

Zachowania autoagresywne u osób z zaburzeniami psychicznymi – badanie z udziałem użytkowników portalu społecznościowego

Self-mutilating behaviours in patients with mental disorders – a study on users of a social networking service

Marlena Sokół-Szawłowska¹, Łukasz Święcicki²,
Izabela Czyżak³, Krystyna Zdziechowska³

¹ I Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Wciórka

² II Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie
Kierownik: dr hab. n. med. prof. nadzw. T. Parnowski

³ Portal internetowy TacyJakJa.pl
Dyrektor: lek. med. K. Zdziechowska

Summary

Aim. This work is aimed at gaining extended knowledge of self-destructive behaviours. Users of a social networking service devoted to people with mental disorders took part in the study.

Method. The study was carried out as a voluntary web questionnaire based on clinical experience of researchers and literature. Results were summed up using standard methods of descriptive statistics.

Results. 202 users of the web portal psychiatrically identified with various mental disorders participated in the study (information derived from responses given in the questionnaire). Patients afflicted by bipolar disorder and recurrent depressive disorders (72.7%) constituted the biggest group. Those previously thinking of self-harm have done it nine times more frequently, the majority under 20 years of age. These behaviours included self-mutilations (56.4%) and deliberate self-poisoning (53.5%). The biggest group of patients who declared self-harm in the past were afflicted by mood disorders (BD – 77.3%, RDD – 71.2%); however, the difference is not statistically significant. Such behaviours were reported 2.5 times more frequently ($p < 0.05$) by patients with identified co-occurrence of personality disorders. Thoughts of self-harm appeared not only in full-blown episodes. Regardless of the identified

mental disorder, self-harming behaviours were accompanied by despondency and resignation. Approximately 10% of respondents talked about their self-harming behaviours with a psychiatrist and a psychotherapist, i.e. 1.5 times more frequently than with other people from their surrounding. Suicide attempts and completed suicides occurred much more frequently within surveyed families than in the general population.

Conclusions. Self-mutilations occur mostly in patients suffering from various affective disorders. In spite of obvious restrictions of this study method, a web portal may be an effective way to collect data, for it provides fully anonymous responses.

Słowa klucze: samouszkodzenia, zaburzenia psychiczne, forum internetowe pacjentów

Key words: self-mutilation, mental disorders, Internet forum for patients

Wstęp

Termin autoagresja (autodestrukcja) odnosi się do szerokiej grupy zachowań. Jedną z zaproponowanych definicji mówi, że za autodestruktywne należy uznać „każde dobrowolne, intencjonalne i podejmowane mniej lub bardziej świadomie zachowanie, które stwarza zagrożenie dla zdrowia lub życia jednostki” [1]. Dwie główne grupy tego typu zachowań, tj. samouszkodzenia lub przyjmowanie różnych substancji w celu otrucia się (lekami lub innymi substancjami), mogą występować w przebiegu zaburzeń psychicznych. Favazza [3] wyróżnia trzy grupy samouszkodzeń:

- I. wielkie (autokastracja, obcięcie kończyny itp.) – występują najrzadziej, niosą za sobą poważne konsekwencje dla zdrowia i życia, zazwyczaj podejmowane są w stanach ostrego upojenia alkoholowego lub w psychozach,
- II. samouszkodzenia stereotypowe (rytmiczne uderzanie głową w ścianę itp.) – stosunkowo rzadkie, towarzyszą przeważnie autyzmowi, upośledzeniom umysłowym i psychozom,
- III. samouszkodzenia powierzchowne lub umiarkowane (moderate/superficial/delicate self-mutilation) – po raz pierwszy opisał je Pao w 1969 r. [2]. Występują najczęściej, zwykle mają powierzchowny charakter i nie wymagają interwencji medycznej.

Osobom samookaleczającym się często przypisuje się intencje samobójcze, traktując tym samym samouszkodzenia jako podtyp zachowania samobójczego. Do roku 1938 w opinii społecznej, jak również w opinii badaczy, panował bezsporny pogląd, że samouszkodzenia ciała należą właśnie do kategorii zachowań autodestrukcyjnych zwanej „zachowania dążące do samozniszczenia”. Do tej kategorii zalicza się samobójstwo. Po raz pierwszy rozróżnienia pomiędzy samobójstwem a samookaleczeniem dokonał Karl Menninger w swojej pracy „Man against himself” z 1938 roku, używając w odniesieniu do samookaleczeń pojęć „focal suicide” i „partial suicide”, które oznaczają samobójstwo zogniskowane i samobójstwo częściowe. Twierdził on również, że „miejscowa autodestrukcja jest formą częściowego samobójstwa, stosowaną, by zapobiec samobójstwu całkowitemu” [3]. Spojrzenie na samookaleczenie jak na próbę poradzenia sobie poprzez skierowanie samobójczego impulsu na część ciała, zamiast na całego siebie, było na tamte czasy nie do przyjęcia. Jak to określił Favazza „Menninger wyprzedził swój czas”. Dzisiaj zdecydowana większość badaczy zgadza się z tym, że między próbą samobójczą a samouszkodzeniem (umiarkowanym)

jest oczywista różnica: podejmując próbę samobójczą, człowiek zamierza się zabić, dokonując zaś samouszkodzenia, nie ma takiej intencji [4–6]. Walsh i Rosen są zwolennikami dokonania wyraźnego rozróżnienia pomiędzy samobójstwem a samookałeczeniem i proponują branie pod uwagę czterech wymiarów tych zjawisk. Należą do nich: intencja dokonania samookałeczenia, fizyczny uraz będący efektem okaleczenia, częstotliwość i powtarzalność zachowań, metody wybrane w celu dokonania samookałeczenia. Zwrócili oni uwagę na to, że intencjonalność czynu nie stanowi kryterium wyraźnie odróżniającego samookałeczenia od samobójstw, ponieważ może być ona „nieświadoma, przedświadoma lub wymieszana z potokiem beznadziejności” [7, 8].

W połowie lat 70. ubiegłego wieku wprowadzono pojęcie antysamobójstwa (anti-suicide). Zauważono, że samookałeczenie często służy wyzbyciu się uczucia depersonalizacji i martwoty, pomagając osobie go dokonującej odzyskać poczucie bycia żywym [9]. G. Babiker i L. Arnold, traktując samouszkodzenia w kontekście antysamobójstwa, twierdzą, że „osoba, która się okalecza, w pewnym sensie uzewnętrznia wręcz przeciwne (do samounicestwienia) dążenie natury. Ona usiłuje się chronić. Samouszkodzenie pomaga jej się nie rozpaść na kawałki, walczyć o przetrwanie (...)” [2, 10, 11].

Celowe zatrucia lekami lub innymi substancjami stanowią również duży problem kliniczny, gdyż mogą prowadzić do przewlekłych problemów zdrowotnych (np. polekowe uszkodzenie wątroby) lub być przyczyną śmierci [12, 13]. Wyniki badania przeprowadzonego w jednym z polskich ośrodków toksykologicznych wykazały, że w ciągu 6 lat obserwacji rosła liczba pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, którzy przyjmowali substancje w celu samobójczym. Najczęściej były to leki, dostępne w trakcie kuracji farmakologicznej zaburzeń psychicznych [14, 15].

W literaturze psychiatrycznej można znaleźć wiele badań poświęconych samobójstwom. Zdecydowanie mniej jest natomiast doniesień poświęconych aktom samoagresji, które nie prowadzą do śmierci [12]. Wśród profesjonalistów samouszkodzenia budzą lęk i niepewność [6]. Zachowania autoagresywne są tematem, który powszechnie budzi niesmak, lęk i ma raczej pejoratywny wydźwięk. Kojarzy się z brzydotą, krwią, bliznami i – jak dowodzą niektóre badania – powoduje niechęć nawet u osób profesjonalnie przygotowanych do pomagania, takich jak lekarze, psychiatry, psycholodzy, terapeuci. Między innymi Smith dowiódł w swoich badaniach, że pacjenci dokonujący samouszkodzeń są postrzegani negatywnie przez psychiatrów i pozostały personel medyczny [16].

W ostatnich kilku latach odnotowano niepokojący wzrost liczby samouszkodzeń (umiarkowanych), zwłaszcza wśród młodzieży. W Wielkiej Brytanii zjawisko urosło do takich rozmiarów, że powołano internetową organizację (National Self-Harm Network 1), dążącą do zwiększenia społecznego zrozumienia dla samouszkodzenia, organizującą grupy wsparcia dla rodzin i innych osób mających kontakt z osobami samookałeczającymi się [17].

W Polsce temat samouszkodzeń i otruciu zamierzonych to często temat tabu. Wiele osób nieradzących sobie z okaleczaniem ciała szuka pomocy poza gabinetami specjalistów. Fora internetowe są przestrzenią, w której osoby doświadczające myśli o autoagresji lub podejmujące takie czyny w mniejszym stopniu obawiają się nega-

tywnego odbioru i krytyki ze strony innych. Właśnie tam mnożą się wypowiedzi osób, które – szukając dla siebie pomocy – nie trafiły do profesjonalistów empatycznie rozumiejących problem zachowań autoagresywnych i w związku z tym rezygnowały z takiej pomocy.

Wyniki prezentowanej pracy oparte są na informacjach pochodzących od osób korzystających z internetu, który często jest podstawowym źródłem informacji w każdym zakresie codziennego życia, w tym także w zakresie wiedzy o tematyce medycznej. Aktualny poziom rozwoju internetu pozwala na czynny udział użytkowników w generowaniu treści obecnych w internecie [18]. Jednym z polskich forów internetowych jest medyczny portal społecznościowy TacyJakJa.pl. Prowadzą go lekarze. Poświęcony jest problemom osób z chorobami przewlekłymi, w tym zaburzeniami psychicznymi. Ideą tego projektu jest edukacja pacjenta w samoobserwacji swojego stanu między wizytami u specjalisty, znana w krajach anglosaskich jako GSMP (Guided Self Management Program for Patients). W tym celu portal licencjonuje medyczne skale samooceny w różnych jednostkach chorobowych lub proponuje kwestionariusze ułożone przez konsultantów medycznych (e-dzienniczki), które są przydatne w procesie oceny dynamiki, i kierunku zmian w dłuższej perspektywie [19]. Na podstawie wiedzy systematycznie gromadzonej na portalu powstają doniesienia naukowe w postaci artykułów lub w formie posterów konferencyjnych. Prace zamieszczone na portalu TacyJakJa oparte są na anonimowych danych uczestników portalu i dotyczą wielu chorób, m.in. depresji i choroby afektywnej dwubiegunowej, SM, padaczki oraz astmy [20].

Cel

Celem prezentowanej pracy było pogłębienie wiedzy na temat zachowań autoagresywnych wśród osób z zaburzeniami psychicznymi, które są użytkownikami portalu społecznościowego dla pacjentów.

Głównymi pytaniami badawczymi były:

1. Czy częstotliwość myśli i zachowań autoagresywnych była inna w przypadku kobiet i mężczyzn?
2. Czy osoby, które częściej myślały o samouszkodzeniu, częściej go dokonywały?
3. Jakie formy autoagresji dominowały wśród badanych?
4. Czy rodzaj zaburzeń psychicznych wpływał na częstotliwość zachowań autoagresywnych?
5. Czy zachowania autodestrukcyjne miały związek z nasileniem innych objawów psychopatologicznych?
6. Czy osoby myślące o samouszkodzeniu rozmawiały na ten temat z innymi, w tym ze swoim psychiatrą?
7. Czy istnieje związek między częstością zachowań autodestrukcyjnych w rodzinie a takimi zachowaniami u badanych?

Metody

Badanie przeprowadzono w formie dobrowolnej ankiety internetowej umieszczonej na portalu społecznościowym w dziale poświęconym zaburzeniom psychicznym. Na wstępie należy podkreślić, iż dobrowolność w tej ankiecie, podobnie jak w innych pracach opartych na danych o stanie zdrowia pochodzących z internetu, jest kwestią umowną. Jest tak dlatego, że kwestionariusz wypełniały osoby, którym temat samouszkodzeń nie jest obojętny. Omawiana ankieta składała się z pytań otwartych i zamkniętych. Osoby odpowiadające na pytania swobodnie mogły zaznaczać różne rodzaje swoich zachowań autoagresywnych z przeszłości, co miało służyć lepszemu poznaniu omawianego zjawiska. Pytania zostały opracowane na podstawie doświadczeń klinicznych badaczy oraz literatury przedmiotu [3–8]. Wyniki zostały podsumowane z wykorzystaniem standardowych metod statystyki opisowej, istotność związków pomiędzy analizowanymi zmiennymi sprawdzono za pomocą testów niezależności zmiennych χ^2 . Podano 95% przedziały ufności dla ilorazu szans. Za statystycznie istotną przyjęto wartość $p < 0,05$. Dane analizowano przy użyciu pakietu statystycznego SPSS.

W badaniu wzięło udział 202 pacjentów, u których wcześniej lekarze psychiatrzy zdiagnozowali różne zaburzenia psychiczne (według relacji ankietowanych). Większość badanych stanowiły kobiety (73,3%). Uczestnicy byli w wieku 15–64 lat (średni wiek: 33 lata). Większość miała wykształcenie wyższe (49%) oraz średnie (48,5%). Najwięcej osób (59%), które wzięły udział w badaniu, pochodziło z miasta liczącego powyżej 100 tys. mieszkańców. 19% badanych mieszkało w miastach liczących od 30 do 100 tys. mieszkańców. Połowa badanych była stanu wolnego, a 41% w związku małżeńskim lub partnerskim. 44% aktualnie pracowało zarobkowo, 23% stanowili uczniowie i studenci. Renciści i emeryci stanowili 13% respondentów, osoby bezrobotne 12%. Na utrzymaniu innych osób pozostawało 8% badanych.

Największą grupę wśród badanych stanowiły osoby z rozpoznanymi zaburzeniami afektywnymi. Kobiety, które uczestniczyły w badaniu, chorowały istotnie statystycznie częściej na chorobę afektywną dwubiegunową (ChAD) i zaburzenia depresyjne nawracające (chorobę afektywną jednobiegunową – ChAJ) niż na schizofrenię paranoidalną i zaburzenia schizoafektywne (test $\chi^2(3) = 19,1$; $p < 0,0001$). Szczegółowe rozpoznania z podziałem na płeć przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Rozpoznanie psychiatryczne z podziałem na płeć

Rozpoznanie	Płeć		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni	
Schizofrenia paranoidalna i zaburzenia schizoafektywne	7,4%	29,6%	13,4%
Zaburzenia depresyjne nawracające	33,1%	18,5%	29,1%
Choroba afektywna dwubiegunowa	46,6%	35,2%	43,6%
Inne rozpoznania (głównie zaburzenia lękowe)	12,8%	16,7%	13,9%

Najczęstszym współwystępującym zaburzeniem zdiagnozowanym przez psychiatrę prowadzącego w badanej grupie były zaburzenia osobowości (45%). 29,2% respondentów deklaroowało, że rozpoznawano u nich zaburzenia osobowości typu borderline. U podobnej liczby kobiet i mężczyzn zdiagnozowano współwystępowanie osobowości chwiejnej emocjonalnie (28,3% kobiet i 31,5% mężczyzn). Inne zaburzenia psychiczne deklaroowało 11 kobiet (7,4%) i 7 mężczyzn (12,9%), co przedstawia tabela 2.

Tabela 2. **Współwystępowanie zaburzeń psychicznych wśród badanych**

Współistniejące zaburzenia psychiczne	Płeć		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni	
Zaburzenia osobowości typu borderline	28,3%	31,5%	29,2%
Zaburzenia osobowości inne niż typu borderline	15,5%	16,6%	15,8%
Inne zaburzenia	7,4%	12,9%	8,9%

Największą grupę (64%) stanowiły osoby, u których choroba wystąpiła w ciągu ostatnich 10 lat (0–5 lat: 33,2%; 6–10 lat: 30,8%). Od 11 do 20 lat chorowała nieco ponad ¼ pacjentów, najmniejszą grupę stanowiły osoby, które z chorobą zmagają się najdłużej, tj. ponad 20 lat (10,9%).

Wyniki

Nieco ponad 60% respondentów myślało w przeszłości o dokonaniu aktu autoagresji, a 73,3% badanych dokonało go w przeszłości. Kobiety częściej deklaroowały obecność myśli o autoagresji, ale różnice nie są istotne statystycznie (OR = 1,8; 95% CI 0,95–3,4; $p < 0,0001$). Kobiety dokonywały aktu samoagresji 2,5 raza częściej niż mężczyźni (OR = 2,5; 95% CI 1,3–4,9; $p < 0,0001$), co ukazuje tabela 3.

Tabela 3. **Różnice w częstości zachowań autodestrukcyjnych w zależności od płci**

Zachowanie/nia autoagresywne	Płeć		Ogółem
	Kobiety	Mężczyźni	
Tak	78,4%	59,3%	73,3%
Nie	21,6%	40,7%	26,7%

Osoby wcześniej myślące o autoagresji wielokrotnie częściej zdecydowały się na ten akt (OR = 8,8; 95% CI 4,3–18,2; $p < 0,00001$), co przedstawia tabela 4.

Tabela 4. **Zależność między myślami a dokonanym aktem autoagresji**

Myśli o dokonaniu aktu autoagresji	Dokonywany akt autoagresji		Ogółem
	tak	nie	
Tak	73,6%	24,1%	60,4%
Nie	26,4%	75,9%	39,6%

Większość badanych dokonała pierwszego aktu autoagresji przed 40. r.ż. (95%), a 63% jeszcze przed ukończeniem 20. r.ż.

Większość badanych osób deklarowała, że w przeszłości dokonała jednej z form autoagresji (odsetki nie sumują się, gdyż badani mogli zaznaczyć dowolną formę zachowań autoagresywnych). Ponad połowa badanych (53,5%) przyznała, że w przeszłości przyjęła jakąś substancję w celu trucia się. Nieco więcej osób (56,4%) przyznało, że w przeszłości dokonało samouszkodzenia. Kobiety dokonywały obu rodzajów samouszkodzeń częściej niż mężczyźni, a różnica jest w obu przypadkach istotna statystycznie – w przypadku przedawkowania leków/substancji trujących (OR = 2,3; 95% CI 1,4–3,8; $p = 0,001$) oraz dla różnych form samouszkodzeń (OR = 1,9; 95% CI 1,2–3; $p = 0,007$). Podział ze względu na płeć przedstawia tabela 5.

Tabela 5. **Formy zachowań autoagresywnych z ogólnym podziałem na: przedawkowanie leków/przyjęcie substancji trującej oraz różne formy samouszkodzeń w zależności od płci**

	Tak	Kobiety	Mężczyźni
Celowe przedawkowanie leków, substancja trująca	108 (53,5%)	90 (61,0%)	18 (33,0%)
Różne formy samouszkodzeń ciała	114 (56,4%)	92 (62,0%)	22 (41,0%)

Szczegółowe rodzaje i rozpowszechnienie zachowań autoagresywnych w badanej grupie osób ilustruje tabela 6.

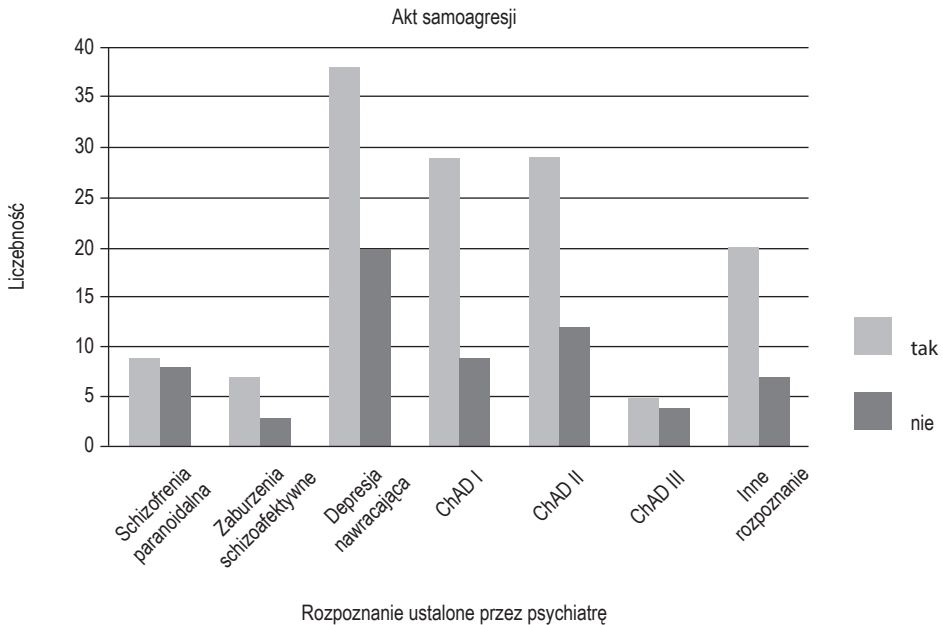
Tabela 6. **Rodzaje i częstotliwość zachowań autoagresywnych wśród badanych**

Rodzaje zachowań autoagresywnych wśród badanych (procentowy udział)				
Samouszkodzenia		Zatrucia substancjami		Inne sposoby (np. głodzenie się)
Nacięcia na ciele	51,0%	Celowe przedawkowanie leków	51,0%	34,0%
Celowe oparzenia	14,4%	Substancja trująca	9,4%	
Skok z wysokości	7,9%			
Podtapianie	6,4%			
Podduszanie	10,9%			

Respondentów zapytano również o intencje dokonywanych aktów autoagresji. Przyjęcie leków lub innych substancji trujących miało prowadzić do samobójczej śmierci u 51,3% badanych vs. 24,4% w przypadku samouszkodzeń. Prawie 70% osób, które dokonały aktu autoagresji, poczuło chwilową ulgę.

Związek pomiędzy rozpoznaniem a dokonanym aktem samoagresji nie jest istotny statystycznie ($\chi^2(3) = 2,4$; $p = 0,5$), ale najczęściej tych aktów dokonywały osoby z rozpoznaniem zaburzeniami afektywnymi (ChAD – 77,3%, ChAJ – 71,2%), co ukazuje wykres 1.

Pacjenci, u których rozpoznawano współwystępowanie osobowości chwiejnej emocjonalnie, 2,5 raza częściej dokonywali aktów autoagresji (OR = 2,5; 95% CI 1,2–5,6; $p = 0,018$). Przy innych współwystępujących zaburzeniach osobowości różnica nie jest tak znacząca (OR = 1,7; 95% CI 0,7–4,4; $p = 0,3$). Podobnie z innymi współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi (OR = 1,3; 95% CI 0,4–4,2; $p = 0,7$).



Wykres 1. Związek pomiędzy rozpoznanym zaburzeniem psychicznym a dokonywaniem aktów autoagresji (brak istotności statystycznej)

Badane osoby relacjonowały, że myśli o autoagresji występowały nie tylko w czasie pełnoobjawowych epizodów chorobowych. Ponad połowa badanych (54%) miała takie myśli w okresach pozbawionych nasilonych objawów psychopatologicznych, spełniających kryteria rozpoznania epizodu. Bez względu na wcześniejsze rozpoznanie wszystkie osoby, które myślały o autoagresji, jednocześnie czuły się przygnębione i zrezygowane.

Na pytanie otwarte dotyczące zwracania się o pomoc ¼ badanych odpowiedziała, że podjęła rozmowę na ten temat z inną osobą. Najczęściej byli to psychiatra lub psychoterapeuta (8,9%), następnie przyjaciel (5,9%) i rodzeństwo (5,4%). Z partnerami na temat myśli o autoagresji rozmowę podjęło 4,4% osób.

W najbliższej rodzinie (rodzice, rodzeństwo) osób badanych zachowania autoagresywne inne niż próby samobójcze występowały u 12,9%, a próby samobójcze u 18,3%. Samobójstwo dokonane miało miejsce w bliższej i dalszej rodzinie 19,3% badanych.

Omówienie

Jak już wcześniej wspomniano, w literaturze przedmiotu wiele badań jest poświęconych samobójstwom, natomiast istnieje mało doniesień na temat zachowań autoagresywnych nie zakończonych zgonem. Uzyskane wyniki z konieczności zostaną omówione w kontekście doniesień klasycznych, tj. nie opartych na kwestionariuszach wypełnianych on-line. Powód takiego rozwiązania jest jeden – dotychczas nie badano

zjawiska autoagresji w ten sposób, pomimo że w innych niż psychiatria dziedzinach medycyny taka metodologia jest coraz bardziej popularna. Za przykład mogą posłużyć interesujące badania poświęcone astmie u dzieci i wpływowi diagnozy SM na relacje w miejscu pracy [21, 22]. W obu wymienionych pracach autorzy sugerują, że pomimo oczywistych ograniczeń tej metody uzyskiwania danych, badania tego typu mogą stać się inspiracją do zaplanowania kontrolowanych badań poza internetem.

Nadal trwa dyskusja na temat czynników ryzyka tych dwóch zjawisk klinicznych. Jedni autorzy uważają, że różne formy samouszkodzeń lub zatruć są silnym predyktorem samobójczej śmierci, inni twierdzą, że nie. Badania epidemiologiczne przeprowadzone w USA wskazują, że na około 25 prób samobójczych przypada 1 samobójstwo dokonane, a szacowana liczba osób, które przynajmniej raz w życiu zraniły swoje ciało, w populacji nieleczonej psychiatrycznie, to ok. 4% dorosłych i 11–39% młodocianych. Odsetki te są wyższe wśród pacjentów psychiatrycznych i wynoszą u osób dorosłych 21%, zaś u młodzieży w okresie dorastania 40–69% [1, 12, 23, 24]. W badanej grupie osób korzystających z portalu internetowego uzyskano zbliżone wartości do szacunkowych danych dla osób młodych. Być może wpłynął na to fakt, że średni wiek respondentów to 33 lata. Według Babiker i Arnold samouszkodzenia postrzegane są jako problem nastolatków i dorosłych do ok. 35. r.ż. [6]. Jednak brak danych na temat występowania zjawiska po 35. r.ż. nie powinien być traktowany jako wyraz ich samoistnego ustępowania – jak dowodzi część badań pacjentów psychiatrycznych częstość popełniania aktów samookaleczeń gwałtownie wzrasta między 18. a 24. rokiem życia i utrzymuje się na stałym poziomie do 50.–59. r.ż. [25]. Natomiast wyniki australijskiego badania opublikowanego w 2011 roku w piśmie *Lancet* sugerują, że skłonność do samookaleczenia mija w wieku wczesnej dorosłości (do 29. r.ż.). Badacze sugerują, iż może jest to związane z dojrzewaniem w tym okresie kory przedczołowej, odpowiedzialnej za radzenie sobie z emocjami i rozwiązywanie problemów [26].

Badane osoby, które w przeszłości myślały o zachowaniu się w sposób autoagresywny, prawie 9-krotnie częściej tak robiły. Na uwagę zasługuje jednak również spora grupa osób (26,4%), która dokonała jakiejś formy agresji pod wpływem impulsu.

Większość badanych osób deklarowała, że w przeszłości dokonała jednej z form autoagresji. Ponad połowa uczestników badania przyznała, że w przeszłości przyjęła jakąś substancję w celu trucia się. Podobna, choć nieco większa liczba badanych przyznała, że w przeszłości dokonała samouszkodzenia. Wyniki te są wyższe od uzyskiwanych w populacjach ogólnych, które dla samych samouszkodzeń wynoszą około 30% [27, 28].

Najprawdopodobniej to forma zbierania danych poprzez portal dla osób z zaburzeniami psychicznymi miała na to wpływ. W prezentowanym badaniu uzyskano istotne statystycznie różnice w zależności od płci respondentów. Kobiety przedawkowały leki 2,3 raza częściej niż mężczyźni i prawie dwukrotnie częściej dokonywały samouszkodzeń. Dane z innych badań dotyczących tylko samouszkodzeń wskazują, że szacunkowe proporcje kobiet do mężczyzn wynoszą od 2:1 do 20:1, natomiast mężczyźni wielokrotnie częściej podejmują próby samobójcze zakończone śmiercią [2, 3, 9].

Osoby badane najczęściej dokonywały nacięć na ciele, celowych oparzeń i poduszania się. Również w innym polskim badaniu te formy samouszkodzeń były najczęściej wymieniane, choć celowe oparzenia określano tam jako „przypalania” [29].

Celowego przedawkowania leków w przeszłości dokonała przeszło połowa badanych. Prawie co 10 osoba przyjęła inną substancję trującą. Leki lub inne substancje trujące miały prowadzić do samobójczej śmierci u 51,3% badanych vs. 24,4% w przypadku samouszkodzeń. Badanie przeprowadzone w Wielkiej Brytanii w 2012 roku wskazuje na duże ryzyko dokonanego samobójstwa u osób, które w przeszłości dokonały celowego zatrucia i samouszkodzenia (5 – vs. 1,8-krotnie większe ryzyko) w porównaniu z osobami, które tego nie dokonały [30]. Proporcje te są więc zbliżone wśród opisywanej grupy badanych osób.

Prawie 70% osób, które dokonały aktu autoagresji, poczuło chwilową ulgę. Zbliżony wynik (75%) uzyskano w innym badaniu, a ulgę opisywano jako „poczucie obniżenia napięcia emocjonalnego” [29]. Praktyka kliniczna podpowiada, że samouszkodzenia mogą mieć charakter nawykowy, a ich celem jest redukcja napięcia psychicznego, a myśli relacjonowane przez pacjentów dotyczą tego, aby zrobić coś, co w przeszłości już niejednokrotnie doprowadziło do natychmiastowego uwolnienia się od tego napięcia.

Różne formy autoagresji częściej dotyczą osób z zaburzeniami psychicznymi niż osób, które nie doświadczyły tego typu zaburzeń. W omawianym badaniu 86% pacjentów stanowiły osoby z różnymi zaburzeniami psychicznymi, które wcześniej rozpoznał psychiatra. Jest to odsetek zbliżony do wyników uzyskiwanych w innych badaniach [12, 31]. Dane z USA wskazują, że najczęściej samouszkodzeń i celowych zatruc dokonywały osoby cierpiące z powodu zaburzeń afektywnych, a także szeroko rozumianych zaburzeń przystosowania do norm społecznych. W opisywanej przez nas populacji związek pomiędzy rozpoznaniem a dokonanym aktem samoagresji nie jest istotny statystycznie ($\chi^2(3) = 2,4; p = 0,5$), ale najczęściej aktów samoagresji dokonywały osoby z rozpoznanymi zaburzeniami afektywnymi (ChAD – 77,3%, ChAJ – 71,2%). Niezwykle interesujące wydaje się zagadnienie związane z tym, czy tatuowanie ciała lub inne inwazyjne formy zdobienia go (piercing i skaryfikacja) mogą mieć związek z tendencją do autoagresji. Wyniki polskiego badania wskazują, iż osoby, które samookaleczyły się co najmniej jeden raz w życiu, prezentowały oprócz tatuażu bardziej inwazyjne formy zdobienia ciała, a autorzy ostrożnie wnioskują, iż samouszkodzenia i wymienione formy zdobienia ciała pełnią odmienne funkcje w przypadku osób ich dokonujących [29]. W prezentowanej grupie badanych tatuaż miało 27 osób (13,4%), a piercing 35 osób (17,3%). Nie zauważono istotnego związku pomiędzy tatuażem czy piercingiem a myślami o autoagresji.

Zaburzenia osobowości w praktyce klinicznej stanowią poważny problem, wymagają od psychiatry szerszego spojrzenia i stosowania kompleksowej terapii, na którą składa się w dużej mierze psychoterapia. Większość badań wskazuje, iż samouszkodzenia i zatrucia celowe są częściej dokonywane przez osoby z zaburzeniami osobowości, najczęściej typu borderline [12, 25, 31]. W prezentowanym badaniu osoby z rozpoznaną osobowością borderline 2,5 raza częściej zachowywały się autoagresywnie. Przy innych współwystępujących zaburzeniach osobowości zależność

ta nie jest tak znacząca (OR = 1,7; 95% CI 0,7–4,4; p = 0,3). Taki wynik nie dziwi, gdyż zgodnie z ICD-10 samouszkodzenia są jednym z objawów opisywanych w przypadku osobowości chwiejnej emocjonalnie typu borderline (z pogranicza) [32].

Badane osoby relacjonowały, że myśli o autoagresji występowały nie tylko w czasie pełnoobjawowych epizodów chorobowych. Ponad połowa badanych (54%) miała takie myśli w okresach pozbawionych nasilonych objawów psychopatologicznych, spełniających kryteria rozpoznania epizodu przez psychiatrę. Jednak wszystkie osoby, które myślały o autoagresji, jednocześnie czuły się przygnębione i zrezygnowane. Tego typu relacje ze strony badanych powinny uczulić psychoterapeutów i psychiatrów na istnienie dużego ryzyka dokonania zachowań autoagresywnych przez większość czasu występowania zaburzeń psychicznych o różnym nasileniu innych objawów.

Na pytanie otwarte dotyczące sposobów radzenia sobie z myślami o autoagresji najczęściej otrzymywano odpowiedź „wcale nie poradziłam/em sobie”. Tylko co czwarta osoba podjęła rozmowę na ten temat z inną osobą. Mniej niż 10% badanych deklaruje, że psychiatrę i psychoterapeutę byli najczęstszym adresatem tego typu informacji. O wiele rzadziej rozmawiali na ten temat z bliskimi osobami z rodziny lub spoza niej. Taki rezultat w odniesieniu do znajomych i najbliższej rodziny może świadczyć o tym, że samouszkodzenia są tematem tabu. Opublikowane w 2012 roku badanie epidemiologiczne na temat kondycji psychicznej Polaków dowiodło, że właśnie znajomi i rodzina to osoby, z którymi rozmawiamy o swoich osobistych problemach [33]. W literaturze można znaleźć opisy stanów emocjonalnych osób zajmujących się osobami, które opowiadają o swoich zachowaniach autoagresywnych. Profesjonaliści przyznają, że wtedy towarzyszy im poczucie bezradności, przerażenia, winy, wściekłości, obrzydzenia i smutku [6]. Być może osoby dotknięte tym problemem widzą i odczuwają te emocje w trakcie rozmowy z psychologiem lub psychiatrą.

Jednym z czynników ryzyka samobójstwa dokonanego jest występowanie takiego zachowania w rodzinie, a w szczególności rodzinie generacyjnej [34, 35]. Przyczyny takiego stanu rzeczy mogą być co najmniej dwie – podobne zaburzenia psychiczne (np. głębokie stany depresyjne) albo modelowanie sposobu rozwiązywania trudnych sytuacji. W najbliższej rodzinie (rodzice, rodzeństwo) osób badanych zachowania autoagresywne inne niż próby samobójcze występowały u 12,9%, a próby samobójcze u 18,3%. Samobójstwo dokonane miało miejsce w bliższej i dalszej rodzinie u 19,3% badanych. Nie zaobserwowano zależności pomiędzy wywiadem rodzinnym a myślami o autoagresji, ale też liczebności nie pozwalają na uogólnienia. Warto jednak zaznaczyć, że w polskiej populacji ogólnej próby samobójcze są szacowane na 0,7%. Samobójstwa dokonane według tych danych stanowią $\frac{3}{4}$ prób samobójczych, jednak, jak wcześniej wspomniano, dane te mogą być niemiernodajne, gdyż w literaturze światowej podkreśla się, że co najmniej co 25. próba samobójcza kończy się zgonem [12, 33, 36].

Istotnym ograniczeniem badania jest sposób zbierania danych za pomocą portalu społecznościowego. Z jednej strony zapewnia on, jak już kilkakrotnie wspomniano, poczucie pełnej anonimowości, z drugiej jednak uniemożliwia jakąkolwiek weryfikację danych. Wszelkie informacje na temat rozpoznawanych zaburzeń psychicznych i zaburzeń osobowości pochodzą jedynie od pacjentów. Mimo wszystko autorzy uważają, że

dane te pozwalają na uzyskanie ogólnej orientacji w zakresie problemów związanych z samouszkodzeniami w grupie osób z prawdopodobnymi zaburzeniami psychicznymi.

Wnioski

1. Przeprowadzone badanie ukazało, że najczęściej samouszkodzenia występowały u pacjentów z zaburzeniami z szerokiego spektrum zaburzeń afektywnych.
2. Autoagresję zazwyczaj poprzedza myślenie na ten temat, a towarzyszy mu przygnębienie i rezygnacja bez względu na rodzaj rozpoznawanych zaburzeń psychicznych i nasilenie innych objawów.
3. Niezbędne są dalsze badania na większych grupach, a co za tym idzie – wypracowanie adekwatnych form pomocy osobom, u których ten problem występuje.
4. Portal internetowy może stanowić dobry sposób uzyskiwania danych, gdyż zapewnia anonimowość wypowiedzi.

Piśmiennictwo

1. Wycisk J. *Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Bogucki; 2004
2. Pao P. *The syndrome of delicate self-cutting*. Br. J. Med. Psychol. 1969; 42: 195–206.
3. Favazza A. *The coming of age of self-mutilation*. J. Nerv. Ment. Dis. 1996; 186: 259–268.
4. Briere J. *Therapy for adults molested as children: beyond survival*. New York: Springer Publishing; 1996.
5. Tantam D, Whitaker J. *Personality disorder and self-wounding*. Br. J. Psychiatry 1992, 161, 451–464.
6. Babiker G, Arnold L. *Autoagresja. Mowa zranionego ciała*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002
7. Walsh BW, Rosen PM. *Self-mutilation. Theory, research, and treatment*. New York, London: The Guilford Press; 1988
8. Osman A, Bagge CL, Gutierrez PM, Konick LC, Kopper BA, Barrios FX. *The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples*. Assessment; 2001; 8(4): 443–454.
9. Simpson MA. *Self-mutilation*. Br. J. Hosp. Med. 1976; 16: 430–438.
10. Eckhardt A. *Autoagresja*. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.; 1998.
11. Kaźmierczak-Mytkowska A. *Funkcje samookaleczeń i parasamobójstw młodzieży z doświadczeniami przemocy w rodzinie*. cldim.zgora.pl/uploads/download/funkcje_samookaleczen.doc [dostęp: 10.11.2014].
12. Weber NS, Fisher JA, Cowan DN, Postolache TT, Larsen RA, Niebuhr DW. *Descriptive epidemiology and underlying psychiatric disorders among hospitalizations with self-directed violence*. PLoS One 2013; 8(3): e59818.
13. Novick DM, Swartz HA, Frank E. *Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and meta-analysis of the evidence*. Bipolar Disord. 2010; 12: 1–9.

14. Jakubowicz-Klecha A, Lewandowska-Stanek A, Kalinowski P. *Zatrucia samobójcze w kontekście zaburzeń psychicznych – na podstawie danych z Regionalnego Ośrodka Toksykologii Klinicznej w Lublinie*. Prob. Hig. Epidemiol. 2007; 88(4): 451–454.
15. Jakubowicz-Klecha A, Lewandowska-Stanek A, Kalinowski P. *Problem zatruc w społeczeństwie polskim w materiałach Regionalnego Ośrodka Toksykologii Klinicznej w Lublinie*. Zdr. Publ. 2006; 116(2): 331–333.
16. Smith SE. *Perceptions of service provision for clients who self-injure in the absence of expressed suicidal intent*. J. Psychiatr. Ment. Health Nurs. 2002; 9: 595–601.
17. Kulikowska A, Pokorski M. *Self-injuries in adolescents: social competence, emotional intelligence and stigmatization*. J.Physiol. Pharmacol. 2009; 59(6): 383–392.
18. Murawiec S, Zdziechowska K, Czyżak I, Prot K. *Portal www.TacyJakJa.pl – przykład polskiego serwisu kategorii Health 2.0 prowadzonego przez lekarzy dla osób chorych przewlekle*. Curr. Probl. Psychiatry 2012; 13(1): 25–30.
19. strona www.tacyjakja.pl [dostęp: 14.04.2015].
20. strona www.tacyjakja.pl/cgblog/category/12/Publikacje.html [dostęp: 14.04.2015].
21. Lange J, Zdziechowska K, Czyżak I. *On-line asthma control in children population – usefulness of web portals*. <https://tacyjakja.pl/uploads/images/pliki/Plakat.pdf> [dostęp: 14.04.2015].
22. Bartosik-Psujek H, Zdziechowska K, Czyżak I. *Wpływ diagnozy stwierdzenia rozszanego na relacje w miejscu pracy osoby*. MS Report 2013; 4.
23. Cooper J, Kaptur N, Webb R, Lawlor M, Guithrie E, Mackway-Jones K. i wsp. *Suicide after deliberate self – harm: a 4 – year cohort study*. Am. J. Psychiatry 2005; 162: 297–303.
24. Fliege H, Lee JR, Grimm A, Klapp BF. *Risk factors and correlates of deliberate self – harm behavior: a systematic review*. J. Psychosom. Res. 2009; 66: 477–493.
25. Sansone RA, Gaither GA, Songer DA. *The relationships among childhood abuse, borderline personality, and self-harm behavior in psychiatric inpatients*. Violence Vict. 2002; 17(1): 49–55.
26. Morgan P, Coffey C, Romaniuk H, Olsson C, Borschmann R, Carlin JB. i wsp. *The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study*. Lancet 2012; 379(9812): 236–243.
27. Favazza AR. *Bodies under siege. Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Wyd. 2. Baltimore: The Johns Hopkins University Press; 1996.
28. Gratz KL, Conrad SD, Roemer L. *Risk factors for deliberate self – harm among college students*. Am. J. Orthopsychiatry 2002; 72: 128–140.
29. Jasek A, Kostulski A, Gmitrowicz A. *Analiza zależności samookaleczeń i tatuowania w grupie osób prezentujących obie cechy*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2011; 11(4): 224– 231.
30. Bergen H, Hawton K, Waters K, Ness J, Cooper J, Streeg S. i wsp. *How do methods of non-fatal self – harm relate to eventual suicide?* J. Affect. Disord. 2012; 136: 526– 533.
31. Bertolote JM, Fleischmann A, De Loe D, Wasserman D. *Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence*. Crisis 2004; 25: 147–155.
32. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zachowania w ICD-10*. Geneva: World Health Organization; 1992.
33. Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B. *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012.
34. Wciórka J, Pużyński S, Rybakowski J. *Podręcznik psychiatrii*. Tom II. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2012.

35. Borczykowski A, Lindblad F, Vinnerljung B, Reintjes R, Hjern A. *Familial factors and suicide: an adoption study in a Swedish National Cohort*. Psychol. Med. 2011; 41: 749–758.
36. Główny Urząd Statystyczny. *Rocznik Demograficzny*; 2012.

Adres: Marlena Sokół-Szawłowska
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, ul. Sobieskiego 9

Otrzymano: 26.02.2014
Zrecenzowano: 1.04.2014
Otrzymano po poprawie: 26.05.2014
Przyjęto do druku: 27.04.2015