

Magdalena Chodak (1), Łukasz Barwiński (2)

AUTOAGRESJA JAKO FORMA RADZENIA SOBIE ZE STRESEM - PRZEGLĄD ZAGADNIENÍ

SELF-AGGRESSION AS A FORM OF COPING WITH STRESS - A REVIEW OF ISSUES

(1) Zakład Psychologii Lekarskiej, Katedra Psychiatrii Collegium Medicum UJ, Kraków

Kierownik Zakładu: Prof. dr hab. Józef Krzysztof Gierowski

(2) Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

Dyrektor Instytutu: dr hab. Małgorzata Kossowska, prof. UJ

Streszczenie

Niniejszy przegląd ma za zadanie spojrzeć na zjawisko autoagresji jako możliwą formę radzenia sobie ze stresem psychologicznym. Model salutogenezy sformułowany przez Antonovskiego stał się punktem wyjścia do analizy zachowań tradycyjnie uznawanych za autodestrukcyjne z nieco innej perspektywy. Dokonano próby integracji zagadnień związanych z rozumieniem i funkcjami zachowań o charakterze autoagresji oraz zjawiskiem stresu psychologicznego i sposobami radzenia sobie z nim. Autoagresja została potraktowana jako specyficzna forma radzenia sobie ze stresem i na takiej funkcji zachowań autoagresywnych się skoncentrowano. Analizy dokonano w oparciu o podejście funkcjonalne, eksponując pytanie „po co osoba angażuje się w zachowanie o charakterze autoagresji”. Rozważania niniejsze stały się punktem wyjścia do stworzenia modelu badawczego, w ramach którego dokonano próby empirycznej weryfikacji założeń przedstawionych poniżej.

Abstract

In this report a review of self-aggression as a possible form of coping with stress was made. Salutogenic model formulated by Antonovsky became a basis for the analysis of the behavior, traditionally described as an auto-destructive one, from a different perspective. It was tried to integrate issues concerning understanding and functions of self-aggressive behavior with issues of psychological stress and coping forms. Self – aggression was conceptualized as a specific form of coping. The analysis was focused on a functional approach which emphasizes the question “why do people self-mutilate”. Moreover, current review become a starting point to create a research model for an empirical verification of assumptions made below.

Słowa klucze: autoagresja, radzenie sobie, poczucie koherencji, zachowanie impulsywne

Keywords: self-aggression, coping, sense of coherence, impulsive behavior

Wprowadzenie

Zjawisko autoagresji, jakkolwiek przyjmuje rozmaite formy, jest problemem od dawna interesującym zarówno badaczy jak i klinicystów. Charakter zachowań noszących znamiona samouszkodzeń stanowi bowiem dość poważny problem ze względu na ryzyko związane z powstaniem nierzadko głębokich szkód dla zdrowia u dokonujących je osób. Co więcej, problem ten rodzi wśród zajmujących się nim profesjonalistów liczne kontrowersje związany jest bowiem z celowym i świadomym zadawaniem sobie przez jednostkę ran i okaleczaniem

ciała. Często niezrozumiałe wydawać się mogą motywy kierujące postępowaniem osób autoagresywnych. Szkodliwość dokonywanych samouszkodzeń przybiera tym bardziej na znaczeniu, gdy weźmie się pod uwagę doniesienia o tym, iż co najmniej 5% osób dokonujących samookaleczeń popełnia w końcu samobójstwo [1]. Czynienie wysiłków w stronę dokładnego opisu oraz zrozumienia zjawiska autoagresji staje się zatem jedyną drogą umożliwiającą poznanie specyfiki funkcjonowania psychospołecznego osób dotkniętych omawianym problemem. Jednocześnie jest to jedyny sposób aby wdrażać skuteczne programy oddziaływań terapeutycznych.

Autoagresja może być rozpatrywana z perspektywy skutków jakie ze sobą niesie z pominięciem możliwych intencji osoby jej dokonującej i funkcji jakie spełnia takie właśnie zachowanie. Jednakże podejście skoncentrowane wyłącznie na szkodliwych konsekwencjach samouszkodzeń nie pozwala na pełne zrozumienie tego problemu. Okazuje się bowiem, że samouszkodzenia poza oczywistymi negatywnymi skutkami w postaci ran, blizn czy innych zniszczeń organizmu mogą pełnić swoiście pozytywne funkcje. Niejednokrotnie bowiem autoagresja staje się sposobem na redukcję napięcia, walkę z trudnymi sytuacjami, radzeniem sobie z różnymi stresorami czy komunikowaniem innym przeżywanych przez osobę problemów i cierpienia psychicznego (np. [2, 3, 4, 5]). Z całą pewnością zidentyfikowanie wszystkich możliwych funkcji jakie pełnią mogą zachowania o charakterze samouszkodzeń oraz ich poznanie stanowi poważne wyzwanie dla badaczy i specjalistów zajmujących się udzielaniem pomocy w takich sytuacjach. Tym bardziej zasadne wydaje się dokładanie starań aby dotrzeć do jak najbardziej podstawowych, pierwotnych źródeł tego typu zachowań. Zadanie to jest trudne między innymi z powodu konieczności przełamania schematu myślenia o zdrowiu i prawidłowym funkcjonowaniu człowieka. Autoagresja może być bowiem pojmowana z jednej strony jako zachowanie jawnie destrukcyjne, z drugiej zaś okazuje się, że można spojrzeć na zjawisko to jako niezwykle specyficzną próbę utrzymania wewnętrznej spójności czy integralności osoby [5]. Niewątpliwie przełamanie paradygmatu patogenetycznego i rezygnacja z niego znacznie ułatwia dostrzeżenie w autoagresji wszystkich jej aspektów. Jednocześnie wydaje się, iż perspektywa salutogenetyczna sformułowana przez Aarona Antonovskiego [6] może otworzyć przed badaczami możliwość na zupełnie inne spojrzenie na samouszkodzenia, ich mechanizmy i funkcje niż dotychczas. Koncentracja na czynnikach ochronnych zdrowia oraz analiza autoagresji przez ich pryzmat ukazać może zupełnie odmienne oblicze samouszkodzeń. I chociaż nie sposób zapomnieć, iż osoba dokonująca samookaleczeń niewątpliwie krzywdzi swoje ciało zadając sobie ból oraz rany, łatwiej będzie dzięki temu szukać źródeł, motywów oraz funkcji tych i innych zachowań o charakterze autodestrukcyjnym.

Autoagresja – prezentacja zjawiska

W pracach poświęconych problematyce autoagresji występuje 27 różnych nazw odnoszących się do omawianego zjawiska a określenia, takie jak samouszkodzenia, samookaleczenia czy samoniszczenie są właśnie tymi, które pojawiają się najczęściej [7]. Co prawda, poszczególni autorzy pod nazwami tymi często rozumieją nieco odmienne przejawy zachowań autodestrukcyjnych, tym niemniej, przyjęto za Babiker i Arnold [8] zamiennie ich stosowanie zachowując jednak świadomość subtelnych różnic. Również pojęcie autoagresji, skądinąd termin o bardzo szerokim zakresie znaczeniowym, traktowane będzie zamiennie na określenie omawianych zachowań autodestrukcyjnych.

Pojęcie samouszkodzeń jako kategorii psychopatologicznej odmiennej i odrębnej od samobójstwa po raz pierwszy wprowadził Karl Menninger w latach trzydziestych XX wieku [9]. Badacz ten definiował celowe okaleczanie własnego ciała jako „częściową” formę samobójstwa, swoisty kompromis pomiędzy wzajemnie wykluczającymi się popędami życia i śmierci ostatecznie umożliwiający przetrwanie jednostki. Pisał on wręcz, iż zachowania o

charakterze autoagresji stanowią swoistą, „ocenzurowaną” formę samobójstwa [3]. Na przestrzeni lat postrzeganie autoagresji ewoluowało jednak w kierunku bardziej stanowczego i wyraźnego odróżnienia tej formy zachowania od samobójstwa. Rozróżnienie to wynika bowiem z fundamentalnej odmienności pomiędzy samouszkodzeniem a zamachem samobójczym. Wyraża się ona w tym, że samouszkodzenie stanowi kontynuację zmagania jednostki z cierpieniem i problemami, których doświadcza, podczas gdy samobójstwo jest niczym innym jak desperacką próbą definitywnego odcięcia się od dotychczasowej linii życiowej. Dodatkowo zwraca się uwagę na negatywny charakter aktów samobójczych, podczas gdy samouszkodzenia, w specyficznych warunkach, mogą być rozpatrywane jako zachowania o walencji pozytywnej, samozachowawcze czy obronne [2]. Taki sposób pojmowania autoagresji stanowi punkt wyjścia dla omawiania tego zjawiska w niniejszym artykule. Autoagresja zostanie przedstawiona z perspektywy podkreślającej polimotywacyjny charakter zachowań realizowanych przez jednostkę, jako obronny środek radzenia sobie z sytuacjami trudnymi oraz sposób redukcji powstającego napięcia.

Trudno o jednoznaczną i ostateczną definicję autoagresji. Babiker i Arnold [8] proponują aby za samouszkodzenia uznawać każdy akt polegający na intencjonalnym zadawaniu bólu albo ran swemu ciału nie mający jednak doprowadzić do śmierci (jak to jest w przypadku samobójstwa). Suchańska [9, 10], z kolei, formułując definicję autoagresji kładzie nacisk na jej charakterystykę behawioralną pisząc, iż za autoagresję uznać możemy zachowania dobrowolne i celowe, podejmowane mniej lub bardziej refleksyjnie, doprowadzające do powstania zagrożenia dla zdrowia jednostki. Są to zatem zachowania o wyraźnie autodestrukcyjnym charakterze. Zachowania autodestruktywne z bardziej ogólnej perspektywy definiuje Kubacka-Jasiecka [3] podkreślając, iż są to zachowania dobrowolne (dowolne) pośrednio lub bezpośrednio stanowiące zagrożenie dla zdrowia emocjonalnego, społecznego bądź fizycznego jednostki. Widać zatem wyraźnie, iż do kluczowych kryteriów autodestruktywności aktów autoagresji należy po pierwsze *intencja* powiązana z dobrowolnością oraz świadomością podejmowanych działań. Przyjmować ona może różne formy zawarte pomiędzy biegunami autoagresji intencjonalnej do nieintencjonalnej. Drugie kryterium stanowi *stopień szkodliwości* danego zachowania, mieszczący się w zakresie od bezpośredniego zagrożenia dla zdrowia do aktów jedynie pośrednio lub nawet potencjalnie zagrażających. Szkodliwość może być zatem wyrażana w postaci natychmiastowych i wprost zagrażających skutków zachowania autodestruktywnego aż do odległych, potencjalnych zagrożeń.

Zachowania autodestruktywne można podzielić na dwie podstawowe grupy: kulturowe oraz dewiacyjne [7]. Do zachowań kulturowo usankcjonowanych należeć będą między innymi takie jak przekłuwanie uszu, rytualne uszkodzenia skóry, tatuowanie ciała, i inne. Cechą wspólną tej kategorii zachowań jest cywilizacyjny czy kulturowy kontekst ich podejmowania [11]. Wiele z takich czynności ma swoje silnie zakorzenione podłoże kulturowe czy symboliczne i stanowi nieodłączny element życia społecznego danej zbiorowości ludzi [12]. Takie formy autoagresji nie będą przedmiotem niniejszego artykułu – są one bowiem społecznie akceptowane a wręcz kulturowo wymuszone. Samouszkodzenia tego typu bywają ściśle powiązane z ustaloną strukturą społeczną i są dokonywane jako realizacje atrybutów przypisanych do konkretnych ról społecznych. Szczególnie interesujące z punktu widzenia psychiatrii i psychologii są samookaleczenia o charakterze dewiacyjnym. Favazza [13] pisze, iż są to akty intencjonalnego wyrządzenia krzywdy własnemu ciału pozbawione jednak intencji samobójczej. Podobnie definiują samouszkodzenia dewiacyjne Winchel i Stanley stwierdzając, że są to czyny podejmowane przez jednostkę bez udziału i pomocy ze strony innych ludzi, uszkadzające lub zagrażające zdrowiu z wykluczeniem czynów o intencji samobójczej lub związanych z pobudzeniem seksualnym [7]. Analizując charakter zachowań autoagresywnych Favazza dokonał podziału samouszkodzeń o

charakterze dewiacyjnym na kolejne trzy podkategorie: samouszkodzenia wielkie, stereotypowe oraz umiarkowane. Samouszkodzenia wielkie występują rzadko i związane są z poważnymi i często rozległymi uszkodzeniami ciała. Przykładami zachowań takich są m.in. dokonywanie autokastracji, amputacje palców lub kończyn, wykłuwanie oczu, powodowanie rozległych i głębokich oparzeń, inne. Często związane są one ze współwystępującą chorobą psychiczną bądź intoksykacją substancjami psychoaktywnymi. Samouszkodzenia stereotypowe natomiast cechują się powtarzalnymi wzorcami zachowania przyjmującego często formę symboliczną bądź rytualną. Najbardziej powszechnymi przykładami są uderzanie głową w ścianę, wyłamywanie palców lub wbijanie sobie palców do oczu. Znacznie częściej niż pozostałe formy autoagresji współwystępują z zaburzeniami o charakterze organicznym w szczególności z zaburzeniami z kręgu autyzmu oraz upośledzeniem umysłowym. Ostatnią podkategorią są samouszkodzenia umiarkowane. Występują one najczęściej i dotyczą pojedynczych lub powtarzających się zachowań w formie dokonywania płytkich nacięć ostrymi narzędziami, przypalania skóry, rozdrapywania ran, zadawaniu sobie ciosów czy wrywaniu włosów. Są to samouszkodzenia stwarzające relatywnie niewielkie zagrożenie dla powstania poważnych obrażeń ciała, często występują jednak przewlekłe.

W tym miejscu, kiedy przedstawiono już podstawowe definicje zjawiska autoagresji należy zatrzymać się nieco nad wspomnianymi wcześniej *umiarkowanymi (moderate)* przejawami autoagresji. Zostały podzielone one na dwie podstawowe podkategorie – samouszkodzenia kompulsywne oraz samouszkodzenia impulsywne [13, 14]. Te ostatnie zaś również podzielono na kolejne dwie formy: epizodyczną oraz nawracającą. Samouszkodzenia umiarkowane należą do tych przejawów zachowań autodestruktywnych, które spotyka się najczęściej i które budzą relatywnie duże zainteresowanie badaczy oraz terapeutów. Z uwagi na największą częstość ich występowania stanowią bowiem problem wymagający refleksji, adekwatnego opisu oraz stworzenia narzędzi badawczych umożliwiających jak najpełniejsze ich zrozumienie oraz wyjaśnienie ich źródeł. Kategoria *samouszkodzeń kompulsywnych* dotyczy zachowań, które polegać będą na wielokrotnym, powtarzającym się i występującym codziennie lub niemal codziennie wrywaniu włosów (trichotillomania), rozdrapywaniu skóry oraz powstałych ran czy też wyciskaniu skóry. Przyjmują one formę działań rytualizowanych lub zautomatyzowanych, podejmowanych zwykle bez większej refleksji w sposób nawykowy, nawracający. Samouszkodzenia kompulsywne, mające u podłoża rozładowanie lub obniżenie napięcia czy też ochronę przed zagrażającymi z punktu widzenia jednostki wydarzeniami, podejmowane są często jako wyuczona, przymusowa reakcja organizmu na stresory dnia codziennego [7]. Jednostka angażująca się w tego typu działania nie ma pełnej kontroli nad ich inicjacją oraz przebiegiem, a ich nie wykonanie rodzi uczucie lęku i niepewności stając się dodatkowym źródłem napięcia wewnętrznego. Wyróżniającą cechą wydaje się więc samonapędzający charakter tej formy autoagresji. Zablokowanie czynności lub nawet próba powstrzymania się wzmaga napięcie wzmacniając przymus dokonania aktu autoagresji. Samouszkodzenia kompulsywne współwystępują często z zaburzeniami obsesyjno – kompulsywnymi [14]. Przeciwnie, *samouszkodzenia impulsywne* dokonywane są na skutek zadziałania określonego bodźca lub bodźców, mogących przyjmować często charakter stresowy. Nie obserwuje się tu jednak przymusowego i automatycznego przebiegu zachowania. W dużo większym stopniu działania te są świadome i celowo inicjowane przez jednostkę, ma ona również większą kontrolę nad podejmowanymi czynnościami. W zależności od formy jaką przyjmują samouszkodzenia impulsywne, dzieli się je na zachowania epizodyczne, jednorazowe, specyficzne dla konkretnej sytuacji oraz nawracające, w których wyodrębnić można pewien schemat działania, sekwencje czynności etc. Niejednokrotnie epizody, pojawiając się coraz częściej, przeradzają się w ukształtowany wzorec zachowania zmieniając swoją postać na nawracającą, chroniczną. Najbardziej

niebezpiecznym zjawiskiem towarzyszącym samouszkodzeniom nawracającym jest swoiste wpisanie tych zachowań w tożsamość jednostki, w jej naturalne działanie [14]. Postrzega ona wtedy akty autoagresji jako oczywisty i skuteczny sposób na walkę z napotykanymi trudnościami, który dodatkowo zinternalizowała i w pełni zaakceptowała. Warto zaznaczyć, iż osoba dokonująca samouszkodzeń epizodycznych, nie postrzega siebie jako „agresora” wobec samej siebie [15]. Dopiero samouszkodzenia nawracające związane są z uzyskaniem przez jednostkę wglądu w podejmowane działania i identyfikację siebie jako osoby autoagresywnej [13]. Do przejawów samouszkodzeń impulsywnych zalicza się na przykład płytkie przecinanie skóry ostrymi narzędziami, przypalanie, bicie się lub zadawanie ciosów.

Brak jest jednoznacznie stwierdzonych wielkości i zasięgu występowania zjawiska autoagresji w populacji ogólnej. Comer [15] pisze o rozpowszechnieniu pomiędzy 750-1400 na 100000 mając na myśli samouszkodzenia umiarkowane. Favazza [13] podaje wartości 400-1400 na 100000, z kolei, Babiker i Arnold [8] przytaczają badania Tantama i Whittakera mówiące, iż co najmniej 1 na 600 osób autoagresywnych wymaga interwencji lekarskiej oraz hospitalizacji spowodowanych przez wyniki z samookaleczeń uszkodzenia ciała. Briere i in. stwierdzili, że 11% studentów choć raz w życiu miało epizod związany z autoagresją, mianowicie z zadawaniem sobie ran ciętych [8]. Skegg [1] podaje, że 5-9% nastolatków z krajów rozwiniętych przejawia zachowania o charakterze samouszkodzeń. Wreszcie Carr [16] donosi, że w populacji generalnej osób w wieku 19-32 lat ponad 15% osób choć raz dokonało jakiegoś samookaleczenia. Choć zatem podanie ostatecznej liczby osób uwikłanych w zachowania autodestruktywne nie jest możliwe można spodziewać się, iż 1-10% przejawia tego typu zachowania w ciągu życia. Interesujących obserwacji dokonał Whalen [7] odnośnie autoagresji impulsywnej (głównie epizodycznej). Podaje on, że, poza metodami mieszanymi (78%), najczęściej występują cięcia – 72%, kolejno pojawiają się przypalanie, oparzenia 35%, uderzanie się, bicie siebie 30%, rozdrapywanie ran, ingerowanie w proces gojenia uprzednich obrażeń 22%, wyrywanie włosów 10%, łamanie kości 8%. Co więcej, osoba autoagresywna dokonująca samouszkodzeń przeciętnie dokonuje co najmniej 50 aktów samookaleczeń od pierwszego tego typu epizodu do czasu gdy tendencje autoagresywne zaczynają słabnąć wraz z wiekiem.

Warto w tym miejscu przybliżyć też sylwetkę typowej osoby zaangażowanej w samouszkodzenia. Określenie typowego przedstawiciela jest rzecz jasna uproszczeniem i swoistym uogólnieniem, z którym niekoniecznie musimy mieć do czynienia stykając się z problemem autoagresji [15]. Tym niemniej, można wyodrębnić pewne cechy najczęściej powiązane z występowaniem samookaleczeń. Whalen [7] powołując się na Favazzę i Conterio przedstawił taką „zbiorową” sylwetkę osoby autoagresywnej opierając się o najczęściej pojawiające się cechy. Pisze, iż najczęściej jest to kobieta pomiędzy 20 a 30 rokiem życia, posiadająca pewną, kilkuletnią już historię tego typu zachowań, należąca do klasy średniej lub wyższej, najczęściej inteligentna oraz wykształcona. Prawdopodobnie jest to osoba, która w dzieciństwie doświadczyła ze strony swojego otoczenia fizycznej bądź seksualnej przemocy, wielokrotnie była świadkiem nadużywania alkoholu, zaniedbywana wychowawczo. Ponadto często jako dziecko chorowała, być może była hospitalizowana oraz poddawana różnym interwencjom medycznym. Charakterystyczne wydaje się również, iż osoba taka bywa i/lub była niezadowolona z siebie, miała trudności w kontroli emocji oraz ich adekwatnej ekspresji. Co ważne, wśród osób autoagresywnych zazwyczaj występuje dość wysokie podobieństwo profilu osobowości przyjmującego cechy histeryczne, socjopatyczne oraz elementy osobowości z pogranicza [3]. Pomimo jednak, iż autoagresja częściej obserwowana jest u kobiet – 60-97% osób autoagresywnych to kobiety [np. 13,17] – nie należy zapominać, że dotyczy również mężczyzn. Wśród tej części populacji znacznie częściej samouszkodzenia występują wśród więźniów, gdzie czynniki subkulturowe związane z gloryfikacją odporności na ból, „męskością” wywierają ogromny wpływ na osadzonych

mężczyzn [8]. Występowanie samouszkodzeń wśród więźniów związane jest też z próbami manipulowania personelem penitencjarnym oraz długością i trybem odbywania kary pozbawienia wolności. Ponadto warto zwrócić uwagę, iż chociaż u mężczyzn autoagresja pojawia się rzadziej niż u kobiet, przyjmuje w ich przypadku znacznie poważniejsze formy a obrażenia, jakie sobie oni zadają cechują się zazwyczaj stwarzaniem wyższego poziomu zagrożenia dla zdrowia jednostki.

Źródła i funkcje autoagresji

Autoagresja jest zjawiskiem o zdecydowanie polimotywowym charakterze. Wśród podstawowych motywów leżących u źródeł podejmowania przez jednostkę samouszkodzeń Kubacka-Jasiecka wymienia: regulowanie poziomu napięcia wewnętrznego poprzez jego obniżanie, gdy jest postrzegane przez jednostkę jako zagrożenie lub podnoszenie poziomu pobudzenia (stymulowanie); radzenie sobie z trudnymi stanami emocjonalnymi jak lęk, złość czy niepokój; przywracanie poczucia kontroli i panowania nad sytuacją; wzmacnianie poczucia tożsamości; komunikowanie otoczeniu odczuwanego odrzucenia i wyobcowania; zagłuszanie cierpienia psychicznego tzn. zamiana bólu i cierpienia psychicznego na nieprzyjemne doznania fizyczne [3].

Badania Wycisk [18] pokazują, że motywami podawanymi przez osoby dokonujące samookaleczeń są najczęściej dążenie do rozładowania napięcia oraz radzenie sobie z silnymi i/lub trudnymi emocjami: radzenie sobie z przytłaczającymi „negatywnymi” emocjami (20%); pokonywanie napięcia wewnętrznego (18%); radzenie sobie ze złością skierowaną na siebie (9%) oraz na innych (9%). Dodatkowo badani podawali m.in. dostarczanie sobie intensywnych bodźców i pokonywanie nudy (11%), komunikowanie innym swojego cierpienia (9%), próba zaimponowania otoczeniu (9%), ciekawość, poczucie kontroli nad własnym ciałem i inne (5-6%).

Rozważając psychologiczne funkcje autoagresji, zasadnym wydaje się rozdzielenie ich na dwie podstawowe grupy: funkcje społeczne oraz osobiste [19]. Społeczne funkcje samouszkodzeń związane są z relacjami jednostki z innymi ludźmi i dotyczą wszystkich możliwych dla niej korzyści płynących z tychże relacji. Jednocześnie, aby korzyści takie mogły się pojawić, autoagresja niosąca owe funkcje musi być widoczna dla otoczenia, np. w postaci blizn. Funkcje osobiste, z kolei, dotyczą korzyści psychologicznych niezależnych od otoczenia społecznego. Najczęściej wiążą się one z poprawą samopoczucia, rozładowaniem napięcia, podniesieniem komfortu psychicznego – jakkolwiek dziwnie może to zabrzmieć. Rzecz jasna uzyskanie gratyfikacji w postaci lepszego samopoczucia nie musi być tożsame z samym aktem autoagresji ale z pojawiającymi się po jego dokonaniu emocjami czy subiektywnym poczuciem odprężenia.

Mechanizmy psychologiczne autoagresji

Poszukując psychologicznych wyjaśnień zjawiska autoagresji można odwołać się niemalże do każdego z funkcjonujących w ramach psychologii paradygmatów – od psychodynamicznego zaczynając a na fenomenologicznym kończąc. Można szukać wyjaśnień zachowań autodestrukcyjnych w klasycznej teorii „frustracji–agresji” Dollarda – Millera, która zakłada, iż agresja jest zawsze poprzedzona frustracją a każda frustracja prowadzi do agresji [20]. W wypadku zaś samouszkodzeń mamy do czynienia z odwróceniem kierunku bodźców agresywnych z otoczenia na samego siebie. Ponieważ jednak autoagresja powoduje oczywiste negatywne konsekwencje dla podejmującego ją podmiotu jest w ujęciu tej koncepcji zjawiskiem szczególnym i wyjątkowym. Z zachowaniem samoniszczącym będziemy mieć do czynienia jeśli zostanie spełniony jeden z dwóch warunków [14]: 1) autoagresja będzie zachowaniem przemieszczonym, które pierwotnie skierowane było na zewnątrz ale z powodu przeszkód (np. zagrożenia poważną karą) uległo zahamowaniu lub 2) źródło frustracji

jednostka subiektywnie widzieć będzie w samej sobie. Odwołując się do powyższej koncepcji należy zwrócić jednak uwagę na pewien istotny element. Klasyczna teoria agresji Dollarda – Millera będzie zakładać w tym wypadku, iż każde zachowanie autodestruktywne ma podłoże agresywne. Tym samym należałoby stwierdzić, że każdy akt autoagresji ma na *celu* skrzywdzenie się albo ukaranie się. Suchańska [9] podkreśla jednak, iż nie należy mylić celu ze *skutkiem* zachowania autoagresywnego, dlatego też krzywda wyrządzana sobie podczas danego zachowania nie jest jednoznaczna z wystąpieniem intencji skrzywdzenia siebie. Przeciwnie, skutek ten wielokrotnie jest „produktem ubocznym” a nie podstawowym i na pewno nie jedynym motywem podejmowania tego typu działań. Tym samym wyjaśnienie, jakie proponuje koncepcja „frustracji–agresji” – skądinąd całkiem użyteczna w odniesieniu do agresji w ogóle – w przypadku zachowań autodestrukcyjnych nie jest wystarczające.

Warto wspomnieć o koncepcjach eksponujących mechanizm regulacji emocji jako kluczowy dla powstawania autoagresji. Funkcjonowanie emocji wydaje się bowiem dość specyficzne dla osób samookaleczających się, szczególnie jeśli chodzi o zmniejszenie lub brak umiejętności radzenia sobie z emocjonalnym napięciem. Favazza [13], na przykład, traktuje samouszkodzenia jako formę uwolnienia się od przeżywanego gniewu. Gniew ten może mieć źródło zarówno w jednostce jak i w otoczeniu, tym niemniej rodząca się razem z nim agresja skierowana jest na siebie jako „bezpieczna” forma wyrażenia silnych emocji. Dzięki temu jednostka nie musi podejmować potencjalnie zagrażającej konfrontacji z otoczeniem społecznym. Podejście to kładzie dość duży nacisk na brak typowych umiejętności kontroli impulsów emocjonalnych u osoby autoagresywnej, ściśle związane ze swoistymi niedostatkami, niepozwalającymi na konstruktywne oraz adekwatne rozładowanie gniewu. Podobnie działał będzie inny mechanizm wymieniany przez Favazzę – mechanizm rozładowania napięcia oraz lęku [13]. W tym wyjaśnieniu, z kolei, kluczowe jest przywrócenie równowagi funkcjonowania systemu ciało-umysł, które nie następuje w sposób naturalny, a jedynie poprzez zachowania autodestrukcyjne (np. nacinanie skóry).

Wycisk [14] wymienia jeszcze mechanizmy przerwania stanu dysocjacji oraz unikania bólu psychicznego. Obcość oraz nierealność zarówno otoczenia jak i własnego ciała stają się istotnymi czynnikami sprzyjającymi samouszkodzeniom. Ponadto doznawanie bólu fizycznego zamiast cierpienia psychicznego występuje tu jako zastępcza forma przeżyć jednostki. Kolejny raz jednak okazuje się, iż osobie autoagresywnej brakuje umiejętności radzenia sobie z lękiem, żalem albo bezradnością – łatwiej wtedy o decyzję aby właśnie za pomocą samookaleczeń zmienić przedmiot postrzeganego cierpienia, albo wręcz przywrócić je do stanu przeciwnego. Umiejscowienie bólu w obrębie własnego ciała daje taką możliwość. Kubacka-Jasiecka [3], z kolei, wymienia takie mechanizmy zachowań autodestrukcyjnych jak deficyty siły ego - brak lub niedostatek umiejętności albo cech stanowiących stabilizatory bezpiecznego zachowania oraz przetrwania; zaburzony wzorzec dbania o siebie; pragnienie ucieczki od samoświadomości - redukcja emocji negatywnych powstających na skutek poczucia małej wartości; chęć ucieczki od sytuacji symbolizującej odrzucenie; ograniczenie przeżywania do „tu i teraz” - stosowanie doraźnych strategii w celu uzyskania satysfakcji lub redukcji bólu psychicznego oraz niedostrzeganie bardziej odległej perspektywy.

Pojęcie stresu psychologicznego i radzenia sobie – aktywność jednostki wobec stresu

Pojęcie stresu w znaczeniu, jakim posługuje się nim psychologia nie stanowi obecnie określenia jedynie naukowego – wyraz „stres” na dobre zadomowił się w języku potocznym. Pomimo tego trudno oczekiwać, aby zjawisko to mogło mieć jednolite i sprecyzowane znaczenie, co obserwuje się zarówno na gruncie psychologii jak i w rozumieniu nienaukowym.

Niezwykle interesująca wydaje się koncepcja stresu Stevana Hobfolla, która zalicza się do tzw. relacyjnych koncepcji stresu. Przedstawił on ją w swojej teorii zachowania

zasobów [21]. Przyjął za punkt wyjścia, iż najbardziej podstawowym i ogólnym celem działań jednostki jest zdobywanie, utrzymywanie oraz ochrona różnych, atrakcyjnych z jej punktu widzenia obiektów, zwanych przez Hobfolla zasobami. Stresory będą zatem wpływały na działania ludzi zmierzające w kierunku zdobywania lub ochrony owych zasobów. Co więcej, ludzie cechują się właściwością „kultywowania” zasobów nawet wtedy, gdy w danym momencie nie doświadczają stresu [21]. Wydaje się zatem, że kluczem do zrozumienia strategii reagowania na stres jest antycypacyjne działanie zaradcze, polegające na przewidywaniu przez jednostkę możliwych zagrożeń związanych z potencjalną utratą zasobów.

Radzenie sobie (*coping*) dotyczy tych wszystkich działań jednostki, jakie uruchamiane są w celu pokonania trudności związanych ze zjawiskiem stresu psychologicznego. Tradycyjne ujęcie radzenia sobie Lazarusa i Folkman definiuje proces ten jako pewien całokształt wysiłków poznawczych i behawioralnych, jakie podejmuje jednostka w celu przywrócenia zaburzonej równowagi pomiędzy jej zasobami a wymaganiami zewnętrznymi [22]. Istotą takiego relacyjnego podejścia jest pojawienie się wymagań otoczenia będących na granicy możliwości przystosowawczych człowieka albo nawet te możliwości przekraczających [23]. W przypadku wystąpienia tego typu sytuacji jednostka dokonuje jej poznawczej analizy dochodząc do wniosku, iż wystąpiło zachwianie równowagi adaptacyjnej niosące realne albo potencjalne zagrożenia. Dodatkowo uruchamiane zostają przeżycia emocjonalne, często niezwykle intensywne i nieprzyjemne - napięcie emocjonalne. Staje się to następnie punktem wyjścia do uruchomienia przez jednostkę działań zmierzających do zmiany takiego stanu rzeczy (zmiana sytuacji stresowej) oraz poprawy dokuczliwego stanu emocjonalnego. To właśnie ocena poznawcza dokonywana subiektywnie przez podmiot ma kluczowe i najważniejsze znaczenie dla rozpoznania sytuacji jako zagrażającej oraz uruchomienia i kontynuowania strategii zaradczych – obiektywne właściwości sytuacji pozostają zaś odsunięte daleko w cień [21].

Chociaż koncepcji radzenia sobie sformułowanej przez Lazarusa i Folkman można wiele zarzucić i rzeczywiście była ona wielokrotnie krytykowana nikt, jak dotąd, nie przedstawił żadnej poważnej propozycji konkurencyjnej. Wraz z pionierskimi badaniami Lazarusa zaczęto przyjmować dość powszechnie podstawowe rozróżnienie działań zaradczych na dwa kluczowe typy: radzenie sobie skoncentrowane na problemie (strategie zadaniowe, instrumentalne) oraz radzenie sobie skoncentrowane na emocjach (samoregulacja emocji). Zadaniowe strategie radzenia sobie związane są z podejmowaniem przez jednostkę bezpośrednich wysiłków zmierzających do usunięcia problemu odpowiedzialnego za ocenę zdarzenia jako stresowego [24]. Są to zatem te wszystkie działania skoncentrowane na zadaniu, jakim jest redukcja stresowego charakteru sytuacji. Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach, dotyczy zniwelowania napięcia emocjonalnego, jakie powstaje na skutek zadziałania bodźców stresowych i subiektywnej oceny sytuacji jako zagrażającej. Uważa się jednak, że większość sytuacji stresowych aktywizuje obie formy radzenia sobie, a granica między nimi nie musi być całkowicie ostra i jednoznaczna [25].

Jako uzupełnienie opisanych powyżej strategii radzenia sobie Endler i Parker wprowadzają pojęcie radzenia sobie skoncentrowanego na unikaniu [23]. Dotyczyłoby ono albo podejmowania działań niezwiązanych bezpośrednio z aktualną sytuacją stresową, np. działań zastępczych czy odwracających uwagę jednostki od zagrożenia albo nie podejmowania żadnych działań i bierne czekanie na zakończenie działania stresora. Ta druga sytuacja wiąże się z czymś w rodzaju przeczekania czy ścierpienia niedogodności i uciążliwości związanych z sytuacją stresową. Ponadto strategie unikowe mogą przejawiać się w zaprzeczaniu, utracie nadziei na poprawę albo dystansowaniu się od problemu, co najczęściej związane jest z obniżoną samoregulacją emocji [26].

Park i Folkman wprowadzają jeszcze kategorie radzenia sobie skoncentrowanego na znaczeniu [23]. Dotyczy ono obróbki poznawczej, dzięki której jednostka nadaje nowe znaczenia sytuacjom chronicznego stresu, które nie dają się kontrolować i jako niekontrolowalne się jawią. Nie zaskakuje też wyodrębnienie strategii związanych z poszukiwaniem wsparcia społecznego - liczne analizy procesu radzenia sobie pokazują, bowiem, iż nie należy lekceważyć współwystępującego w nich aspektu społecznego.

Wieloosiowy model radzenia sobie

Tradycyjne modele radzenia sobie ze stresem w dużej mierze ograniczają możliwości faktycznego zróżnicowania możliwych zachowań adaptacyjnych człowieka. Często są statyczne i nie uwzględniają interakcji jednostki z otoczeniem społecznym [21]. Stało się to dla Hobfolla i jego zespołu punktem wyjścia do sformułowania wieloosiowego modelu radzenia sobie ze stresem, który z założenia miał ujmować zjawisko radzenia sobie z szerokiej perspektywy akcentując jego interakcyjny charakter. Pierwotnie opisywany model dotyczył dwóch ortogonalnych (niezależnych) wymiarów (osi) oddzielających w sposób wyraźny i jednoznaczny aktywność jednostki jako takiej od społecznego kontekstu radzenia sobie [21]. Pierwsza oś modelu dotyczyła zachowań rozpiętych pomiędzy **aktywnością** a **biernością** jednostki. Aktywność zaradcza związana jest z orientacją na działanie w przeciwieństwie do radzenia sobie w obszarze wzajemnych relacji osoby z otoczeniem. Aktywność tak rozumiana może przejawiać się w uruchamianiu działań zaradczych w odpowiedzi na przewidywanie pojawienia się stresu albo w czasie rzeczywistego zagrożenia oraz na gromadzeniu zasobów „na zapas” lub podczas odbudowywania środków już utraconych. Hobfoll [21] wyraźnie podkreśla, iż aktywność nie jest tożsama z zadaniową strategią radzenia sobie rozumianą tradycyjnie, tak jak to było w modelu Lazarusa. Strategie skoncentrowane na problemie implikują bowiem konieczność zindywidualizowanego działania, samodzielności a nawet kontrolowania innych podczas realizacji zadania. Pojęcie aktywności nie jest obarczone takimi ograniczeniami. Druga oś modelu związana jest ze wspomnianym **społecznym** wymiarem radzenia sobie. Na osi tej umieścić można każde działanie zaradcze ze względu na stopień, w jakim uwzględnia ono wzajemne oddziaływania pomiędzy jednostką a jej otoczeniem. W tym sensie powstaje wymiar o trzystopniowym zabarwieniu – działanie niezależne od innych ma charakter *aspołeczny*, działanie skierowane przeciwko innym dla osiągnięcia własnych celów jest *antyspołeczne*, i wreszcie działania związane ze współpracą jednostki z otoczeniem na rzecz wspólnych korzyści określa się mianem *prospołecznych*. Nałożenie tych dwóch osi na siebie tworzy dwuwymiarowy układ odniesienia czy układ współrzędnych, na którym możemy umiejscowić działania zaradcze jednostki i określić tym samym ich charakter. Pomimo tego Hobfoll wraz ze współpracownikami uznali, iż model dwuwymiarowy jest modelem niewystarczającym do pełnego opisu zjawiska radzenia sobie. W ten sposób skonstruowano trzecią oś – **oś bezpośredniości** działania. Bezpośredniość nie ma żadnego związku z aktywnością, podobnie jak jej drugi biegun – działania „nie wprost” – nie ma nic wspólnego z pasywnością czy brakiem działania [21]. Wymiar bezpośredniości ma bowiem ścisły związek z kolektywistycznym pojmowaniem radzenia sobie. Zachowania mieszczące się w pobliżu bieguna „nie wprost” często dotyczą działań nie ukierunkowanych bezpośrednio na rozwiązanie problemowej sytuacji ale na pośrednie „przygotowanie gruntu” pod dalsze działania. W szczególności są one nastawione na utrzymanie harmonii jednostki z innymi zamiast natychmiastowego zaspokojenia jej potrzeb. Obrazowo można powiedzieć, że osoba działająca „nie wprost” pokazuje innym jedno a robi drugie – pozostając wierna swoim „ideałom” jest gotowa godzić się na chwilowe odroczenie ich realizacji, sprawiając wrażenie zatroskanej szczególnie o dobro innych zamiast swojego. W tym samym czasie tworzy przyjazny grunt pod kolejne, bardziej bezpośrednie środki zaradcze.

Autoagresja jako forma radzenia sobie ze stresem

Opisane zjawisko stresu psychologicznego oraz strategie radzenia sobie z sytuacjami trudnymi mogą zostać zrozumiane i wyjaśnione jeszcze dokładniej jeśli przeanalizuje się je pod kątem salutogenetycznego modelu zdrowia oraz jego kluczowego składnika – poczucia koherencji. W przeciwieństwie do paradygmatu patogenetycznego koncepcja salutogenezy kieruje się w stronę wymagań zewnętrznych czy sytuacji trudnych, które mogą być wyzwaniem albo szansą na rozwój [6]. W centrum zainteresowania pozostają zasoby indywidualne oraz czynniki ochronne, strategie radzenia sobie oraz zasoby ekologiczne i społeczne. Model patogenezy koncentruje się jedynie na czynnikach ryzyka, usposabiających jednostkę między innymi do załamania zdrowia albo pojawienia się jakichś zaburzeń. Traci jednocześnie z pola widzenia właśnie te elementy, które bezpośrednio wpływać mogą na zdolność zachowania przez jednostkę dobrostanu, pomimo obecności nawet bardzo silnego stresu. Tym niemniej wydaje się, iż najprawdopodobniej dopiero łączna analiza czynników ryzyka oraz czynników ochronnych, zasobów oraz patogenów daje wystarczająco szerokie ramy myślenia o procesach zdrowia i choroby a więc także o mechanizmach pojawiania się zachowań o szkodliwym, dysfunkcyjnym charakterze. Interesujące podejście o takim zintegrowanym charakterze proponuje na przykład koncepcja resilience (por. [27, 28]).

Zachowania autoagresywne rozpatrywane z perspektywy funkcjonalnej niejednokrotnie łączone bywają z procesem radzenia sobie ze stresem. Z jednej strony samouszkodzenia ujmować można bowiem jako uogólniony ubytek w strategiach zaradczych, z drugiej zaś jako swoiste strategie radzenia, skądinąd świadczące o pewnym niedostosowaniu [5]. Można jednak dokonać próby analizy samookaleczeń nieco inaczej, korzystając ze sformułowanej przez Becka zasady „psychologicznego hedonizmu” [19]. Mówi ona między innymi, że ludzie zawsze dążą do maksymalizowania przyjemności i minimalizowania dyskomfortu. Ponieważ zasada ta ma charakter uniwersalny i dotyczy wszelkiej aktywności człowieka zasadne wydaje się zatem zastosowanie jej również w odniesieniu do zachowań autoagresywnych. W tym kontekście działania o charakterze samouszkodzeń, na kontinuum „przyjemność – przykreść”, muszą być oceniane przez podejmujący je podmiot jako przyjemne (Warto zaznaczyć, że fakt czy jednostka na poziomie świadomym postrzega samouszkodzenia jako zachowanie przyjemne będące formą radzenia sobie nie ma większego znaczenia [5]). Rzecz jasna wspomniana pozytywna ocena samookaleczeń jakiej jednostka dokonuje subiektywnie będzie związana z określonymi funkcjami zachowań tego typu. Powyższy tok rozumowania ma zatem sens jeśli wziąć pod uwagę takie funkcje autoagresji jak obrona, przystosowanie czy odnoszenie przez Ja bezpośrednich korzyści [3]. Podstawową kwestią jest zatem znalezienie odpowiedzi na pytanie: „Po co dana osoba podejmuje zachowania o charakterze autoagresji?” Coraz częściej bowiem badacze zjawiska autoagresji są zgodni co do faktu, że zachowania tego typu nie są podejmowane z uwagi na ich negatywne następstwa – przeciwnie samookaleczanie ma miejsce **pomimo** szkodliwych konsekwencji jakie ze sobą niesie [3]. W niniejszym artykule skoncentrowano się na specyficznej funkcji samouszkodzeń poszukując w nich właśnie cech działań zaradczych.

Jak już wspomniano najczęściej wymienianą funkcją samouszkodzeń, związaną nierozdzielnie z odczuwanym poziomem stresu psychologicznego, jest redukcja napięcia [29]. Autoagresja pojawia się jako zautomatyzowana reakcja organizmu, mająca na celu obniżenie napięcia wewnętrznego albo zniwelowanie innych negatywnych stanów emocjonalnych (*automatic – negative reinforcement*; [30]). W sposób niezwykle przekonujący pokazują powyższą zależność badania przeprowadzone przez Haines i in. [26]. Uzyskane tam wyniki dowodzą, że w grupie samookaleczających się badanych (więźniów) obserwuje się bardzo wyraźny spadek napięcia fizjologicznego (m.in. napięcie

mięśni, tętno, ciśnienie krwi) już w momencie podjęcia decyzji o dokonaniu kolejnego aktu autoagresji. Zadanie, jakie wykonywali badani dotyczyło jedynie operacji wyobrazeniowych, tym bardziej zatem widać jak silny wpływ na redukcję napięcia mogą mieć samouszkodzenia. W grupie kontrolnej poziom napięcia w trakcie wykonywania zadania stopniowo wzrastał i utrzymywał się na tym samym poziomie po zakończeniu zadania, pomimo zastosowania technik relaksacyjnych. Samouszkodzenia istotnie zatem mogą stanowić formę radzenia sobie z nieprzyjemnymi stanami emocjonalnymi towarzyszącymi sytuacjom stresowym. Relacje osób dokonujących samookaleczeń potwierdzają zresztą występowanie tego typu zależności [8, 17]. Analizując wzorce regulacji emocji u osób autoagresywnych Kinecka [31] zauważa, iż kształtuje się u nich specyficzny mechanizm intrapsychiczny odpowiedzialny za stosowanie właśnie samookaleczeń jako sposobu na odzyskanie kontroli nad afektem oraz zniwelowanie odczuć silnie negatywnych na rzecz doznań przyjemnych. Píše ona, że osoby autoagresywne cechują się od urodzenia zaburzoną (upośledzoną) globalną umiejętnością przeżywania i kontrolowania emocji. Brak kompetencji w tym zakresie prowadzi do narastającej frustracji, irytacji, które z czasem przeradzają się w przewlekłą złość, wściekłość czy wreszcie rozpacz i rezygnację. Labilność emocjonalna jest najsilniejszym przejawem dysregulacji emocji u takich osób. Pojawiający się na skutek osiągniętej niewyobrażalnej rozmiary frustracji nieprzyjemny stan napięcia psychofizjologicznego staje się pierwszym i zasadniczym impulsem do samookaleczenia. W tej skrajnej formie działania jednostka znajduje ulgę i doprowadza poziom pobudzenia emocjonalnego do pewnego poziomu optymalnego. Kluczowe jednak jest to, że ów impuls nie może zostać zahamowany a jego rozładowanie (realizacja) znajduje ujście jedynie poprzez akt autoagresji. Powstawanie wzrastającego napięcia, nazywa Kinecka *mechanizmem strumienia*, z kolei pojawienie się niezwykle silnego pragnienia obniżenia przeżywanego napięcia (organizm generuje impuls do działania) wiąże z *mechanizmem włącznika* [31]. Z czasem jednostka „uczy się”, że tego typu działanie w sposób skuteczny i natychmiastowy przynosi ulgę a dokonanie asocjacji pomiędzy oboma mechanizmami stanowi klucz do zrozumienia autoagresji. Osoba autoagresywna zaczyna stosować w sposób zautomatyzowany właśnie taką formę radzenia sobie z dystresem emocjonalnym.

Traktowanie zachowań autoagresywnych w kategoriach specyficznej formy radzenia sobie ze stresem pociąga za sobą pewne konsekwencje. Jakkolwiek bowiem nie ujmować samouszkodzeń jako formy działań zaradczych wydaje się, iż osoby autoagresywne prezentować będą dość wyraźne deficyty w stosowaniu typowych dla osób nieautoagresywnych strategii radzenia sobie [5]. Siła kompetencji pokonywania stresu nie wynika z pojedynczych działań adaptacyjnych a raczej z umiejętności elastycznego stosowania różnych strategii w zależności od specyfiki sytuacji stresowej [21]. Choć natura wspomnianych ubytków w repertuarze strategii radzenia sobie nie jest do końca znana, badania empiryczne zdają się wskazywać, iż jednostki dokonujące samookaleczeń zbyt często polegają na strategiach skoncentrowanych na emocjach, rzadziej zaś stosują strategie zadaniowe w porównaniu z osobami, które się nie okaleczają [5]. Powodem takiej różnicy może być między innymi specyficzny próg stresu dla osób autoagresywnych, który uniemożliwia im skuteczne wykorzystywanie strategii skoncentrowanych na zadaniu do rozwiązywania pojawiających się sytuacji problemowych. Tym samym prawdopodobne jest, iż u osób takich dostępność strategii zadaniowych jest zależna od aktualnego poziomu stresu i wraz z nim ulega wahaniom. Jednocześnie obserwuje się zmniejszoną pulę zasobów zaradczych u osób autoagresywnych, toteż są one bardziej skłonne do wyboru działań o mniejszej wartości adaptacyjnej. Co więcej, tendencja ta ulega z czasem pewnemu utrwaleniu, skutkując chronicznym deficytem w subiektywnej ocenie dostępnych sposobów rozwiązania problemów i tym samym sztywnym wykorzystywaniem takiej ograniczonej puli strategii radzenia sobie.

Adres do korespondencji:
mgr Magdalena Chodak, magdalena.chodak@gmail.com

Piśmiennictwo:

1. Skegg K. Self harm. *Lancet*. 1995; 366: 1471-1483.
2. Andover MS, Pepper C M, Gibb B E. Self-Mutilation and coping strategies in a college sample. *Suicide and life-threatening behavior*. 2007; 37, 2: 238-243.
3. Kubacka-Jasiecka D. Agresja i autodestrukcja z perspektywy obronno – adaptacyjnych dążeń Ja. Kraków: Wydawnictwo UJ; 2006.
4. Yip KS. A Multi-dimensional perspective of adolescents' self-cutting. *Child Adolesc. Mental Health*, 2005; 10, 2: 80-86.
5. Haines J, Williams C L. Coping and problem solving of self-mutilators. *J. Clin. Psychol.* 2003; 59, 10: 1097-1106.
6. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa: Fundacja Instytutu Psychiatrii i Neurologii; 1995.
7. Whalen M. Self Mutilation. <http://www.psyke.org/articles/en/selfmutilation/>, 2002.
8. Babiker G, Arnold L. Autoagresja. Mowa zranionego ciała. Gdańsk: GWP; 2002.
9. Suchańska A. Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 1998.
10. Suchańska A. W poszukiwaniu wyjaśnień samoniszczenia. Samoniszczenie a kompetencje samoopiekuńcze. *Forum oświatowe*, 2001; 2, 25: 61-73.
11. Tworek–Wrońska B. Samookaleczanie jako zjawisko społeczne. *Ann. Univ. Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia*, 2001; XXVI, 18: 233-238.
12. Clarke L, Whittaker M. Self – mutilation: culture, contexts and nursing responses. *J. Clin. Nursing*, 1998; 7: 129-137.
13. Favazza A R. *Bodies Under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry* (2nd ed), Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press, 1996.
14. Wycisk J. Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe, 2004.
15. Comer W. Self-Injury: A search for understanding. <http://www.psyke.org/articles/en/understanding>, 2002.
16. Carr E G. The motivation of self-injurious behavior: a review of some hypotheses. *Psychological Bulletin*, 1977; 84, 4: 800-816.
17. Eckhardt A. Autoagresja. Warszawa: Wydawnictwo WAB, 1998.
18. Wycisk J. Samouszkodzenia umiarkowane – charakterystyka zjawiska. W: Suchańska A, Wycisk J. red. Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe, 2006.
19. Wycisk J. Psychologiczne funkcje samouszkodzeń umiarkowanych W: Suchańska A, Wycisk J. red. Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe, 2006.
20. Frączek A. Modyfikacje koncepcji frustracji. *Psychologia Wychowawcza*. 1966; 1: 41-55.
21. Hobfoll S E. Stres, kultura i społeczność. *Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: GWP, 2006.
22. Gruszczyńska E. Poczucie koherencji (SOC) a proces radzenia sobie ze stresem: w poszukiwaniu mechanizmów działania SOC. *Przegląd Psychol.* 2004; 47: 77-91.
23. Heszen I, Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2007.
24. Kariv D, Heiman T. Task – oriented versus emotion – oriented coping strategies: the case of college students. *College Student J.* 2005; 39, 1: 72-84.
25. Basińska B. Radzenie sobie ze stresem w warunkach różnego stopnia zagrożenia zdrowia. *Przegląd Psychol.* 2004; 47, 1: 77-91.
26. Haines J, Williams C L, Brain K, Wilson G. The psychophysiology of self-mutilation. *J. Abnormal psychol.* 1995; 104, 3: 471-489.
27. Borucka A, Ostaszewski K. Koncepcja resiliencje. Kluczowe pojęcia i wybrane zagadnienia. *Medycyna Wieku Rozwojowego*. 2008; 12, 2/1: 587-597.
28. Luthar S S, Cicchetti D, Becker B. The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*. 2000; 71, 3: 543-562.
29. Gratz K L, Dukes C S, Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students. *Am. J. Orthopsychiatry*, 2002; 72, 1: 128-140.
30. Nock M K, Prinstein M J. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *J. Cons. Clin. Psychol.* 2004; 72, 5: 885-890.
31. Kinecka J. W labiryncie emocji. O samouszkodzeniach, regulacji emocji i psychoanalizie W: Suchańska A, Wycisk J red. Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe, 2006.