

## **Funkcje zamierzonych samookaleczeń i ich kliniczne korelaty wśród młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie**

### **Deliberate self-injury functions and their clinical correlates among adolescent psychiatric inpatients**

Wioletta Radziwiłłowicz<sup>1</sup>, Magdalena Lewandowska<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Zakład Psychologii i Psychopatologii Rozwoju, Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański

<sup>2</sup> Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu,

Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. Prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku

#### **Summary**

**Aim.** The aim of the study was to analyze the relationships between clinical variables (the severity of depression symptoms, feelings towards the body, dissociation, number and type of traumatic events) and deliberate self-injury functions. Moreover, we investigated whether the group self-mutilating adolescents is internally diverse in terms of how important individual functions of self-mutilation are, and whether the subgroups singled out by these functions differ between each other in terms of clinical variables.

**Method and material.** The Inventory of Statements about Self-Injury was used. Characterizations of the examined individuals and other research tools are included in our previous article (year, issue, pages).

**Results.** Associated with negative feelings towards the body are the functions of self-injuries (anti-dissociation, self-punishment) that can be described as interpersonal. High levels of depression symptoms (self-depreciation included) are mainly associated with the self-injury functions: self-punishment, anti-dissociation, establishing interpersonal boundaries. Affect regulation becomes more important as a function of self-inflicted injuries in cases of biological dysregulation and intense dissociative symptoms.

**Conclusions.** The adolescents' psychiatric inpatients are internally diverse in terms of dominant functions of self-injuries, which can be categorized into intra – and interpersonal. Intrapersonal functions dominate when an individual experiences severe depression, dissociative symptoms, and negative feelings towards the body. In cases of moderate intensity of depression, dissociative symptoms and negative feelings towards the body, both intrapersonal and interpersonal functions of self-mutilation, are similarly important. Further research is required to explain the lowest severity of depression symptoms, dissociative symptoms and negative feelings towards the body co-occurs with no awareness of self-injuries functions.

**Słowa klucze:** funkcje samookaleczeń i objawy depresji, dysocjacja, Ja cielesne

**Key words:** self-injury functions and depressive symptoms, dissociation, body image

## Wstęp

Dzięki poczuciu fizycznych granic, ale także doznawaniu spójności cielesnej jednostka ma możliwość kontaktowania się z otaczającą rzeczywistością. Ciało stanowi najbardziej podstawowy oraz pierwotny element Ja, będący fundamentem poczucia tożsamości, odzwierciedleniem wszelkich stanów emocjonalnych, przeżyć wewnętrznych i napięć. Czasem staje się obiektem troski, opieki, miłości, lecz niekiedy również nienawiści, niepokoju, zaniedbań lub ataku [1, 2]. Doświadczanie istnienia we własnym ciele może zostać zaburzone na różnych etapach rozwoju, co prowadzi do różnorodnych objawów psychopatologicznych.

Zjawisko zamierzonych samookaleczeń potocznie postrzegane jest jako dążenie do zakończenia własnej egzystencji, wbrew naturalnemu instynktowi samozachowawczemu człowieka. Czy jednak głównym celem, do którego dąży autodestrukcyjna jednostka, jest zawsze i niezmiennie samouniżenie? Otóż akty autoagresji stanowią ekspresję wręcz przeciwnych pragnień. Osoba samookaleczająca się próbuje w ten sposób przetrwać za wszelką cenę, mimo świadomości ryzyka i strat, jakie ponosi wskutek zachowania samouszkodzającego. Tego rodzaju zachowania mogą zatem pełnić specyficznego rodzaju adaptacyjno-obronną funkcję, pomagając angażującej się w nie osobie uchronić własne Ja przed rozpadem [2, 3]. Świadomość psychicznej udręki powstałej między innymi na podłożu traumatycznych przeżyć oraz dostrzeżenie powiązania między wynikającym z niej wewnętrznym napięciem a aktem okaleczania sprawiają, że działania tego rodzaju zyskują ową adaptacyjną funkcję. Stwarza to sytuację pozornie paradoksalną, w której zadawanie sobie fizycznego bólu ma na celu uzyskanie korzyści w postaci poprawy stanu psychicznego [4]. Jest to dowodem, że oprócz jawnie destrukcyjnego obrazu samouszkodzeń można dostrzec w nim swoistą, desperacką próbę zachowania wewnętrznej integralności [5].

Ze względu na odrębne, indywidualne doświadczenia jednostki zaangażowanej w samookaleczenia i poprzedzający je subiektywny stan afektywny literatura przedmiotu wskazuje na wielorakość funkcji, jakie mogą one spełniać. U większości osób związane są ze szczególnie stresującymi, dotkliwymi przeżyciami, których źródła można upatrywać już w dzieciństwie. Babiker i Arnold [2] wymieniają aż piętnaście funkcji, skupiając je w kilka głównych grup: dotyczące radzenia sobie oraz przetrwania, związane z Ja, pomagające radzić sobie z trudnymi doświadczeniami osobistymi, odnoszące się do karania siebie i postrzegania siebie w roli ofiary oraz regulujące kontakty z innymi ludźmi. Najważniejsze z nich, opisywane również przez innych autorów [4, 6–11], to między innymi: regulacja afektu (rozładowanie emocjonalnego pobudzenia, utożsamianego z odczuwaniem napięcia, lęku czy też gniewu), zogniskowanie bólu (czyli zamiana emocjonalnego dyskomfortu na ból fizyczny w celu efektywnego zapanowania nad nim), wzrost poczucia autonomii i kontroli, przerwanie stanu dysocjacji i przywracanie poczucia rzeczywistości, możliwość zaopiekowania się sobą, karanie siebie (osoby, które przekonywane były w ciągu swojego życia o własnej

bezwartościowości czy innym rodzaju „skazy” traktują samookaleczenia jako zasłużoną karę, samouszkodzenie zaś, będące dowodem deprecjacji własnego Ja, nie budzi wewnętrznego konfliktu, lecz odczuwane jest przez jednostkę jako egosyntoniczne), karanie innych osób i wywieranie wpływu na innych.

Oprócz wyżej wymienionych funkcji Babiker i Arnold [2] zwracają również uwagę na rolę samookaleceń ważną w procesie: wyrażania wobec siebie osobistych doświadczeń, ponownego przeżywania urazu, oczyszczenia, karania prześladowcy czy radzenia sobie z dezorientacją w sferze seksualnej. Mimo tak różnorodnego repertuaru funkcji opisanych przez wspomnianych autorów warto też zwrócić uwagę na aspekty samookaleczenia związane z: (1) potwierdzeniem przynależności grupowej (dzięki samookaleczeniu jednostka identyfikuje się np. z popularnym kolegą, co pozwala jej w pewien sposób na dookreślenie siebie samego, zdefiniowanie własnej osoby; aż 65% nastolatków wykorzystuje akty samouszkodzania jako temat do rozmów z rówieśnikami, a blisko 25% dokonuje ich w obecności kolegów [12]); (2) tworzeniem granic (zgodnie z teorią relacji z obiektem osoby samookaleczające się są postrzegane jako nieposiadające prawidłowego poczucia własnego Ja z powodu niepewnego i niezabezpieczonego stylu przywiązania z matką, a późniejsze problemy z indywidualizacją dziecka i psychiczną separacją od matki prowadzą do samookaleceń, które mają być dowodem na odcięcie się od otoczenia oraz znaczących osób, jak i potwierdzeniem własnej, odrębnej tożsamości [10]); (3) generowaniem stanu ekscytacji (celem jednostki jest wytworzenie silnych emocji takich jak podniecenie, euforia czy ekscytacja; funkcja ta wiąże się również z regulacją afektu, jednak w tym przypadku jej zadaniem jest wywołanie emocji bardzo intensywnie przejawiających się fizjologicznie, powiązanych z wydzielaniem się adrenaliny w organizmie); (4) uniknięciem samobójstwa (zagadnienie funkcji ochronnej przed popełnieniem samobójstwa dokładnie opisał Menninger [13], definiując samookaleczenie jako kompromis między popędem życia a popędem śmierci i nazywając je „częściowym samobójstwem”); samookaleczanie pozwala skoncentrować impuls samobójczy tylko na jednej, wybranej części ciała, dzięki czemu cały organizm może uniknąć śmierci [14].

W związku z brakiem umiejętności rozwinięcia konstruktywnych mechanizmów radzenia sobie z trudnymi, indywidualnymi doświadczeniami ich rolę przejmują samookaleczenia [14]. Wpisują się głęboko w życie jednostki, zaspokajając wiele różnorodnych potrzeb, przez co stają się trudnym do przewyciężenia, nawykowym zachowaniem [2].

### **Cel badań**

Celem przeprowadzonych badań była analiza funkcji samookaleceń oraz ich klinicznych korelatów, takich jak: nasilenie objawów depresji, uczucia wobec swego ciała, dysocjacja oraz liczba i rodzaj traumatycznych zdarzeń doznanych w ciągu życia.

Literatura przedmiotu nie prezentuje jednoznacznego stanowiska w zakresie korelatów różnorodnych funkcji samookaleceń z czynnikami będącymi przedmiotem zainteresowania w niniejszej pracy, zatem sformułowano następujące pytania badawcze: (1) Czy, a jeśli tak, to jakie i jak silne powiązania istnieją pomiędzy wszystkimi

badanymi zmiennymi klinicznymi a funkcjami samookaleceń? (2) Czy badana grupa młodzieży dokonująca samookaleceń jest heterogeniczna, tzn. zróżnicowana pod względem ważności funkcji dokonywanych samookaleceń? (3) Czy podgrupy badanych osób wyróżnione ze względu na funkcje samookaleceń różnią się między sobą w zakresie zmiennych klinicznych i socjodemograficznych?

### Osoby badane

Charakterystykę badanych osób zawiera nasz poprzedni artykuł\*.

### Metody badawcze

Zastosowano metody badawcze opisane w poprzednim artykule\* oraz kwestionariusz funkcji samookaleceń (*Inventory of Statements About Self-Injury – ISAS*, [15]) (zamieszczony w Aneksie), który na potrzeby badania został przetłumaczony z języka angielskiego na polski. Analiza rzetelności wskazała na wysoki poziom rzetelności narzędzia (wartość alfa Cronbacha równa 0,870).

Kwestionariusz składa się z dwóch części. Pierwsza część zbiera dane dotyczące częstotliwości samookaleceń, ich rodzaju, wieku „inicjacji” zachowań samouszkodzających, doświadczania bądź braku odczuwania bólu w trakcie destrukcyjnego aktu, dokonywania ran w samotności lub w obecności innych osób oraz czasu, po jakim dana osoba doznaje poczucia ulgi. Część druga, zastosowana w niniejszym badaniu, różnicuje funkcje, jakie potencjalnie mogą spełniać samookaleczenia. Wyróżniono 13 odrębnych funkcji, takich jak: regulacja afektu (*affect regulation*), w kwestionariuszu pozycje 1, 14, 27; granice interpersonalne (*interpersonal boundaries*), pozycje 2, 15, 28; samokaranie (*self-punishment*), pozycje 3, 16, 29; samoopieka (*self-care*), pozycje 4, 17, 30; przerwanie stanu dysocjacji/„odzyskiwanie” uczuć (odczuwania) (*anti-dissociation/feeling-generation*), pozycje 5, 18, 31; zapobieganie samobójstwu (*anti-suicide*), pozycje 6, 19, 32; poszukiwanie emocji (*sensation seeking*), pozycje 7, 20, 33; tworzenie więzi z rówieśnikami (*peer bonding*), pozycje 8, 21, 34; wpływ interpersonalny (*interpersonal influence*), pozycje 9, 22, 35; wytrzymałość (*toughness*), pozycje 10, 23, 36; podkreślanie cierpienia (*marking distress*), pozycje 11, 24, 37; zemsta (*revenge*), pozycje 12, 25, 38; autonomia (*autonomy*), pozycje 13, 26, 39.

Po zbadaniu psychometrycznych właściwości poszczególnych skal funkcjonalnych inwentarza za pomocą analizy czynnikowej wyodrębniono dwa główne czynniki podziału funkcji samookaleceń. Pierwszym z nich były funkcje interpersonalne, do których zaliczono tworzenie granic interpersonalnych, samoopiekę, poszukiwanie emocji, tworzenie więzi z rówieśnikami, wywieranie wpływu interpersonalnego, testowanie własnej wytrzymałości, chęć zemsty i odzyskiwanie poczucia autonomii.

\* Radziwiłłowicz W, Lewandowska M. Od traumatycznych wydarzeń i dysocjacji do Ja cielesnego i objawów depresji – w poszukiwaniu syndromu autodestruktywności u młodzieży dokonującej zamierzonych samookaleceń. *Psychiatr. Pol.* 2017; 51(2): 283-301.

Drugi czynnik stanowiły funkcje intrapersonalne, takie jak regulacja afektu, samokaranie, przerwanie dysocjacji, powstrzymanie się od popełnienia samobójstwa oraz podkreślanie własnego cierpienia. Współczynnik alfa dla czynnika funkcji interpersonalnych wyniósł 0,88, natomiast dla czynnika funkcji intrapersonalnych 0,80, co wskazuje na wysoki poziom spójności wewnętrznej obu podgrup.

## Wyniki

W analizie statystycznej wyników badań własnych wykorzystano wszystkie zmienne kliniczne (nasilenie objawów depresji, uczucia wobec swego ciała, dysocjacja, liczba i rodzaj traumatycznych zdarzeń doznanych w ciągu życia) opisane w naszym poprzednim artykule\*. W celu uzyskania odpowiedzi na pytanie badawcze, czy pomiędzy powyższymi zmiennymi klinicznymi a funkcjami samookaleceń istnieją wzajemne powiązania, została przeprowadzona analiza korelacji (współczynnik korelacji r-Pearsona) (tab. 1–4).

Tabela 1. Związek pomiędzy uczuciami wobec ciała a funkcjami samookaleceń

Uczucia wobec ciała	Funkcje samookaleceń			
	Regulacja afektu	Granice interpersonalne	Samokaranie	Przerwanie dysocjacji
Moje ciało mnie cieszy	-0,346**	-0,298*	-0,341**	-0,289*
Moje ciało jest mi obce	0,224	0,265*	0,212	0,359**
Moje ciało mnie przeraża	0,294*	0,414**	0,429**	0,412**
Lubię swoje ciało	-0,370**	-0,314*	-0,441**	-0,463**
Moje ciało jest mi bliskie	-0,233	-0,218	-0,359**	-0,334**
Nie cierpię swojego ciała	0,237	0,318*	0,388**	0,391**
Moje ciało mnie niepokoi	0,249	0,398**	0,259*	0,459**
Moje ciało mnie zawstydza	0,206	0,316*	0,344**	0,318*
Ogółem	0,332**	0,376**	0,394**	0,415**

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

Związek pomiędzy uczuciami wobec ciała a funkcjami samookaleceń jest słaby lub umiarkowany. Wzrost negatywnych uczuć w stosunku do ciała, w szczególności niezadowolenia ze swej fizyczności, poczucia przerażenia, nienawiści, niechęci, niepokoju, a także zawstyżenia wiąże się z nasileniem ważności funkcji samookaleceń dotyczących granic interpersonalnych, samokarania oraz przerwania stanu dysocjacji. Zwiększenie częstości angażowania się w samookalecenia ze względu na funkcję regulacji afektu współwystępuje z silniejszymi negatywnymi emocjami dotyczącymi nienawiści, niechęci i przerażenia względem swej fizyczności. Intensywniejsze odczuwanie obcości wobec swego ciała powiązane jest ze wzrostem ważności funkcji samookaleceń regulujących granice interpersonalne oraz umożliwiających przerwanie stanu

dysocjacji. Spadkowi poczucia bliskości i jedności z własnym ciałem towarzyszy wzrost zachowań samouszkodzających związanych z samokaramiem i przerwaniem dysocjacji.

Tabela 2. Związek pomiędzy nasileniem objawów depresji a funkcjami samookaleceń

Depresja	Funkcje samookaleceń				
	Regulacja afektu	Granice interpersonalne	Samokaranie	Przerwanie dysocjacji	Podkreślanie cierpienia
Dysforia	0,248	0,357**	0,343**	00,253	0,316**
Autodeprecjacja	0,319*	0,417**	0,399**	0,495**	0,00,224
Problemy w relacjach z innymi	0,348**	0,175	0,293*	0,171	0,142
Zaburzenia w regulacji biologicznej	0,410**	0,306*	0,343*	0,326*	00,09
Ogółem	0,353**	0,375**	0,381**	0,394**	0,198

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

Siła korelacji pomiędzy nasileniem depresji a funkcjami samookaleceń jest na niskim lub umiarkowanym poziomie. Nasilenie objawów depresji (w tym autodeprecjacji i dysregulacji biologicznej) wiąże się ze zwiększoną ważnością funkcji samookaleceń, takich jak regulacja afektu, tworzenie granic interpersonalnych, samokaranie oraz przerwanie stanu dysocjacji. Większe nasilenie dysforii skorelowane jest z większą intensywnością angażowania się w samookaleczenia w celu ustanawiania granic interpersonalnych, samokarania oraz podkreślania własnego cierpienia. Natomiast nasilenie depresji objawiającej się w postaci problemów w relacjach z innym ludźmi wiąże się istotnie tylko ze wzrostem znaczenia funkcji regulacji afektu oraz samokarania.

Tabela 3. Związek pomiędzy dysocjacją a funkcjami samookaleceń

Dysocjacja	Funkcje samookaleceń				
	Regulacja afektu	Granice interpersonalne	Przerwanie dysocjacji	Więzi z rówieśnikami	Wytrzymałość
Żywotność	0,332**	0,379**	0,347**	-0,292*	-0,272*
Aktywność	0,327*	0,118	0,291*	-0,230	-0,091
Spójność	0,386**	0,322*	0,230	-0,330**	-0,283*
Rozgraniczenie	0,353**	0,416**	0,364**	-0,295*	-0,131
Tożsamość	0,219	0,388**	0,221	-0,183	-0,121
Ogółem	0,387**	0,381**	0,340**	-0,320*	-0,227

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

Związek dysocjacji z funkcjami samookaleceń przejawia się na słabym lub umiarkowanym poziomie. Większe ogólne nasilenie objawów dysocjacji, w szczególności w sferze rozgraniczenia i żywotności Ja, powiązane jest ze wzrostem nasilenia

autodestrukcyjności w celu regulacji afektu, podkreślania granic interpersonalnych oraz przerwania dysocjacji. Silniejsze zaburzenia w sferze poczucia spójności Ja współwystępują ze wzrostem natężenia zachowań samoniszczących mających na celu regulację afektywną i tworzenie granic interpersonalnych oraz ze spadkiem częstości samookaleceń podejmowanych, by podkreślić swą wytrzymałość i zacieśnić więzi z rówieśnikami. Wzrost dysfunkcji w obrębie poczucia żywotności i własnych granic Ja koreluje jednocześnie ze spadkiem ważności funkcji samookaleceń, jaką stanowi budowanie więzi z rówieśnikami. Mniejsza żywotność Ja powiązana jest również ze zmniejszeniem nasilenia podkreślania swej wytrzymałości poprzez samookaleczenia. Osłabienie prawidłowego doświadczania aktywności Ja wiąże się z kolei ze wzrostem ważności funkcji, jakimi są regulacja afektu oraz przerwanie dysocjacji. Wzrost nasilenia zaburzeń w obrębie własnej tożsamości koreluje z większym natężeniem odgraniczania się od innych za pomocą samookaleceń.

Tabela 4. Związek pomiędzy funkcjami samookaleceń a negatywnymi wydarzeniami życiowymi

Funkcje samookaleceń	Negatywne wydarzenia życiowe			
	Próba samobójcza w rodzinie	Utrata (śmierć bliskiej osoby)	Nadużycie seksualne	Przemoc seksualna
Regulacja afektu	-0,260*	-0,257*	-0,034	0,082
Samokaranie	0,022	-0,380**	0,010	0,122
Przerwanie dysocjacji	0,134	-0,305*	-0,132	-0,012
Poszukiwanie emocji	0,090	0,059	-0,238	-0,258*
Więzi z rówieśnikami	0,104	0,036	-0,325*	-0,247

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

Funkcje samookaleceń oraz poszczególne negatywne wydarzenia życiowe skorelowane są ze sobą na niskim lub umiarkowanym poziomie. Wyższa częstotliwość prób samobójczych w rodzinie łączy się z rzadszym podejmowaniem samookaleceń w celu regulacji afektu. Częstsze doświadczanie utraty (śmierci bliskiej osoby) współwystępuje z niższą intensywnością angażowania się w samookaleczenia w celu przerwania dysocjacji, samokarania oraz regulacji afektu. Większej liczbie doznawanych nadużyć seksualnych towarzyszy spadek częstości okaleceń w celu tworzenia więzi z rówieśnikami, natomiast doświadczanie przemocy na tle seksualnym powiązane jest ze zmniejszonym nasileniem samouszkodzeń dokonywanych w celu poszukiwania emocji.

### Analiza skupień wyodrębnionych na podstawie funkcji samookaleceń

W celu uzyskania odpowiedzi na drugie pytanie badawcze przeprowadzono analizę hierarchiczną skupień z użyciem metody Warda z zastosowaniem miary odległości euklidesowych. W wyniku zastosowanej procedury wyodrębnione zostały trzy skupienia charakteryzujące odmienne grupy osób autodestruktywnych, zróżnicowane pod względem ważności funkcji dokonywanych samookaleceń (tab. 5).



Tabela 5. Statystyki opisowe skupień pod względem funkcji samookaleczeń

Funkcje samookaleczeń	Skupienia	N	X	SD	F	p
1. Regulacja afektu	1	35	4,54	1,50	8,997	0,0001
	2	13	2,46	1,51		
	3	12	3,58	1,68		
	Ogółem	60	3,90	1,73		
2. Granice interpersonalne	1	35	1,77	1,82	8,256	0,0001
	2	13	0,15	0,38		
	3	12	2,67	1,67		
	Ogółem	60	1,60	1,78		
3. Samokaranie	1	35	3,80	1,982	9,755	0,0001
	2	13	1,23	1,013		
	3	12	3,08	1,832		
	Ogółem	60	3,10	2,039		
4. Samoopieka	1	35	2,69	1,022	25,192	0,0001
	2	13	0,69	0,751		
	3	12	3,75	1,603		
	Ogółem	60	2,47	1,501		
5. Przerwanie dysocjacji	1	35	3,34	1,662	8,158	0,0001
	2	13	1,38	1,502		
	3	12	3,92	2,065		
	Ogółem	60	3,03	1,913		
6. Zapobieganie samobójstwu	1	35	3,57	1,883	4,963	0,01
	2	13	1,69	1,797		
	3	12	2,75	1,865		
	Ogółem	60	3,00	1,983		
7. Poszukiwanie emocji	1	35	1,00	1,260	4,388	0,02
	2	13	0,54	0,967		
	3	12	2,08	1,881		
	Ogółem	60	1,12	1,427		
8. Więzy z rówieśnikami	1	35	0,40	0,775	27,86	0,0001
	2	13	0,77	1,536		
	3	12	3,50	1,931		
	Ogółem	60	1,20	1,734		
9. Wpływ interpersonalny	1	35	1,57	1,501	12,942	0,0001
	2	13	1,23	1,691		
	3	12	4,08	1,782		
	Ogółem	60	2,00	1,896		

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie



10. Wytrzymałość	1	35	1,40	1,397	34,29	0,0001
	2	13	1,08	1,115		
	3	12	5,00	1,595		
	Ogółem	60	2,05	2,020		
11. Podkreślanie cierpienia	1	35	3,29	1,856	10,462	0,0001
	2	13	1,31	1,251		
	3	12	4,33	1,670		
	Ogółem	60	3,07	1,965		
12. Zemsta	1	35	0,49	0,951	34,475	0,0001
	2	13	0,38	0,650		
	3	12	3,75	2,137		
	Ogółem	60	1,12	1,795		
13. Autonomia	1	35	1,23	1,592	23,784	0,0001
	2	13	0,15	0,376		
	3	12	3,75	1,215		
	Ogółem	60	1,50	1,799		

Za pomocą analizy metodą B-Tukeya dokonano klaryfikacji charakterystyk wyodrębnionych skupień, dzięki porównawczej analizie średnich. Poniższa tabela ukazuje zestawienie średnich dla funkcji samookaleceń w wyodrębnionych skupieniach (tab. 6).

Tabela 6. Porównanie średnich poszczególnych funkcji samookaleceń dla trzech skupień

Funkcje samookaleceń	Średnie dla grup w podzbiorach jednorodnych		
	Skupienie 1	Skupienie 2	Skupienie 3
Regulacja afektu	↑	↓	–
Granice interpersonalne	–	↓	↑
Samokaranie	↑	↓	–
Samoopieka	–	↓	↑
Przerwanie dysocjacji	–	↓	↑
Zapobieganie samobójstwu	↑	↓	–
Poszukiwanie emocji	–	↓	↑
Węzi z rówieśnikami	↓	–	↑
Wpływ interpersonalny	–	↓	↑
Wytrzymałość	–	↓	↑
Zemsta	–	↓	↑
Autonomia	–	↓	↑

↑ średnia wyższa niż w pozostałych dwóch skupieniach; ↓ średnia niższa niż w pozostałych dwóch skupieniach; (–) średnia na przeciętnym poziomie

Uzyskane wyniki świadczą o tym, że osoby badane przyporządkowane do skupienia pierwszego ( $N = 35$ ) najczęściej wskazywały regulację afektu, samokaranie i zapobieganie samobójstwu jako funkcje samoobrony przyczyniające się do angażowania w zachowania autodestrukcyjne. Natomiast funkcja regulująca więzi z rówieśnikami najrzadziej była przez nie wskazywana jako ważna. Osoby przydzielone do skupienia drugiego ( $N = 13$ ) charakteryzują się tym, że wszystkie funkcje samoobrony, z wyjątkiem funkcji mającej na celu tworzenie więzi z rówieśnikami, były najmniej ważne. Z kolei osoby ze skupienia trzeciego ( $N = 12$ ) wskazywały niemal wszystkie funkcje jako najbardziej istotny motyw podejmowania samoobrony, z wyjątkiem funkcji regulacji afektu, samokarania i zapobiegania samobójstwu.

### Analiza wyodrębnionych skupień pod względem zmiennych klinicznych

W celu określenia charakterystyki poszczególnych skupień pod względem zmiennych klinicznych, czyli uczuć wobec własnego ciała, nasilenia objawów depresji, dysocjacji oraz negatywnych wydarzeń życiowych, przeprowadzono analizę jednoczynnikową ANOVA. Ujawniła ona, że niektóre zmienne kliniczne różnią się istotnie statystycznie ( $p < 0,05$ ) swym nasileniem pomiędzy trzema skupieniami. Poniżej przedstawiono podsumowanie wyników szczegółowej analizy (tab. 7).

Tabela 7. Porównanie średnich zmiennych klinicznych dla trzech skupień

Zmienne		Skupienie 1 (X, SD)	Skupienie 2 (X, SD)	Skupienie 3 (X, SD)
Uczucia wobec ciała	Ogólne nasilenie negatywnych uczuć wobec ciała	26,89 (10,91)	16,00 (9,87)	21,92 (11,22)
		↑	↓	–
Depresja	Dysforia	4,97 (2,57)	2,23 (1,92)	3,83 (3,27)
		↑	↓	–
	Autodeprecjacja	8,14 (3,35)	4,62 (2,84)	7,17 (4,02)
		↑	↓	–
	Problemy w kontaktach z innymi	3,23 (2,00)	1,00 (0,97)	1,42 (1,24)
	↑	↓	–	
	Zaburzenia regulacji biologicznej	3,66 (1,63)	1,69 (1,24)	2,17 (1,94)
		↑	↓	–
	Ogólne nasilenie depresji	23,51 (8,41)	11,92 (6,89)	17,00 (10,82)
		↑	↓	–
Dysocjacja	Żywołność Ja	10,89 (6,38)	4,85 (4,24)	6,50 (6,32)
		↑	↓	–
	Aktywność Ja	7,09 (5,29)	2,23 (1,52)	3,33 (3,23)
		↑	↓	–
	Spójność Ja	10,83 (7,20)	4,77 (4,51)	5,50 (5,10)
	↑	↓	–	
	Rozgraniczenie Ja	6,43 (5,07)	2,31 (2,56)	3,92 (3,18)
		↑	↓	–
	Ogólne nasilenie dysocjacji	42,57 (24,49)	19,46 (16,17)	24,75 (18,76)
		↑	↓	–

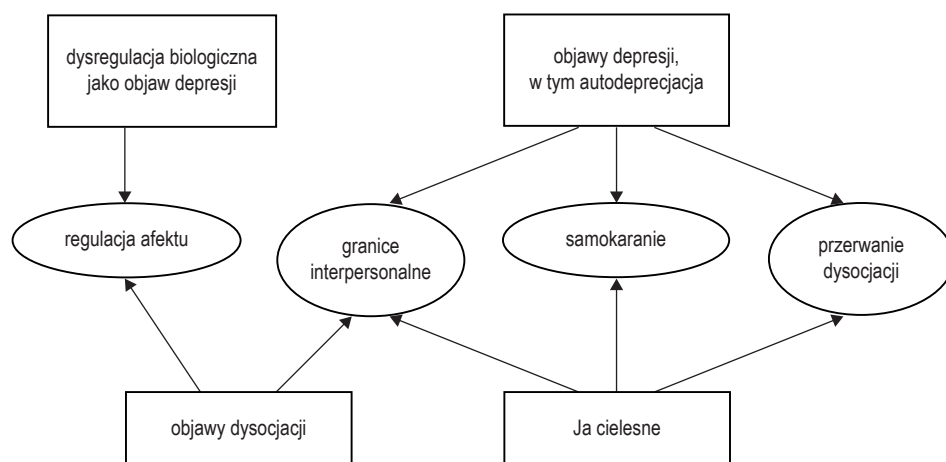
↑ średnia wyższa niż w pozostałych dwóch skupieniach; ↓ średnia niższa niż w pozostałych dwóch skupieniach; (–) średnia na przeciętnym poziomie

Podsumowując przeprowadzone analizy dotyczące zróżnicowania zmiennych klinicznych w trzech odrębnych skupieniach, można stwierdzić, że osoby badane z poszczególnych skupień różnią się między sobą pod względem dominujących funkcji samookaleceń oraz zmiennych klinicznych. U pacjentów ze skupienia pierwszego dominują funkcje intrapersonalne oraz bardzo wysoki poziom depresji, dysocjacji i negatywnych uczuć wobec własnego ciała. Osoby ze skupienia drugiego deklarują, że ani funkcje intrapersonalne, ani interpersonalne nie są dla nich ważne, i nie wskazują ich jako motywów angażowania się w zachowania samoniszące. Jednocześnie wykazują najniższy poziom nasilenia depresji, dysocjacji oraz negatywnych uczuć wobec ciała. Natomiast pacjenci zaliczani do skupienia trzeciego przejawiają jednakową ważność funkcji intrapersonalnych i interpersonalnych w regulacji autodestruktywnej oraz przejawiają przeciętny (pośredni względem pozostałych dwóch skupień) poziom występowania objawów depresji, dysocjacji oraz negatywnego stosunku do ciała.

W celu odpowiedzi na drugą część trzeciego pytania badawczego przeprowadzono analizę za pomocą testu Chi-kwadrat, aby uzyskać opis poszczególnych skupień pod względem zmiennych socjodemograficznych. Wyniki wskazały brak różnic w tym zakresie w poszczególnych trzech skupieniach.

### Omówienie wyników

Celem niniejszych badań było wskazanie, czy w obrębie grup hospitalizowanych adolescentów wyszczególnionych ze względu na dominujące funkcje samookaleceń pojawiają się istotne różnice w zakresie nasilenia objawów depresji, dysocjacji, postrzegania własnej cielesności oraz doznanej traumy. Najsilniejsze powiązania między funkcjami samookaleceń (przedstawionymi w środkowym rzędzie ryciny) a badanymi zmiennymi klinicznymi przedstawia poniższy schemat (ryc. 1).



Rycina 1. Najsilniejsze powiązania między funkcjami samookaleceń a badanymi zmiennymi klinicznymi

Relacje między nasileniem negatywnych emocji wobec własnej cielesności a ważnością określonych funkcji samookaleczeń obrazują, że z ujemnie nacechowaną emocjonalnie postawą względem ciała wiążą się głównie te funkcje samouszkodzeń (przerwanie stanu dysocjacji i samokaranie), które określić można mianem intrapersonalnych. Stany dysocjacji powodują, że jednostka ma wrażenie oderwania od własnych odczuć i doznań, przez co może podejmować zachowania autoagresywne, by zaspokoić potrzebę wygenerowania emocji i wydobycia się z poczucia martwo-ty psychicznej [16]. Tak pojmowane swoiste odrętwienie może odnosić się (bądź przenosić) również do cielesnej sfery doświadczania siebie, powodując odczuwanie obcości własnego ciała, co z kolei może indukować uczucia niepokoju czy wręcz przerażenia nim czy wobec niego. Osłabienie poczucia jedności z ciałem, a także ograniczenie odbierania bodźców z niego płynących, zapewniających kontakt z otaczającą rzeczywistością, również mogą być przyczyną odczuwania wysokiego niepokoju i przerażenia względem własnej fizyczności. Wysokie związki funkcji samokarania z niechęcią oraz przerażeniem wobec ciała mogą być tłumaczone tym, że jednostka uważana przez siebie za godną potępienia i kary (wysokie poczucie „Ja winnego”), atakując własne ciało, ma poczucie, że na to zasłużyła [2]. Poprzez długotrwałe wzmacnianie takich zachowań i destrukcyjnego myślenia o sobie ciało będące przedmiotem napaści również zyskuje miano niechcianego, niedobrego obiektu, zasługującego na takie traktowanie.

Także funkcja utworzenia granic interpersonalnych jest powiązana z większą intensywnością nieprzyjemnych odczuć cielesnych, w szczególności przerażenia i niepokoju. Jednostka angażująca się w okaleczanie ciała z powodu niskiego poczucia odrębności i potrzeby utworzenia granic między sobą a innymi może doświadczać silnych zaburzeń poczucia własnej, indywidualnej tożsamości [10]. Zatem uczucia przerażenia, odczuwania niepokoju wobec ciała, które wydaje się częścią rzeczywistości, a nie spójnym elementem tożsamości człowieka, wydają się jak najbardziej realne.

Badania ujawniły również silne powiązania między funkcjami samookaleczeń a nasileniem objawów depresyjnych wśród badanych [17–21]. Objawy te współwystępują ze wzrostem ważności funkcji intrapersonalnych autodestrukcji. Szczególnie wysokie nasilenie depresji uzyskano w przypadku, gdy dominującymi funkcjami samouszkodzeń są: regulacja afektu, samokaranie i przerwianie stanu dysocjacji. Także nasilenie autodeprecjacji łączy się z większym zaangażowaniem w samokaranie (potrzeba ukarania siebie w związku z poczuciem nienawiści do siebie oraz zasłużonym brakiem miłości) oraz przerwianie stanu dysocjacji (odcięcie się od nieprzyjemnych myśli o sobie samym i skupienie się na działaniu, podczas którego ból jest łatwiej tolerowany) [7]. W mniejszym stopniu autodeprecjacja wiąże się z destrukcyjną regulacją afektu (chęć pozbycia się wewnętrznego napięcia i lęku związanego ze złym myśleniem o sobie).

Również słabsze niż poprzednie związki wystąpiły między podkreśleniem cierpienia a nasileniem dysfotycznego nastroju. Jednostka starająca się pozbyć dyskomfortu psychicznego zamienia go za pomocą samookaleczeń na fizyczne cierpienie, tworząc zogniskowany znak wewnętrznego bólu, który łatwiej jest opanować [2]. Można

zatem przypuszczać, że okaleczający się adolescent, u którego depresja przejawia się w postaci dysforii, stara się ją stłumić poprzez transformację nieprzyjemnych odczuć (płaczliwości, drażliwości, poczucia samotności) w ból fizyczny.

Omawiając związek dysocjacji z funkcjami samookaleceń, należy stwierdzić, że wzrostowi intensywności stanów odrealnienia towarzyszy większe zaangażowanie w samookaleczenia w celu regulacji afektu i tworzenia granic interpersonalnych (w mniejszym stopniu łączy się z potrzebą tworzenia więzi z rówieśnikami i przywróceniem odczuwania emocji). Samookaleczanie ukierunkowane na regulację przeżyć może powodować stany dysocjacyjne w obrębie odczuwania własnej żywotności, spójności i tożsamości, bądź odwrotnie – samookaleczenia mogą być skutecznym sposobem na przerywanie tychże stanów. Potwierdzają to badania donoszące o wyższym wskaźniku dysocjacji u kobiet samookaleczających się [22]. Zjawisko depersonalizacji zostaje przerwane poprzez akt samookaleczenia, wyostrażając jednocześnie odbiór rzeczywistości i wrażenia płynące z ciała [2]. Można zatem wnioskować, że silniejsze stany dysocjacji odczuwane na wszystkich pięciu wymiarach (żywotności, aktywności, spójności, rozgraniczenia i tożsamości) występują częściej u osób stosujących mechanizm destrukcyjnej regulacji afektu, za pomocą którego mogą samodzielnie zapanować nad nieprzyjemnymi odczuciami wewnętrznej pustki.

Większe nasilenie dysocjacji łączy się też z mniejszą ważnością funkcji tworzenia więzi z rówieśnikami i większą ważnością ustanawiania granic interpersonalnych. Może to świadczyć o tym, że osoby doświadczające poczucia oddzielenia, odrętwienia i osłabionej żywotności nie okaleczają się, by tworzyć więzi z rówieśnikami, ponieważ starają się skupić na podkreśleniu spójności z samym sobą. Dlatego także funkcja tworzenia granic interpersonalnych współwystępuje z silniej zaburzonym poczuciem własnej tożsamości. Pacjenci, dla których dana funkcja wydaje się istotna pod względem destruktywnej autoregulacji, muszą tworzyć wyraźne granice między sobą a innymi, by wzmocnić swoje osłabione poczucie tożsamości.

Przechodząc do omówienia związku między dysregulacją biologiczną (zaburzenia snu, łaknienia, poczucie przewlekłego zmęczenia itp.) jako objawem depresji a dokonywaniem samookaleceń w celu regulacji afektu, należy wziąć pod uwagę regulację trzech układów: nerwowego, odpornościowego oraz endokrynnego, która w depresji ulega zaburzeniu. Układy te stanowią czynnościową całość i odgrywają integrującą rolę w utrzymaniu homeostazy organizmu. Aktywacja układu odpornościowego jest odpowiedzialna za wytwarzanie cytokin, produkowanych przez komórki układu odpornościowego [23]. W układzie odpornościowym wydzielane są cytokiny, które w depresji modulują funkcję mózgu, wpływając na wzorec snu, łaknienie, funkcje poznawcze oraz czynność osi LPPN (układ limbiczny – podwzgórze – przysadka – nadnercza). Współczesne modele patogenetyczne wyjaśniające dysregulację w depresji opierają się na hipotezie monoaminoergicznej, podkreślającej dysfunkcję w zakresie neuroprzebieżności serotoninerdycznej i noradrenerdycznej, oraz na związanej z nią hipotezie psychoneuroendokrynologicznej, dotyczącej dysfunkcji osi LPPN. Kolejnym mechanizmem jest wydzielanie peptydu opioidowego (beta-endorfiny), który jest bezpośrednio zaangażowany w mechanizm samookaleceń. Peptyd ten działa jak środek przeciwbólowy i poprawia nastrój poprzez zmniej-

szenie negatywnego afektu [6, 10]. Możliwe zatem, że zarówno objawy depresji (w tym dysregulacja biologiczna), jak i samookaleczenia mają częściowo wspólne podłoże neurobiochemiczne, samookaleczenia zaś regulują afekt poprzez wspólny ich mechanizm, przy czym ta funkcja regulacyjna sprzyja podtrzymaniu samookaleczeń. Chronią one przed doświadczaniem negatywnego afektu, podobnie jak są wykorzystywane do radzenia sobie z depresją i łagodzenia frustracji związanej z dysregulacją biologiczną.

Analiza wyników ujawniła również powiązania między poszczególnymi negatywnymi wydarzeniami życiowymi a pozostałymi zmiennymi klinicznymi. Doświadczanie przemocy seksualnej wiąże się z mniejszym zaangażowaniem w zachowania samouszkodzające w celu poszukiwania emocji. Przypuszczać można, że doznawanie przemocy seksualnej zostało przez młodą jednostkę zepchnięte do nieświadomości. Silne przeżycia wiążące się z tymi traumatycznymi wydarzeniami musiały stać się niedostępne psychicznie, aby nie dezorganizować życia jednostki. Z tego powodu dana osoba może nie okaleczać się w celu generowania emocji, gdyż wraz z pozytywnymi odczuciami mogą zostać wydobyte te nieprzyjemne, trudne do wytrzymania, związane z urazowym doświadczeniem. Występowanie nadużyć seksualnych współwystępuje natomiast z mniejszą częstotliwością okaleczeń w celu tworzenia więzi z innymi, co może wskazywać na chęć skupienia się podczas zachowań autodestrukcyjnych na własnych, intrapsychoicznych potrzebach, nie zaś na regulacji relacji z otoczeniem. Z kolei więcej doznanych utrat osób bliskich łączy się z mniejszą aktywnością autoagresywną w celu przerwania stanu dysocjacji. Wynik ten świadczyć może o silnej potrzebie, wręcz konieczności stosowania mechanizmu dysocjacji, aby odciąć się od traumatycznych wydarzeń.

Właśnie dysocjacja staje się przydatnym mechanizmem w konfrontacji z traumatycznymi doświadczeniami. Często psychiczne przepracowanie traumatycznego zdarzenia staje się niemożliwe na pełnym poziomie świadomości Ja [24]. Przez to, że pierwotna, świadoma możliwość oceny sytuacji traumatyzującej staje się niemożliwa bądź częściowo zablokowana, dochodzi nierzadko do jej ponownego przeżywania w dowolnym momencie życia pod postacią samookaleczeń [25]. Podtrzymywanie w repertuarze zachowań jednostki ekspresji autodestrukcyjnych impulsów, stanowiących nieświadomą potrzebę wyrażenia psychicznego cierpienia, może ułatwiać stosowanie mechanizmu dysocjacji.

Dość zaskakującym wynikiem niniejszych badań są współzależności pomiędzy funkcjami samookaleczeń a negatywnymi wydarzeniami życiowymi. Otóż doświadczanie utraty bliskich osób łączy się z mniejszym zaangażowaniem się w samookaleczenia w celu samokarania, przerwania stanu dysocjacji i regulacji afektu. Również próba samobójcza w rodzinie powiązana jest z mniejszą częstością stosowania regulacji afektu w autodestrukcyjny sposób. Wydaje się, że przy takich urazowych doświadczeniach rola samouszkodzeń w kontekście regulacji afektu oraz przerwania stanu dysocjacji, który towarzyszy traumie, powinna być znacząca. Jednak jest możliwe, że takie utraty mogą stanowić podłoże rozwoju depresji, chronicznego lęku, skłonności autodestrukcyjnych itp. głównie u osób dorosłych, u których fizyczny i psychiczny ból jednoczy ich z nieżyjącymi bliskimi [26].

Oprócz analizy wyżej wymienionych współzależności na podstawie analizy skupień wyodrębniono w grupie badanej trzy odrębne grupy osób samookaleczających się. Różnią się one między sobą zarówno charakterystyką dominujących funkcji samookaleceń, jak i nasileniem poszczególnych zmiennych klinicznych.

Dla osób badanych należących do pierwszej i najbardziej licznej podgrupy najważniejsze funkcje samookaleceń stanowią: regulacja afektu, samokaranie oraz zapobieganie samobójstwu. Natomiast najmniej ważna jest dla nich funkcja związana z tworzeniem więzi z rówieśnikami. Pozostałe funkcje występują w tej podgrupie na średnim (przeciętnym) poziomie. Taka konfiguracja funkcji wskazuje na to, że dla pacjentów z tej podgrupy najbardziej istotne są te funkcje samookaleceń, które pozwalają im opanowywać wewnętrzne stany emocjonalne. Z tego względu grupę tę można zdefiniować jako dokonującą samouszkodzeń w celu regulacji intrapersonalnej.

Jeśli chodzi o zmienne kliniczne, badani ci charakteryzowali się najwyższym (w porównaniu z pozostałymi dwiema podgrupami) nasileniem negatywnych uczuć wobec ciała, objawów depresji oraz dysocjacji. Z dużą ostrożnością można przypuszczać, że jest to spowodowane dominacją intrapersonalnych funkcji samookaleceń. Wysoka świadomość własnego świata psychicznego, doświadczanych stanów emocjonalnych oraz sposobów ich regulacji może być przyczyną nasilenia istotnych zmiennych klinicznych. Osoby te poprzez intensywną samoświadomość oraz wysoką koncentrację na własnych odczuciach doznają intensywnego cierpienia psychicznego. W związku z tym odpowiednie funkcje samookaleceń skupiające się na samej jednostce i jej wewnętrznej regulacji pozwalają im doraźnie zmniejszyć odczuwane dolegliwości.

Osoby badane przynależące do drugiej podgrupy posiadają zupełnie odmienną charakterystykę. Praktycznie wszystkie funkcje samookaleceń w tej grupie pacjentów uzyskały najmniejszą ważność. Jedyne funkcja tworzenia więzi z rówieśnikami znajduje się na średnim poziomie pod względem jej znaczenia. Wskazanie niemal wszystkich funkcji samookaleceń jako nieistotnych bądź mało istotnych może sugerować, że te osoby znajdują się w tak intensywnym stanie dysocjacji, że nie uświadamiają sobie realnego znaczenia dokonywanych samouszkodzeń. Porównując te osoby z innymi podgrupami w zakresie nasilenia zmiennych klinicznych, można stwierdzić, że cechowały się one najniższym nasileniem objawów depresji, dysocjacji i negatywnych uczuć wobec ciała. Można przyjąć hipotetyczne wyjaśnienie, że osoby te charakteryzują się cechami aleksytymicznymi. Aleksytymia (całościowe zahamowanie rozpoznawania oraz nazywania własnych odczuć) jest zjawiskiem podobnym do dysocjacji i często z nią współwystępuje. Może być również jedynym działającym mechanizmem obronnym, tj. sposobem na radzenie sobie z trudnymi, urazowymi doświadczeniami. Osoby takie mają problemy z opisem i identyfikacją własnych emocji oraz różnicowaniem przeżyć emocjonalnych od doznań cielesnych [27].

Uznając hipotetycznie, że osoby z niniejszej podgrupy posiadają cechy aleksytymiczne, można również stwierdzić, że traktują one życie psychiczne konkretnie i zadaniowo, nie mają zdolności symbolizacji oraz refleksyjnego rozumienia doznań, uczuć, zachowań i wydarzeń. Nie wskazując żadnej funkcji samookaleceń jako dominującej, rozładowują swoje negatywne emocje oraz inne nieprzyjemne stany psychiczne za



pomocą działania. Mały wgląd w siebie oraz większa koncentracja na zewnętrznych zjawiskach, a nie wewnętrznych stanach emocjonalnych, prowadzi do destruktywnej regulacji za pomocą ich rozegrania w działaniu, czyli zachowań typu *acting-out*.

Pacjenci przypisani do trzeciej podgrupy wskazują, że wszystkie funkcje samo-okaleczeń, wyłączając regulację afektu, samokaranie i zapobieganie samobójstwu, są dla nich istotnym aspektem autodestruktywnej regulacji. Można zatem przypuszczać, że u tych osób przeważają funkcje interpersonalne. Pomimo iż pacjenci z tej podgrupy wskazują na istotność tak wielu funkcji zachowań samouszkodzających, nasilenie istotnych zmiennych klinicznych jest średnie (w porównaniu z dwiema pozostałymi podgrupami). Z dużą dozą ostrożności można sądzić, że wysoka regulacja interpersonalna oraz niższa intrapersonalna świadczy o dość wysokim poziomie samoświadomości stanów psychicznych. Zachowanie takiego poziomu wglądu przy jednoczesnym wyładowaniu autodestrukcyjnych impulsów, doświadczanych stanów depresyjnych, dysocjacyjnych i negatywnych uczuć wobec ciała w działaniu może być przyczyną pośrednich wartości zmiennych klinicznych.

Podsumowując, w przyszłych badaniach powinno się analizować interakcję lub dwukierunkowy wpływ intra- oraz interpersonalnych funkcji zamierzonych samookaleczeń. Jest prawdopodobne, że te funkcje mogą jednocześnie wpływać na wystąpienie i utrzymywanie się samookaleczeń. Może mieć to szczególne znaczenie w tworzeniu programów oddziaływań tak profilaktycznych, jak i interwencyjnych.

### Wnioski

1. Badana grupa młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie różni się między sobą pod względem dominujących funkcji samookaleczeń. Można wyróżnić funkcje intra- oraz interpersonalne.
2. Przewaga funkcji intrapersonalnych wiąże się z wysokim nasileniem objawów depresji, dysocjacji i negatywnych uczuć wobec własnego ciała.
3. Podobna ważność intrapersonalnych i interpersonalnych funkcji samookaleczeń współwystępuje z przeciętnym nasileniem objawów depresji, dysocjacji i negatywnych uczuć wobec własnego ciała.
4. Dalszych badań wymaga współistnienie braku świadomości znaczenia funkcji intra- oraz interpersonalnych samookaleczeń z najniższym nasileniem objawów depresji, dysocjacji i negatywnych uczuć wobec własnego ciała.

### Piśmiennictwo

1. Eckhardt A. *Autoagresja*. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.; 1998.
2. Babiker G, Arnold L. *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
3. Kubacka-Jasiecka D. *Agresja i autoagresja z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń*. Ja. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.

4. Wycisk J. *Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe; 2004.
5. Chodak M, Barwiński Ł. *Autoagresja jako forma radzenia sobie ze stresem – przegląd zagadnień*. *Psychiatria i Psychoterapia* 2010; 6(1): 19–30.
6. Favazza A, Rosenthal R. *Varieties of pathological self-mutilation*. *Behav. Neurol.* 1990; 3(2): 77–85.
7. Suyemoto K, MacDonald M. *Self-cutting in female adolescents*. *Psychotherapy* 1995; 32(1): 162–171.
8. Chojnacka M, Karczewski T. *Samouszkodzenia*. Kalisz: Centralny Ośrodek Szkolenia Służby Więziennej; 2003.
9. Suchańska A, Wycisk J. *Samouszkodzenia: istota, uwarunkowania, terapia*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe; 2006.
10. Klonsky D. *The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence*. *Clin. Psychol. Rev.* 2007; 27(2): 226–239.
11. Muehlenkamp J, Brausch A, Quigley K, Whitlock J. *Interpersonal features and functions of nonsuicidal self-injury*. *Suicide Life-Threat.* 2013; 43(1): 67–80.
12. Mirucka B, Sakson-Obada O. *Ja cielesne. Od normy do zaburzeń*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Pedagogiczne; 2013.
13. Menninger KA. *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace & Company; 1938/1985.
14. Zila L, Kiselica M. *Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults*. *J. Couns. Dev.* 2001; 79(1): 46–52.
15. Klonsky D, Glenn K. *Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS)*. *J. Psychopathol. Behav. Assess.* 2009; 31(3): 215–219.
16. Hochlewicz A, Wciórka J. *Zaburzenia poczucia siebie w schizofrenii w ujęciu Christiana Scharfettera*. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1997; 6: 295–308.
17. Kępiński A. *Melancholia*. Warszawa: PZWL; 1974.
18. Rabe-Jabłońska J. *Etiopatogeneza, symptomatologia i przebieg zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży*. *Psychiatr. Pol.* 1991; 25(2): 135–140.
19. Bomba J. *Depresja młodzieńcza*. W: Namysłowska I. red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL; 2004. s. 266–279.
20. Gmitrowicz A, Rabe-Jabłońska J. *Zachowania samobójcze u młodzieży a zaburzenia psychiczne – wskazówki dotyczące postępowania*. W: Namysłowska I. red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Biblioteka „Psychiatrii Polskiej”; 2000. s. 145–152.
21. Bomba J, Modrzejewska R, Pilecki M. *Depresyjny przebieg dorastania jako czynnik ryzyka powstawania zaburzeń psychicznych – piętnastoletnie badania prospektywne*. *Psychiatr. Pol.* 2003; 37(1): 57–69.
22. Zlotnick C, Shea T, Pearlstein T, Simpson E, Costello E, Begin A. *The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation*. *Compr. Psychiatry* 1996; 37(1): 12–16.
23. Cudała WJ, Godlewska B, Trzonkowski P, Landowski J. *Wykładniki przewlekłej aktywacji prozapalnej układu odpornościowego w depresji*. *Psychiatr. Pol.* 2006; 40(3): 431–444.
24. Chrostowska-Buzun A. *Obraz ciała u dziecka po traumie*. *Dialogi* 2001; 3/4: 24–32.

25. Radny A. *Wpływ traumy na psychikę. Psychoterapia ofiary*. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu. Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie; 2011. s. 106–119.
26. Hańbowski W. *W cieniu zmarłego obiektu*. W: Hańbowski W. *W cieniu zmarłego obiektu i inne studia przypadków*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003. s. 48–65.
27. Tomalski R. *Trauma i dysocjacja w zaburzeniach jedzenia*. *Psychoterapia* 2007; 2(141): 17–27.

Adres: Wioletta Radziwiłłowicz  
Zakład Psychologii i Psychopatologii Rozwoju,  
Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański  
80-309 Gdańsk, ul. Jana Bażyńskiego 4

Otrzymano: 27.11.2015

Zrecenzowano: 7.02.2016

Otrzymano po poprawie: 10.06.2016

Przyjęto do druku: 21.06.2016

## Aneks

### Kwestionariusz Funkcji Samookaleceń

Ten kwestionariusz został stworzony, aby pomóc lepiej zrozumieć doświadczanie samookaleceń. Poniżej znajduje się lista stwierdzeń, które mogą opisywać sposób, w jaki doświadczasz samookaleceń. Określ, proszę, które stwierdzenia dotyczą Ciebie najbardziej:

- zaznacz kółkiem 0, jeśli dane stwierdzenie w ogóle do Ciebie **nie pasuje**,
- zaznacz kółkiem 1, jeśli dane stwierdzenie **w pewnym stopniu do Ciebie pasuje**,
- zaznacz kółkiem 2, jeśli stwierdzenie **bardzo do Ciebie pasuje**.

Kiedy się samookaleczam...	Odpowiedź
... uspokajam się	0 1 2
... tworzę granicę między sobą a innymi	0 1 2
... karzę siebie	0 1 2
... stwarzam możliwość zaopiekowania się sobą	0 1 2
... stwarzam sobie ból, by przerwać poczucie odrętwienia	0 1 2
... powstrzymuję się przed popełnieniem samobójstwa	0 1 2
... wywołuję stan ekscytacji lub euforii	0 1 2
... tworzę więzi z rówieśnikami	0 1 2
... daję innym znać o ogromie mojego emocjonalnego bólu	0 1 2
... sprawdzam, czy jestem w stanie znieść ból	0 1 2
... tworzę fizyczny znak, że czuję się okropnie	0 1 2
... odgrywam się na kimś (za coś)	0 1 2
... zapewniam siebie, że jestem samowystarczalna/y	0 1 2
... uwalniam uczucie emocjonalnego rozszadzenia, emocjonalną presję, która się we mnie wzbierała	0 1 2
... pokazuję, że jestem oddzielona/y od innych	0 1 2
... wyrażam złość wobec siebie za bycie bezwartościową/ym lub głupią/im	0 1 2
... tworzę fizyczne zranienia, które są łatwiejsze do opanowania niż emocjonalne cierpienie	0 1 2
... staram się poczuć cokolwiek (w przeciwieństwie do niczego), nawet jeśli jest to fizyczny ból	0 1 2
... odpowiadam w ten sposób na myśli samobójcze, bez aktualnego zamiaru popełnienia samobójstwa	0 1 2
... stwarzam w ten sposób pewnego rodzaju sytuację zabawy	0 1 2
... dopasowuję się do innych	0 1 2

... szukam opieki lub pomocy innych	0 1 2
... pokazuję, jak bardzo jestem silna/y	0 1 2
... udowadniam sobie, że mój ból emocjonalny jest prawdziwy	0 1 2
... mszczę się na innych	0 1 2
... pokazuję, że nie muszę polegać na pomocy innych	0 1 2
... redukuję lęk, frustrację, gniew czy inne przytłaczające emocje	0 1 2
... tworzę barierę między mną a innymi	0 1 2
... robię to w reakcji na poczucie niezadowolenia z siebie i zniesmaczenie sobą	0 1 2
... pozwalam sobie skupić się na leczeniu rany, co może być satysfakcjonujące i spełniające	0 1 2
... upewniam się, że nadal żyję, kiedy nie czuję się prawdziwa/y	0 1 2
... powstrzymuję myśli samobójcze	0 1 2
... przesuвам własne granice, w sposób zbliżony do wykonywania różnych ekstremalnych aktywności, np. akrobacji spadochronowych	0 1 2
... robię to w dowód przyjaźni lub braterstwa z przyjaciółmi lub tymi, których kocham	0 1 2
... powstrzymuję ukochaną osobę przy sobie przed opuszczeniem lub porzuceniem mnie	0 1 2
... udowadniam, że potrafię poradzić sobie z fizycznym bólem	0 1 2
... podkreślam emocjonalne cierpienie, które przeżywam	0 1 2
... próbuję zranić kogoś, kto jest mi bliski	0 1 2
... udowadniam, że jestem autonomiczna/y lub niezależna/y	0 1 2

### Opcjonalnie

W polu poniżej proszę wymienić inne stwierdzenia, które dokładniej opisują Twoje doświadczenia, niż te wyżej wymienione.

.....  
 .....  
 .....

W polu poniżej proszę wymienić wszystkie inne stwierdzenia, które według Ciebie powinny się znaleźć na powyższej liście, nawet jeśli niekoniecznie dotyczą Ciebie.

.....  
 .....  
 .....