

Od traumatycznych wydarzeń i dysocjacji do Ja cielesnego i objawów depresji – w poszukiwaniu syndromu autodestruktywności u młodzieży dokonującej zamierzonych samookaleczeń

From traumatic events and dissociation to body image and depression symptoms – in search of self-destruction syndrome in adolescents who engage in nonsuicidal self-injury

Wioletta Radziwiłłowicz¹, Magdalena Lewandowska²

¹ Zakład Psychologii i Psychopatologii Rozwoju, Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański

² Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu,

Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. Prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku

Summary

Aim. The aim of the study was to analyze relationships between the variables: severity of depression symptoms, feelings towards one's own body, dissociation, the number and type of traumatic life events experienced by adolescents who engage in deliberate self-injury and are psychiatrically hospitalized.

Method and material. We examined 60 patients aged 13–17 ($M = 15.48$, $SD = 1.19$). More than a half (55%) were diagnosed with a mixed disturbance of emotions and conduct, 23.5% with depressive behavior disorders, 10% were diagnosed a depressive episode. The research tools: a socio-demographic survey; original Feelings Towards the Body Questionnaire created on the basis of Tomkiewicz's description; Kovacs's CDI; Scharfetter's Ego-Psychopathology questionnaire.

Results. The examined individuals have negative feelings toward their bodies, more than half of them experience severe depression symptoms. There are links between traumatic events, dissociation, body image and the severity of depression symptoms. The strongest links were found: between dissociation vis-a-vis the severity of depression symptoms and the feelings towards one's body; and between the severity of depression symptoms and the feelings towards one's body.

Conclusions. Two thirds of the examined individuals attempted suicide. Various forms of direct self-destructive behaviors very often occur simultaneously. It also provokes reflection about the conditions under which self-inflicted injury does (or does not) prevent suicide attempts. Self-mutilation along with the interaction between clinical variables may form a

self-destruction syndrome in various mental disorders and contribute to clinical pictures of these disorders, this should be taken into account in diagnosing and treatment of adolescents.

Słowa kluczowe: zamierzone samookaleczenia, dysocjacja, objawy depresji

Key words: nonsuicidal self-injury, dissociation, depressive symptoms

Wstęp

Zachowania autodestrukcyjne w postaci okaleczania własnego ciała stanowią poważny, nieustannie rozszerzający się problem dotyczący młodzieży, w szczególności adolescentów hospitalizowanych psychiatrycznie. W Polsce rozpowszechnienie samouszkodzeń wśród pacjentów oddziałów psychiatrycznych w przedziale wiekowym 13–19 lat w 2005 roku wynosiło 27%, natomiast w kolejnych dwóch latach wzrosło aż do 47% [1]. W tak hermetycznym środowisku, jakie stanowi szpital psychiatryczny, zachowania autoagresywne są często przejmowane od współpacjentów na zasadzie mechanizmu modelowania czy też podejmowane są w celu osiągnięcia większej spójności z grupą. Nasilenie zjawiska samookaleczeń wśród dorastających ludzi stanowi z tego powodu oraz wielu innych, samowzmacniających je czynników (takich jak: utrata sensu życia, brak poczucia zrozumienia, trudności emocjonalne oraz rozliczne regulacyjne funkcje samookaleczeń) bardzo trudny do opanowania oraz wyleczenia fenomen.

Powszechność dokonywania zamierzonych, powtarzających się samookaleczeń wśród młodzieży skłania badaczy do traktowania tego zjawiska jako zaburzenia mającego początek właśnie w okresie adolescencji. Zostało ono ujęte w klasyfikacji DSM-5 [2] jako niezależna jednostka nozologiczna w postaci zamierzonych samouszkodzeń bez intencji samobójczych (*Nonsuicidal Self-Injury* – NNSI). W celu scharakteryzowania ich specyfiki wyodrębnionych zostało sześć kryteriów. Kryterium A wskazuje na istotną w zaburzeniu określoną częstotliwość autodestruktywnych zachowań, podkreślając angażowanie się w celowe okaleczanie ciała (pozbawione intencji samobójczej) przez minimum pięć dni podczas ostatniego roku. Podstawę zaburzenia w kryterium B stanowi wystąpienie co najmniej jednego określonego skutku samouszkodzenia spośród niżej wymienionych: rozładowanie napięcia emocjonalnego połączone z poczuciem natychmiastowej ulgi, regulacja niepowodzeń w relacjach interpersonalnych, generowanie pozytywnego nastroju. Kryterium C odnosi się do obecności minimum jednego z następujących stanów powiązanych z zamierzonym samookaleczaniem: pojawienie się negatywnych emocji bądź myśli (lęk, gniew, napięcie, złość, obniżona samoocena) tuż przed aktem okaleczenia własnego ciała, ograniczona możliwość sprawowania kontroli nad autodestruktywną intencją przejawiająca się dużym zaangażowaniem w czynność samouszkodzającą, nagminna koncentracja myśli wokół jeszcze niedokonanego aktu samookaleczenia. Sama myśl o samookaleczeniu jako łatwo dostępnej formie wyzwolenia się spod nacisku silnie negatywnych, przytłaczających emocji daje poczucie bezpieczeństwa i obniża poziom lęku [3]. W kryterium D celowa autoagresja opisana jest jako zachowanie przekraczające społecznie akceptowalne granice w zakresie modyfikacji ciała (tj. tatuaże, body piercing, zmiany w obrębie

ciała wykonywane w kontekście kulturowym czy religijnym), którego skutkiem jest odczuwanie cierpienia lub zaburzenia w relacjach interpersonalnych, bądź w obrębie innych znaczących sfer życia jednostki (kryterium E). Opisane w DSM-5 kryterium F zawęża obszar celowych samouszkodzeń ciała, wykluczając z charakterystyki NNSI akty samookaleczenia będące wynikiem intoksykacji, zespołu odstawiennego, epizodów psychotycznych, trichotillomanii, samouszkodzeń stereotypowych występujących w przypadku zaburzeń ze spektrum autyzmu, obniżonej sprawności intelektualnej czy też w zespole Lescha-Nyhana.

Zamierzone samookaleczanie własnego ciała wiąże się nierozzerwalnie z nieprawidłowym doświadczaniem własnej fizyczności, której rozwój mógł zostać zaburzony bądź zahamowany już na początku okresu dorastania [4]. Literatura przedmiotu wskazuje na wszelkie implikacje dysfunkcjonalnego doznawania Ja cielesnego, objawiające się negatywnym stosunkiem do własnego ciała, odczuwaniem wobec niego niechęci, obrzydzenia czy nienawiści. Dodatkowym czynnikiem, który wiąże się z aktami samookaleczenia, jest większe ryzyko pojawienia się objawów depresyjnych [5]. Mimo iż przeprowadzone badania nie wyjaśniają jednoznacznego kierunku (określającego przyczynę i skutek) pomiędzy tymi dwiema zmiennymi, nie ma wątpliwości co do ich współwystępowania. U 20–30% osób samookaleczających się zdiagnozowano depresję, zatem występowanie objawów depresji świadczy o wysokim poziomie subiektywnego doznawania psychicznego cierpienia [1]. Szeroko pojęta autoagresja jest od dawna traktowana jako objaw depresji w okresie dorastania [6–25].

Doniesienia z badań przekonują również o istnieniu związku między zaangażowaniem się adolescentów w autoagresywne akty a ich sytuacją rodzinną. Dorastanie w dysfunkcyjnych warunkach wymiany emocjonalnej, w których tworzenie prawidłowych więzi opartych na zaufaniu, miłości i wsparciu nie jest możliwe, może stanowić predyktor późniejszych działań samoniszczących jednostki [3, 26]. Dodatkowo doświadczanie traumatycznych zdarzeń (molestowanie seksualne, nadużycie emocjonalne, zaniedbanie itp.) zwiększa ryzyko występowania w przyszłości autodestrukcyjnych tendencji oraz zepchniętej do nieświadomości traumy rozgrywanej w działaniu. Wszelkie negatywne wydarzenia życiowe drastycznie modyfikują całościowe funkcjonowanie jednostki, zmieniając nieraz jej poziom świadomości, prowadząc do pojawienia się stanów odrętwienia i odcięcia emocjonalnego, co w efekcie przyczynia się do obronnego uaktywniania stanów dysocjacyjnych.

Jednym z podstawowych zaburzeń dysocjacyjnych (obok amnezji dysocjacyjnej, dysocjacyjnego zaburzenia tożsamości, innych określonych lub nieokreślonych zaburzeń dysocjacyjnych) jest zaburzenie depersonalizacyjne/derealizacyjne (DSM-5) [2]. Depersonalizacja wiąże się bezpośrednio z nieprzyjemnym odczuwaniem obcości, zakłóceniami na poziomie tożsamości własnego Ja, a także nieprawidłowościami w zakresie poczucia identyfikacji cielesnej. Towarzyszyć jej może również doznanie „zamrożenia” uczuć oraz oderwania myśli od własnej aktywności psychicznej. Stany te opisywane są jako pojawiające się szczególnie często w reakcji na traumę, tworząc specyficzną warstwę ochronną i zapewniając jednostce ucieczkę od przytłaczających emocji i innych negatywnych skutków wywołanych zdarzeniem urazowym [27, 28]. Doświadczanie zachwianego w ten sposób poczucia rzeczywistości było niejedno-

krotnie opisywane przez adolescentów dokonujących zamierzonych samookaleczeń. Epizody depersonalizacji/derealizacji, jakich doznaje jednostka, pojawiają się zatem między innymi w celu utrzymania równowagi psychicznej. Traumatyczne doświadczenia i intensywne emocje przeżywane na poziomie ciała pozwalają przetransformować psychiczne cierpienie na fizyczny ból [3, 29].

Cel badań

Biorąc pod uwagę wszystkie wymienione wyżej czynniki, za cel przeprowadzonych badań przyjęto analizę związków między zmiennymi: nasileniem objawów depresji, uczuciami wobec swego ciała, dysocjacją oraz liczbą i rodzajem traumatycznych zdarzeń doświadczonych w ciągu życia. Literatura przedmiotu nie prezentuje jednoznacznego stanowiska w sprawie różnorodnych korelatów między tymi zmiennymi u młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie dokonującej samookaleczeń. Badania własne miały charakter bardziej eksploracyjny niż weryfikujący pewne teoretyczne założenia, zatem sformułowano pytanie badawcze: czy, a jeśli tak, to jakie i jak silne powiązania istnieją pomiędzy wszystkimi badanymi zmiennymi klinicznymi?

Grupa badana

Badanie zostało przeprowadzone w Oddziale Młodzieżowym Wojewódzkiego Szpitala Psychiatrycznego im. T. Bilikiewicza w Gdańsku oraz Oddziale Psychiatrycznym dla Młodzieży i Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Nieletnich w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych im. S. Kryzana w Starogardzie Gdańskim. Projekt badania został zaakceptowany przez Komisję ds. Projektów Badawczych przy Instytucie Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego (nr 10/2015). Wszyscy badani, po przedstawieniu im wszystkich kwestii związanych z uczestnictwem w badaniu, wyrazili pisemną zgodę na udział w nim. Uzyskano również wymaganą prawnie zgodę od ich opiekunów.

Kryterium włączenia do badanej grupy było dokonywanie zamierzonych samookaleczeń. Próbę osób badanych stanowiło łącznie 60 hospitalizowanych psychiatrycznie pacjentów w wieku 13–17 lat ($M = 15,48$, $SD = 1,19$), w tym 51 dziewcząt (85%) i 9 chłopców (15%). U ponad połowy badanej grupy (55%) zdiagnozowano mieszane zaburzenia zachowania i emocji, u 23,5% depresyjne zaburzenia zachowania, natomiast u 10% rozpoznano epizod depresyjny. U 5% pacjentów zdiagnozowano chorobę afektywną dwubiegunową, u 1,1% zaburzenia adaptacyjne, u 1,1% ADHD, u 1,1% zespół stresu pourazowego, a 1,6% badanych postawiono rozpoznanie nieprawidłowo kształtującej się osobowości oraz zaburzeń odżywiania się.

Większość (68%) uczestników badania stanowili uczniowie gimnazjum, pozostałe 32% uczniowie liceów ogólnokształcących. Tyle samo badanych osób pochodziło z małych miejscowości (30% stanowili mieszkańcy wsi, 20% osoby żyjące w miasteczkach poniżej 50 tys. mieszkańców), co z większych ośrodków miejskich (16,7% młodzieży zamieszkiwało miasta liczące 51–100 tys. mieszkańców, 10% pochodziło

z miejscowości od 101 do 300 tys. mieszkańców, a 23,3% żyło w miastach liczących 301–500 tys. mieszkańców).

Stopnie ukończonej edukacji wśród matek i ojców plasowały się na porównywalnym poziomie. Największy odsetek stanowili rodzice, którzy ukończyli szkoły zawodowe – do tej grupy zaliczało się 33,3% matek oraz 50% ojców. Wykształcenie podstawowe posiadało 26,7% matek oraz 21,7% ojców, natomiast 25% kobiet i 20% mężczyzn uzyskało wykształcenie średnie. Do najmniej licznej grupy, w której znalazło się 15% matek oraz 8,3% ojców pacjentów, należeli rodzice z wykształceniem wyższym.

W ankiecie socjodemograficznej zawarto również pytanie o aktualną sytuację rodzinną. Największy odsetek – 30% osób całej grupy badanej – stanowili pacjenci wychowujący się w pełnych rodzinach. W placówkach opiekuńczo-wychowawczych zamieszkiwało 21,7% badanych. Rodzice 18,3% młodzieży rozwiedli się, a badani zamieszkiwali tylko z jednym z nich. W rodzinie zrekonstruowanej wychowywało się 16,7% adolescentów, w rodzinie zastępczej 6,7%. Utratę rodzica oraz separację opiekunów przeżyło 3,3% badanych osób. Rodzeństwo posiadało 88,3% uczestników badania, z czego 35% spośród nich miało jedną siostrę lub brata, 15% wychowywało się z dwójką rodzeństwa, 16,7% zamieszkiwało z trójką rodzeństwa, natomiast 21,7% badanych posiadało więcej niż troje rodzeństwa. Sytuację materialną swojej rodziny 66,7% badanych uznało za dobrą, 18,3% oceniło ją jako złą, a 15% adolescentów zadeklarowało, że nie jest ona ani dobra, ani zła.

Narzędzia badawcze

1. Dokumentacja medyczna oraz kwestionariusz zawierający pytania o dane osobowe badanych, takie jak: płeć, wiek, rodzaj szkoły, do jakiej badany uczęszcza, miejsce zamieszkania, wykształcenie rodziców, liczba rodzeństwa, sytuacja rodzinna i materialna, a także informacje na temat korzystania z pomocy psychologicznej w przeszłości.
2. Kwestionariusz uczuć wobec ciała – skonstruowany na bazie opisu S. Tomkiewicza [30] dotyczącego akceptacji biologicznych zmian zachodzących w ciele dorastającego człowieka. Stwierdzenia, z których się składa, opisują uczucia wobec własnego ciała. Analiza spójności wewnętrznej danego testu na wszystkich pozycjach skali uzyskała wartość alfa Cronbacha równą 0,891.
3. Inwentarz Depresyjności Dziecka (IDD) M. Kovacs [31] – stanowi powszechną metodę pomiaru depresji u dzieci w wieku 7–17 lat. Wiele badań potwierdza wysoki poziom stabilności opisywanej skali. Wskaźniki rzetelności oscylują w przedziałach od 0,82 do 0,66. Craighead i wsp. (1998) skonstruowali model depresji składający się z sześciu czynników [32]. Na podstawie tego modelu wyróżniono następujące podskale Inwentarza Depresyjności: zachowania eksternalizacyjne/zachowania typu *acting-out* (*externalizing*), dysforia (*dysphoria*), autodeprecjacja (*self-depreciation*), problemy szkolne (*school problems*), problemy w kontaktach z innymi ludźmi (*social problems*), zaburzenia regulacji biologicznej (*biological dysregulation*).

4. Skala „Psychopatologia Ja” C. Scharfettera (1995; za: [33]) – stanowi kliniczną metodę pomiaru zaburzeń w obrębie doświadczania własnego Ja. Jej autor uważa, że indywidualne poczucie siebie i samoświadomość Ja odbywają się w pięciu wymiarach, w związku z czym wyodrębnił pięć konstruktów psychopatologicznych ujętych w podskale kwestionariusza: żywotność Ja (*vitality*; poczucie istnienia jako żywej jednostki, nie zaś martwej i odrętwiałej), aktywność Ja (*activity*; postrzeganie siebie jako człowieka samosterującego własnym życiem, swoimi myślami, odczuciami i działaniami), spójność Ja (*consistency*; poczucie wewnętrznej integralności, harmonijnego ciągu własnego życia, doznawanie siebie jako jednostki zwartej, uporządkowanej zarówno w sferze psychiki, jak i ciała), rozgraniczenie Ja (*demarcation*; doznawanie siebie w kategoriach odrębności od otaczającej rzeczywistości i jej elementów, przekonanie o granicach pomiędzy Ja i „nie Ja”, „moim” i „obcym”), tożsamość Ja (*identity*; świadomość własnej jaźni i identyfikacji, zarówno osobowej, fizjonomicznej, biograficznej, jak i seksualnej).

Odchylenia od normy w pięciu wyżej wymienionych obszarach objawiają się występowaniem zróżnicowanej symptomatologii. Poważne zaburzenia w doświadczaniu własnej żywotności mogą być przejawem doświadczania stanów dysocjacji. Takie „zawieszenie” własnej świadomości i podstawowego odczuwania siebie jako istoty żyjącej oddziałuje z dużą siłą na inne wymiary funkcjonowania Ja. Jednostka odczuwa wówczas potrzebę odzyskania poczucia siebie i swej witalności, często poprzez samookaleczenie. Dokonywanie samouszkodzeń jest również efektem zaburzonej percepcji Ja cielesnego i poczucia utraty wyraźnych granic ciała, co charakteryzuje nieprawidłowości w obrębie spójności Ja [34]. Także patologiczne odczuwanie aktywności Ja, rozumiane jako osłabione poczucie kontroli nad własnym ciałem i oddzielenie myśli od działań, jest powszechne u osób dokonujących aktów samookaleczenia.

Klasyfikacje DSM oraz ICD opierają się na koncepcji dysocjacji Janeta, którą autor nazwał dezintegracją psychiczną (*désagrégation mentale*) (1889; za: [35]). Ponadto wielu klinicystów, w tym również C. Scharfetter, w swoich badaniach przyjmowało teorię dysocjacji Janeta jako podstawowe (oprócz koncepcji E. Bleulera) źródło etiopatogenezy schizofrenii, zaś schizofrenię uznawał za najpoważniejszy przejaw zaburzeń dysocjacyjnych, tzn. fragmentacji, a nawet zniszczenia ego/*self* (1999), zatem w niniejszych badaniach zaburzenia w obrębie doświadczania Ja potraktowano jako miarę nasilenia objawów dysocjacyjnych. Scharfetter przeprowadził badania na populacji 552 pacjentów z diagnozą schizofrenii oraz na grupach badanych cierpiących na depresję ($N = 87$) i osób z zaburzeniami osobowości z pogranicza ($N = 25$) [36]. Analiza dokonana przez autora kwestionariusza dowiodła, że większość zbadanych pacjentów uzyskała wysokie wyniki w obrębie wszystkich wymiarów teoretycznych. Stanowi to potwierdzenie wysokiego poziomu zgodności pięciu konstruktów teoretycznych z empirią, co świadczy o dużej trafności narzędzia. Analiza zgodności wewnętrznej całej skali wskazała na bardzo wysoki poziom współczynnika rzetelności (alfa Cronbacha = 0,93) [33]. Poszczególne podskale (wymiały) osiągnęły tylko nieco niższe wartości współczynnika zgodności (kolejno: 0,80; 0,84; 0,75; 0,67; 0,69).

Wyniki

Pierwszym etapem w analizie zebranych danych było przedstawienie statystyki opisowej (tab. 1).

Tabela 1. **Badane zmienne kliniczne – statystyki opisowe**

Zmienne		Średnia (M)	Odchylenie standardowe (SD)	Min.	Max.
Depresja	Zachowania eksternalizacyjne	1,32	1,17	0	4
	Dysforia	4,15	2,79	0	11
	Autodeprecjacja	7,18	3,62	0	14
	Problemy szkolne	1,73	1,26	0	4
	Problemy w relacjach z innymi	2,38	1,97	0	8
	Zaburzenia regulacji biologicznej	2,93	1,85	0	7
	Wynik ogólny	19,70	9,79	1	40
Uczucia wobec ciała	Wynik ogólny	23,53	11,47	0	44
Dysocjacja	Żywotność	8,70	6,53	0	24
	Aktywność	5,28	5,22	0	20
	Spójność	8,45	7,00	0	25
	Rozgraniczenie	5,03	4,74	0	18
	Tożsamość	6,53	4,61	0	21
	Wynik ogólny	34,00	23,92	0	91

Wynik w Inwentarzu Depresyjności Dziecka (IDD) powyżej 11 punktów świadczy o lekkim nasileniu objawów depresyjnych, natomiast powyżej 19 punktów o ciężkiej depresji [31]. W niniejszym badaniu ogólny wynik sugeruje ciężkie nasilenie objawów depresji wśród hospitalizowanych adolescentów, jednak porównując normy z danymi uzyskanymi na podstawie bardziej zaawansowanych analiz, związanych z funkcjami samookaleczeń (zob. nasz następny artykuł w niniejszym numerze „Psychiatrii Polskiej” pt. *Funkcje samookaleczeń i ich kliniczne korelaty wśród młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie*), można stwierdzić, że ponad połowa badanych (58,3%; $N = 35$) deklarowała ciężkie nasilenie objawów depresji, a 20% ($N = 12$) charakteryzowało się średnim lub lekkim (21,7%; $N = 13$) nasileniem objawów depresji. Porównanie nieopublikowanych dotąd badań pierwszej autorki artykułu nad uczuciami wobec ciała w grupie gimnazjalistek i licealistek ($N = 130$) wskazuje na aż dwunastopunktową różnicę w porównaniu z całą grupą młodzieży samookaleczającej się poddanej analizie w niniejszym badaniu. Natomiast porównanie uzyskanych wyników w zakresie nasilenia objawów dysocjacji sytuuje badaną młodzież pomiędzy wynikami dorosłych (średnia wieku 47 lat) pacjentów z depresją ($X = 23,7$) i pacjentów (średnia wieku 37 lat) ze schizofrenią ($X = 42,3$) – w tym odnotowano zaburzenia żywotności nieco wyższe niż u pacjentów ze schizofrenią ($X = 7,7$), zaburzenia spójności ($X = 9,6$) i toż-

samości ($X = 8,0$) bliskie wynikom pacjentów ze schizofrenią, zaburzenia aktywności ($X = 4,5$) i rozgraniczenia ($X = 4,3$) zaś nieco wyższe niż u pacjentów z depresją [33].

W związku z problematyką niniejszych badań dokonano również analizy jakościowej negatywnych doświadczeń życiowych badanych adolescentów (tab. 2).

Tabela 2. Negatywne wydarzenia życiowe wśród osób badanych

Rodzaj negatywnych wydarzeń życiowych	Liczba badanych	% badanych
Rozwód rodziców	32	53,3
Próba samobójcza w rodzinie	10	16,7
Utrata (śmierć) rodzica	7	11,7
Utrata członka rodziny	12	20
Utrata bliskiej osoby spoza rodziny	4	6,7
Rodzic z problemem alkoholowym	42	70
Inny członek rodziny z problemem alkoholowym	10	16,7
Nadużywanie narkotyków przez rodziców	4	6,7
Nadużywanie narkotyków przez inne osoby z rodziny	2	3,3
Nadużycia fizyczne przez rodziców/rodzeństwo	36	60
Nadużycia fizyczne przez członków dalszej rodziny	4	6,7
Nadużycia fizyczne przez osoby spoza rodziny	11	18,3
Emocjonalne zaniedbanie przez rodziców	47	78,3
Emocjonalne zaniedbanie przez członków dalszej rodziny	16	26,7
Emocjonalne zaniedbanie przez osoby spoza rodziny	13	21,7
Emocjonalne nadużycie przez rodziców	30	50
Emocjonalne nadużycie przez członków dalszej rodziny	3	5
Emocjonalne nadużycie przez osoby spoza rodziny	17	28,3
Molestowanie seksualne przez rodziców/rodzeństwo	4	6,7
Molestowanie seksualne przez członków dalszej rodziny	2	3,3
Molestowanie seksualne przez osoby spoza rodziny	9	15
Nadużycie seksualne przez rodziców/rodzeństwo	3	5
Nadużycie seksualne przez członków dalszej rodziny	2	3,3
Nadużycie seksualne przez osoby spoza rodziny	10	16,7
Bycie świadkiem traumatycznych wydarzeń innych	12	20
Rodzic z chorobą psychiczną	8	13,3

Dokonując bardziej ogólnej analizy negatywnych wydarzeń życiowych, wyodrębnić można 36,7% badanych, którzy doświadczyli utraty bliskiej osoby. Aż 86,7% badanej młodzieży doznało emocjonalnego zaniedbania, a 66,7% nadużycia emocjonalnego. Nadużycia fizycznego ze strony innych osób doświadczyło 71,7% adolescentów,

natomiast 25% nadużycia na tle seksualnym, a 21,7% pacjentów było ofiarą ogólnie pojętego molestowania seksualnego.

Zebrano również dane na temat liczby podjętych prób samobójczych przez uczestników badania. Jedną próbę samobójczą podjęło 33,3% badanych adolescentów, tyle samo spośród nich (33,3%) nigdy nie targnęło się na swoje życie. Pacjenci, którzy dwukrotnie próbowali dokonać samobójstwa, stanowili 13,3% grupy badanej, natomiast 20% osób próbowało popełnić samobójstwo trzy lub więcej razy.

Przynajmniej raz z pomocy psychologa korzystało w przeszłości 86,7% pacjentów, pozostali (13,3%) nigdy (choćby jednorazowo) nie zostali objęci opieką psychologiczną.

Analiza wzajemnych powiązań pomiędzy zmiennymi klinicznymi

W celu uzyskania odpowiedzi na pytanie badawcze, czy pomiędzy wszystkimi zmiennymi klinicznymi istnieją wzajemne powiązania, została przeprowadzona analiza korelacji (współczynnik korelacji r-Pearsona) (tab. 3–8).

Tabela 3. Związek pomiędzy uczuciami wobec ciała a nasileniem objawów depresji

Uczucia wobec ciała	Depresja				
	Dysforia	Autodeprecjacja	Problemy w kontaktach z innymi	Zaburzenia regulacji biologicznej	Ogółem
Moje ciało mnie cieszy	-0,524**	-0,661**	-0,432**	-0,676**	-0,674**
Moje ciało jest mi obce	0,265**	0,518**	0,321*	0,567**	0,515**
Moje ciało mnie pociąga	-0,341**	-0,519**	-0,392**	-0,475**	-0,511**
Moje ciało mnie przeraża	0,437**	0,625**	0,560**	0,570**	0,630**
Lubię swoje ciało	-0,449**	-0,662**	-0,409**	-0,573**	-0,636**
Moje ciało jest mi bliskie	-0,408**	-0,578**	-0,443**	-0,582**	-0,599**
Nie cierpię swojego ciała	0,396**	0,579**	0,443**	0,554**	0,591**
Moje ciało mnie niepokoi	0,293*	0,471**	0,383**	0,489**	0,501**
Moje ciało mnie zawstydza	0,368**	0,519**	0,434**	0,487**	0,524**
Ogółem	0,420**	0,647**	0,505**	0,640**	0,655**

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

Otrzymane wyniki wskazują na dość silne lub średnie (umiarkowane) korelacje pomiędzy uczuciami wobec ciała a nasileniem objawów depresji (tab. 3). Wyższy poziom objawów depresji silnie koreluje z negatywnymi uczuciami względem własnej cielesności. Z nasileniem tych nieprzyjemnych odczuć związane jest większe nasilenie depresji pod postacią dysforii, autodeprecjacji, problemów w kontaktach z innymi ludźmi oraz zaburzeń regulacji biologicznej. Wysokie powiązania zauważalne są mię-

dzy autodeprecjacją a intensywniejszym odczuwaniem przerażenia, niezadowolenia i niechęci wobec ciała. Najsilniejszy związek występuje między niezadowoleniem ze swej fizyczności a dysregulacją biologiczną.

Tabela 4. Związek pomiędzy uczuciami wobec ciała a dysocjacją

Uczucia wobec ciała	Dysocjacja				
	Żywotność	Aktywność	Spójność	Rozgraniczenie	Tożsamość
Moje ciało mnie cieszy	-0,367**	-0,368**	-0,405**	-0,364**	-0,315*
Moje ciało jest mi obce	0,229	0,293*	0,311*	0,251	0,401**
Moje ciało mnie przeraża	0,332**	0,345**	0,428**	0,338**	0,373**
Lubię swoje ciało	-0,358**	-0,383**	-0,469**	-0,383**	-0,279*
Moje ciało jest mi bliskie	-0,306*	-0,259*	-0,380**	-0,317*	-0,261*
Nie cierpię swojego ciała	0,343**	0,294*	0,453**	0,331**	0,309*
Moje ciało mnie niepokoi	0,178	0,230	0,323**	0,250	0,344**
Moje ciało mnie zawstydza	0,250	0,247	0,395**	0,233	0,357**
Ogółem	0,281*	0,315*	0,433**	0,322*	0,384**

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

Uczucia wobec ciała oraz dysocjacja korelują ze sobą na umiarkowanym lub słabym poziomie (tab. 4). Większemu nasileniu zaburzeń w obrębie wszystkich pięciu wymiarów dysocjacji towarzyszy wzrost negatywnych odczuć względem ciała, takich jak poczucie przerażenia, niechęci, niezadowolenia, braku bliskości oraz nienawiści do swojego ciała. Wzrostowi nasilenia dysfunkcji w zakresie spójności i tożsamości Ja towarzyszy zwiększenie odczuwania obcości ciała, wstydu i niepokoju względem niego.

Tabela 5. Związek pomiędzy uczuciami wobec ciała a negatywnymi wydarzeniami życiowymi

Uczucia wobec ciała	Negatywne wydarzenia życiowe		
	Nadużycie fizyczne	Nadużycie emocjonalne	Molestowanie seksualne
Moje ciało jest mi obce	0,281*	0,102	0,075
Moje ciało mnie przeraża	0,366**	0,114	0,260*
Trudno mi zrozumieć zmiany zachodzące w moim ciele	0,242	0,301*	0,075
Moje ciało mnie niepokoi	0,338**	0,078	0,087
Ogółem	0,319*	-0,029	0,096

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

Korelacje pomiędzy uczuciami kierowanymi wobec swego ciała a negatywnymi wydarzeniami życiowymi wskazują umiarkowane bądź słabe powiązania (tab. 5). Większa częstotliwość doznawanych nadużyć fizycznych koreluje z wyższym nasi-

leniem negatywnych uczuć wobec ciała, w szczególności z intensywniejszym odczuwaniem obcości, przerażenia i niepokoju wobec własnej cielesności. Wzrost liczby sytuacji nadużyć emocjonalnych jest powiązany z większym niezrozumieniem zmian zachodzących w ciele. Natomiast zwiększeniu częstości występowania molestowania seksualnego towarzyszy uczucie przerażenia wobec własnego ciała.

Tabela 6. Związek pomiędzy nasileniem objawów depresji a dysocjacją

Depresja	Dysocjacja					Ogółem
	Żywotność	Aktywność	Spójność	Rozgraniczenie	Tożsamość	
Dysforia	0,466**	0,418**	0,488**	0,489**	0,432**	0,542*
Autodeprecjacja	0,352**	0,331**	0,361**	0,400**	0,286*	0,409*
Problemy w relacjach z innymi	0,303*	0,368**	0,387**	0,420**	0,457**	0,448*
Zaburzenia regulacji biologicznych	0,371**	0,432**	0,403**	0,366**	0,322*	0,448*
Ogółem	0,424**	0,420**	0,465**	0,469**	0,420**	0,518*

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

Korelacje występujące między nasileniem objawów depresji a dysocjacją świadczą o umiarkowanym związku tych dwóch zmiennych (tab. 6). Wyższe nasilenie objawów depresji (wynik ogólny) jest powiązane z silniejszymi zaburzeniami w obrębie wszystkich wymiarów dysocjacji. Intensywniejsza dysfunkcja dotycząca każdego z nich współwystępuje jednocześnie z większym nasileniem depresji objawiającej się w postaci dysforii, autodeprecjacji, problemów w relacjach interpersonalnych oraz zaburzeń regulacji biologicznej.

Tabela 7. Związek pomiędzy nasileniem objawów depresji a negatywnymi wydarzeniami życiowymi

Depresja	Negatywne wydarzenia życiowe	
	Próba samobójcza w rodzinie	Nadużycie fizyczne
Zachowania eksternalizacyjne	0,263*	0,267*
Autodeprecjacja	0,039	0,289*
Ogółem	-0,005	0,289*

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

Analiza ujawniła słabą korelację między niektórymi negatywnymi wydarzeniami życiowymi a nasileniem objawów depresji (tab. 7). Częstsze występowanie próby samobójczej w rodzinie badanego współwystępuje z większym nasileniem depresji w postaci zachowań eksternalizacyjnych, doświadczanie nadużyć fizycznych zaś wiąże się zarówno ze wzrostem nasilenia zachowań eksternalizacyjnych, autodeprecjacji, jak i ogólnego nasilenia objawów depresji.

Tabela 8. Związek pomiędzy dysocjacją a negatywnymi wydarzeniami życiowymi

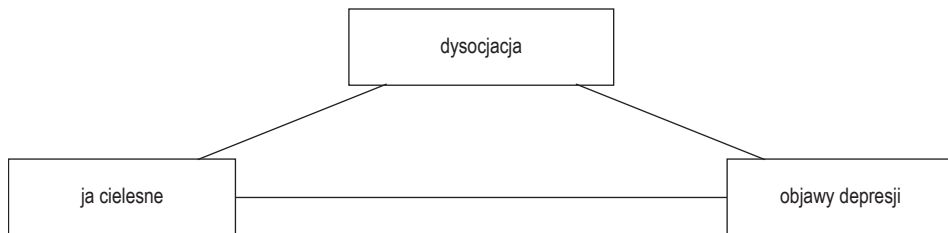
Dysocjacja	Negatywne wydarzenia życiowe	
	Nadużycie emocjonalne	Zaniedbanie emocjonalne
Żywotność	0,267*	0,209
Aktywność	0,285*	0,230
Ogółem	0,241	0,256*

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

Uzyskane wyniki świadczą o słabych korelacjach pomiędzy dysocjacją a poszczególnymi wydarzeniami traumatycznymi (tab. 8). Wyższy poziom dysocjacji współwystępuje z wyższą częstotliwością doznawanego zaniedbania emocjonalnego. Natomiast doświadczenia nadużycia emocjonalnego wiążą się ze wzrostem patologicznego doświadczenia siebie w zakresie żywotności oraz aktywności.

Omówienie wyników

Przeprowadzona analiza empiryczna miała na celu sprawdzenie, czy istnieje szeroka sieć powiązań między nasileniem objawów depresyjnych, uczuciami wobec ciała, występowaniem stanów dysocjacji oraz doświadczaniem negatywnych wydarzeń życiowych. Uzyskane wyniki potwierdzają stosunkowo nieliczne badania nad współzależnością wyżej wymienionych zmiennych oraz założenia teoretyczne (3, 4, 6, 8–23, 26). Wyniki badań własnych wskazały, że najsilniejsze związki występują między dysocjacją a nasileniem objawów depresji i uczuciami wobec ciała oraz między nasileniem objawów depresji a uczuciami wobec ciała (ryc. 1).



Ryc. 1. Związki między dysocjacją, uczuciami wobec ciała i nasileniem objawów depresji u młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie dokonującej samookaleczeń

Jeśli chodzi o powiązania między badanymi zmiennymi, zauważyć można współwystępowanie większego nasilenia objawów depresji z bardziej negatywnym odczuwaniem swej cielesności. Wyjątkowo silna w okresie dorastania koncentracja na własnej fizyczności i dokonujących się w jej obrębie przemianach sprawia, że adolescentenci przywiązują dużą wagę do wyglądu, co znacząco wpływa na ich stosunek do samych siebie oraz innych [37]. Wiele wyzwań rozwojowych w tym zakresie, takich

jak dojrzewanie płciowe czy dopiero rozbudzająca się seksualność, ma wpływ na postrzeganie i formowanie się obrazu własnego ciała. Dla zbudowania stabilnego obrazu ciała ważna staje się akceptacja wszelkich naturalnych, gwałtownych fizycznych zmian zachodzących w dorastającym organizmie [38]. Trudności w zaakceptowaniu własnego ciała związane z jego przemianami mogą stanowić jedną z prawdopodobnych przyczyn nasilenia objawów depresyjnych. Kierunek korelacji może być również odwrotny, gdyż doświadczanie symptomów depresji może generować negatywne uczucia wobec ciała. Najsilniej powiązane ze wzrostem intensywności objawów depresji uczucia, takie jak nienawiść, przerażenie, niechęć wobec ciała, niezadowolenie z jego wyglądu, łączą się silnie z autodeprecjacją, dysforią, problemami w kontaktach z innymi i zaburzeniami regulacji biologicznej. Depresja wiąże się z wysokim subiektywnym poczuciem osamotnienia w grupie adolescentów [39]. Odczuwanie emocjonalnej bariery z najbliższym otoczeniem ma związek z wytworzeniem się negatywnego obrazu siebie, co może dotyczyć także cielesności. Brak akceptacji ciała może zatem wyjaśniać współwystępowanie objawów depresji objawiającej się pod różnymi postaciami.

Przeżycie urazowych wydarzeń wpływa również na negatywne postrzeganie siebie w sferze ciała. Można przypuszczać, że doświadczanie nadużyć fizycznych prowadzi do wzrostu intensywności negatywnych uczuć wobec ciała, czyniąc je obcym, przerażającym, budzącym niepokój i niechęć. Osoby okaleczające się mogą widzieć w swym ciele reprezentację swego oprawcy, od którego doznały krzywdy [3]. Zaatakowane ciało będące w takiej chwili jedynie zastępczym obiektem, lokuje wszelkie negatywne emocje, jakie ofiara wyraża wobec osoby krzywdzącej. Może to tłumaczyć przejawiane negatywne uczucia wobec ciała, takie jak niechęć, a także postrzeganie go jako obcego. Nadużycia emocjonalne oraz molestowanie seksualne współtowarzyszą również większej trudności zrozumienia zmian zachodzących w ciele oraz odczuwaniu przerażenia względem niego. Niepodważalnie trauma może zostać uznana za przyczynę rozwoju zaburzonej percepcji cielesnej, przejawiającej się nienawiścią wobec ciała, poczuciem utraty jego wyraźnych granic czy kontroli cielesnej [40, 41]. Dlatego doświadczenie traumatyczne stanowi czynnik prowadzący do samookaleczeń, dysocjacja zaś stanowi automatyczną obronną odpowiedź na stres wywołany przytłaczającymi, wczesnodziecięcymi traumatycznymi przeżyciami [29, 42].

Wspomnienia traumatyczne powracają do świadomości w najmniej oczekiwanych momentach, niszcząc psychikę ponownym przeżywaniem cierpienia. Z czego to wynika? Już w chwili doświadczenia urazu psychika jednostki pozbawiona jest wszelkich obron, gdyż umysł nie jest w stanie „uporządkować” i zasymilować traumatycznych wspomnień. Pierwotna możliwość oceny sytuacji traumatyzującej staje się niemożliwa bądź częściowo zablokowana, co przyczynia się do jej ponownego przeżywania w dowolnym momencie życia [43]. Powtórne doświadczenie traumy może przyjmować postać okaleczenia własnego ciała. Samookaleczenia postrzegane są często w kategoriach konsekwencji psychicznego urazu. Jednostka w ten symboliczny sposób stara się zdystansować, oddalić panujący w jej wnętrzu chaos emocjonalny od zdarzenia traumatycznego. Fenomen ten nazywany jest zespołem odtwarzania traumy (*trauma reenactment syndrome*). Charakteryzuje się on tym, że podtrzymuje w repertuarze zachowań jednostki ekspresję autodestrukcyjnych impulsów, stanowiącą nieświadomą

potrzebę wyrażenia psychicznego cierpienia, kiedy możliwość werbalnego przekazu zostaje uniemożliwiona np. na skutek zaniku pamięci traumy [44]. Przykładowo, samookaleczenia odtwarzające traumę wykorzystania seksualnego stają się formą obchodzenia się z własnym ciałem w ten sam sposób, w jaki zostało potraktowane przez innych w dzieciństwie [45]. Na ów syndrom składają się: wrogość wobec własnego ciała oraz poczucie oddzielenia od niego, zachowywanie w tajemnicy aktów samookaleczeń, jak i zdarzeń traumatycznych, występowanie stanów dysocjacyjnych, brak mechanizmów samoobrony psychicznej, nawiązywanie dysfunkcyjnych relacji interpersonalnych przy jednoczesnym braku kompetencji podtrzymywania głębokich więzi.

Teoria przymusu powtarzania przyjmuje założenie, że samookaleczenia jednoznacznie wiążą się z przeżytą traumą. Ponowne, dobrowolne i samodzielne jej odtworzenie umożliwia skrzywdzonej jednostce uzyskanie poczucia kontroli nad własnym życiem oraz otaczającą rzeczywistością, oderwanie się od pustki wewnętrznej i martwoty, a także wyzwolenie negatywnych emocji, takich jak gniew i rozpacz [46].

Generalnie, na podstawie obserwacji klinicznych oraz badań własnych można uznać, że zarówno samookaleczenia, jak i różnorodne zaburzenia psychiczne u młodzieży zawierają w swej historii przeżycie traumy, zatem związek między analizowanymi zaburzeniami nie jest przyczynowo-skutkowy, lecz funkcjonalny, a omawiane zjawiska stanowią sposoby radzenia sobie w podobnie trudnych sytuacjach [47]. W związku z tym analiza samookaleczeń powinna zostać włączona w proces diagnostyczny oraz terapeutyczny jako istotny element współtworzący obraz kliniczny zaburzeń psychicznych u młodzieży [48].

Omówienie powiązań między dysocjacją a nasileniem objawów depresji wymaga ich bardziej pogłębionej klinicznej interpretacji. Otóż zagadnieniem nieczęsto opisywanym w literaturze przedmiotu jest współwystępowanie samookaleczeń i depresji. Osoby z historią samookaleczenia się (nawet przez krótki okres życia) są bardziej narażone na ryzyko wystąpienia depresji bądź jej symptomów niż osoby bez doświadczeń autoagresywnych [5]. Pomimo wręcz ewidentnego powiązania samouszkodzeń i depresji nie do końca oczywisty jest kierunek pojawiania się obu zjawisk oraz ich związek przyczynowo-skutkowy. Wyróżnia się trzy podejścia interpretacyjne wyjaśniające ten problem. Pierwsze z nich podkreśla nadrzędność objawów depresyjnych jako przyczyny samookaleczeń. Symptomy depresji poprzedzają akty autodestrukcji, gdyż te dostarczają sposobów na wyeliminowanie problemów związanych ze stanem depresyjnym [49]. Według klasyfikacji ICD-10 [50] epizod depresyjny charakteryzuje się zanikiem odczuwania przyjemności podczas zajęć i działań, które dotychczas jej dostarczały. Pojawiają się również obniżona zdolność do koncentracji uwagi oraz nawracające, uporczywe myśli dotyczące śmierci lub samobójstwa.

Wszystkie wyżej wymienione dolegliwości mogą być złagodzone właśnie dzięki funkcjonalnym aspektom samookaleczeń. Mogą one pełnić rolę ochronną przed samobójstwem (choć należy pamiętać, że 2/3 badanej grupy usiłowało przynajmniej raz odebrać sobie życie), pomagać w zogniskowaniu psychicznej udręki na fizycznym bólu czy wydostaniu się ze stanu dysocjacji, odrętwienia i pustki poprzez generowanie nowych pokładów emocji. Dzięki tym mechanizmom jednostka doświadczająca

symptomów depresji jest w stanie poradzić sobie z negatywnymi odczuciami i szybko zredukować ich intensywność [49].

Druga hipoteza postuluje odwrotny kierunek zależności. Możliwe, że angażowanie się w zachowania samouszkodzające wpływa na pojawianie się i narastanie depresyjnych objawów. Początkowa aktywność autodestrukcyjna może nie wynikać z konieczności regulacji afektu, lecz np. z potrzeby tworzenia więzi z rówieśnikami. Uczucie złości bądź wstydu, jakie może towarzyszyć adolescentowi po dokonaniu aktu samookaleczenia, prawdopodobnie prowadzi do wzrostu symptomatologii depresji [49].

I wreszcie według ostatniego założenia depresja i samookaleczenia nie pozostają w żadnym związku przyczynowo-skutkowym. Przypuszcza się, że u ich podłoża leży wspólny czynnik ryzyka (genetyczny, poznawczy, społeczny), przez co mogą one ze sobą współwystępować i wzajemnie się wzmacniać, jednak żadne z nich nie wynika z drugiego [49]. Podsumowując, można stwierdzić, że związek między opisywanymi dwiema formami psychopatologii jest złożony, skomplikowany i niepewny. Najbardziej prawdopodobna wydaje się pierwsza hipoteza, świadcząca o wystąpieniu zachowań autodestrukcyjnych na podłożu depresji, co wyjaśniałoby najbardziej podstawowe i powszechne, funkcjonalne aspekty samookaleczeń (w tym przerwanie stanu dysocjacji) jako formy regulacji emocjonalnej.

Wyniki badań wskazują również na związek negatywnych odczuć wobec własnej fizyczności z nasileniem objawów dysocjacyjnych u młodzieży dokonującej samookaleczeń. Przypuszczać można, że takimi osobami kieruje chęć odcięcia się od nieprzyjemnych uczuć właśnie za pomocą mechanizmu dysocjacji. Analiza wykazała najsilniejsze powiązania pomiędzy spójnością Ja a uczuciami wobec ciała. Zaburzenia w obrębie doświadczania spójności siebie łączą się z odczuwaniem niepokoju, przerażenia, niechęci, nienawiści, obcości ciała oraz zawstydzenia swą fizycznością. Można sądzić, że tak nieprzyjemne stany emocjonalne są regulowane właśnie poprzez zablokowanie dostępu do własnej świadomości, odcięcie się od emocjonalnej sfery Ja, poprzez skupienie się na jej fizycznych aspektach. Dzięki dysocjacji jednostka jest w stanie wyprzeć ze świadomości (choćby tymczasowo) nieakceptowaną część siebie powodującą dyskomfort psychiczny. Sprzężenie dysocjacji z negatywnymi uczuciami wobec ciała może potwierdzić silna współzależność między silniejszymi zaburzeniami tożsamości Ja a odczuwaniem swego ciała jako obce. W takim wypadku poczucie obcości cielesnej może utrudniać zintegrowanie tożsamości i uznanie swego ciała za spójny element Ja.

Związek między doświadczeniami traumatycznymi a dysocjacją można omówić w następującym kontekście. Otóż aby zapobiec rozpadowi integralności, uruchomione zostają wszelkie mechanizmy obronne, nawet te najmniej – a może w przypadku osób samookaleczających się właśnie jedyne możliwe i najbardziej – adaptacyjne. Jednym z nich jest dysocjacja, która w relacji do trudnych wydarzeń (zaniedbanie lub nadużycie emocjonalne), z jakimi przyszło się osobie zmierzyć w okresie dzieciństwa, oraz braku wystarczająco mocnej i wspierającej więzi z opiekunami staje się metodą na odizolowanie się od nawracających złych myśli i przeżyć.

Ponadto doznawane nadużycia fizyczne współwystępują również z większym nasileniem objawów depresyjnych, w szczególności z autodeprecjacją. Jednostki

będące ofiarami fizycznej przemocy mogą postrzegać siebie jako gorsze, traktując swój los jako coś, na co zasłużyły. Chroniczne doświadczanie przemocy sprawia, że skłonność do obarczania siebie winą jest nieustannie wzmacniana [51]. Dodatkowo osoby, które mają w swej historii urazowe doświadczenia, słabiej radzą sobie z sytuacjami stresowymi, częściej reagując lękiem i niepokojem oraz przejawiają większą podatność na depresję [39].

Przeprowadzone badania, pomimo interesujących wyników, mają również ograniczenia. Nie można bowiem jednoznacznie określić kierunku zależności między wszystkimi badanymi zmiennymi klinicznymi. Ponadto z pewnością na uzyskane wyniki wpływa wiele innych, nie poddanych badaniu czynników. Należy się również zastanowić, czy wyniki oraz interakcja zmiennych klinicznych wiążą się tylko z samookaleczeniami, czy również ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi, współtworząc ich obraz kliniczny.

Wnioski

1. U młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie dokonującej samookaleczeń istnieją wzajemne powiązania między wydarzeniami traumatycznymi, dysocjacją, Ja cielesnym i nasileniem objawów depresji. Ponadto $\frac{2}{3}$ badanej grupy usiłowało popełnić samobójstwo, co wskazuje na bardzo częste współwystępowanie różnych form bezpośredniej autodestruktywności i skłania do refleksji, w jakich warunkach samookaleczenia spełniają (lub nie) funkcję zapobiegania próbom samobójczym.
2. W całej badanej grupie najsilniejsze związki występują między dysocjacją a nasileniem objawów depresji i uczuciami wobec ciała oraz pomiędzy nasileniem objawów depresji a uczuciami wobec ciała. Samookaleczenia wraz z interakcją powyższych zmiennych klinicznych mogą stanowić syndrom autodestruktywności w różnorodnych zaburzeniach psychicznych u młodzieży oraz współtworzyć ich obraz kliniczny.

Piśmiennictwo

1. Warzocha D, Gmitrowicz A, Pawełczyk T. *Związek samouszkodzeń wśród młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie z rodzajem zaburzeń psychicznych i wybranymi czynnikami środowiskowymi*. Psychiatr. Pol. 2008; 42(5): 659–669.
2. *Diagnosics and statistical manual of mental disorders. Fifth Edition (DSM-5)*. Washington, DC–London, England: American Psychiatric Association; 2013.
3. Babiker G, Arnold L. *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
4. Mirucka B, Sakson-Obada O. *Ja cielesne. Od normy do zaburzeń*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2013.
5. Andover M, Pepper C, Ryabchenko K, Orrico E, Gibb B. *Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder*. Suicide Life Threat. Behav. 2005; 35(5): 581–591.

6. Kępiński A. *Melancholia*. Warszawa: PZWL; 1974.
7. Kubacka-Jasiecka D. *Funkcjonowanie społeczne osób agresywnych i samoagresywnych. Studium kliniczne*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk; 1975.
8. Bomba J. *Depresja młodzieńcza*. W: Orwid M. red. *Zaburzenia psychiczne u młodzieży*. Warszawa: PZWL; 1981.
9. Bomba J. *Psychopatologia i przebieg depresji u młodzieży*. Psychoter. 1981; 39: 3–11.
10. Popielarska A. *Zaburzenia psychiczne*. W: Jarczewski A, Woynarowska B. red. *Dojrzewanie*. Warszawa: WSiP; 1982.
11. Rabe-Jabłońska J. *Etiopatogeneza, symptomatologia i przebieg zaburzeń depresyjnych u dzieci i młodzieży*. Psychiatr. Pol. 1991; 25(2): 135–140.
12. Komender J, Jagielska G, Ruzkowska E. *Badania katamnesticzne młodzieży podejmującej próby samobójcze*. Psychiatr. Pol. 1992; 26(6): 469–477.
13. Orwid M, Pietruszewski K. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Kraków: Collegium Medicum UJ; 1993.
14. Suchańska A. *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 1998.
15. Gmitrowicz A. *Spoleczne i psychiatryczne uwarunkowania prób samobójczych u młodzieży*. Post. Psychiatr. Neurol. 1999; 8(4): 457–464.
16. Bomba J. *Depresja młodzieńcza*. W: Namysłowska I. red. *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Warszawa: PZWL; 2004. s. 266–279.
17. Namysłowska I, Bronowska Z. *Leczenie zaburzeń depresyjnych dzieci i młodzieży*. Psychiatr. Psychol. Klin. Dzieci i Młodzieży 2000; 1: 45–57.
18. Witkowska-Ulatowska H, Namysłowska I. *Depresja wieku rozwojowego*. W: Pużyński S. red. *Zaburzenia depresyjne w praktyce lekarza rodzinnego. Zbiór materiałów szkoleniowych*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000. s. 46–53.
19. Sulestrowska H. *Choroby afektywne*. W: Popielarska A, Popielarska M. red. *Psychiatria wieku rozwojowego*. Warszawa: PZWL; 2000. s. 267–273.
20. Rabe-Jabłońska J. *Depresja u dzieci i młodzieży. Aktualne poglądy na etiologię, diagnozowanie, przebieg i leczenie*. Psychiatr. Psychol. Klin. Dzieci i Młodzieży 2002; 1: 7–25.
21. Modrzejewska R, Bomba J. *Porównanie obrazu depresji młodzieńczej w populacji uczniów krakowskich szkół gimnazjalnych na podstawie analizy wyników badań za pomocą inwentarza objawowego IO „B1” w latach 1984 i 2001*. Psychiatr. Pol. 2009; 43(2): 175–182.
22. Kostyla M, Szczepaniak A, Gmitrowicz A. *Funkcjonowanie emocjonalne młodzieży dokonującej samouszkodzeń*. Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2009; 9(4): 249–261.
23. Witkowska-Ulatowska H. *Zaburzenia afektywne u dzieci i młodzieży. Przegląd badań*. W: Namysłowska I. red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Biblioteka „Psychiatrii Polskiej”; 2000. s. 137–144.
24. Gmitrowicz A, Rabe-Jabłońska J. *Zachowania samobójcze u młodzieży a zaburzenia psychiczne – wskazówki dotyczące postępowania*. W: Namysłowska I. red. *Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Biblioteka „Psychiatrii Polskiej”; 2000. s. 145–152.
25. Bomba J, Modrzejewska R, Pilecki M. *Depresyjny przebieg dorastania jako czynnik ryzyka powstawania zaburzeń psychicznych – piętnastoletnie badania prospektywne*. Psychiatr. Pol. 2003; 37(1): 57–69.
26. Suchańska A, Wycisk J. *Samouszkodzenia: istota, uwarunkowania, terapia*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe; 2006.

27. Noyes AP, Kolb LC. *Nowoczesna psychiatria kliniczna*. Warszawa: PZWL; 1963/1969.
28. Mudyń K. *Poczucie nierealności i jego konteksty. Fenomenologiczne aspekty procesów dysocjacyjnych*. Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis, Studia Psychologica V; 2012; 85–100.
29. Smiatek-Mazgaj B, Sobański JA, Rutkowski K, Klasa K, Dembińska E, Müldner-Nieckowski Ł i wsp. *Objawy dysocjacji czucia bólu i dotyku, derealizacji i depersonalizacji u kobiet a wydarzenia urazowe z okresu dzieciństwa, adolescencji i wczesnej dorosłości*. Psychiatr. Pol. 2016; 50(1): 77–93.
30. Tomkiewicz S. *Adolescencja a depresja*. W: Walewska K. red. *Psychoanaliza współcześnie. Nurt francuski*. Warszawa: MediPage; 2007. s. 88–100.
31. Kovacs M. *Children's Depression Inventory*. New York: Multi-Health Systems; 1992.
32. Craighead W, Smucker M, Creaghead L, Hardi S. *Factor analysis of the Children's Depression Inventory in a community sample*. Psychol. Assessment 1998; 10: 156–165.
33. Tyczyński K, Wciórka J. *Kwestionariusz IPP („Psychopatologia Ja”) Scharfettera w warunkach polskich*. Psychiatr. Pol. 2003; 27(2): 269–280.
34. Hochlewicz A, Wciórka J. *Zaburzenia poczucia siebie w schizofrenii w ujęciu Christiana Scharfettera*. Post. Psychiatr. Neurol. 1997; 6: 295–308.
35. Spiegel D, Loewenstein RJ, Lewis-Fernández R, Sar V, Simeon D, Vermetten E. i wsp. *Dissociative disorders in DSM-5*. Depress. Anxiety 2011; 28(12): E17–E45.
36. Scharfetter C. *Schizophrenic ego disorders – argument for body-including therapy*. Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr. 1999; 150: 11–15.
37. Sikorska I. *Ciało i zdrowie w okresie późnej adolescencji*. W: Brytek-Matera A. red. *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała*. Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2010. s. 132–148.
38. Brytek-Matera A. *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychosocjalnym*. Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2008.
39. Radziwiłłowicz W. *Depresja u dzieci i młodzieży. Analiza systemu rodzinnego – ujęcie kliniczne*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2010.
40. Stein D, Orbach I, Shani-Sela M, Har-Even D, Yaruslasky A, Roth D. i wsp. *Suicidal tendencies and body image and experience in anorexia nervosa and suicidal female adolescent inpatients*. Psychoter. Psychosom. 2003; 72(1): 16–25.
41. Sakson-Obada O. *Trauma jako czynnik ryzyka dla zaburzeń Ja cielesnego*. Prz. Psychol. 2009; 52(3): 309–326.
42. Kisiel C, Lyons J. *Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents*. Psychiatry 2001; 158(7): 1034–1039.
43. Radny A. *Wpływ traumy na psychikę. Psychoterapia ofiary*. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu. Szczecin: Wydawnictwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie; 2011. s. 106–119.
44. Żechowski C, Namysłowska I. *Kulturowe i psychologiczne koncepcje samouszkodzeń*. Psychiatr. Pol. 2008; 42(5): 647–657.
45. Skegg K. *Self-harm*. Lancet 2005; 366(9495): 1471–1483.
46. Wycisk J. *Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe; 2004.
47. Zila L, Kiselica M. *Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults*. J Couns. Dev. 2001; 79(1): 46–52.

48. Radziwiłłowicz W, Reszka N. *Zachowania autodestruktywne u dziewcząt z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego*. *Psychiatria* 2008; 5(4): 144–155.
49. Marshall S, Tilton-Weaver L, Stattin H. *Non-suicidal self-injury and depressive symptoms during middle adolescence: A longitudinal analysis*. *J. Youth Adolesc.* 2013; 42(8): 1234–1242.
50. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
51. Herman J. *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.

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

Otrzymano: 27.11.2015

Zrecenzowano: 7.02.2016

Otrzymano po poprawie: 10.06.2016

Przyjęto do druku: 21.06.2016