

Kulturowe i psychologiczne koncepcje samouszkodzeń

Culture and psychological concepts of self-harm

Cezary Żechowski, Irena Namysłowska

Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN w Warszawie
Kierownik: prof. dr hab. n. med. I. Namysłowska

Summary

The paper reveals cultural and psychological concepts of self-harm. The authors tried to describe many, particular functions attached to self-mutilation activity, specially so-called 'normal' and 'pathological' functions. In the author's views there are no firm limits between these to the kinds of self-harm, because so-called 'normal' functions frequently co-occur with 'pathological' ones. From a therapeutic perspective it's beneficial to attempt to understand the subjective meaning of self-injury, what are the 'pathological' and 'normal' functions, how self-mutilations mirror the actual situation and history of the patient's development, what is the cultural context. In therapeutic intervention, the subjective attitude of the physician / psychiatrist / therapist is crucial, especially in the context of limiting negative aspects of countertransference. These negative aspects can disturb the contact with patients by a high level of feelings of inefficacy, anger, withdrawal, intrusive interpretations, rejecting patients or limiting effective forms of interventions. The authors of the paper describe some aspects of self-injury such as tattooing, piercing, communication functions, role of traumatic experiences, psychoanalytical and cultural views.

Słowa kluczowe: samouszkodzenia, kultura, psychologia

Key words: self-harm, culture, psychology

Kulturowe koncepcje samouszkodzenia

Samouszkodzenie, które definiujemy jako celowe zadawanie bólu i/lub ran swojemu ciału, pozbawione jednak intencji samobójczych, budzi wstyd, a nawet odrazę, zarówno w osobach go dokonujących, jak i w ich otoczeniu, i jest powodem bardzo silnych reakcji przeciwprzeniesieniowych u personelu zajmującego się tymi osobami.

Mimo że jesteśmy przyzwyczajeni do różnych form zrytualizowanego zabijania, które zdarza się na wojnie, choć nie tylko, oglądamy je na filmach lub po prostu w wieczornych wiadomościach, to ofiary agresji i przemocy ze strony innych mają znacznie większą szansę na empatyczne zrozumienie i pomoc niż ofiary samouszkodzeń. Z ich

działaniem przeciw sobie nie chcemy się konfrontować, osoby te spotykają się więc często z lekceważeniem, niechęcią, poczuciem, że personel leczący traci czas przeznaczony na pomoc bardziej chorym pacjentom. Dzieje się tak głównie z dwóch powodów: po pierwsze, widok ran zadanych samemu sobie konfrontuje nas z agresywnymi, gwałtownymi i destrukcyjnymi siłami, które wolimy pozostawić nieświadomymi; po drugie, autoagresja budzi w nas uczucie bezradności, zwłaszcza wobec jej przewlekłości i niepoddawania się interwencjom terapeutycznym. Być może decyduje to o tym, że samouszkodzenia dokonywane są po kryjomu, a ich ofiary niezwykle rzadko szukają pomocy. Jednak rosnące w ostatnich latach zainteresowania samouszkodzeniami, zarówno profesjonalistów jak i opinii publicznej, znajdujące swoje odbicie na stronach Internetu, ma szansę zmienić tę sytuację i spowodować, że coraz więcej osób odważy się szukać pomocy i będzie w stanie ją znajdować.

Częstość samouszkodzeń oceniana jest na 4% populacji ogólnej i 21% populacji klinicznej [1, 2], a zachorowalność w skali roku na 1% [3, 4]. Wszyscy są zgodni co do tego, że liczba osób dokonujących samouszkodzeń rośnie, zarówno w populacji nie leczonych osób, jak i w populacji klinicznej. Potwierdzają to badania Gmitrowicz i wsp. [5] w Polsce, dotyczące liczby samouszkodzeń na oddziałach młodzieżowych.

Mimo jasnej definicji zrozumienie fenomenu samouszkodzeń nie jest proste i możliwe bez spojrzenia nań z perspektywy kulturowej – powstaje bowiem zasadnicze pytanie, czy samouszkodzenie jest tylko patologią [6, 7].

Cierpienie i znoszenie bólu fizycznego zawsze miało olbrzymią wartość. Towarzyszy najważniejszemu procesowi, jakim są narodziny nowego człowieka. W starożytności znane było i traktowane jako pospolita forma kary, ale równocześnie miało zapobiegać różnym nieszczęściom, takim jak klęska suszy, głodu czy wojny. Szaman musiał umieć znosić ból fizyczny, często zadawany sobie samemu, było to warunkiem uzyskania statusu uzdrowiciela. Krew i kolor czerwony są często łączone ze świętością. W symbolice Indian, i nie tylko, czerwone barwy są kolorem boga Słońca, a rytualne tańce plemienia Lakota, których najważniejszą częścią jest dokonanie samouszkodzeń, odbywają się w czasie zachodu słońca, przybierającego czerwoną barwę. Również czerwone barwy dominują w wielu rytuałach, np. pogrzebowych, w których zadawanie sobie samemu ran symbolizuje mistyczne połączenie ze zmarłym. Z kolei krew miesięczkowa postrzegana jest jako symbol seksualności, ale równocześnie oczyszczania i świętości. W niektórych kulturach, np. pld. Pacyfiku, mężczyźni biorą udział w rytuałach symbolizujących krwawienie miesięczkowe. W wielu innych rytuałach krew jest także symbolem oczyszczenia, np. upuszczanie krwi mające na celu pozbycie się choroby. Pliniusz pisał o piciu krwi gladiatorów dla zapobieżenia padaczce oraz dokonywaniu trepanacji czaszki dla uwolnienia duszy od złych demonów. Krew upuszczano w celach leczniczych jeszcze do niedawna. Antropolodzy zidentyfikowali bardzo wiele form leczenia polegających na uszkodzeniach ciała, zarówno przez uzdrowicieli, jak i przez samych chorych. Praktyki biczowania istnieją do chwili obecnej, także w Europie.

Według Girarda [8] znaczenie ofiary składanej poprzez samouszkodzenie jest oparte na koncepcji, że agresja kontrolowana i planowana jest potrzebna po to, aby zapobiegać agresji na większą skalę. Ofiara, jaką jest samouszkodzenie, jest więc

specjalną formą agresji usankcjonowaną przez społeczeństwo i kontrolowaną poprzez rytualizację i symbolizację.

Modyfikacja własnego ciała, będąca formą samouszkodzenia, ma także znaczenie takie, jak nadawanie i podkreślanie statusu [9]. Przynależność społeczna w różnych kulturach zaznaczana była i podkreślana poprzez różne formy samouszkodzenia, okaleczone ciało było też symbolem piękna. Ciało stawało się zarówno aktywnym podmiotem, jak i biernym odbiorcą oraz odbiciem wartości i norm kulturowych. Najlepiej świadczy o tym ewolucja różnych form samouszkodzeń w zdobieniu ciała. Skóra jest traktowana jako medium ekspresji, jako swoisty „krajobraz do wypełnienia”.

Tatuże we wcześniejszych kulturach określały status społeczny, a także związane były z rytuałami przejścia, zwłaszcza w dorosłość. „Ozdobione” ciało w różny sposób miało zwiększać swoją atrakcyjność seksualną i estetyczną. Także we współczesnej kulturze nie brak przykładów, kiedy samouszkodzenie dokonywane jest w służbie sztuki przez artystów, zwłaszcza w sztuce typu performance, w której publicznie zadają sobie oni ból, negując równocześnie jego masochistyczne i religijne aspekty. Współczesne tatuże, przekłuwanie uszu i innych okolic ciała to także samouszkodzenia, dokonywane najczęściej dla podkreślenia udziału w specyficznej subkulturze. To zjawisko, początkowo marginalizowane, zostało powszechnie zaakceptowane w ostatnich latach i stało się normalnym ozdabianiem ciała, nie różniącym się od innych podobnych praktyk.

Tak więc samouszkodzenie ciała może wyrażać pewne kulturowe lub estetyczne wartości. Niektóre takie praktyki mogą być traktowane jako dewiacyjne, ale nie jako patologiczne, ponieważ w pewien sposób są znaczące dla społeczeństwa lub pewnej jego części. Powstaje więc pytanie: kiedy samouszkodzenie staje się patologią? Favazza [3, 4], jeden z najbardziej znanych autorów zajmujących się problemem samouszkodzeń, próbuje dać odpowiedź na to pytanie, dzieląc samouszkodzenia na „normalne”, czyli kulturowo usankcjonowane i znaczące, oraz na dewiacyjne, patologiczne. Ten drugi typ samouszkodzenia jest aktem zindywidualizowanym, idiosynkratycznym w stosunku do kultury, brak mu wartości estetycznych oraz znaczącej społecznie rytualizacji. Granice pomiędzy „normalnym” a patologicznym samouszkodzeniem są płynne i mamy do czynienia z kontinuum. Mimo tego dość jasnego zróżnicowania niektórzy zastanawiają się jednak, czy słusznie samouszkodzenie zostało zaklasyfikowane do patologii i czy nie dokonało się to na skutek arbitralnych i dyskryminacyjnych podziałów na to, co normalne, a co dysfunkcyjne, zwłaszcza że wiele mniej lub bardziej estetycznych form modyfikacji ciała przesunęło się z marginesu społecznego do głównego nurtu kultury i mody.

Psychologiczne koncepcje samouszkodzeń

Perspektywa psychoanalityczna

Pierwsze prace psychoanalityczne interpretowały samouszkodzenia w kontekście agresywnych i erotycznych dążeń związanych z masochizmem, który wiązał się z gratyfikacją seksualną. Autoagresja była obroną przed poczuciami winy związanymi

mi z fantazjami edypalnymi, a równocześnie karą za nie. Freud [10] zawarł te teorie w swoich pierwszych esejach na temat seksualności, a następnie zmodyfikował je w późniejszych pracach [11]. Prace na temat samouszkodzeń w literaturze psychoanalitycznej opierały się na teorii związku z obiektem i stanowiły próbę zrozumienia autoagresji jako obrony przed agresją wobec osoby znaczącej, a następnie powiązania samouszkodzenia z trudnościami w separacji i indywidualności [12]. Rany, krew i blizny, które są rezultatem samouszkodzeń, mogą być traktowane jako swoiste obiekty przejściowe. Nabierają one specyficznego znaczenia, podobnie jak krew w rytualnych ofiarach, mają także funkcję ochronną. Ten aspekt rytualnego zadawania ran, obrzezania i inicjacji rozwinął w swoich pracach Bruno Bettelheim [13]. Twierdził, iż obrzezanie można rozpatrywać w kontekście rytuałów płodnościowych. Jest ono, jego zdaniem, symboliczną akceptacją roli seksualnej, jaką społeczność przypisuje danej płci, doświadczeniem dojrzałości oraz uznaniem przeciwieństw biologicznych obu płci, przy jednoczesnym uznaniu osobistej poliwalencji.

Inny aspekt samookaleceń analizuje w swoim artykule Kafka [14]. Przedstawia przypadek dziewczyny opisującej krew wypływającą z ran jako „koc bezpieczeństwa”. Blizny z kolei stają się jej drugą skórą, która w pewnym sensie daje uczucie ochrony – są jak medale świadczące jednocześnie o cierpieniu, walce i heroizmie. Poranione ciało staje się żywym triumfem nad cierpieniem. Inni psychoanalicy również podkreślają rolę skóry, która jest pierwotnym kontenerem ciała i przeżyć, i stanowi barierę między ja a światem [15]. To, czy ciało będzie czuło się dobrze, czy też źle, zależy według nich od pierwszych doświadczeń dotyku przez opiekunkę. W tym kontekście Bick mówi o „adhezyjnej identyfikacji” [16]. Sądzić więc można, że dla wielu pacjentów samouszkodzenie kończy epizod depersonalizacji i zapobiega dalszej fragmentaryzacji psychiki. Widok krwi na powierzchni skóry daje uczucie ulgi, przywołując ochronną, „kontenerującą” funkcję skóry dla ciała, upewniając o własnej egzystencji. Self, które jest obiektem samouszkodzenia, musi przetrwać.

Samookaleczenia a charakter masochistyczny

Craig Piers [17] w swoim artykule pt. „Samouszkodzenie. Masochizm i sztywność charakteru” podkreśla znaczenie powiązania sztywności charakterologicznej z masochizmem w formowaniu się objawów samouszkodzenia. Wyodrębnia cztery typy funkcjonowania masochistycznego przebiegające z samouszkodzeniami.

Pierwszy z typów określa jako nietolerowanie samego siebie (intolerance of self). Pacjenci przejawiający ten typ funkcjonowania charakteryzują się intensywną i uogólnioną odrazą do samych siebie. Samookaleczenia są dla nich rodzajem transformowania i neutralizowania poczucia wstydu, niższości, i pomagają im w regulowaniu własnego negatywnego wizerunku, paradoksalnie poprawiając samoocenę. Poprzez samookaleczenia odczuwają oni, iż są poza bolesnymi atakami innych, przeżywają rodzaj poczucia wyższości i mają możliwość wyrażenia złości w proteście wobec świata.

Drugi sposób funkcjonowania określany jest jako idealizacja z wyolbrzymioną różnicą ja – inni, i często łączy się z wcześniej opisanym nieakceptowaniem siebie. Pacjenci przejawiający ten typ funkcjonowania szybko i intensywnie przywiązują

się do terapeuty. W trakcie terapii odczuwają jednak nasilającą się polaryzację ja – terapeuta, idealizując terapeutę przeżywają silne poczucie niższości. Prowadzi to do wzmocnienia nieświadomych wrogich uczuć wobec terapeuty i przeżywania go jako osoby ograniczonej i pretensjonalnej. Samouszkodzenia są wyrazem przeciwdziałania złości i wysiłkiem komunikowania niewypowiedzianych uczuć.

Kolejny typ funkcjonowania masochistycznego określany jest przez Piersa jako pragnienie niewrażliwości (the wish for invulnerability) i dotyczy pacjentów, dokonujących samouszkodzeń w następstwie takich doświadczeń, jak bycie poruszonym, dokniętym lub pozostawanie w prawdziwym związku z drugą osobą. Wyżej wymienione sytuacje stymulują ich pasywne pragnienia i tęsknoty, które przeżywają jako utratę kontroli. Samookaleczenie zaś pomaga im odzyskać poczucie kontroli i kierowania sobą, poprzez opanowanie egodystonicznych stanów emocjonalnych oraz narzucenie sobie poczucia niewrażliwości i dyscypliny.

Ostatni, czwarty z typów masochizmu, opisanych przez Piersa, to podtrzymywane i samopodtrzymujące się poczucie krzywdy (the sustained and self-sustaining grievance). Pacjenci z tym typem masochizmu wydają się niepokieszeni, skłonni do zagłębiania się w siebie, irytacji i „rozdrapywania starych ran”. Samookaleczenie jest wyrazem ich ogólnego funkcjonowania lub „sposobu istnienia” („way of being”).

Charakterystyka przedstawiona przez Piersa nie jest zdaniem autora ostateczna i zamknięta. Jej celem jest uwzględnienie potrzeby badania stanów emocjonalnych pacjenta, stojących za aktami samookaleczeń. Akty te są wyrazem przeciwdziałania trudnym do zniesienia emocjom i w tym sensie mogą być naturalnym wyrazem samoregulacyjnych aspektów funkcjonowania dynamicznego układu psychicznego.

Tatuaze i piercing (kolczykowanie) w adolescencji

Nieco odmienne motywy i treści psychiczne przejawiają się w zrytualizowanych i kulturowo akceptowanych formach samookaleczeń, jakimi są tatuaze i kolczykowanie (tzw. piercing). Debra S. Rosenblum i wsp. [18] przedstawiają psychoanalityczną interpretację tego rodzaju samookaleczeń dokonywanych przez młodzież. Zauważają, że tatuowanie i kolczykowanie się jest na ogół demonizowane w literaturze medycznej i psychologicznej, podczas gdy w niektórych kręgach młodzieży jest tak powszechne, jak noszenie dzinsów, zwyczajnych kolczyków czy makijażu. Takie wyłącznie negatywne traktowanie tych zjawisk odzwierciedla postawę obronną, dystansującą się, i jest sposobem radzenia sobie z własnymi, silnymi emocjami. Emocje te zdaniem tych autorów są pomieszaniem szacunku, odrazy i zachwyty, co jest trudne do uświadomienia w momencie ich doświadczania. Odporność na nie i gotowość do zrozumienia potrzeby tatuowania się u młodzieży jest, według nich, otwarciem drogi do kontaktu z pacjentem i porozumiewania się z nim w jego języku. Ten język to niejako „język powierzchni” skóry.

Autorzy zauważają, że tatuaze pojawiają się na granicy zewnętrznego z wewnętrznym, odróżniają młodego człowieka nie tylko od rodziny, ale i większości rówieśników. Przez to budują też granicę wokół rozproszonego poczucia własnego ja. W okresie kryzysu adolescencji mogą stawać się szybko dostępnym środkiem

konsolidacji własnej tożsamości. Ma to szczególne znaczenie w czasie intensywnych zmian rozwojowych, dotyczących ciała, w których młody człowiek czuje się jedynie biernym obserwatorem. Rosenblum i wsp. [18] zwracają uwagę na fakt, iż w ostatnich latach tatuowanie i kolczykowanie się rozprzestrzeniło się wśród coraz większych grup młodzieży, przyjmując niejednokrotnie postać epidemiczną. Zjawisku temu towarzyszy rozwój przemysłu związanego z tymi zjawiskami, wydawnictw, stron internetowych. Bywa, że tatuaże zastępowane są nalepkami, rysunkami na skórze, które zanikają w krótkim czasie. Według autorów kolczykowanie się i tatuaże pomagają młodzieży określić przynależność do grupy subkulturowej, a przez to doświadczać poczucia więzi i afiliacji. Potwierdzają ich wspólne doświadczenie adolescencji, w którym mieszczą się ekscytacja i radość pomieszane z bólem, poczuciem porażki, uwięzienia, a czasem uwięzieniem realnym [18].

Symbolice tatuowane przez młodzież to najczęściej fantazyjne obrazy religijne, fragmenty szkieletu, inskrypcje, dzikie bestie itp. Zdaniem autorów są one środkami przyciągającymi innych, budzącymi odrazę, ochraniającymi przed, lub zachowującymi w (inkorporującymi). Są swoistymi testamentami aktualnych relacji, a w przyszłości jedynym znakiem istnienia relacji czy wręcz relacją samą w sobie [18]. Autorzy porównują to do pierwszych tatuaży, które powstały wśród nomadów, a później wśród wędrowców i żeglarzy, i miały oznaczać ich przynależność, pochodzenie oraz jego stabilność. Dzisiejsze tatuaże mogą odzwierciedlać poczucie osamotnienia, pragnienie przynależności i stabilności więzi, których trwałość jest większa niż warunki fizyczne, czasowe czy geograficzne. Podkreśla to potencjalna nieodwracalność tatuażu i niektórych form kolczykowania. W tym sensie autorzy postrzegają ich rolę bardziej jako konstruktywną niż samodreżeniową czy destrukcyjną. Uważają, że jest to próba personalizowania swojego ciała, jego autokreacji i samoposiadania.

Samouszkodzenie jako następstwo poważnego urazu psychicznego

Bardzo wielu autorów rozpatruje samouszkodzenie jako następstwa urazu psychicznego, zwłaszcza seksualnego wykorzystania. Miller [19] i Herman [20] traktują samouszkodzenie jak nieświadomą próbę wyrażenia urazu poprzez ciało. Jest więc ono symboliczną próbą oddzielenia się od traumatycznych przeżyć połączonych z uczuciem wewnętrznego chaosu. Miller [19] nazywa samouszkodzenie „zespołem odtwarzania traumy” („trauma reenactment syndrome”), wskazując na mechanizm błędnego koła. Składa się nań cykl: samouszkodzenie – wstyd z jego powodu – ponowne samouszkodzenie po to, aby się ukarać. Autorka ta sugeruje, że jednym z powodów podtrzymujących ten cykl jest nieświadoma chęć wyrażenia tego, co się zdarzyło, kiedy werbalna komunikacja jest niedostępna z powodu utraty pamięci traumy lub jej represji. Efektywność samouszkodzenia w radzeniu sobie z traumą jest jednak znikoma, ponieważ prowadzi do ponownego urazu i represji wobec autodestrukcyjnego działania. Jednak inni [18] sądzą, że może być przeciwnie – powtarzające się samouszkodzenia doprowadzają do opanowania traumy i reintegracji niekorzystnych doświadczeń.

Kolk i wsp. [21, 22] sądzą, że trauma z bardzo wczesnego okresu (sprzed okresu posługiwania się językiem) nie może być zapamiętana za pomocą słów, pozostają więc

gdzieś zapisane ślady jej składników czuciowych i afektywnych. Osoby, które doznały urazu, są więc w pułapce – z jednej strony odczuwają presję wyrażenia bolesnych przeżyć, z drugiej zaś mają ograniczone możliwości ich wyrażania. Samouszkodzenie wydaje się więc próbą „odreagowania” emocji (acting out), o których trudno lub wręcz nie można mówić.

Sądzić więc można, że poważne urazy wczesnodziecięce działają na jednostkę na dwóch poziomach: powodują przeżywanie bardzo silnych, nie do końca uświadamianych sobie emocji, budzących obawy, że nie da się ich przetrwać, a ego ulegnie rozpadowi; na nieco płytszym poziomie – budzą uświadamiane uczucia bezradności, gniewu, rozpacz, wstydu, upokorzenia, a zwłaszcza nienawiści do siebie. Samouszkodzenie jest więc sposobem radzenia sobie z obu typami tych uczuć. Niektórzy autorzy, tacy jak Wise [23], kładą nacisk bardziej na przeżywane uczucie wstydu niż nienawiści do siebie w genezie samouszkodzeń, podkreślając transgeneracyjny przekaz dotyczący wstydu w rodzinie.

Perspektywa komunikacyjna w rozumieniu aktu samouszkodzenia

Wielu autorów podkreśla trudności z werbalizacją, zwłaszcza negatywnych, emocji, występujące u osób dokonujących samouszkodzeń [24, 25, 26, 27, 28]. Ten brak zdolności do posługiwania się w procesie komunikacji symbolami doprowadza do wyrażania negatywnych emocji poprzez wyładowania o charakterze motorycznym. Cytowany już van der Kolk, opisując akt samouszkodzenia mówi o „niemych terrorkach” („speechless terror”) [21, 22]. W tym przypadku działanie zastępuje symbolizację w procesie minimalizowania lęku i oddalania gratyfikacji. Stopień lęku odczuwanego przez dziecko decyduje o nie zaburzonego rozwoju symbolizacji – zarówno zbyt silny, jak i nieobecny lęk zakłóca ten rozwój. Stąd wczesny dziecięcy uraz, tak często obecny w historii osób dokonujących później samouszkodzeń, może powodować utratę zdolności do posługiwania się symbolami i wyrażania emocji poprzez działanie, bez żadnych faz pośredniczących.

W powszechnym rozumieniu okaleczenie się jest komunikatem, jednostka chce coś przekazać innym, o czym nie umie, nie chce lub boi się mówić. Czasami osobom dokonującym aktów autoagresji wydaje się, że mowa nie jest zdolna przekazać ogromu ich cierpienia. Zdarza się jednak, że samouszkodzenie doprowadza do wprost przeciwnych rezultatów – odpycha innych, uniemożliwia komunikację poprzez wyzwalenie silnych negatywnych uczuć w obserwatorach, często także w personelu medycznym.

W literaturze klinicznej często używanym pojęciem jest „samookaleczanie celowe” lub „dobrowolne” (deliberated self-harm, DSH). Definicja DSH podkreśla intencjonalny charakter dokonywanych samouszkodzeń, rozszerzając je na takie działania, jak próby zatrucia się (np. przedawkowanie leków), uderzanie się, przecinanie skóry, przypalanie, wrywanie włosów, rozdrapywanie skóry, próby uduszenia się i in. [29].

Arnold [30] oraz Babiker i Arnold [31] przeprowadziły badania kobiet dokonujących samouszkodzeń. Wśród przyczyn autoagresji najczęściej wymieniały one wykorzystanie seksualne (49%), brak opieki (49%) i nadużycia emocjonalne (43%)

w dzieciństwie, a w dorosłości gwałt (22%), posiadanie brutalnego partnera (14%), brak wsparcia i komunikacji (13%), utratę dziecka i bezpłodność (10%).

Większość z wymienionych wyżej przyczyn samouszkodzeń jest też czynnikiem ryzyka zaburzeń zachowania, zaburzeń osobowości, depresji czy zespołu stresu pourazowego. Warunki te prowadzą do istotnych trudności w regulowaniu emocji i mentalizacji [32]. Wiele osób dokonujących samookaleczeń skarży się na niemożliwość do wytrzymania ból psychiczny lub wewnętrzne napięcie. Niektóre osoby uważają, że samookaleczenia chronią je przed popełnieniem samobójstwa [33]. Badania nad osobami dokonującymi samookaleczeń wykazują, że szczególnie często zachowania te występują w przypadku powiązania silnych konfliktów w środowisku (praca, szkoła, rodzina) z silnymi emocjami, takimi jak frustracja, gniew, poczucie winy, wstyd [33]. W grupie dzieci i młodzieży zachowania te najczęściej dotyczą dziewcząt (do 16 r.ż. dziewczęta dokonują samouszkodzeń czterokrotnie częściej niż chłopcy) [34]. W okresie wczesnej dorosłości proporcje zmieniają się, choć nadal wśród osób okaleczających się dwukrotnie więcej jest młodych kobiet [34].

Nie można też nie wspomnieć, że z perspektywy klinicznej samouszkodzenie jest najczęściej związane z osobowością z pogranicza, jako jeden z przejawów skrajnej impulsywności, choć może zdarzać się w przebiegu innych zaburzeń psychicznych, takich jak schizofrenia. Wielu też autorów podkreśla związek pomiędzy samouszkodzeniem a zaburzeniami odżywiania się. Sądzą oni, że wyniszczenie w jadłowstręcie psychicznym jest także pewną formą uszkodzenia własnego ciała, a z kolei akty samouszkodzeń często towarzyszą bulimii.

Niektórzy autorzy [20] w następujący sposób podsumowują funkcje samouszkodzeń:

1. Funkcje związane z radzeniem sobie i przetrwaniem
 - regulacja napięcia i lęku
 - radzenie sobie z gniewem
2. Funkcje związane z Ja
 - wzmoczenie poczucia autonomii i kontroli
 - wzmoczenie poczucia kontaktu z rzeczywistością
3. Funkcje związane z radzeniem sobie z traumatycznymi doświadczeniami
 - ponowne, w sposób symboliczny, przeżywanie urazu
 - przypominanie innym o przeżytych urazach
4. Funkcje związane z karaniem własnej osoby
 - karanie siebie, zwłaszcza za nieaprobowane impulsy seksualne
 - karanie innych, w tym prześladowcy
 - oczyszczenie
5. Funkcje dotyczące relacji z innymi ludźmi
 - komunikacja
 - karanie innych
 - wywieranie wpływu na zachowania innych.

Jest oczywiste, że w niektórych przypadkach funkcje należące do jednej kategorii pojawiają się w nieco odmiennym aspekcie w innych kategoriach.

W artykule przedstawiliśmy w pewnym skrócie kulturowe i psychologiczne uwarunkowania samouszkodzeń, starając się pokazać brak wyraźnej granicy pomiędzy samouszkodzeniem „normalnym” a samouszkodzeniem patologicznym. Niezwykle trudny problem leczenia samouszkodzeń wymaga odrębnego opracowania, warto jedynie wspomnieć, że podstawowe dla jego powodzenia jest zrozumienie funkcji, jaką pełni samouszkodzenie, i prawidłowe odczytanie komunikatu, jaki niesie, a przede wszystkim rozpoznanie i panowanie nad przeciwprzeniesieniem.

Культуральные и психологические концепции самоповреждений

Содержание

В статье представлены избранные культуральные и психологические концепции самоповреждений. Авторы старались проследить различные функции, какие приписывались самоповреждениям, в том числе т.н. „нормальные” и „патологические” функции. По мнению Авторов нельзя провести точной границы между обоими типами самоповреждений, т.к. часто нормальные функции сопутствуют патологическим и наоборот. С клинической точки зрения существенным, кажется, предпринятие пробы понимания какое субъективное значение имеет нанесения себе повреждения тела. Является ли самоповреждение „нормальной” функцией или же „патологической” и каким образом все это отражает актуальную ситуацию. Как протекает история развития, как относится к культурной ценности, общества, в котором живет пациент. Особенное значение играет субъективная реакция врача / терапевта на нанесение самоповреждения, в том также понимание и ограничение негативных аспектов противоперенесения. Негативное перенесение, отражающее беспомощность врача может приводить к отбращиванию пациента, отказ от помощи больному, агрессивному интерпретированию поведения самоповреждающей личности. Авторы статьи обсуждают такие аспекты самоповреждений таких как татуировка и перекальвание тела, функция коммуникации, связь с травматическими переживаниями. Представлены также психоаналитические и культуральные концепции.

Kulturelle und psychologische Konzepte der Selbstbeschädigungen.

Zusammenfassung

Im Artikel wurden die ausgewählten kulturellen und psychologischen Konzepte der Selbstbeschädigungen besprochen. Die Autoren folgten unterschiedlichen Funktionen, die man der Selbstbeschädigung zusprach, darunter den sogenannten „normalen” und „pathologischen” Funktionen. Nach der Meinung der Autoren kann man eine eindeutige Grenze zwischen den beiden Arten der Selbstbeschädigung nicht zeichnen, weil oft die sogenannten normalen Funktionen die pathologischen begleiten und umgekehrt. In der klinischen Einstellung scheint es bedeutend zu sein, zu verstehen, welche subjektive Bedeutung die selbst zugefügten Verletzungen für den Patienten haben, ob die Selbstbeschädigung eine „normale” oder „pathologische” Funktion erfüllt, auf welche Weise sie die aktuelle Situation widerspiegelt, die Entwicklungsgeschichte, wie bezieht sie sich auf den Wert der Kultur, in der der Patient lebt. Eine besondere Bedeutung hat die subjektive Reaktion des Arztes /des Therapeuten auf das Zufügen von Selbstverletzungen durch den Patienten, darunter Verstehen und Begrenzung der negativen Aspekten der Gegenübertragung. Die negative Übertragung, die ein Ausdruck der Ratlosigkeit des Arztes ist, kann zur Ablehnung des Patienten führen, Mangel an Hilfe, aggressivem Interpretieren der sich selbst verletzenden Person. Die Autoren des Artikels besprechen solche Aspekte der Selbstverletzung wie Tätowieren, Piercing, kommunikative Funktion, Verbindung mit traumatischen Erlebnissen. Sie beschreiben auch die psychoanalytischen und kulturellen Ideen.

Les conceptions psychologiques et culturelles de l'automutilation

Résumé

L'article présente les conceptions psychologiques et culturelles de l'automutilation. Les auteurs décrivent plusieurs fonctions attribuées à l'automutilation, y compris les fonctions « normales » et « pathologiques ». D'après les auteurs on ne peut pas fixer des limites équivalentes de ces deux genres de l'automutilation car souvent les fonctions normales accompagnent les pathologiques et inversement. Du point de vue thérapeutique il semble important de comprendre : rôle subjectif de l'automutilation pour le patient, est-elle « pathologique » ou « normale », comment elle reflète la situation actuelle du patient et celle du passé, quel est son contexte culturel. La subjective relation du médecin /patient joue le rôle le plus important surtout quant à : la compréhension des aspects négatifs, la réduction de ces aspects et le contre-transfert. Les négatifs aspects perturbent le contact du médecin et du patient, ils causent l'inefficacité de la thérapie et la mauvaise interprétation du comportement du patient et même le rejet du patient. Les auteurs de l'article parlent aussi de tels formes de l'automutilation que : tatouage, piercing, fonction de communication, rôle de expériences,traumatiques aspects culturels et psychanalytiques.

Piśmiennictwo

1. Briere J. *Therapy for adults molested as children: beyond survival*. New York: Springer Publishing; 1996.
2. Gil E. *Treatment of adult survivors of childhood abuse*. Walnut Creek CA: Launch Press; 1998.
3. Favazza AR. *Bodies under siege*. Baltimore: John Hopkins University Press; 1987.
4. Favazza AR. *Why patient mutilate themselves*. Hosp. Comm. Psychiatry 1989; 40, 2: 137–145.
5. Gmitrowicz A, Andrzejewska M, Warzocha D. *Samouszkodzenia wśród pacjentów psychiatrycznych oddziału młodzieżowego*. Psychiatr. Pol. 2004; supl. 3: 67–68.
6. Bradford DT. *Early Christian martyrdom and the psychology of depression, suicide and bodily mutilation*. Psychother. Psychosom. 1990; 27, 1: 30–41.
7. Harry B. *Tattoos, body experience and body image boundary among violent male offenders*. Bull. Amer. Acad. Psychiatry Law 1987; 15, 2: 171–178.
8. Girard R. *Sacrum i przemoc*. Poznań: Brama; 1993.
9. Milia D. *Self-mutilation and art therapy*. Violent creation. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers; 2000.
10. Freud Z. *Trzy eseje z teorii seksualnej*. Przeł. Reszke R. Warszawa: Wydawnictwo KR; 1999.
11. Freud SA *short account of psychoanalysis*. London: Penguin Freud Library; 1924.
12. Meninnger KA. *Man against himself*. London: Harvest Books; 1938.
13. Bettelheim B. *Rany symboliczne. Rytuály inicjacji i zazdrość męska*. Warszawa: Czytelnik; 1989.
14. Kafka E. *On the development of the experience of mental self, the bodily self and self consciousness*. Psychoanal. Study Child. 1971; 26: 217–240.
15. Anzieu D. *Le Corps de l'oeuvre*. Paris: Ed. Gallimard; 1981.
16. Bick E. *The experience of the skin in early object relations*. Int. J. Psycho-Anal. 1968; 49: 484–486.
17. Piers C. *Self-mutilation. Masochism, and rigid character*. Psychoanal. Rev. 1999; 86, 5: 691–700.
18. Rosenblum DS, Danielos P, Kass N, Martin A. *Adolescents and popular culture: A psychodynamic overview*. Psychoanal. St. Child. 1999; 54: 319–338.

19. Miller D. *Women who hurt themselves. A book of hope and understanding*. New York: Basic Books; 1994.
20. Herman J. Przemoc. *Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000.
21. van der Kolk BA, Perry C, Herman J. *Childhood origins of self-destructive behaviour*. Am. J. Psychiatry 1991; 148, 12: 1665–1671.
22. van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L. *Traumatic stress: the effects of an overwhelming experience on mind, body and society*. New York: Guilford Press; 1996.
23. Wise WL. *Adult self-injury as a survival response in victim-survivors of childhood abuse*. J. Chem. Depend. Treatm. 1989; 3: 185–201.
24. Favazza AR, de Rosear E, Conterio K. *Self-mutilation and eating disorders*. Suic. Life Threat. Behav. 1989; 19, 4: 352–361.
25. Feldman MD, Ford CV. *Patient or pretender: Inside the strange world of factitious disorder*. New York: Wiley; 1994.
26. Cross LW. *Body and self in feminine development: implications for eating disorders and delicate self-mutilation*. Bull. Menn. Clin. 1993; 57, 1: 41–68.
27. Frances A. *The borderline self-mutilator: introduction*. J. Person. Disord. 1987; 1: 316–326.
28. Lacey JH. *Self-damaging and addictive behavior in bulimia nervosa: a catchments area study*. Brit. J. Psychiatry 1993; 163: 190–194.
29. Royal College of Psychiatrists. *Deliberate self-harm in young people. Factsheets for parents and teachers*. Mental Health Grow. Factsheet 2004; 26.
30. Arnold L. *Women and self-injury: A survey of 76 women*. Bristol: Bristol Crisis Service for Women; 1995.
31. Babiker G, Arnold L. *Autoagresja, mowa zranionego ciała*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003, s. 93 i 97.
32. Bateman A, Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorder*. Oxford/New York: Oxford University Press; 2005.
33. *Deliberate self-harm (DSH) among children and adolescents: who is at risk and how is it recognised?* www.scie.org.uk/publications/briefings/briefing16.
34. Hawton K, Fagg J, Bale E, Bond A. *Deliberate self-harm in adolescents in Oxford, 1985–1995*. J. Adolesc. 2000; 23 (1): 47–55.

Adres: Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
Instytut Psychiatrii i Neurologii
02-957 Warszawa, al. Sobieskiego 1/9

Otrzymano: 6.08.2007
Zrecenzowano: 11.09.2007
Przyjęto do druku: 25.03.2008

Już wkrótce

Psychiatria Polska

ZESZYT NR 6/2008

W następnym zeszycie „Psychiatrii Polskiej” znajdą Państwo między innymi następujące opracowania:

- *Terapia wstrząsowa w psychiatrii – rys historyczny*
Autorzy: Tomasz Zyss i wsp.
- *Leki przeciwpsychotyczne w praktyce lekarza psychiatry. Leczenie pierwszego epizodu schizofrenii*
Autorzy: Marek Jarema i wsp.
- *Leczenie przeciwpsychotyczne w praktyce lekarza psychiatry. Leczenie pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lekoopornej.*
Autorzy: Joanna Meder i wsp.
- *Anatomia depresji w świetle wyników badań neuroobrazowych*
Autor: Jan Jaracz
Neuropeptyd Y – budowa, receptory, działanie i miejsce w psychiatrii
Autorka: Kinga Bobińska

W zeszycie również nasze stałe rubryki, prezentacja nowych pozycji *Biblioteki Psychiatrii Polskiej*.

Zapraszamy

Informacje na temat składania zamówień na prenumeratę, sposobu jej opłacenia oraz szczegółowy cennik wydawnictw znajdą Państwo na końcu zeszytu lub uzyskają, kontaktując się bezpośrednio z sekretariatem komitetu:

31-138 Kraków, ul. Lenartowicza 14
tel. +48 (012) 633-12-03, lub tel/fax. (012) 633-40-67