectului cu comportament auto-vatamator asa cum recomanda Walsh (2007).

Se incepe cu instalarea unui ton de conversatie respectos, non-critic, de autentic interes si curiozitate pentru ceea ce face sau a facut subiectul. Se recomanda ca subiectul sa fie invitat si lasat sa vorbeasca, clinicianul trebuie sa fie flexibil, sa ofere timp subiectului, sa utilizeze abilitatile de ascultare activa si empatica si sa nu-l intrerupa nici cand divagheaza. Scopul principal este sa obtina o naratiune cat mai completa despre contextul cand subiectul initiaza auto-vatamarea, factorii favorizanti si declansatori, factorii care-l faca sa renunte sau sa amane acest comportament, gandurile si emotiile care sustin acest comportament si consecintele lui.

In tabelul Nr. 6 se prezinta subiectele de abordat in comunicarea cu clientul. Se incepe cu detaliile episodului recent de auto-vatamare, cel care l-a condus la contactul cu programul de interventie in criza sau serviciul de urgenta. Se culeg informatii despre cum se desfasoara un episod de auto-vatamare, daca este vorba de injurii ale pielii se intreaba ce regiune a corpului este afectata, ce instrumente se folosesc, ce gandeste si simte in timpul si dupa aceasta actiune, care este intelesul si mesajul pentru el si ceilalti, cine stie despre comportamentul lui si care este reactie acestora, care sunt partile pozitive si negative ale acestui comportament, ce intentioneaza in viitor si daca acest comportament este legate de o ideatie suicidara si daca doreste ajutor pentru acest comportament si ce tip de ajutor asteapta si de la cine. Se continua prin a deosebi acest comportament de comportamentul suicidar si se cauta existenta gandurilor suicidare, a intentiei si planurilor de suicid. Apoi se continua cu examinarea statutului mental dupa grila traditionala cu scopul de a decela afectul si dipozitia subiectului ca si tulburarile cognitive si de judecata, in special modul de control al emotiilor si impulsurilor, distoriunile cognitive, atitudinile disfunctionale cognitive, schema corporala si tulburarile ei, judecata si insightul. Apoi se trece de la momentul prezent la trecut si se culeg date despre istoria comportamentului auto-injurious al subiectului, cand a debutat, in ce conext, care au fost factorii care l-au intretinut, metodele de infaptuire, frecventa, istorie de tulburari psihopatologice si contacte cu sistemul

psihiatric, consumul de alcool si droguri, ce rol a jucat in viata emotionala si sociala a subiectului, care au fost functiile si mesajele lui, modalitatile de cautare a ajutorului, consecinte medicale, psihologice si sociale.

In a treia etapa sa face un interviu psihosocial care are ca scop evaluarea istoriei personale si identificarea elementelor de vulnerabilitate precum abuzuri si traume, familie disfunctionala, abandon, fuga de acasa, copilarie petrecuta in plasament familial sau institutii, istorie de delicventa, afiliatie la grupuri marginale, tulburari de comportament, tulburari de control al impulsurilor, agresivitate. Pentru subiectul adult, interviul psihosocial atinge atat traiectul developmental cat si stadiul actual, aspectele interpersonale, tranzitiile de rol, deficitale de functionare si modalitatile de coping cu evenimentele negative de viata.

I. Istoria de auto-vatamare <ul style="list-style-type: none"> - Varsta de debut - Tipul de auto-injurie - Functii - Rani pe episod - Frecventa episoadelor - Durata unui episod - Durata problemei - Aria corpului - Extinderea injuriilor corporale - Alte forme de auto-vatamare 	III. Antecedene <ul style="list-style-type: none"> - personale si familiale - biologice/medicale - cognitive - afectiv - comportamentale - relatii interumane - scoala/munca - legale/juridice
II. Detaliile auto-vatamarii recente <ul style="list-style-type: none"> - Tipul/tipurile de auto-vatamare - Functii - Numbr de injurii corporale - Timpul cand se efectueaza - Extinderea vatamarilor fizice - Zona corporala - Modelul injuriilor produce - Instrumente utilizate - Locatia - Contextul social 	IV. Consecinte <ul style="list-style-type: none"> - sociale - biologice/medicale - cognitive - afective - comportamentale - legale

Tabelul Nr. 6: Domeniile cheie de evaluat la un individ cu comportament auto-vatamator (Walsh, 2007).

O alta metoda recomandata de evaluare a comportamentului auto-injurious este “Inventarul auto-vatamarii deliberate” a lui Gratz (2001). Acest inventar este bazat pe definitia dupa care comportamentul auto-vatamator este acel comportament deliberat care conduce la distructia sau alterarea directa a invelisului corpului fara dorinta constienta de a produce moarte. Inventarul cuprinde 17 intrebari la care se raspunde cu DA (prezent) sau Nu (absent) care culeg o

descriere amanuntita a comportamentului vatamator al subiectului si frecventa lui. In tabelul Nr. 7 se prezinta aceste intrebari ale inventarului lui Gratz (2001).

Te rog sa raspunzi onest la intrebarile de mai jos. Raspunde cu DA numai daca comportamentul a fost facut cu intentie si nu accidental. Raspunsurile vor ramane confidentiale.
1. Te-ai taiat vreodata in mod deliberat pe brate, maini sau alte zone ale corpului fara intentia de a-ti provoca moartea? 1 = DA 2 = NU Daca DA: - La ce varsta s-a intamplat aceasta prima oara? - De cate ori ai facut aceasta? - Cand a fost ultima oara? - De cat timp (luni, ani) ai astfel de obicei? (Daca nu mai faci spune cat timp ai facut inainte de a te opri) - A fost aceasta leziune atat de severa incat a condus la spitalizare sau la tratament medical? <i>Aplica aceste intrebari de mai sus pentru fiecare din intrebarile care urmeaza la care s-a raspuns cu DA</i>
2. Te-ai ars cu tigara?
3. Te-ai ars cu chibrituri sau cu bricheta?
4. Ti-ai crestat cuvinte pe piele?
5. Ti-ai crestat desene, figure sau alte semen pe piele?
6. Te-ai zgariat asa de adanc incat a curs sange?
7. Te-ai muscat de s-a rupt pielea?
8. Ti-ai frecat pielea cu hartie abraziva/de polizat?
9. Ti-ai picurat acid pe piele?
10. Te-ai dat pe piele cu alte substante caustice?
11. Ti-ai infipt in piele ace, bolduri, pioneze, agrafe (nu se include acele pentru tatuaj, piercing, injectii)
12. Te-ai zgariat/taiat cu cioburi de sticla?
13. Ti-ai rupt oase?
14. Te-ai dat cu capul de ceva dur de ai capatat vanatai?
15. Te-ai lovit cu pumnul de ti-ai facut vanatai?
16. Nu ai lasat ranile sa se vindece?
17. Ai facut altceva care sa te raneasca si nu este cuprins in acest chestionar? Ce?

TABELUL Nr. 7: Inventarul vatamarii deliberate (Gratz, 2001).

Mike Smith (2005) propune o evaluare a comportamentului auto-vatamator in 5 domenii:

- Intentia: *“Reprezinta aceasta dorinta ta de a-ti curma viata sau este doar dorinta ta de a-ti controla emotiile sau a opri durerea?”*
- Directia: *“In ce masura vatamarea ta este legata de emotiile tale? Este auto-vatamarea legata intr-un fel de ce se intampla in viata ta? Stii de ce iti provoci vatamari/rani, arsuri/taieturi?”*
- Controlul distress-ului: *“In ce masura controlezi cand, unde, cum si cat de mult o sa te ranesti?”*
- Letalitatea potentiala: *“Ai o limita de cat de serios te vei rani? O poti respecta? Faci vreun efort ca sa nu te ranesti prea tare? Folosesti vreun plan ca sa ramai in siguranta atunci cand te ranesti?”*
- Recurenta: *“Cat de des te ranesti in acest fel? Ai vreun ritm anume? Actualmente te ranesti mai des sau mai rar?”*

Diferenta dintre suicid si auto-vatamare

Unele din metodele folosite pentru auto-vatamare sunt folosite si pentru suicid si principala deosebire intre cele doua comportamente este intentia deliberate de a se sinicide sau nu. Insa nu trebuie uitat ca o patrima din cei care se prezinta pentru auto-vatamare la serviciul de urgenta se vor sinucide in urmatorul an (Hawton si colab. 1997). Intelesul este diferit la cele doua comportamente: spre deosebire de suicid, care este sustinut de o dorinta explicita de moarte, indivizii cu auto-vatamare se angajeaza in acest comportament intentional cu dorinta de a obtine usurarea tensiunii si stresului, de a dobandi un sens la securitatii si controlului si de a scadea nivelul gandurilor si emotiilor negative (Favaza, 1998). Deci, in timp de suicidarul vrea sa moara, individual cu auto-vatamare vrea explicit sa traiasca, si astfel se poate spune ca in ciuda asemanarilor de la prima vedere cele doua comportamente au o “etiologie” diferita. Alte diferente sunt date de persistenta comportamentelor si distributia lor la cele doua sexe. Astfel, in contrast cu suicidul, comportamentul auto-vatamator debuteaza in adolescenta si persista ani, timp in care acesta este repetitiv si prevalent la sexul feminin. Evidentierea si evaluarea celor doua comportamente se face diferit pentru ca in cazul auto-vatamarii, majoritatea subiectilor tin secret acest comportament si ii fac public doar daca sunt chestionati si sunt destul de reclacitranti in a participa la un tratament specific, in timp ce in cazul suicidului evaluarea se conduce usor pentru ca subiectul este de acord sa impartaseasca gandurile sale. Cu toate ca aceste diferente care sunt destul de robuste, exista conditii ca un comportament sa “alunece” spre celalalt si

raspunderea clinicianul este foarte mare. De aceea McConaughy (2005) recomanda ca in cazul oricarui individ cu auto-mutilare sa se faca o evaluare atenta a suicidalitatii si sa se ia adordeze urmatoarele domenii importante pentru interventia ulterioara: i) gradul maniei si expresia ei; ii) nivelul stimei de sine; iii) istori de abuz, in special abuz sexual; iv) existenta distorsiunilor cognitive; v) toleranta familiei fata de expresia emotiilor subiectului; vi) scopul, beneficiile si consecintele comportamentului auto-vatamator.

Mangnall and Yurkovich (2008) recomanda un algoritm de diagnostic diferential intre suicid si auto-vatamare care este simplu si comprehensive. In Figura Nr 3. este prezentat acest model de diagnostic diferential.

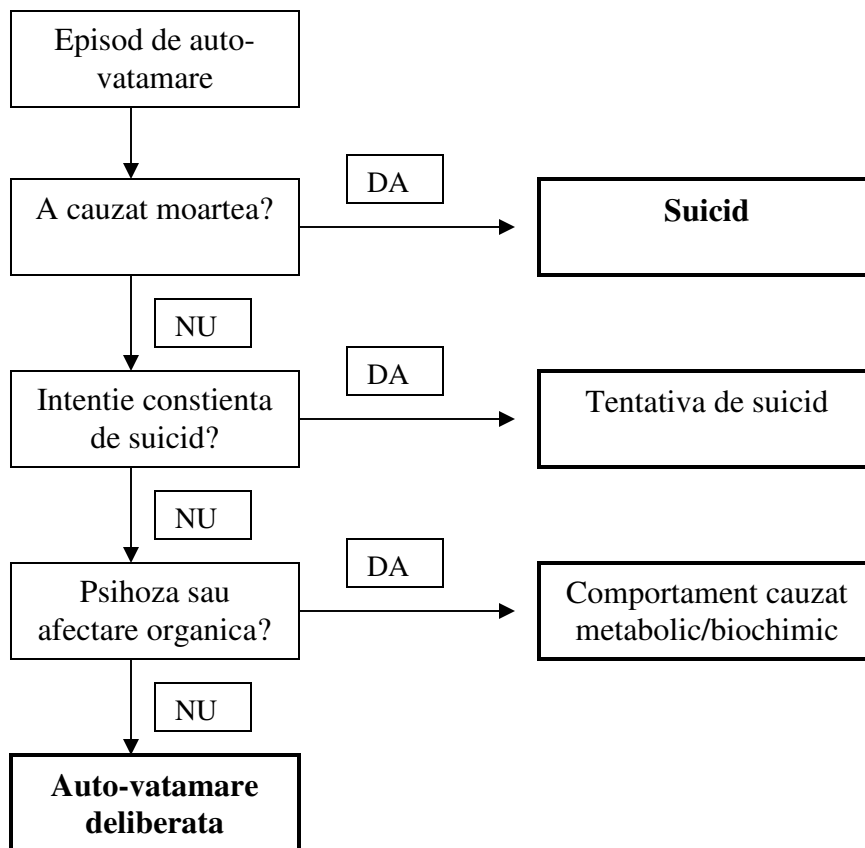


Fig. Nr. 3: Algoritm de diferentiere intre suicid si auto-vatamare (Mangnall and Yurkovich, 2008)

Este comportamentul auto-vatamator o entitate clinica aparte? In ultimele doua decenii s-au auzit tot mai multe voci care sustin delimitarea comportamentului auto-vatamator ca

o entitate clinica aparte. Astfel, Muehlenkamp (2005) spunea ca daca auto-vatamarea ar fi o tulburare separata aceasta as asigura ca *“comportamentul repetitiv auto-injurious sa nu mai fie considerat apanajul tulburarii marginale de personalitate ceea ce ar conduce la scaderea incidentei lui pentru ca acesti indivizi nu ar mai fi stigmatizati cu acest diagnostic”*. Aceasta diferentiere ar crea un cadru terapeutic specific pentru aceasta tulburare comportamentala. Disponibilitatea tratametelor specific dimensionate pentru nevoile acestor indivizi cu comportament auto-vatamator ar fi benefica atat pentru ei cat si pentru sistemul de ingrijire care ar deveni mai responsiv si eficient. In tabelul nr. 8 se prezinta propunerile cu criteriile lor de diagnostic pentru tulburarea de auto-vatamare corporala repetitiva pentru a fi inclus in viitoarele clasificari nosografice (Eisenkraft, 2006).

Plener si Fegert (2012) vorbesc in numele Societatii Internationale de Studiu a Auto-vatamarii cand afirma ca *“datorita prevalentei crescute a auto-vatamarii ca reglare emotionala la adolescenti si a deosebirii ei de ideatia si intentia de suicid, este bine sa fie considerate ca o entitate separat ceea ce ar permite dezvoltarea de tratamente specifice si cercetari care sa evidentieze factorii de risc si cei declansatori ai acestui comportament aparte”*.

INTERVENTIE SI PREVENTIE

Trecerea in revista a celor mai eficiente recomandari au fost colectate in ghidul NICE pentru auto-vatamare (National Institute for Health and Clinical Excellence, UK, 2011; Kendal si colab. 2011). Acest ghid prevede urmatoarele principii generale de ingrijire pentru un individ cu comportament de auto-vatamare:

- Construcieste o relatie suportiva, angajanta si de incredere;
- Fi constient de stigma si discriminarea asociata cu auto-vatamarea si accepta neconditionat subiectul asa cum e;
- Incurajeaza autonomia si independenta oricand este posibil;
- Mentine continuitatea relatiei terapeutice oricand este posibil;
- Asigura de confidentialitatea informatiilor impartasite.

Favazza (1996)	Muehlenkamp (2005)	Pattison and Kahan (1983)
1. Preocuparea cu vatamarea fizica a propriului corp;	1. Existenta preocuparii cu auto-vatamarea fizica care nu este legata de intentia sau ideatia suicidara;	1. Impulsuri bruste si recurente de auto-vatamare fara abilitatea de a le rezista;
2. Esec recurent de a rezista impulsurilor de a se vatama fizic ducand la distructia sau alterarea tesuturilor corpului;	2. Inabilitatea de a rezista la impulsul de auto-vatamare;	2. Sentimentul ca se afla intr-o situatie intolerabila pe care nu o poate depasi sau controla;
3. Cresterea tensiunii interne imediat inaintea actului de auto-vatamare;	3. Actul de auto-mutilare este precedat de cresterea tensiunii, maniei, anxietatii, disforiei, distresului general de care persoana are impresia ca nu poate scapa sau controla;	3. Cresterea anxietatii, agitatiei si maniei;
4. Sentiment de gratificare sau de linistire dupa actul de auto-vatamare;	4. Existenta sentimentului de usurare imediat dupa actul de auto-vatamare;	4. Distorsiune cognitiva conducand la ingustarea perceptiei situatiei personale si a alternativelor de actiune;
5. Actul de auto-vatamare nu este asociat constient cu intentia de suicid si nu este legat de delir, halucinatii sau retardare mentala severa.	5. Existenta unui model repetitiv de auto-vatamare in care cel putin 5 acte s-au produs (metoda de vatamare poate varia de la episod la episoade);	5. Un sentiment de linistire dupa actul de auto-vatamare;
<i>Nota: Favazza recomanda ca: "Sindromul de auto-vatamare repetitiva" sa fie incorporat in categoria Tulburarilor de control al impulsurilor nespecificate altundeva.</i>	6. Auto-vatamarea nu este legata de psihoza, transsexualism, retardare mentala, tulburari de dezvoltare sau conditii medicale generale;	6. Dispozitie depresiva dar cu lipsa ideatiei suicidare.
	7. Auto-vatamarea cauzeaza distres clinic semnificativ sau afectare a relatiilor sociale sau in alte arii ale functionarii individului.	

Tabelul Nr. 8: Criteriile propuse pentru tulburarea de auto-vatamare repetitiva (Eisenkraft, 2006).

Deiter si colab. (2000) recomanda clinicianului din programul de criza o abordare in cinci pasi a interventiei in cazul subiectului cu autovatamare:

1. Oricand este posibil, repune clientul in controlul comportamentului si deciziilor lui. Nu judeca, arata-i ca esti dispus sa colaborezi in directia in care doreste el, ca el va fi cel care va alege tipul si nivelul ajutorului necesar, ca nu va fi contentat si ca e liber sa ia orice decizie. Aminteste-ti ca subiectul se simte imobilizat de confuzia emotionala, are putine

resurse de a depasi si putine abilitati de coping. In felul acesta eviti retraumatizarea subiectului care este foarte senzitiv, susceptibil si suspicios. Discuta care ar fi optiunile si lasa-l sa aleaga dupa ce ai prezentat avantajele si riscurile. Nu eticheta si nu denumi nimic din comportamentul subiectului, trateaza orice reactie ca normala si evita sa escaladezi situatia daca subiectul devine manios sau ostil. Minimalizeaza pe cat se poate comportamentul lui auto-vatamator si ranile care si le-a produs, nu te mira sau nu arata repulsie sau jena, arata curiozitate profesionala asupra incidentului si valideaza trairile subiectului. Acest tip de reactie s-a dovedit efectiv in determinarea subiectului sa colaboreze si sa intre ulterior intr-o forma structurata de terapie.

2. Evalueaza impreuna cu subiectul capacitatea lui de insight si auto-control. Aceasta colaborare va conduce la gasirea unui inteles pentru incidentul care s-a petrecut. Intreaba subiectul daca este pe lume o persoana care sa-i pese de el si care l-ar putea ingriji si sa-si imagineze ca aceasta persoana este cu el acum, ce ar face aceasta, ce i-ar spune, cum l-ar ajuta si astfel se poate schita ce rol si ce maniera trebuie sa abordeze clinicianul. De cele mai multe ori astfel de subiecti au o capacitate scazuta de a tolera emotii puternice, devin repede confuzi emotional sau din contra, detasati emotional si cu sentimentul de gol interior. Clinicianul trebuie sa intrebe ce emotii experimenteaza subiectul in viata de zi cu zi, cum raspunde la emotii puternice precum singuratate, manie, tristete, cum se linisteste cand este suparat si care sunt strategiile lui de coping
3. Dezvoltarea de strategii de reintarire a auto-controlului reprezinta faza urmatoare care are ca scop resuscitarea capacitatii de autolinistire, de reducere a tensiunii, de suportare a instabilitatii sensului selfului. Se poate discuta o lista de idei de auto-linistire precum facerea unui ceai, facerea unui dus, ascultarea de muzica, o plimbare printr-o gradina sau parc, desenarea sau copierea si colorarea pe o bucata de hartie a unui model, privirea unei scene din natura, imaginarea unui loc placut si sigur, plimbarea sau alintarea unui animal de companie, plimbarea cu pasi repezi, ruperea de fi de hartie, lovirea cu pumnul a unei perne, strangerea unei bucati de gheaza in pumn, etc.

Foarte important este sa se constientizeze ca in interventia in criza scopul este de a gasi un mod prin care subiectul sa se simta un pic mai bine pentru perioada imediata. Restul este pentru o terapie de mai scurta sau lunga durata.

4. Ajuta clientul sa identifice antecedentele incidentului. Legarea incidentului de auto-vatamare de un eveniment ajuta subiectul sa inteleaga modul de declansare a cascadei de trairi care conduc la auto-vatamare. Astfel, se indica subiectului sa se gandeasca la minutele, orele si ziua dinaintea incidentului de auto-vatamare si se discuta despre ce s-a petrecut, de ce a gandit si ce a simtit in aceasta secventa de timp, cand a aparut impulsul de auto-vatamare, daca a rezistat sau a actionat imediat, cum s-a simtit dupa aceea, cum a vazut problem dupa ce s-a auto-vatamat. Prin identificare antecedentelor, subiectul este ajutat sa-si recreieze realitatea auto-vatamarii, sa constientizeze lantul evenimentelor, semnele premonitorii, toate acestea ca o premiza pentru schimbare. Se poate acum aborda ceea ce subiectul ar distinge ca adecvat pentru preventie, alternative de coping, modalitati de amanare si neutralizare a impulsului de auto-vatamare.
5. Ultima problema care trebuie abordata colaborativ este concomitenta sau legatura posibila dintre comportamentul auto-injurious si gandurile si intentiile de suicid. Subiectul trebuie ajutat sa distinga intre cele doua comportamente, intre deliberat si inconstient, intre adaptativ si distructiv, intre a supravietui si a muri.

Lucratorul in criza trebuie sa evite mai multe stereotipuri precum ideea de a considera auto-vatamarea ca o tentativa de suicid, ca este vorba de o tentativa de manipulare si de cautare a atentie. In loc de limbajul si terminologia folosita in suicid (precum cuvintele “gest” sau “tentativa”) clinicianul trebuie sa foloseasca limbajul si jargonul tinerilor sau limbajul laic care ajuta la dedramatizarea si minimalizarea situatiei de auto-vatamare si transmiterea unui mesaj inteligibil. Primele intrebari trebuie adresate in maniera respectos-curioasa referitor la modul de auto-vatamare, senzatiile dinainte si dupa, mijloacele folosite si orice care conduce pe subiect in a initia o naratiune coerenta, oricare ar fi ea. Pe masura defasurarii acestei naratiuni, lucratorul in criza arata o ascultare activa si empatica, fara excese si compasiune inautentica. Intelesul acestei intalniri intre clinician si subiect trebuie sa fie intelegerea si acceptarea, validarea a ce s-a intamplat ca un comportament uman, nestigmatizant si ne-etichetant. Imediat dupa aceea evalueaza daca este nevoie de asistenta medicala, discuta cu el oportunitatea asistentei medicale si daca accepta, condu subiectul pana in serviciul de urgenta sau in alt loc unde poate primi aceasta asistenta. Nu te impotrivi daca subiectul refuza aceasta asistenta. Evalueaza daca exista o legatura intre auto-vatamare si vreo ideatie sau intentie de suicid. Daca subiectul este minor discuta despre responsabilitatea ta de a anunta parintii/totorele despre aceasta si fa-l sa considere

ca aceasta nu inseamna ca a fost tradata increderea pe care trebuie sa o aiba in terapeut. Evalueaza co-morbiditatea, respectiv consumul de alcool si droguri si alte tulburari psihopatologice. Invata subiectul diferite tehnici comportamentale de coping cu impulsivitatea, de control al emotivitatii negative si de management al dorintei de auto-vatamare, respective tehnici de relaxare, de vizualizare imaginara, de auto-linistire, de tolerare a stresului, de distractie a atentiei de la auto-vatamare. Daca vrea sa plece sau daca este cazul sa paraseasca serviciul de criza nu se recomanda formularea unui “contract de nevatamare”, formuleaza doar o schita de plan de ingrijire care sa arata disponibilitatea serviciului de a-l lua in grija atunci cand solicita, locurile unde trebuie sa se adreseze in caz de nevoie, indrumarea la resursele disponibile in comunitate adecvate cazului (psihiatru, terapeut, centru comunitar, grupuri de auto-ajutor, etc.) si cere acceptul pentru contacte de follow-up la telefon, orarul si frecventa acestora. Militeaza pentru a da telefon la serviciul de criza atunci cand subiectul are impulsul de a se auto-vatama sau de a astepta 15 minute inainte de a o face. Aceasta din urma strategie functioneaza de cele mai multe ori in prevenire actului de auto-vatamare.

Ghidul NICE pentru auto-vatamare (Kendell si colab. 2011; National Institute for Health and Clinical Excellence, UK, 2011) recomanda ca planul de ingrijire sa cuprinda urmatoarele aspecte:

- scopurile care au fost discutate si cu care subiectul a fost de accord,
- scopurile trebuie sa fie realiste, concrete, optimiste si dimensionate pe capacitatea subiectului de a le atinge,
- sa cuprinda termene de revizuire si evaluare periodica,
- sa cuprinda si participarea altor profesionisti din reseaua de ingrijire primara (medic de familie, asistent social, etc.),
- prevenirea escaladarii comportamentului de auto-vatamare,
- reducerea severitatii vatamarii pana la oprirea ei totala;
- reducerea sau oprirea altor comportamente de risc,
- imbunatatirea functionarii sociale si ocupationale, calitatii vietii si a tulburarilor mentale asociate.
- Desi majoritatea subiectilor cu comportament auto-vatamator sunt angajati in diferite forme de terapie, medicamentoase si nemedicamentoase, nu exista interventii bazate pe evidenta care sa fie efective in acest caz (Klonsky & Muehlenkamp 2007) desi s-au

incercat diferite forme de tratamente comportamentale, terapie cognitive si terapie psihodinamica. Pe de alta parte s-a constatat ca aceste cazuri sunt in marea majoritate a lor rezistente la tratament. Slee si colab. (2007) trec in revista valoarea a trei variante de terapie cognitive-comportamentala in terapia comportamentului auto-vatamator: terapia dialectic-comportamentala a lui Linehan (1993), varianta cognitiv-comportamentala a lui Berk si colab. (2004) si varianta cognitiv-comportamentala a lui Rudd si colab. (2001) si discuta valoarea si mecanismul schimbarii in toate cele trei variante. In tabelul Nr. 9 se prezinta caracteristicile esentiale si modul de actiune a fiecărei variante.

	Terapia dialectic - comportamentala a lui Linehan (1993)	Varianta cognitive-comportamentala pentru comportamentul vatamator a lui Berk si colab. (2004)	Varianta cognitiv-comportamentala pentru comportamentul vatamator a lui Rudd si colab. (2001)
Tintele principale ale terapiei	<ul style="list-style-type: none"> - reglarea emotiilor - imbunatatirea comunicarii in relatiile interpersonale - tolerarea distresului - acceptarea radicala 	<ul style="list-style-type: none"> - abordarea gandurilor si impulsurilor de auto-vatamare - conceptualizarea gandurilor negative irationale - formularea unui plan in mai multi pasi - folosirea cardurilor portabile de abilitati de coping 	<ul style="list-style-type: none"> - abordarea gandurilor si impulsurilor de auto-vatamare - restructurarea distorsiunilor cognitive nucleare - dezvoltarea de abilitati interpersonale - imbunatatirea rezolvarii problemelor
Mecanismul producerii schimbarii terapeutice	<ul style="list-style-type: none"> - validare emotiilor - terapeutul ca si consultant - reducerea comportamentului de evitare - dezvoltarea unei atitudini "mindfulness" (bazate pe atentie) - imbunatatirea stilului interpersonal si de rezolvare a problemelor 	<ul style="list-style-type: none"> - terapeutul este activ si directiv - restructurarea gandurilor negative irationale (lipsa de speranta) - reducerea distorsiunilor cognitive nucleare 	<ul style="list-style-type: none"> - terapeutul insufla incredere si tarie - restructurarea gandurilor negative irationale (lipsa de speranta) - reducerea distorsiunilor cognitive nucleare - imbunatatirea stilului interpersonal si de rezolvare a problemelor

Tabelul Nr. 9: Privire comparativa a terapiilor cognitive-comportamentale folosite in terapia comportamentului auto-vatamator (modificat dupa Slee, 2007).

Toate aceste variante au generat o serie de interventii care pot fi folosite cu eficacitate indiferent daca sunt utilizate in contextual unei terapii structurate sau separat sau impreuna intr-o abordare ateoretica (Slee si colab. 2007):

- Neutralizarea gandurilor irationale negative prin utilizarea intrebarilor socratice, tinerea unui jurnal al lucrurilor pozitive si a afirmatiilor auto-validante;
- Cresterea tolerantei la distres prin utilizarea tehnicilor bazate pe atentie (mindfulness);
- Reducerea activitatilor prin replanificarea lor;
- Imbunatatirea rezolvarii problemelor prin invatarea unor tehnici eficiente;
- Combaterea impulsivitatii prin castigarea unor abilitati de control al impulsurilor;
- Imbunatatirea comunicarii prin role-playing, stil asertiv, reducerea maniei/ostilitatii; imbunatatirea inteligentiei emotionale;
- Functionare sociala adecvata prin recastigarea increderii in altii, indepartarea suspiciozitatii si a stilului belicos, intelegerea reciprocitatii, cooperarii si altruismului in relatiile interpersonale.

Pornind de la constatarea ca auto-vatamarea este un comportament intreprins cu scopul de controla emotiile, Muehlenkamp (2006) considera ca terapia cognitiv-comportamentala cu variantele sale, terapia de rezolvare a problemelor a lui D’Zurilla si terapia dialectic-comportamentala a lui Linehan ar avea cele mai mari sanse de succes. Conceptia de baza a terapie de rezolvare a problemelor (D’Zurilla si Nezu, 2001) este de a ajuta subiectul sa identifice si sa rezolve problemele si sa invete abilitati strategice de rezolvare a problemelor prin utilizarea unui algoritma care cuprinde identificarea problemei, setarea scopului prin analiza functionala, evaluarea solutiilor potentiale, selectarea si implementarea unei solutii si evaluare si urmarirea rezultatului. Aceasta abordare este consistenta cu rigiditatea gandirii si cu deficitul de coping al individului cu comportament auto-vatamator. Terapia dialectic-comportamentala a lui Linehan (1993) este o abordare care pune laolalta modalitati din terapia cognitive-comportamentala, terapia interpersonala si filozofia buddhista Zen. Ea doreste sa induca subiectului o balanta dialectica intre a se accepta asa cum e si a face o schimbare adaptativa pentru a tolera distresul, hiperreactivitatea emotionala si realitatea provocatoare. Scopul este de a imbunatatii controlul a impulsurilor si emotiilor si astfel de a reduce tendinta de auto-vatamare.

Adolescentii reprezinta marea masa a indivizilor cu comportament auto-vatamatos si Ougrin si colab (2012) trec in revista studiile 369 studii care descriu diferite interventii farmacologice, sociale si psihologice in cazul acestora. Ei retin pentru analiza doar 14 studii care raporteaza rezultate pozitive printre care amintesc interventia bazata pe rezolvare a problemelor, tratament cognitiv-comportamental tintit pe abilitatile de management al emotiilor, terapie

familiala la domiciliu, terapie dialectic-comportamentala, psihoterapie psihodinamica de grup, terapie familiala tintita pe legaturile de atasament, terapie developmentala de grup, terapie multisistemica sau terapie de grup pentru invatarea controlului emotional. Cu aceasta ocazie nu s-a relevat in nici un fel valoarea terapiei farmacologice, internarea in spital are valoarea ei limitata iar interventiile psiho-sociale au valoare incerta de preventie a episoadelor de auto-vatamare si se cer studii de replicare pentru a se putea distinge corect valoarea lor. Terapia cognitive-comportamentala si cea dialectic-comportamentala s-au dovedit eficiente la adulti dar la adolescenti valoarea lor este inca indoielnica. Terapia care s-a dovedit eficienta in cazul adolescentilor este terapia multisistemica. Aceasta este o abordare care ia in considerare multiplele sisteme in care adolescentul interactioneaza. Principala tinta sunt: cresterea eficacitatii parintilor de a face fata instabilitatii emotionale a adolescentului, imbunatatirea comunicarii si de validari, cresterea suportului comunitar (scoala, egali, grupuri organizate de auto-suport), angajarea adolescentilor in activitati prosociale si dezangajarea lor din activitati antisociale, indepartarea mijloacelor de vatamare, monitorizarea adolescentului de un adult desemnat si acceptat; aceasta terapie este intensiva si dureaza intre 3 si 6 luni si cuprinde vizite active la domiciliul adolescentului si contacte regulate cu familia lui (Huey si colab, 2004).

Este indicat ca atunci cand un clinician descopera un adolescent cu comportament auto-daunator sa ia legatura imediat cu parintii, familia si scoala. Sa nu se accepte nici un compromis sau un contract de atine secret acest comportament, lucru ce adolescentul il va propune cu siguranta. Scoala nu este implicata in vreo forma de tratament dar ea poate identifica recurentele si furniza contacte cu serviciile de interventie in caz de episoade de auto-vatamare. Ca si constatare generala, adolescentii sunt refractari la majoritatea interventiilor si o atitudine compasionala si flexibila, care demonstreaza simpatia fata de individual in cauza, se dovedeste cea mai eficienta metoda in primul moment al interventiei (Miller si DeZoft, 2004).

Analizand tehnicile si rezultatele acestor doua abordari terapeutice, cognitive-comportamentala si dialectic-comportamentala Muehlenkamp (2006) formuleaza un set de recomandari care se constituie intr-un ghid de bune practice:

- **Formarea unei relatii si aliante terapeutice** este vazuta ca primul pas esential al interventiei in caz de auto-vatamare cu atat mai mult ca cat primul contact cu astfel de pacient este provocatoare pentru terapeut. Terapistul trebuie sa arate disponibilitate si acceptare a clientului asa cum e, sa priveasca emotiile si comportamentul subiectului cu

- interes, sa ajute subiectul sa articuleze o narare autentica si sa faciliteze expresia sentimentelor si frustrarilor curente.
- **Analiza functionala comportamentala** se face pentru fiecare incident in parte prin identificarea factorilor precipitanti si a celor care mentin comportamentul auto-vatamator precum a factorilor cognitivi, emotionali si ambientali, conducand in final la conturarea contextului in care auto-vatamarea are loc. Aceasta implica conducerea unei evaluari comportamentale care sa identifice functiile comportamentului auto-injurious si sa deceleze factorii de reintarire comportamentala. Astfel, subiectul poate realiza deficitul de abilitati de coping si contributia distorsiunilor cognitive, emotionale si comportamentale.
 - **Interventiile comportamentale** are ca scop eliminarea reintaritorilor pozitivi si negativi ai comportamentului auto-vatamator care au fost identificati in etapa analizei functionale comportamentale. Se identifica alternative comportamentale, resurse personale si apartinand retelei proximale sociale pentru construirea de secvente comportamentale adaptative care sa le inlocuiasca pe cele disfunctionale. Acestea depend de motivatiile comportamentului auto-vatamator. Scopul lor este de a minimaliza intaritorii comportamentelor auto-destructive si de a-i inlocui cu comportamente dezirabile, adaptative care sa fie sustinute de intariri comportamentele premiate de ambianta imediata a subiectului. Unele din aceste metode se bazeaza pe programele de activare comportamentala, de construirea unui program de ritm social si de invatarea de tehnici de distractie atunci cand tensiunea interioara si impulsivitatea subiectului cresc si anunta dorinta de a se antrena intr-un act de auto-vatamare. Acestea pot include: i) hobbyuri sau exercitii precum sport, jocuri, activitati domestice, plimbari de agreement; ii) privit la TV, video, picta sau desenat, ascultat muzica, canta la un instrument, facerea unui serviciu pentru altcineva; iii) angrenarea intr-o senzatie puternica concurenta precum tinerea unui cub de gheata in pumn, sugerea unei lamai, legarea ingheieturii mainii cu un elastic pana ce provoaca durere, strangerea unei mingi in mana, ascultarea de muzica la volum tare, cantat si strigat tare din gura; iv) imagerie creativa prin aducerea unei scene in minte si participarea imaginara in acea scena; v) plasarea atentiei pe propria respiratie; vi) relaxare musculara progresiva; vii) auto-hipnoza*

* Aceste tehnici comportamentale vor fi descrites pe larg in alt capitol al acestei carti.

- **Restructurarea cognitiva** este justificata de numeroasele distorsiuni cognitive care sustin comportamentul auto-vatamator precum credinta ca auto-vatamarea este acceptabila sau necesara, corpul este dezgustator sau merita sa fie pedepsit sau ca acest comportament reduce tensiunea emotionala si comunca cu altii mai bine decat prin cuvinte. Restructurarea cognitive ataca acest credinte disfunctionale si cauta sa identifice evidente si argumente pentru reformularea altor asertiuni cognitive de baza care sa se construiasca comportamente si atitudini adaptative si sanogenetice.
- O problema importanta este **externarea subiectului din serviciul de urgenta/criza**. De cele mai multe ori subiectul paraseste el singur serviciul ori pleaca fara sa anunte pe nimeni. Conform studiilor epidemiologice, acestia din urma au cel mai mare risc de a repeta vatamarile in cel mai scurt timp, ei avand si vulnerabilitatea cea mai mare. Ei trebuie contactati in cel mai scurt timp si lasati sa inteleaga ca sunt reprimi oricand cu toata consideratia, decizia terapeutica va fi totdeauna la indemana lor, nu exista nici o indicatie pentru a fi pusi pe o "lista neagra" si sa li se ofere sugestii de alte locuri la care sa se adreseze pentru comportamentul lor vatamator precum medical de familie, serviciile de sanatate mentala comunitara, grupe de auto-ajutor, etc. Daca subiectul este compliant cu modelul de evaluare si interventie, la externare trebuie sa se intocmeasca un plan de ingrijire care sa cuprinda metode simple de coping cu impulsivitatea si tulburarile emotionale, persoanele si locurile la care trebuie sa se adreseze in caz de vatamare in functie de severitate, o lista de servicii comunitare care sa corespunda nevoilor subiectului, indicatii de terapie pe termen lung, managementul ideatiei si intentiei suicidare si contactele de urmarire cu serviciul de criza. Acest plan reprezinta de fapt schita drumului de ingrijire a subiectului cu auto-vatamare de-a lungul resurselor medicale si sociale existente in comunitatea respectiva.

Lista cu sugestii pentru interventia in cazul subiectului cu auto-vatamare:

Sugestii de luat in considerare de clinicianul din criza in comunicarea cu individul cu auto-vatamare:

- separa auto-vatamarea de suicid, cand ele coexista trateaza-le ca si comorbiditate;
- auto-vatamarea nu este o problema in sine;

- auto-vatamarea este un mesaj ca exista o problema undeva, ajuta subiectul sa se auda, sa inteleaga si asculte mesajul cand nareaza povestea lui;
- scopul nu este sa opresti auto-vatamarea, ajuta doar persoana sa aiba mai mult control or sa faca alegeri; uneori auto-vatamarea se declanseaza cand incerci sa o opresti;
- recuperarea este un proce natural, spontan si noi nu stim cat de mult timp ea dar clinicianul trebuie sa ramana optimist;
- auto-vatamarea nu este numai cautarea atentiei tale, nu supraevalua importanta ta pentru clientului tau;
- clientul tau este de multe ori fara speranta, tu esti pastratorul sperantei lui de a-l conduce sa faca o schimbare;
- ajuta-l sa gaseasca intelesul pentru ceea ce se intampla si sa ia o decizie;
- el este cel care traieste si experimenteaza, el se recupereaza, nu cauta sa faci acestea in locul lui.

In tabelul Nr. 10 se prezinta un exemplu de plan de ingrijire pentru un subiect cu comportament de auto-vatamare care cuprinde mai multe din sugestiile prezentate mai sus.

Ce ajuta:

- ajuta-l sa ia in stapanire comportamentul de auto-vatamare in sensul de acceptare si normalizare;
- sa se accepte pe sine asa cu e,
- furnizeaza optimism si speranta,
- ajuta sa identifice legatura dintre auto-vatamare si experiente trecute de viata,
- ajuta sa identifice mesajele ascunse ale comportamentului si sa le verbalizeze,
- sa se focalizeze pe evenimente care sa-l valorizeze, sa-i dea putere si speranta,
- sa gaseasca un loc de siguranta si incredere,
- sa descopere relatiile pozitive,
- sa inteleaga evenimentele din jur, experientele, contextual si emotiile pe care le genereaza
- sa resolve probleme, sa ia decizii,
- sa creasca rezilienta si capacitatea de coping.

- Trage o gura de aer si numara pana la 10,
- Asteapta 15 minute pana ce sa actionezi,
- Indeparteaza toate obiectele cu care obisnuiesti sau poti sa te ranesti,
- Fa o lista cu motive si ratiuni pentru care nu te-ai mai rani,
- Incearca sa te relaxezi si sa te distrezi cu o plimbare, uita-te la forma norilor, fa un dus, uita-te la TV, uita-te intr-o revista ilustrata, navigheaza pe internet,
- Fa o lista cu prietenii tai si cheama-i la telefon pe rand,
- Gandeste-te la ceva realmente important (la cineva drag, la un prieten, la ceva ce vrei sa cumperi, la ceva unde vrei sa te duci in vacanda sau in weekend),
- Gandeste-te la lucruri care s-au intamplat si care te-au facut sa te simti special sau care ti-au facut viata frumoasa,
- Scrie intr-un jurnal, scrie o scrisoare unui prieten sau unei persoane imaginare, deseneaza, coloreaza, picteaza, canta la un instrument, canta din gura,
- Fa un plan pentru spatamana viitoare si amanuntele-l,
- Fa exercitii de relaxare si de respiratie adanca,
- Fi atent la momentul de fata, descrieti ce vezi, ce auzi, ce mirosi, ce atingi fara sa judeci, pana ce emotiile tale negative se estompeaza,
- Daca te simti in pericol cheama serviciul de criza la telefonul.....

Tabelul Nr. 10: Schita de plan de ingrijire pentru un subiect cu auto-vatamare.

Ce sa nu faca subiectul:

- sa eticheteze acest comportament,
- sa se auto-izoleze din cauza acestuia,
- sa lupte impotriva acestui comportament,
- sa fie manios fata de sine,
- sa se acuze,
- sa se pedepseasca,
- sa se urasca,
- sa-si piarda increderea si speranta in bine si pozitiv.

Alte sugestii eficiente pentru copii si adolescenti:

- ajuta-l sa identifice factorii declansatori si legatura acestora cu comportamentul auto-vatamator
- ajuta-l sa rezolve eficient si simplu problemele si cum sa trateze situatiile stresante,
- imbunatateste-i abilitatile de coping cu emotiile si contrarietatile pe care le intalneste, cum sa-si controleze emotiile si impulsurile (identificarea emotiilor, denumirea lor, rolul

- emotiilor, legatura dintre emotii si ganduri si actiuni, diferenta dintre cele pozitive si cele negative, emotiile nu sunt evidente pentru realitate, etc.)
- cum sa tolereze distressul,
 - confruntarea cu gandurile disfunctionale (identificare, evidente pro si contra, inlocuirea cu ganduri adaptative, functionale, de ex. nimeni nu ma iubeste...)
 - Invata abilitati noi de coping, comunicare buna, abilitati de a comunica direct, verbal, de a comunica in timpul conflictului, setarea granitelor, amanarea,
- Elemente psiho-educative pentru parinti tanarului cu auto-vatamare:**
- arata grija si dragoste, protectie si interes (*“te iubesc si imi pasa de ce se intampla cu tine...”*)
 - accepta si valideaza emotiile copilului tau (*“cum pot sa te ajut? Ce pot face pentru tine?”*)
 - invata modul de prim ajutor cand se auto-vatameaza,
 - nu fi critic si acuzator,
 - nu genera vinovatie la copil,
 - nu-i spune *“opreste-te”* pentru ca acest comportament este unul de coping, daca-l barezi copilul va cauta un altul care ar putea fi suicidul...
 - sugereaza alternative, cauta sa distragi atentia, creiaza calm, utilizeaza auto-calmarea folosind simturile,
 - discuta cu el evenimentele stressante si furnizeaza sugestii si solutii realiste (*“se intampla destul de des ca tinerii la varsta ta sa aibe astfel de experiente... hai sa vorbim de ce se intampla la scoala, ce mai fac profesorii tai, etc...”*)
 - ajuta-l sa gaseasca o solutie (vezi Tabelul nr. 11),
 - foloseste un stil pozitiv de parenting, foloseste autoritatea parentala cu grija si pastreaza o balanta echilibrata a autoritatii (vezi Tabelul Nr. 12).

Ajuta copilul sa rezolve problemele care-i cauzeaza stress:

- 1. Stabileste scopul si solutiile:** *“Ce ai dori sa se intample? Cum am ajunge la aceasta? Ce putem schimba?”*
- 2. Sugereaza solutii posibile:** *“Cred ca exista mai multe variante, vrei sa le examinam impreuna?”*
- 3. Incearca o solutie:** *“Vrei sa incerci sa faci aceasta? Cum ti se pare daca ai face asta mai intai?”*
- 4. Evalueaza daca solutia a functionat:** *“Ti s-a parut ca ai actionat pozitiv/corect? Ai obtinut rezultatul dorit? Trebuie sa faci ceva corectii?”*
- 5. Fa ajustarile necesare:** *“Ce crezi ca am putea face in schimb?”*
- 6. Daca s-a dovedit de folos, continua:** *“Se pare ca a functionat, ce-ar fi sa continuam asa?”*

Tabelul Nr. 11: Model de suport pentru rezolvarea problemelor

Prea permisiv:	Prea autoritar:
<ul style="list-style-type: none"> • Prea putine reguli sau ingradiri, • Nu exista ingrijorare, • Problemele comportamentale nu sunt luate in serios, • Lipsa protectiei, • Prea mult independenta, 	<ul style="list-style-type: none"> • Prea multe reguli sau ingradiri, • Se fac prea multe griji, • Problemele comportamentale sunt luate prea in serios, • Supra-protectie, • Prea putina independenta,

Tabelul Nr. 12: Balanta autoritatii parentale

Copii se comporta mai bine cand parintii tin o balanta adecvata pentru autoritatea lor: :

- da copilului directii si reguli care sa conduca la cresterea responsabilitatii lui si sa reduca dependenta;
- da copilului mai mult libertate care sa-i creasca simtul responsabilitatii;
- consuma mai mult timp cu copilul, discutand, participand, antrenandu-l in activitati, compune si dezvolta relatii stimulative, formative, bazate pe respect mutual.

In final vreau sa amintesc din nou valoarea contactelor de urmarire (follow-up) daca subiectul agreeaza acestea si daca ele sunt cuprinse in planul de ingrijire formulat atunci cand subiectul este externat din programul de criza; aceste contacte au rolul de intaritori pentru comportamentele pozitive. La fel, daca subiectul este indrumat spre alte esaloane de ingrijire a sanatatii, transferul responsabilitatii trebuie facut atent pentru ca infomariile culese si rezultatele interventiei efectuate pana in momentul respectiv sa fie mutate de pe un esalon pe altul in mod adecvat.

Bibliografie:

Allen S, (2007): Self-harm and the words that bind: A critique of common perspectives, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14: 172-178.

Berk MS, Henriques GR, Warman DM, Brown GK, Beck AT (2004): A cognitive therapy intervention for suicide attempters: An overview of the treatment and case examples, *Cognitive and Behavioral Practice*, 11: 265–277.

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

Cooper J, Kapur N, Dunning J, Guthrie E, Appleby L, Mackway-Jones K (2006): A Clinical Tool for Assessing Risk After Self-Harm, *Annals of Emergency Medicine*, 48(4): 459-466.

Deiter PJ, Nicholls SS, Pearlman LA (2000): Self-injury and self capacities: Assisting an individual in crisis, *Journal of Clinical Psychology*, 56(9): 1173–1191.

Dennis MS, Owens DW (2012): Self-harm in older people: a clear need for specialist assessment and care, *British Journal of Psychiatry*, 2000:356-358.

DiClemente RJ, Ponton LE, Hartley D (1991): Prevalence and correlates of cutting behavior: risk for HIV transmission. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry* 30:735–739.

D’Zurilla TJ, Nezu AM (2001): Problem solving therapies, in K Dobson (Ed.): *Handbook of Cognitive-behavioral Therapies* (2nd ed.), New York: Guilford Press.

Eisenkraft M (2006): Self Injury: Is It a Syndrome? *The New School Psychology Bulletin*, (4)1: 115-126.

Favazza AR (1989): Why patients mutilate themselves. *Hospital and Community Psychiatry* 40:137–45.

Favazza A (1998): The coming of age of self-mutilation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186: 259–268.

Gratz KL (2001): Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathological Behavioral Assessment* 23:253–263.

Hall-Patch LA (2011): The changing pattern of the clinical characteristics of self-harm across the lifespan: how do hospital services respond? *Dissertaton, University of Leeds, England*

Hawton K, Bergen H, Casey D et al (2007): Selfharm in England: A tale of three cities. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42: 513-521.

Hawton K, Fagg J, Simkin S, et al. (1997): Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985-1995: implications for clinical services and the prevention of suicide. *British Journal of Psychiatry*; 171:556-560.

Hawton K, Harriss L (2008): Deliberate self-harm by under-15-year-olds: characteristics, trends and outcome, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49(4):441-448.

Hawton K, Rodham . (2006): *By Their Own Young Hand. Self-Harm and Suicidal Ideas in Adolescents*. London: Kingsley.

Hjelmeland H, Grøholt B (2005): A Comparative Study of Young and Adult Deliberate Self-Harm Patients, *Crisis* 26(2):64-72.

Huey S, Henggeler S, Rowland M, Halliday-Boykins C et al (2004): Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43: 183-190.

Kettlewell C (1999): *Skin game: A cutter's memoir*. New York: St. Martin's Press.

Klonsky ED (2009): The functions of self-injury in young adults who cut themselves: clarifying the evidence for affect-regulation, *Psychiatry Research* 166:260-268.

Klonsky ED, Muehlenkamp JJ (2007): Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology* 63:1045-1056.

Klonsky ED, Oltmanns TF, Turkheimer E (2003): Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry* 160:1501-1508.

Lewis S, Rosenrot S, Santor D (2011): An integrated model of self-harm: Identifying predictors of intent, *Canadian Journal of Behavioural Science* 43: 20-29.

Linehan M (1993): *Skills Manual for Treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford.

Linehan MM, Comtois KA, Brown MZ, Heard HL, Wagner A (2006): Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional selfinjury. *Psychological Assessment* 18:302-12.

Lloyd EE, Kelley ML, Hope T (1997): Self-mutilation in a community sample of adolescents: Descriptive characteristics and provisional prevalence rates. Poster presented at the annual meeting of the Society for Behavioral Medicine, New Orleans, LA.

Kendall T, Taylor C, Bhatti H, Chan M, Kapur N (2011): Longer term management of self harm: summary of NICE guidance, *British Medical Journal (BMJ)*, 343:d7073.

Kokkevi A, Rotsika V, Arapaki A, Richardson C (2012): Adolescents' self-reported suicide attempts, self-harm thoughts and their correlates across 17 European countries, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53(4): 381–389.

Mangnall J, Yurkovich E (2008): A literature review of deliberate self-harm, *Perspective of Psychiatric Care*, 44(3): 175-184.

McConaughy SH (2005): *Clinical Interviews for Children and Adolescents Assessment to Intervention*, New York: The Guilford Press.

McKay D, Andover M (2012): Should nonsuicidal self-injury be a putative obsessive-compulsive-related condition? A critical appraisal, *Behavior Modification*, 36(1): 3–17.

Miller DN, DeZolt DM (2004): Self-mutilation, in T S Watson & CH Skinner (Eds.), *Comprehensive encyclopedia of school psychology*. New York: Kluwer.

Muehlenkamp JJ (2005): Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75:324-333.

Muehlenkamp JJ (2006): Empirically supported treatments and general therapy guidelines for non-suicidal self-injury, *Journal of mental health Counselling*, 28(2):166-185.

National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE (2011): *Self-harm: longer-term management*.(Clinical guideline CG133), UK.

Nixon MK, Cloutier P, Jansson MS (2008): Non-suicidal self-harm in youth: a population-based survey, *Canadian Medical Association Journal*, 178(3): 306-312.

Nock MK (2010): Self-Injury, *Annual Review of Clinical Psychology*, 6:339–63

Nock MK (2009a): *Understanding Nonsuicidal Self-Injury: Origins, Assessment, and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.

Nock MK (2009b): Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury, *Current Directions in Psychological Science*, 18(2): 78-83.

Nock MK, Holmberg EB, Photos VI, Michel BD (2007): Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: development, reliability, and validity in an adolescent sample, *Psychological Assessment* 19:309–17.

Nock MK, Kessler RC (2006): Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey, *Journal of Abnormal Psychology*, 115:616–623.

Nock MK, Mendes WB (2008): Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting Clinical Psychology* 76:28–38.

Ougrin D, Tranah T, Leigh E, Taylor L, AsarnowJR (2012): Practitioner Review: Self-harm in adolescents, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53(4): 337–350.

Palmer S (1993): Parasuicide a cause for concern, *Nursing Standard*, 7(19):37-39.

Rayner G, Warner S (2003): Self-harming behaviour: from lay perceptions to clinical practice, *Counselling Psychology Quarterly*, 16(4): 305–329.

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

Rudd MD, Joiner T, Rajab MH (2001): Treating suicidal behavior. An effective, time-limited approach, New York: Guilford.

Plener PL, Fegert GM (2012): Non-suicidal self-injury: state of the art perspective of a proposed new syndrome for DSM V, *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6:9-10.

Simeon D, Hollander E (2001):. Self-injurious behaviors, assessment and treatment. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Slee N, Arensman E, Garnefski N, Spinhoven P (2007): Cognitive-Behavioral Therapy for Deliberate Self-Harm, *Crisis*, 28(4):175–182.

Smith M (2005): Self harm assessment of risk/safety (SHARS), www.bhicare.org.

Suyemoto KL (1998): The functions of self-mutilation, *Clinical psychology Review*, 18(5):531-554.

The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2009): Self-harm: Australian treatment guide for consumers and carers, Melbourne, www.ranzcp.org

The Royal College of Psychiatrists (2010): Self-harm, suicide and risk: helping people who self-harm, College Report CR158.

Toftagen R, Fagerstrom (2009): Clarifying self-harm through evolutionary concept Analysis, *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24: 610-619.

Walsh B (2006): Treating self-injury: A practical guide. New York: Guilford Press.

Walsh B (2007): Clinical assessment of self-injury: a practical guide, *Journal of Clinical Psychology: In session*, 63(11): 1057-1065

