

Nawykowe samouszkodzenia a Ja cielesne

Repetitive self-injury and the body self

Anna Kubiak¹, Olga Sakson-Obada²

¹Institut Psychologii, SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny,
Wydział Zamiejscowy w Poznaniu

² Institut Psychologii UAM w Poznaniu

Summary

Aim. The assessment of differences in body self and pain thresholds between people inflicting self-injuries in a repetitive manner and those, who do not engage in such behavior.

Methods. The participants were selected through screening and purposive sampling (the study group consisted of 34 people: 29 women, 5 men; and the control group of 32 people: 28 women, 4 men). The Tension Situations Questionnaire and the Inventory of Questions Concerning Self-injury were used in the study. These measures served to assess the presence and circumstances of self-injury. TempTest apparatus (measuring sensitivity to pain) and the Body Self Questionnaire were also used.

Results. Individuals inflicting self-injury are characterised by higher indices of body self maladaptiveness than individuals from the control group. In the study group, disorders were found in such aspects of body self as: the perception of sensations, the interpretation and regulation of emotions and physical needs, emotional attitude to body, and the sense of body identity. Women inflicting self-injuries had a higher pain threshold than women from the control group, the reverse pattern was observed in the group of men. However, due to the small size of the male group, the obtained result should be treated with caution.

Conclusions. The study showed, that the distorted aspect of personality – the body self – is the important risk factor for the repetitive self-injuries. The lowered pain threshold in men engaging in self-harm, in combination with the increased threshold of pain in self-injuring women is surprising result and demands further investigation.

Słowa kluczowe: samouszkodzenia, Ja cielesne, próg bólu

Key words: self-injury, body self, pain threshold

Wstęp

W literaturze przedmiotu dużo uwagi poświęcono próbom scharakteryzowania samouszkodzeń bez intencji samobójczej (non-suicidal self-injury – NSSI) i wskazaniu na ich istotne cechy [1–8]. Za kluczowe uznaje się: (1) cel, jakim jest doświadczenie bólu [1] i/lub bezpośrednie zniszczenie tkanki [6], który według wielu badaczy musi mieć charakter świadomej intencji [7, 8], (2) powtarzalność tych zachowań [7], (3) m.in. funkcję redukcji napięcia [2, 5] oraz (4) wykluczenie obecności świadomej intencji samobójczej [6]. Osoby okaleczające się stanowią około 4% osób dorosłych [9, 10] oraz 15–20% adolescentów w populacji ogólnej [11], a gdy mowa o samouszkodzeniach osób z populacji klinicznej, to liczba ta jest większa – odpowiednio 21% [9] oraz 40–60% [12].

W opracowaniach teoretycznych wskazuje się na wiele czynników ryzyka sprzyjających powtarzalnym samouszkodzeniom czy wręcz uznawanych za ich źródło. Po pierwsze podkreśla się znaczenie aspektów środowiskowych, zarówno działających w przeszłości, jak i aktualnie [13]. Zalicza się tutaj: (1) przeżycie wczesnej, chronicznej traumy interpersonalnej (wykorzystanie seksualne, przemoc psychiczna i fizyczna, separacja od opiekunów), (2) wzrastanie w unieważniającym potrzeby dziecka środowisku czy (3) kontakt z osobą dokonującą samookaleczeń [10, 14]. Akcentuje się także aspekt emocjonalno-motywacyjny, wskazując na związek samouszkodzeń z deficytami regulacji emocji [15, 16] oraz negatywnym wartościowaniem siebie i własnego ciała [10, 17, 18]. Uwypukla się także znaczenie czynników biologicznych, takich jak dysfunkcja układu limbicznego [13] i opioidowego [19].

Należy zwrócić uwagę, że mimo różnic w zakresie wagi przypisywanej poszczególnym determinantom, istnieje powszechna zgoda dotycząca spostrzegania powtarzalnych samookaleczeń jako strategii radzenia sobie z negatywnym afektem (np. poczuciem winy, pustki, bezgranicznej wściekłości). Ten sposób wyjaśniania zjawiska jest szczególnie silnie akcentowany we współczesnych teoriach, które – kładąc nacisk na funkcję samouszkodzeń – wskazują właśnie na strategię regulacji emocji jako główny czynnik podtrzymujący to zachowanie [10, 20]. Ponadto w literaturze przedmiotu wskazuje się, że podejmowanie samookaleczeń w sposób powtarzalny stanowi wyraz bardziej ogólnych deficytów w regulacji emocji [15, 21]. Należy tutaj wyróżnić kłopoty z werbalizacją własnych emocji czy trudności w podjęciu adaptacyjnych strategii radzenia sobie z negatywnym afektem [22]. Mimo że nie dysponujemy badaniami empirycznymi, które w całościowy sposób ujęłyby związki samouszkodzeń z ogólnie pojętą dysregulacją, to dysponujemy pośrednimi danymi potwierdzającymi tę zależność. Stwierdzono bowiem współwystępowanie samouszkodzeń z doświadczeniem negatywnego afektu: lęku, depresji i negatywnej samooceny [23, 24]. Tym niemniej nie można przyjąć, że deficyty w zakresie regulacji emocji są czynnikiem wystarczającym do podjęcia samouszkodzeń. Dysregulacja emocji może bowiem znaleźć swój wyraz w innych niż samookaleczanie zachowaniach uśmierzających napięcie (np. sięganie po alkohol [25], objadanie się [26]). Pojawia się zatem pytanie o dodatkowy czynnik sprzyjający wyrażeniu opisywanych deficytów w postaci aktów wymierzonych przeciwko własnemu ciału. Jedną z odpowiedzi jest uwzględnienie znaczenia Ja cielesnego w etiologii samouszkodzeń.

W swoich opracowaniach teoretycznych wielu autorów wskazuje na wagę sposobu doświadczania własnego ciała dla podjęcia samookaleczeń [10, 22, 27, 28]. Orbach [27] oraz Mirucka i Sakson-Obada [22] przedstawiają tezę, że jakość wczesnej relacji z opiekunem determinuje sposób doświadczania własnej cielesności. Zarówno ignorowanie potrzeb dziecka, jak i stosowanie przemocy, uniemożliwia kontrolowanie własnego ciała oraz czyni z niego negatywnie wartościowany aspekt siebie. W skrajnej sytuacji ciało jest doświadczane jako obce czy odszczepione od Ja psychicznego [29]. Taki sposób przeżywania siebie cielesnego toruje zachowania autodestrukcyjne, w których ciało staje się przedmiotem ataku, a nie troski czy ochrony.

Założenia teoretyczne na temat związków Ja cielesnego z samouszkodzeniami uzyskały pewne potwierdzenie empiryczne. Wycisk [10], opierając się w swoich badaniach na modelu Ja cielesnego autorstwa Orbacha [27], stwierdziła, że im częściej osoby dokonują samookaleczeń, tym więcej negatywnych uczuć żywią wobec swojego ciała oraz tym gorzej czują się w kontaktach fizycznych z innymi. Ponadto osoby dokonujące samookaleczeń charakteryzowały się niższą zdolnością ochrony własnego ciała niż osoby z grupy kontrolnej. Z kolei Muehlankamp i Brausch [29] wykazali, że Ja cielesne (w rozumieniu Orbacha) jest istotnym czynnikiem mediującym relację między negatywnym afektem a samouszkodzeniami, co stanowi potwierdzenie przyjętego wcześniej założenia na temat roli Ja cielesnego w etiologii samouszkodzeń. Empirycznej weryfikacji poddano także doniesienia kliniczne na temat stępnionego doznawania wrażeń, które według wielu autorów stanowi wyraz obronnej dysocjacji od ciała, wyrażającej się w poczuciu zubożenia i odrętwienia [10, 27, 28]. Wykazano podwyższenie progów bólu u osób dokonujących samookaleczeń i to zarówno w badaniach kwestionariuszowych [10, 30], jak i eksperymentalnych [31]. Tym niemniej badania skupiały się na populacji klinicznej. Jak dotąd nie objęto badaniem zagadnienia związku samouszkodzeń z wrażliwością na inne niż ból doznania.

W niniejszej pracy odwołano się do konceptualizacji Ja cielesnego zaproponowanej przez Sakson-Obadę [22]. Warto w tym momencie zwrócić uwagę, że mimo podobnych założeń teoretycznych, Orbach i wspomniana badaczka wypracowali odmienny model. Konceptualizacja Orbacha, oprócz emocjonalnego stosunku do ciała, dotyczy zasadniczo arbitralnie wybranych zachowań implikujących cielesność (troska o ciało, ochrona zdrowia czy komfort w kontaktach fizycznych z innymi). Konceptualizacja Ja cielesnego, do której odwołano się w niniejszym artykule, stanowi propozycję spójnego, wielowymiarowego ujęcia relacji między ciałem i umysłem. Oprócz wymiaru emocjonalnego ustosunkowania do ciała, zawiera także wymiar regulacyjny: percepcji, interpretacji oraz regulacji doświadczeń cielesnych. Pozwala zatem zweryfikować zarówno tezę o deficytach regulacyjnych, jak i znaczeniu negatywnego stosunku do własnego ciała w etiologii samookaleczeń.

W wypracowywanym modelu przyjęto, że Ja cielesne składa się z trzech aspektów, a mianowicie z: (1) funkcji (percepcja doznań, interpretacja w kategoriach potrzeb i emocji, regulacja), (2) reprezentacji (tzw. obraz ciała) i (3) poczucia tożsamości cielesnej. Innymi słowy, Ja cielesne jest tym aspektem osobowości, który odpowiada za opracowanie na planie psychicznym doświadczeń cielesnych. Organizacja doświadczeń cielesnych jest możliwa dzięki funkcjom Ja cielesnego. Są one nabywane i rozwijane

w trakcie dojrzewania, przy znaczącym udziale osób sprawujących opiekę nad dzieckiem [32]. Opis poszczególnych funkcji wraz z przykładami przedstawia tabela 1.

Tabela 1. **Funkcje Ja cielesnego – opis i przykłady**

Funkcja Ja cielesnego	Opis działania adaptacyjnego	Przykład dysfunkcji
Doznawanie – dotyczy zarówno bodźców płynących z pobudzenia interoreceptorów (np. bicie serca), jak i z eksteroreceptorów (np. smak, dotyk).	Siła doznania jest adekwatna zarówno w stosunku do modalności, jak i siły pobudzonych receptorów.	nacinanie skóry nie powoduje odczucia bólu (podwyższenie progów doznań) delikatny dotyk jest odczuwany jako bolesny (obniżenie progów doznań)
Interpretacja – dotyczy zarówno emocji, jak i potrzeb fizycznych.	Osoba potrafi nadać znaczenie swoim zmianom w ciele; wie, kiedy jest zmęczona, chora lub zła.	osoba nie potrafi określić swoich uczuć; nie wie, czy jest zmęczona, chora czy zła.
Regulacja – wiedza na temat przyczyn emocji i potrzeb cielesnych oraz zdolność do radzenia sobie z nimi.	Zdolność do wskazania przyczyny wzbudzonej emocji/ potrzeby cielesnej, zdolność do adaptacyjnego radzenia sobie z nią	osoba doświadcza nagłego zmęczenia i nie wie, co je wywołało osoba objada się i nie potrafi przerwać tej czynności, chociaż czuje się najedzona

Podsumowując, można powiedzieć, że silne Ja cielesne – w wymiarze funkcji – pozwala odczuć zmiany zachodzące w ciele (funkcja percepcji), zrozumieć je (funkcja interpretacji) oraz wskazać przyczyny i sposoby radzenia sobie z nimi (funkcja regulacji). Przyjęto także, iż zdolność adekwatnego doznawania bodźców, prawidłowej interpretacji emocji i potrzeb cielesnych oraz radzenia sobie z nimi jest podstawą poczucia cielesnej tożsamości. Do tego wymiaru Ja cielesnego zalicza się takie aspekty jak: rdzenne poczucie istnienia, posiadania granic ciała, poczucie spójności z własnym ciałem oraz jego ciągłości w czasie i przestrzeni.

Ostatnią dymensję Ja cielesnego stanowi afektywno-poznawcza reprezentacja własnego ciała. Ten wymiar odnosi się do obrazu ciała (body image) szeroko prezentowanego w literaturze [33–36]. W niniejszym opracowaniu badaniu został poddany kluczowy aspekt obrazu ciała, jakim jest stosunek emocjonalny do własnego wyglądu.

W badaniu tym uwzględniono także dwa aspekty funkcjonowania, w których Ja cielesne może manifestować swoje działanie. Są to: ochrona ciała oraz komfort w sytuacji bliskości fizycznej [32].

Cel

Celem badania było porównanie pod względem Ja cielesnego osób dokonujących samookaleczeń z osobami bez takich doświadczeń. Oczekiwano, że osoby podejmujące powtarzalne samookaleczenia będą się różnić od osób z grupy kontrolnej w następujących wymiarach Ja cielesnego: (1) funkcjonalnym (oczekiwano zakłóceń w doznawaniu w postaci podwyższonego progu doznań, trudności w interpretacji oraz regulacji emocji

oraz potrzeb fizycznych); (2) obrazu ciała (zakładano negatywny stosunek emocjonalny do swojego ciała); (3) tożsamościowym (oczekiwano zakłóceń w poczuciu tożsamości cielesnej); (4) behawioralnym (oczekiwano deficytów w ochronie ciała). Powyższa hipoteza była weryfikowana przy użyciu narzędzia kwestionariuszowego. Dodatkowo zweryfikowano hipotezę na temat różnic w doznawaniu bólu u osób samookaleczających się i niemających takich doświadczeń. Oczekiwano podwyższonego progu bólu badanego przy użyciu aparatury (TempTest) u osób dokonujących samouszkodzeń. Pytanie o różnice w zakresie nadmiernej wrażliwości na doznania oraz komfortu w sytuacji bliskości fizycznej pozostało otwarte. Nie znaleziono bowiem sugestii teoretycznych lub klinicznych, będących podstawą do przyjęcia hipotezy na temat kierunku takiej zależności.

Przebieg badań

Całość badań podzielona została na dwa etapy: badanie przesiewowe oraz badanie właściwe. Pierwszy etap (przesiewowy) miał na celu wyłonienie zarówno grupy kontrolnej, jak i badanej. Wszystkie badane osoby wyraziły świadomą zgodę na udział w badaniu, którego plan został zaakceptowany przez Komisję ds. Badań z Udziałem Ludzi jako Osób Badanych, działającą w Instytucie Psychologii na Uniwersytecie im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Rekrutacja odbyła się na trzech poznańskich uczelniach (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Uniwersytet Artystyczny, Wyższa Szkoła Umiejętności Społecznych). W tym etapie badań wykorzystano autorski Kwestionariusz Sytuacji Napięciowych autorstwa Kubiak [37] służący do: wyodrębnienia osób radzących sobie z napięciem za pomocą samouszkodzeń (grupa badana) oraz osób deklarujących nieobecność takich zachowań (grupa kontrolna). Łącznie kwestionariusz wypełniły 1 162 osoby. Jedynie 19 osób spełniało kryterium umożliwiające włączenie do grupy badanej i jednocześnie zgłosiło się na badanie, stąd dodatkowo zastosowano dobór celowy: osoby zapraszane były za pośrednictwem ogłoszeń, które wywieszano w poznańskich instytucjach świadczących pomoc psychologiczną (MOPR, Monar, poradnie zdrowia psychicznego, prywatne gabinety psychologiczne). Z doboru celowego zgłosiło się 26 osób, z czego 15 włączono do grupy badanej.

Włączenie osoby do grupy badanej wymagało spełnienia następujących kryteriów: (1) obecność samouszkodzeń pełniących funkcję radzenia sobie z napięciem, (2) częstość aktów samouszkodzeń była większa niż cztery w ostatnim półroczu, (3) forma samouszkodzenia była ciężka i nieaprobowana społecznie (np. nacinanie skóry, przypalanie ciała). Pierwszy aspekt był badany na podstawie Kwestionariusza Sytuacji Napięciowych autorstwa Kubiak [37], z kolei dwa ostatnie badano za pomocą autorskiego Inwentarza pytań dotyczących samouszkodzeń, inspirowanego narzędziem K. Juzwin [38]. Ostatecznie grupę badaną stanowiły 34 osoby (29 kobiet i 5 mężczyzn), grupę kontrolną 32 osoby (28 kobiet i 4 mężczyzn). Wszyscy badani byli w przedziale wiekowym od 19 do 33 lat (średnia: 23 lata). Większość badanych (68,5%) pochodziła z dużych miast, pozostałe osoby były mieszkańcami mniejszych miast (16,9%) i wsi (14,6%).

W trakcie spotkań indywidualnych z badaczem (drugi etap badania) w Instytucie Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu osoby wzięły udział w pomiarze progu bólu i wypełniły kwestionariusz Ja cielesnego [32].

Metody

Kwestionariusz Sytuacji Napięciowych autorstwa Kubiak [37] jest kwestionariuszem typu S–R i służy do pomiaru następujących aspektów: (1) tendencji do doświadczania napięcia, (2) transsytuacyjności sposobów radzenia sobie z napięciem, (3) zachowań autodestruktywnych jako sposobu radzenia sobie z napięciem. Każda z 20 pozycji składa się z: (1) charakterystyki sytuacji potencjalnie wzbudzającej napięcie, (2) 10-stopniowej skali mierzącej natężenie doświadczanego napięcia w danej sytuacji, (3) zestawu możliwych sposobów radzenia sobie w tej sytuacji (w tym samouszkodzenia jako sposobu radzenia sobie z napięciem). Szczegółowy opis tego narzędzia znajduje się w niepublikowanej pracy doktorskiej A. Kubiak, dostępnej w całości [37].

Inwentarz Pytań i Twierdzeń dotyczących Samouszkodzeń posłużył do szczegółowej analizy samouszkodzeń. Składa się on z trzech części. Pierwszą stanowi arkusz z dwoma pytaniami określającymi obecność samouszkodzeń aktualnie lub w przeszłości. Druga część składa się z 16 pytań badających m.in.: formę, częstotliwość, wiek rozpoczęcia samouszkodzeń. Forma tej części inwentarza inspirowana była narzędziem Self-Injury Self-Report Inventory (SISRI) autorstwa K. Juzwin [38]. Trzecią część inwentarza stanowiło zaadaptowane narzędzie Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS) autorstwa Davida E. Klonsky'ego (2007) mierzące różne funkcje samouszkodzeń (Klonsky i Glenn, 2008). Szczegółowy opis tego narzędzia znajduje się w pracy doktorskiej A. Kubiak [37].

Aparat TempTest to urządzenie skonstruowane na wzór narzędzia do pomiaru bólu Israela Orbacha [39]. Przeznaczone jest do badania wrażliwości na ból, który powstaje w efekcie nagrzewania części ciała. Osoba badana za pomocą klawisza wskazuje najmniejszą wartość bodźca, przy której zaczyna doświadczać bolesnej stymulacji i to wskazanie kończy pomiar. Zgodnie z sugestią twórcy narzędzia w obliczeniach uwzględniano średnią z trzech pomiarów.

Kwestionariusz Ja cielesnego służy do pomiaru trzech wymiarów Ja cielesnego (funkcje, poczucie tożsamości cielesnej, obraz ciała) oraz dwóch aspektów zachowania regulowanych przez ten aspekt osobowości. Złożony jest z 10 skal mierzących: podwyższone progi doznań, obniżone progi doznań (funkcja doznawania), interpretację doznań w kategorii emocji, interpretację doznań w kategoriach stanów fizycznych (funkcja interpretacji), regulację stanów fizycznych, regulację emocji (funkcja regulacji), poczucie tożsamości cielesnej, stosunek emocjonalny do ciała oraz komfort w sytuacji bliskości fizycznej wraz z ochroną ciała (dwa aspekty zachowania). Wszystkie skale mają zadowalającą rzetelność i trafność [32].

Wyniki

W celu zweryfikowania hipotezy na temat różnic w zakresie Ja cielesnego między osobami nawykowo okaleczającymi się i niepodjęjącymi takich zachowań zastosowano test t-Studenta dla prób niezależnych, którego wyniki przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Różnice w zakresie Ja cielesnego między grupą kontrolną a badaną

Skala	Grupa	M (SD)	t (89)	p
Podwyższony próg	kontrolna	17,6 (4,6)	-5,21	0,000
	badana	25,1 (7,4)		
Obniżony próg	kontrolna	13,9 (3,6)	-2,67	0,000
	badana	17,5 (6,7)		
Interpretacja emocji	kontrolna	17,7 (6,1)	-2,56	0,011
	badana	22,8 (7,2)		
Interpretacja potrzeb	kontrolna	15,2 (4,6)	-3,65	0,000
	badana	20,1 (4,9)		
Regulacja emocji	kontrolna	24,7 (5,3)	-5,10	0,000
	badana	32,5 (6,6)		
Regulacja potrzeb	kontrolna	26,6 (7,0)	-3,48	0,000
	badana	33,1 (7,6)		
Poczucie tożsamości	kontrolna	13,7 (4,8)	-5,79	0,000
	badana	23,9 (9,2)		
Akceptacja ciała	kontrolna	22,6 (8,9)	-3,38	0,000
	badana	30,3 (11,1)		
Ochrona	kontrolna	19,9 (6,0)	-2,53	0,013
	badana	24,9 (5,0)		
Komfort w fizycznej bliskości	kontrolna	31,6 (7,9)	-2,80	0,004
	badana	36,4 (10,4)		

M (SD) – średnia (odchylenie standardowe)

Analiza wyników wykazała istotne statystycznie różnice między grupą badaną a kontrolną dla każdego wymiaru Ja cielesnego. We wszystkich wymiarach osoby okaleczające się uzyskały wyniki istotnie wyższe od osób z grupy kontrolnej. Oznacza to, że w porównaniu z osobami niepodjęjącymi samouszkodzeń, osoby dokonujące samouszkodzeń częściej doświadczają zarówno stanów obniżonej oraz – co ciekawe – podwyższonej wrażliwości na doznania płynące z ciała i otoczenia. Deklarują także więcej trudności w rozpoznawaniu emocji i potrzeb cielesnych (np. zmęczenie czy podniecenie seksualne) oraz kłopotów z radzeniem sobie z nimi. Ponadto osoby dokonujące samookaleczeń doświadczają istotnie więcej zaburzeń w zakresie poczucia

własnej tożsamości cielesnej, a wobec własnego ciała żywią zdecydowanie więcej negatywnych emocji niż osoby niepodejmujące tego typu aktów. Możemy zatem powiedzieć, że osoby raniące swoje ciało cechuje globalna dezadaptacyjność Ja cielesnego, wyrażająca się zakłóceniami w obrębie funkcji, obrazu siebie cielesnego, jak i w poczuciu cielesnej tożsamości. Ponadto borykają się one z deficytami w obrębie ochrony ciała oraz dyskomfortem w relacjach bliskości fizycznej.

Aby zweryfikować hipotezę na temat różnic w zakresie progów bólu między grupą kontrolną a badaną, zastosowano test t-Studenta dla prób niezależnych. Rezultaty analizy nie wykazały istotnych różnic w zakresie analizowanej zmiennej ($M_{bad} = 43,4$; $M_{kont} = 42,1$; $t(89) = -0,187$; $p = 0,852$). Przeprowadzono dodatkowe porównania, osobno dla grupy kobiet i mężczyzn. Okazało się, że kobiety okaleczające się miały wyższy próg bólu niż kobiety z grupy kontrolnej ($M_{bad} = 44,24$; $M_{kont} = 42,41$; $t(55) = 2,11$; $p = 0,012$). Jakkolwiek grupa mężczyzn jest nieliczna, a więc wyniki analiz należy traktować z ostrożnością, to jednak pokazują one odwrotny kierunek zależności niż w grupie kobiet ($M_{bad} = 38,51$; $M_{kont} = 46,39$; $t(7) = 7,81$; $p = 0,000$; $d = 5,24$). Okazało się bowiem, że mężczyźni dokonujący samookaleczeń są bardziej wrażliwi na ból niż mężczyźni z grupy kontrolnej. Odmienny kierunek związku w grupie mężczyzn i kobiet pozwala zrozumieć, dlaczego analizy statystyczne nie wykazały różnic w zakresie progów bólu, gdy nie dokonano podziału na płeć.

Dyskusja wyników i wnioski

Prezentowane badanie jako pierwsze połączyło w jednym projekcie eksplorację zależności samouszkodzeń z szeroko rozumianym Ja cielesnym. Po pierwsze uzyskano potwierdzenie oczekiwanej zależności między funkcjonalnym wymiarem Ja cielesnego a samouszkodzeniami. Osoby dokonujące samookaleczeń nie tylko mają kłopoty w interpretacji własnych doświadczeń w kategoriach emocji i potrzeb fizycznych (np. głodu, zmęczenia), ale nawet jeśli dokonają takiej identyfikacji, to z trudem rozpoznają przyczyny i nie potrafią podjąć adaptacyjnych strategii radzenia sobie z nimi (funkcja regulacji). Ponadto osoby okaleczające się deklarują przeżywanie stanów stepionego doznawania, które nie ogranicza się tylko do bodźców bólowych, ale także obejmuje zmniejszoną wrażliwość na smaki, zapachy czy dotyk. W kontekście tego wyniku ciekawym rezultatem są różnice między grupą badaną a kontrolną w zakresie drugiego aspektu doznawania, czyli obniżonego progu doznań. Okazuje się bowiem, że osoby dokonujące samookaleczeń bywają także nadwrażliwe na bodźce, odbierają je jako drażniące czy wręcz bolesne. Biorąc pod uwagę fakt, że zmienne: podwyższony i obniżony próg są silnie dodatnio skorelowane ($r = 0,777$; $p = 0,001$), i niemożność jednoczesnego wystąpienia nadwrażliwości oraz stepionego doznawania, możemy wnioskować o naprzemiennym występowaniu obu tych stanów. W innych badaniach wykazano, że ten wzorzec zakłóceń w obrębie doznawania jest charakterystyczny dla ofiar chronicznego, wczesnodziecięcego urazu [32]. Jego odpowiednik znajdujemy w naprzemiennych stanach odrętwienia i wzmożonej czujności charakterystycznych dla zaburzenia po stresie traumatycznym. Dodajmy także, iż osoby dokonujące samookaleczeń nie tylko negatywnie oceniają swój wygląd, ale także doświadczają zaburzeń

w obrębie poczucia swojej fizycznej tożsamości. Kłopot z wyodrębnieniem granic swojego ciała, poczucie obcości wobec niego czy wrażenie wewnętrznej śmierci są wyrazem krańcowych trudności Ja cielesnego w pełnieniu swoich funkcji.

Warto dodać, że w innych badaniach udowodniono, że dysfunkcyjny wzorzec zakłóceń w Ja cielesnym (zaburzenia w obrębie funkcji i poczuciu tożsamości cielesnej oraz negatywny stosunek do własnego ciała) stanowi efekt wczesnodziecięcej traumy interpersonalnej [32, 40]. Obecność urazu interpersonalnego stwierdza się także u osób dokonujących samouszkodzeń pełniących funkcję regulacji napięcia emocjonalnego [10]. W kontekście tych danych rezultaty analiz przedstawionych w niniejszym artykule mogą skłaniać do przedstawienia hipotetycznego mechanizmu wyjaśniającego, w którym Ja cielesne stanowi mediator między traumą interpersonalną a opisywanym zachowaniem. Innymi słowy, możemy spodziewać się zachowań autodestruktywnych u tych osób, u których uraz pozostawił ślad w postaci globalnych dysfunkcji Ja cielesnego (zaburzenia w obrębie doznawania, interpretacji i regulacji doświadczeń cielesnych, zakłócenia w poczuciu tożsamości cielesnej oraz negatywny stosunek emocjonalny do ciała). Przedstawiony model, uwzględniający zarówno czynnik sytuacyjny (uraz), jak i osobowościowy (Ja cielesne) w etiologii samookaleczeń, otwiera ciekawy problem badawczy, który nie został jak dotąd poddany weryfikacji empirycznej.

Zbadano także różnice między grupą badaną i kontrolną w zakresie dwóch zachowań, które w prezentowanym wcześniej modelu podlegają regulacji przez Ja cielesne. Osoby dokonujące samookaleczeń nie tylko przeżywają więcej negatywnych emocji w sytuacji bliskości fizycznej, ale także unikają tego typu sytuacji. Ponadto cechują się deficytami w ochronie ciała; na przykład rzadziej niż osoby z grupy kontrolnej stosują się do zaleceń lekarskich, są uważne, przechodząc przez ulicę, czy dbają o wagę własnego ciała. Dodajmy, że wyróżnione aspekty zachowania pozostają w istotnym związku ze wszystkimi aspektami Ja cielesnego (dla komfortu korelacje wynoszą od $r = 0,265$; $p = 0,16$ (podwyższony próg) do $r = 0,429$; $p = 0,000$ (regulacja potrzeb); dla ochrony od $r = 0,367$; $p = 0,000$ (akceptacja ciała) do $r = 0,519$; $p = 0,000$ (regulacja potrzeb). Uzyskany rezultat potwierdza tezę, że zagubienie we własnych doznaniach i emocjach w połączeniu z negatywnym stosunkiem do własnego ciała przyczynia się nie tylko do kłopotów z regulacją dystansu interpersonalnego, ale stanowi podstawę deficytów funkcji samoopiekuńczej u osób dokonujących samookaleczeń [27].

Deficyty w doznawaniu były badane nie tylko metodą deklaratywną, ale – w odniesieniu do progów bólu – także przy użyciu skalibrowanej aparatury. Uzyskano potwierdzenie dla hipotezy o podwyższonych progach bólu w grupie kobiet. Wynik odwrotny, a przez to zaskakujący, uzyskano w grupie mężczyzn. Mężczyźni dokonujący samookaleczeń byli zdecydowanie bardziej wrażliwi na ból niż mężczyźni z grupy kontrolnej. Ze względu na małą liczebność grupy mężczyzn wynik ten trudno zinterpretować.

Uzyskane wyniki stanowią potwierdzenie tezy o globalnych deficytach w zakresie percepcji doznań oraz regulacji emocji i potrzeb cielesnych u osób dokonujących samookaleczeń. Ten rodzaj nieprawidłowości wraz z negatywną oceną własnego ciała znalazł także swój wyraz w deficytach ochrony siebie i swojego ciała. Rezultat ten stanowi potwierdzenie tezy Orbacha [27] i Suchańskiej [41] o braku wykształcenia

funkcji samoopiekuńczej u osób dokonujących samookaleceń. Pozwala także uznać sposób doświadczania ciała za istotny, choć jak dotąd rzadko eksplorowany czynnik ryzyka w etiologii powtarzalnych samookaleceń.

Piśmiennictwo

1. Babiker G, Arnold L. *Autoagresja. Mowa zranionego ciała*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002.
2. Lloyd-Richardson E, Nock M, Prinstein M. *Functions of adolescent nonsuicidal self-injury*. W: Nixon M, Heath N. red. *Self-injury in youth. The essential guide to assessment and intervention*. New York: Routledge; 2009. s. 29–41.
3. Nock M, Prinstein M. *A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior*. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2004; 72(5): 885–890.
4. Simeon D, Favazza A. *Self-injurious behaviors. phenomenology and assessment*. W: Simeon D, Hollander E. red. *Self-injurious behaviors. Assessment and treatment*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2001. s. 1–23.
5. Walsh B, Rosen P. *Self-mutilation: theory, research, and treatment*. New York: The Guilford Press; 1988.
6. Favazza A. *Bodies under siege*. London: The Johns Hopkins University Press; 1988
7. Gratz KL. *Measurement of deliberate self-harm: preliminary data on the deliberate Self-harm Inventory*. *J. Psychopat. Behav. Asses.* 2001; 23(4): 253–263.
8. Pattison EM, Kahan J. *The deliberate self-harm syndrome*. *Am. J. Psychiatry* 1983; 140(7): 867–872.
9. Briere J, Gil E. *Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates, and functions*. *Am. J. Orthopsychiatry* 1998; 68(4): 609–620.
10. Wycisk J. *Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe; 2004.
11. Heath N, Schaub K, Holly S, Nixon M. *Self-injury today. Review of population and clinical studies in adolescents*. W: Nixon M, Heath N. red. *Self-injury in youth. The essential guide to assessment and intervention*. New York: Routledge; 2009. s. 9–27.
12. Messner J, Fremouw W. *A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents*. *Clin. Psychol. Rev.* 2007; 28: 162–178.
13. Walsh B. *Treating self-injury: A practical guide*. New York: The Guilford Press; 2006.
14. Gratz K, Chapman A. *The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates*. *Psychol. Men Mascul.* 2007; 8(1): 1–14.
15. Mikolajczak M, Petrides K V, Hurry J. *Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: The protective role of trait emotional intelligence*. *Br. J. Clin. Psychol.* 2009; 48: 181–193.
16. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press; 1993
17. Eckhart A. *Autoagresja*. Warszawa: Wydawnictwo WAB; 1998.

18. Cross L. *Body and self in feminine development: Implications for eating disorders and delicate self-mutilation*. Bull. Menninger Clin. 1993; 57(1): 41–68.
19. Grossman R, Siever L. *Impulsive self-injurious behaviors. Neurobiology and psychopharmacology*. W: Simeon D, Hollander E. red. *Self-injurious behaviors. Assessment and treatment*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2001. s. 117–148.
20. Nock MK, Cha CB. *Psychological models of nonsuicidal self-injury*. W: Nock MA. red. *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association; 2009. s. 65–78
21. Victor SE, Klonsky ED. *Daily emotion in non – suicidal self-injury*. J. Clin. Psychol. 2014; 70: 364–375.
22. Mirucka B, Sakson-Obada O. *Ja cielesne. Od normy do zaburzeń*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2012.
23. Selby EA, Bender TW, Gordon KH, Nock MK, Joiner TE. *Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: a preliminary study*. Personal. Disord. 2012; 3(2): 167–175.
24. Claes L, Houben A, Vandereycken W, Bijttebier P, Muehlenkamp J. *The association between non-suicidal self-injury, self-concept and acquaintance with self – injurious peers in a sample of adolescents*. J. Adolesc. 2010; 33: 775–778.
25. Fox HC, Hong KA, Sinha R. *Difficulties in emotion regulation and impulse control in recently abstinent alcoholics compared with social drinkers*. Addict. Behav. 2009; 33: 388–394.
26. Gianini LM, White MA, Masheb R. *Eating pathology, emotion regulation, and emotional over-eating in obese adults with binge eating disorder*. Eat. Behav. 2013; 14(3): 309–313.
27. Orbach I. *The role of body experience in self-destruction: early attachments and suicidal tendencies*. Clin. Child Psychol. Psychiatry 1996; 10(4): 607–619.
28. Sakson-Obada O, Suchańska A. *Ja cielesne a samoochrona i komfort w relacjach interpersonalnych*. W: Kowalik S. red. *Dostosowana aktywność ruchowa*. Poznań: Naukowe Wydawnictwo AWF; 2011. s. 8–16.
29. Muehlenkamp L, Brausch AM. *Body image as a mediator of non-suicidal self-injury in adolescents*. J. Adolesc. 2012; 35: 1–9.
30. Claes L, Vandereycken W, Vertommen H. *Pain experience related to self-injury in eating disorder patients*. Eat. Behav. 2006; 7(3): 204–213.
31. Bohus M, Limberger, Ebner U, Glocker FX, Schwarz B, Wernz M. *Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior*. Psychol. Res. 2000; 95: 251–260.
32. Sakson-Obada O. *Ja cielesne w relacji przywiązania i traumie*. Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2009.
33. Banfield S, McCabe MP. *An evaluation and clinical implications of the construct of body image*. Adolescence 2002; 37: 373–394.
34. Cash TF. *Beyond traits: Assessing body image states*. W: Cash TF, Pruzinsky T. red. *Body image: A handbook of theory, research, and clinical practice*. New York: Guilford Press; 2002. s. 163–170.
35. Brytek-Matera A. *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*. Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2008.
36. Nixon MK, Cloutier PF, Aggarwal S. *Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2002; 41:1333–1341.

37. Kubiak A. *Mechanizm radzenia sobie z napięciem u osób podejmujących nawykowe samo-uszkodzenia*. Praca doktorska. Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza; 2014. https://repozytorium.amu.edu.pl/jspui/bitstream/10593/10493/3/Anna%20Kubiak__rozprawa%20doktorska.pdf [dostęp: 02.12.2015].
38. Juzwin K. *An assessment tool for self-injury: The Self-Injury Self-Report Inventory (SISRI)*. W: Levitt J, Sansone R, Cohn L. red. *Self-harm behavior and eating disorders*. New York: Brunner-Routledge; 2004. s. 105–118.
39. Orbach I, Mikulincer M, King R, Cohen D, Stein D. *Thresholds and tolerance of physical pain in suicidal and nonsuicidal adolescents*. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1997; 65(4): 646–652.
40. Nijenhuis E, Spinhoven P, van Dyck R, van der Hart O, Vanderlinden J. *Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma*. *J. Trauma. Stress* 1988; 11: 711–730.
41. Suchańska A. *W poszukiwaniu wyjaśnień samoniszczenia. Samoniszczenie a kompetencje samoopiekuńcze*. *Forum Oświatowe* 2001; 2(25): 61–73.

Adres: Olga Sakson-Obada
Instytut Psychologii UAM w Poznaniu
60-568 Poznań, ul. Szamarzewskiego 89

Otrzymano: 5.03.2015

Zrecenzowano: 19.05.2015

Przyjęto do druku: 26.05.2015