

Katarzyna Nowicka-Pasternak¹

SAMOOKALECZENIA U MŁODZIEŻY W ŚWIETLE WSPÓŁCZESNEJ PSYCHOPATOLOGII I PSYCHOTERAPII

ADOLESCENT SELF-INJURY IN THE CONTEXT OF CONTEMPORARY PSYCHOPATHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

¹Centrum Psychoterapii i Szkoleń CONSILIA we Wrocławiu

self-injury
non-suicidal self-injury (NSSI)
self-aggressive behaviors in adolescents

Streszczenie

Zachowania autoagresywne, w tym samouszkodzenia niebędące próbą samobójczą (ang. non-suicidal self-injury, NSSI), stanowią rosnący problem kliniczny wśród młodzieży i młodych dorosłych, a ich rozpowszechnienie w tej grupie wiekowej wskazuje na potrzebę pogłębionej refleksji diagnostycznej i terapeutycznej. Celem poniższej pracy poglądowej jest uporządkowanie aktualnej wiedzy na temat zjawiska samookaleczania w kontekście współczesnych klasyfikacji zaburzeń psychicznych, takich jak DSM-5 oraz ICD-11, które w ostatnich latach zaczęły wyodrębniać NSSI jako odrębną jednostkę diagnostyczną, wymagającą dalszych badań oraz precyzyjnych kryteriów diagnostycznych. W artykule przedstawiono obraz kliniczny samookaleczeń, w tym różnorodność form zachowań autoagresywnych, ich przebieg, częstotliwość oraz towarzyszące im objawy psychopatologiczne, takie jak lęk, depresja czy zaburzenia osobowości. Omówiono funkcje samouszkodzeń oraz przytoczono dane epidemiologiczne dotyczące rozpowszechnienia NSSI w populacji adolescentów, a także wskazano czynniki ryzyka, takie jak traumatyczne doświadczenia, zaburzenia więzi, impulsywność, niska zdolność regulacji emocji czy obecność współistniejących zaburzeń psychicznych. Druga część przeglądu koncentruje się na teoriach wyjaśniających genezę zachowań autoagresywnych, ze szczególnym uwzględnieniem podejść psychoanalitycznych, które interpretują NSSI jako przejaw wewnętrznych konfliktów psychicznych i nieświadomionej agresji kierowanej przeciwko sobie.

Summary

Self-aggressive behaviors, including non-suicidal self-injury (NSSI), constitute a growing clinical concern among adolescents and young adults. The increasing prevalence of these behaviors in this age group highlights the need for in-depth diagnostic and therapeutic reflection. The aim of this review article is to systematize current knowledge on the phenomenon of self-injury within the framework of contemporary classifications of mental disorders, such as the DSM-5 and the ICD-11, which in recent years have begun to distinguish NSSI as a separate diagnostic entity requiring further empirical investigation and refinement of diagnostic criteria. The article presents the clinical characteristics of self-injurious behaviors, including the diversity of their forms, course, frequency, and associated psychopathological symptoms, such as anxiety, depressive disorders, and personality disorders.

The functions of self-injury are discussed, and epidemiological data concerning the prevalence of NSSI in adolescent populations are reviewed. Furthermore, risk factors are identified, including traumatic experiences, attachment disorders, impulsivity, impaired emotion regulation, and the presence of comorbid mental disorders. The second part of the review focuses on theoretical models explaining the etiology of self-aggressive behaviors, with particular emphasis on psychoanalytic perspectives, which conceptualize NSSI as an expression of intrapsychic conflict and unconscious aggression directed toward the self.

Wstęp

Samookaleczenia występują coraz częściej w populacji adolescentów i młodych dorosłych. W poniższym przeglądzie piśmiennictwa omówiono to zjawisko z perspektywy klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Następnie przedstawiono obraz kliniczny samouszkodzeń, ich funkcje oraz występowanie wśród nastolatków i czynniki ryzyka. W drugiej części opisano teorie tłumaczące powstawanie samookaleczeń, ze szczególnym uwzględnieniem teorii psychoanalitycznych, które odnoszą się do autoagresji.

Wprowadzenie

Literatura na temat zachowań autoagresywnych bogata jest w różne pojęcia, które je opisują, między innymi samookaleczenia, samouszkodzenia, samoraniecie, samozniszczenie, autoagresja, samobójstwo. Używa się powyższych terminów zarówno do opisywania ostrych form tego zjawiska (np. samobójstwo), jak i do postaci mniej drastycznych, ujawniających się w formie nałogów, zaniedbania czy podejmowania ryzykownych zachowań.

W zależności od przyjętych norm społeczno-kulturowych samookaleczenia mogą być traktowane jako zachowania mieszczące się w normie lub od niej odbiegające. Przykładem może być body art, czyli profesjonalne tatuowanie czy dokonywanie piercingu, w przypadku których rozszerzono kulturowe pojęcie normy w zakresie ingerowania w ciało i jego okaleczania.

Psychiatrzy i psychologowie zwracają uwagę, że samookaleczenia występują wśród młodych ludzi coraz częściej i są zjawiskiem często trudnym do jednoznacznego sklasyfikowania. Szczególnie aktualna i ważna w odniesieniu do adolescentów wydaje się kwestia trafnego odróżniania zachowań normatywnych, właściwych dla wieku, płci i kultury, które nie pełnią funkcji katalizatora emocji, od zachowań samobójczych oraz autodestrukcyjnych, wymagających oddziaływań terapeutycznych. Z potrzeby określenia granicy zachowań normatywnych wynikł więc rozwój badań nad mechanizmami i czynnikami ryzyka samookaleczeń, co następnie znalazło swoje odbicie w klasyfikacjach diagnostycznych [1–6].

Samookaleczenia z perspektywy klasyfikacji zaburzeń psychicznych

W najnowszej wersji klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 [7] samookaleczenia są definiowane jako nieakceptowane społecznie, celowe uszkodzenia ciała, wywołujące krwawienie, zasinienie lub ból, podejmowane w celu reduk-

cji dyskomfortu psychicznego. Rozumiane są jako jeden z objawów współwystępujących z zaburzeniami emocjonalnymi i rozwojowymi o różnej etiologii lub z zaburzeniami osobowości, bądź są traktowane jako odrębna jednostka nozologiczna, tzw. samookaleczenia bez tendencji samobójczych (ang. *non-suicidal self-injury*, NSSI).

W klasyfikacji DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) wyodrębniono osobne kryteria rozpoznawania i kodowania samookaleczeń bez intencji samobójczej (ang. *non-suicidal self-injury*, NSSI) i zachowań samobójczych (ang. *suicidal behaviour disorder*, SBD). Przedstawione zostały w Tabeli 1. i Tabeli 2.

Tabela 1. **Kryteria rozpoznania samookaleczeń bez intencji samobójczej (ang. *non-suicidal self-injury*, NSSI) według DSM-5 [7].**

<p>1) W ostatnim roku osoba przez co najmniej pięć dni dokonuje celowego samookaleczenia, uszkodzenia powierzchni własnego ciała, mogących wywołać krwawienie, zasinienie lub ból (np. nacinanie, przypalanie, nakłuwanie, uderzanie, nadmierne tarcie), z oczekiwaniem, że szkoda doprowadzi tylko do drobnych lub umiarkowanych obrażeń ciała (tzn. bez intencji samobójczych).</p> <p>Uwaga: brak zamiarów samobójczych został potwierdzony przez jednostkę lub można wywnioskować, że jednostka wielokrotnie angażuje się w zachowania, co do których wie lub nauczyła się, że nie jest prawdopodobne, by doprowadziły one do śmierci.</p> <p>2) Osoba ta musi wykazywać przynajmniej jedną z motywacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) poszukuje ulgi w doznawanych negatywnych uczuciach lub stanie psychicznym, b) próbuje rozwiązać w ten sposób konflikty interpersonalne, c) chce osiągnąć przyjemność. <p>Uwaga: oczekiwana ulga lub reakcja jest doświadczana w trakcie lub krótko po dokonaniu samookaleczenia, a osoba może przejawiać wzorce zachowań sugerujące zależność od wielokrotnego angażowania się w samookaleczenia.</p> <p>3) Zamierzone samouszkodzenia muszą być związane z przynajmniej jednym z poniższych:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) występowanie konfliktu interpersonalnego czy negatywnych emocji lub myśli (np. depresji, lęku, napięcia, złości) w okresie bezpośrednio poprzedzającym samouszkodzenie, b) zaabsorbowanie planowanym działaniem w okresie bezpośrednio je poprzedzającym, c) rozmyślanie, ruminacje dotyczące samouszkodzeń. <p>4) Samouszkodzenie nie jest usankcjonowane kulturowo (np. tatuaże, piercing) i nie jest ograniczone do zdrapywania strupków czy obgryzania paznokci.</p> <p>5) Zachowanie to lub jego konsekwencje powodują znaczący dyskomfort psychiczny i wpływają na funkcjonowanie.</p> <p>6) Zachowanie nie występuje wyłącznie w przebiegu epizodu psychotycznego, majaczenia, intoksykacji czy zespołu abstynencyjnego i nie może być lepiej wyjaśnione przez inne zaburzenie psychiczne lub stan medyczny (np. zaburzenia ze spektrum autyzmu, niepełnosprawność intelektualną, zespół Lescha-Nyhana, stereotypowe zaburzenia ruchu z samookaleczeniami, trichotillomanię, patologiczne skubanie/wydrapywanie skóry). U osób z zaburzeniami neurorozwojowymi zachowanie nie jest częścią wzorca powtarzalnych stereotypii.</p>

Tabela 2. **Zachowania samobójcze (ang. *suicidal behaviour disorder, SBD*) według DSM-5 [7].**

1. Podjęcie próby samobójczej w ciągu ostatnich 24 miesięcy (próba samobójcza to działanie, któremu w momencie jego inicjowania towarzyszył zamiar odebrania sobie życia).
2. Działanie to nie spełnia kryteriów NSSI.
3. Diagnozy tej nie stosuje się do myśli samobójczych czy działań przygotowawczych (tendencji samobójczych).
4. Działanie nie było podjęte w stanie zaburzenia świadomości.
5. Osoba nie miała motywacji politycznej ani religijnej.

Obecne SBD: w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od ostatniej próby. SBD we wczesnej remisji: 12–24 miesięcy od ostatniej próby.

Podstawowym czynnikiem różnicującym NSSI i SBD w DSM-5 jest intencja. Wyodrębniono samookaleczenia bez intencji samobójczej i zachowania samobójcze, które w zamiarze jednostki mają doprowadzić do zgonu (Tabela 2.). Znaczenie mają również częstotliwość i letalność działań – nie znalazły się one w kryteriach, jednak obserwowane są w praktyce klinicznej. NSSI związane są zwykle z nisko letalnymi sposobami autoagresji, takimi jak gryzienie, uderzanie, przypalanie czy drapanie. Samouszkodzenia z intencją samobójczą obejmują raczej działania o wyższej potencjalnej letalności, takie jak przedawkowanie leków, nacięcia w okolicy nadgarstków. NSSI występują znacznie częściej niż SBD [7].

W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 [8] samouszkodzenia należy kodować jako „zamierzone samouszkodzenie” (X60–X84), które obejmuje zarówno samookaleczenia bez intencji samobójczych, jak i próby samobójcze. W poprzedniej wersji klasyfikacji DSM-4 [9], tak jak w klasyfikacji ICD-10 [8], samookaleczenia występują również jako jeden z objawów zaburzeń osobowości z pogranicza – borderline. Powszechne stanowisko badaczy i klinicystów jest takie, że samookaleczenia należy rozumieć jako objaw zaburzeń z osi II. Jednak wyniki prowadzonych w ostatnich latach badań nie są zgodne z powyższym stanowiskiem. Dowodzą one, że samookaleczenia występują u młodzieży i młodych dorosłych z dużo wyższą częstością niż zaburzenia osobowości typu borderline w populacji ogólnej. Ponad połowa młodzieży hospitalizowanej w oddziałach psychiatrycznych z powodu samookaleczeń nie spełnia kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń z osi II, a samookaleczenia mogą także towarzyszyć zaburzeniom z osi I, myślom i tendencjom samobójczym lub stanowić silny predyktor dla podejmowanych prób samobójczych [4–6].

Porównując DSM-5 i ICD-11 [7, 11] można zaobserwować, że i w jednej, i w drugiej klasyfikacji samouszkodzenia traktowane są jako objaw współwystępujący w ramach innych rozpoznań. Można je również podzielić na samouszkodzenia impulsywne oraz kompulsywne, co zostało pokazane w poniższych tabelach.

Tabela 3. Porównanie występowania samouszkodzeń impulsywnych w ICD-11 [11] i DSM – 5 [7].

ICD-11 i DSM-5 samouszkodzenia impulsywne	
ICD-11	DSM-5
<ul style="list-style-type: none"> • objaw współwystępujący 	<ul style="list-style-type: none"> • objaw współwystępujący • odrębna jednostka nozologiczna <i>non-suicidal self-injury</i>, NSSI (sekcja zaburzeń wymagających dalszych badań)

Tabela 4. Porównanie występowania samouszkodzeń kompulsywnych w ICD-11 [11] i DSM-5 [7].

ICD-11 i DSM-5 samouszkodzenia kompulsywne	
ICD-11	DSM-5
<ul style="list-style-type: none"> • Trichotillomania • Dermatillomania • Onychofagia <p>Powtarzające się zachowania skoncentrowane na ciele (BFRB)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trichotillomania • Dermatillomania • Onychofagia <p>Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i pokrewne</p>

Obraz kliniczny samouszkodzeń

Akty autoagresji bez intencji samobójczej to nacinanie skóry ramion i dłoni, nóg, rzadziej twarzy, zadawane nożem, nożyczkami i innymi ostrymi narzędziami. Zdarzają się też poparzenia wodą, parą wodną bądź różnymi substancjami chemicznymi, uderzenie siebie, objanie się o ściany lub uderzenie głową w twarde powierzchnie. Inne rodzaje samouszkodzeń to drapanie, rozdrapywanie gojących się ran, nakłuwanie, gryzienie, szczypanie, wrywanie włosów, pocieranie i wprowadzenie pod skórę lub w otwory ciała ostrych przedmiotów oraz przyjmowanie leków w dawkach przekraczających lecznicze. Można wyróżnić też połykanie ostrych przedmiotów lub szkodliwych substancji. Najbardziej rozpowszechnionymi formami samookaleczenia są:

- nacinanie skóry 70–90%,
- uderzanie 21–44%,
- przypalanie 15–35%.

Osoby samookaleczające się stosują często więcej niż jedną metodę. Kobiety częściej dokonują nacinania i zadrapań, u mężczyzn występuje przypalanie. Samookaleczenia najczęściej pojawiają się na rękach, nadgarstkach, przedramionach, ramionach, udach i brzuchu [5, 6, 12–14].

W literaturze dotyczącej autoagresji można odnaleźć różne podziały samookaleczeń. Przykładowo Eckhardt [12] dzieli autoagresję na jawną i ukrytą:

- autoagresja jawna to pocięcie się ostrymi przedmiotami, uderzanie w różne przedmioty czy narażanie się na poparzenia,
- autoagresja ukryta to zaburzenie psychiczne polegające na udawaniu objawów choroby, aby zyskać korzyści materialne i/lub psychiczne. Może występować jako: ukryte samouszkodzenia lub sztucznie wywołana choroba.

Favazza [cyt. za: 12] posługuje się trzema kategoriami:

- samookaleczenia duże, takie jak amputacje kończyn, autokastracja,
- stereotypowe, występujące na przykład w spektrum autyzmu,
- powierzchowne lub umiarkowane, najczęściej występujące wśród adolescentów.

Tę ostatnią kategorię Favazza podzielił na samouszkodzenia kompulsywne, takie jak trichotillomania czy obgryzanie paznokci, często zrytualizowane, powtarzane wielokrotnie w ciągu dnia, oraz impulsywne, takie jak cięcia, przypalania, występujące epizodycznie albo powtarzane.

Suchańska [1, 16] dzieli autoagresję w podobny sposób, jak czyni to Favazza [cyt. za: 12]: na bezpośrednią i pośrednią. Bezpośrednia to intencjonalne ataki na swoje ciało i/lub życie. Może być podejmowana z różnie uświadomionym skutkiem i nie jest ona akceptowana kulturowo ani społecznie. Do tej kategorii zaliczane są takie zachowania, jak:

- wielkie samookaleczenia – amputacje, wykłuwanie oczu, występuje w stanach psychotycznych lub silnej intoksykacji;
- stereotypowe – rytmiczne uderzanie głową, gryzienie palców; są to zachowania szkodliwe dla ciała, charakteryzujące się stałym wzorcem, występują w zespołach psychoorganicznych i ostrych formach zaburzeń psychicznych;
- powierzchniowe/umiarkowane – występują najczęściej; przyjmują formę kompulsywną (jak wrywanie włosów, drapanie się w celu rozładowania napięcia lub uchronienia przed jakimś niebezpieczeństwem) lub impulsywną, która z kolei dzieli się na epizodyczną (płytkie nacinanie skóry, wrywanie włosów) lub chroniczną (nawracającą) – w tym przypadku metody są podobne jak w przypadku impulsywnej, ale występują z większym nasileniem, często stanowią element tożsamości jednostki.

Do form pośrednich zaliczane są zachowania:

- aktywne – są to zachowania o widocznych negatywnych konsekwencjach dla zdrowia, na przykład uzależnienie od substancji psychoaktywnych czy podejmowanie dysfunkcyjnych zachowań ryzykownych, jak szybka jazda samochodem czy przypadkowy seks;
- pasywne – to różnego rodzaju zaniedbania medyczne, dietetyczne, dotyczące higieny.

Walsh z kolei dzieli NSSI w zależności od stopnia potencjalnej letalności aktu, sposobu działania (bezpośredni/pośredni) i tego, czy okaleczenie wystąpiło raz czy też wielokrotnie [1, 3, 6, 14–17].

Funkcje samookaleczeń

Samookaleczenia pojawiają się najczęściej w momentach silnego napięcia emocjonalnego. Często dochodzi do nich krótko po nagłym, nieoczekiwanym impulsie. Zjawisko to dotyczy głównie osób we wczesnej dorosłości. Może być reakcją na poważne problemy życiowe, wychowywanie się w rodzinie z przemocą lub brak opieki i wsparcia. Częstościami powodami samookaleczeń są także trudności związane z własną seksualnością oraz doświadczanie przemocy ze strony rówieśników. Młody wiek sprzyja temu zjawisku, ponieważ umiejętności radzenia sobie z napięciami psychicznymi nie są jeszcze w pełni rozwinięte. To prowadzi do zachowań autoagresywnych. Samookaleczanie bywa formą przejścia kontroli nad własnym ciałem oraz sposobem na wyrażenie niezależności i tożsamości [12–14, 18].

W literaturze zwraca się uwagę na różne funkcje samookaleczeń, takie jak:

- regulacja afektu,
- złagodzenie negatywnych emocji, na przykład lęku, poczucia winy, samotności, gniewu,
- dążenie do odzyskania poczucia rzeczywistości w odpowiedzi na okresy dysocjacji i depersonalizacji,
- zapobieganie tendencjom samobójczym,
- wywieranie wpływu na otoczenie,
- wyznaczanie granic własnego „ja”,
- karanie siebie lub innych,
- wyrażanie własnych doświadczeń traumatycznych lub ponowne przeżywanie urazu,
- wywoływanie emocji w sytuacji odczuwania pustki wewnętrznej.

Adoleseenci, którzy dokonują samookaleczeń, częściej posługują się nieadaptacyjnymi metodami radzenia sobie ze stresem (np. strategiami unikania), charakteryzują się niską samooceną, wyższym poziomem impulsywności, częstszym doświadczaniem negatywnych emocji oraz stanów dysocjacyjnych [4, 5].

Występowanie samouszkodzeń wśród nastolatków

Zachowania autoagresywne należą do obszaru klinicznego i mogą współwystępować z zaburzeniami osobowości typu borderline, zachowaniami samobójczymi oraz przedawkowaniem substancji. Trudność w oszacowaniu skali samouszkodzeń wynika dodatkowo z tego, że większość aktów autoagresji nie wymaga interwencji lekarskiej, więc nie jest notowana i wymyka się statystycznym opracowaniom. Młodzież niejednokrotnie ukrywa fakt dokonywania samookaleczeń, twierdząc, że obrażenia powstały na skutek wypadku lub przypadkowego skaleczenia. Ocena rozpowszechnienia samookaleczeń w populacji ogólnej jest trudna przede wszystkim dlatego, że brakuje dostatecznej liczby badań w grupach nieklinicznych. Wyniki dostępnych prac, prowadzonych w różnych krajach, pozwalają jednak przyjąć, że samookaleczenia dotyczą w głównej mierze adolescentów i młodych dorosłych (ok. 13–42%), a ich rozpowszechnienie zmniejsza się wraz z wiekiem (ok. 4–6% osób dorosłych). Występowanie samookaleczeń jest znacznie częstsze w po-

populacjach klinicznych adolescentów, wśród których częstość tego zjawiska szacuje się na poziomie od 40% do nawet 80%. Żechowski i Namysłowska [19] zauważają, że liczba osób dokonujących samookaleceń rośnie zarówno w populacji ogólnej, jak i w populacji klinicznej. Gmitrowicz, Warzocha i Pawełczyk [20] podkreślają, że dokonuje ich od 27% do 47% młodzieży hospitalizowanej na oddziałach psychiatrycznych. Z badań Pawłowskiej i współpracowników [4] przeprowadzonych w liceach wynika, że samouszkodzeń dokonuje 13,7% młodzieży w wieku od 16 do 19 lat, w tym 15,7% dziewcząt i 6,9% chłopców [4, 5, 13, 14].

Samookaleczenia bez intencji samobójczej (NSSI) zazwyczaj mają początek w okresie dojrzewania i najczęściej występują między 12. a 15. rokiem życia, myśli i zachowania samobójcze zwykle pojawiają się później. Adolescencję uznaje się zatem za czas zwiększonego ryzyka dokonywania samouszkodzeń. Zachowania te są podejmowane z inicjatywy adolescenta lub pod wpływem sugestii otoczenia, a średni czas ich trwania wynosi około dwóch lat. Większość badaczy wskazuje, iż NSSI częściej pojawiają się u nastoletnich dziewcząt niż u chłopców. U dziewcząt autorzy stwierdzili częstsze występowanie cięcia, u chłopców – uderzanie. Są natomiast badania, w których nie zaobserwowano związków z płcią, uwarunkowaniami kulturowymi oraz ze statusem społeczno-ekonomicznym [5, 6].

Czynniki ryzyka

Do czynników ryzyka pojawiania się samookaleceń należą występowanie nieprawidłowej struktury osobowości oraz obecność zaburzeń psychicznych. Akty samookaleceń w próbie klinicznej osób dorosłych z zaburzeniami osobowości typu borderline dotyczą 50–78% pacjentów. Badani datują początek objawów na okres późnego dzieciństwa i adolescencji, co z dużym prawdopodobieństwem jest zapowiedzią nieprawidłowo kształtującej się osobowości [5]. Badania z ostatnich dwóch dekad wskazują na współwystępowanie samookaleceń z innymi zaburzeniami osobowości: antysocjalnej, histrionicznej, unikającej, zależnej, typu obsesyjno-kompulsywnego, a także zaburzeniami eksternalizacyjnymi i internalizacyjnymi wieku rozwojowego. Czynnikiem ryzyka to również poczucie braku nadziei [5, 6].

Szacuje się, że około 24–63% nastolatków dokonujących samouszkodzeń prezentuje zaburzenia zachowania, a od 14% do 60% dodatkowo zażywa substancje psychoaktywne. W populacji adolescentów samookaleczających się stwierdzono wyższy odsetek zaburzeń lękowych, afektywnych, myśli i prób samobójczych, zaburzeń uwagi (z nadruchliwością lub bez nadruchliwości) oraz zaburzeń odżywiania, częściej pojawiał się również zespół stresu pourazowego [4–6].

Kolejne czynniki ryzyka to uwarunkowania rodzinne oraz te związane z doświadczeniem traumatycznym. Najsilniejszymi predyktorami są niestabilne lub traumatyczne relacje z najbliższymi, zaburzona więź, przedwczesna separacja od opiekunów, rozwód rodziców lub śmierć jednego z nich, nadmierna krytyka rodzicielska, brak wsparcia ze strony najbliższych, problem alkoholowy w rodzinie, wydarzenia traumatyczne w dzieciństwie oraz przemoc fizyczna i/lub seksualna, a także przemoc rówieśnicza [4, 5].

Przeprowadzona przez Hamzę i współpracowników metaanaliza [cyt. za: 6] pokazuje, że NSSI to istotny predyktor myśli i prób samobójczych. Część badań potwierdza też związek

częstotliwości NSSI i prób samobójczych. Inne z kolei sugerują, iż NSSI pozwalają przewidywać próby samobójcze lepiej, niż próby samobójcze pozwalają przewidywać NSSI.

Zidentyfikowanie czynników ryzyka u adolescentów jest więc kluczowym elementem diagnozy, oceny zagrożenia i późniejszych interwencji terapeutycznych. Osoby samookalczające się wykazują większe ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych i emocjonalnych. Częściej stwierdza się u nich także zaburzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym [6].

Czynniki zmniejszające ryzyko wystąpienia samookaleczeń to stabilne wzorce więzi, rodzina wielopokoleniowa i satysfakcjonująca sieć wsparcia społecznego, dobre funkcjonowanie szkolne i zawodowe, wystarczające zasoby finansowe, zaplecze kulturowe i religijne, dobre zagospodarowanie czasu wolnego oraz wsparcie instytucjonalne [5, 17].

Są również badania, w których NSSI przedstawia się jako czynnik chroniący przed zachowaniami samobójczymi. Samookaleczenia w modelu antysamobójczym to próba uniknięcia destrukcyjności przez przekierowanie samobójczych tendencji na autoagresję w nieletalnej formie. Akty samookaleczeń pełnią w przypadku wystąpienia trudnych emocji funkcję regulacyjną i zapobiegają samobójstwu. Samookaleczenia służą młodym ludziom do zredukowania nasilenia myśli samobójczych [6].

Teorie tłumaczące kształtowanie się samouszkodzeń

Od lat trwa dyskusja dotycząca mechanizmów samouszkodzeń. Żeby je zrozumieć, dobrze się odnieść do konstruktów teoretycznych i badań empirycznych, które konceptualizują funkcje samookaleczeń i podtrzymujących je mechanizmów [5].

Model unikania doświadczenia (ang. *the experiential avoidance model*, EAM) opiera się na teorii behawioralnej, na mechanizmach warunkowania klasycznego i instrumentalnego. Zakłada, że samookaleczenia służą do regulacji afektu, co następnie powoduje powstanie nieadaptacyjnej metody radzenia sobie z napięciem. Samouszkodzenia mają na celu usunięcie trudnych emocji, zachowania te są wzmacniane przez doznanie ulgi i odprężenia. Im dłużej stosowana jest strategia unikania doświadczenia i przeżywania trudnych emocji, tym bardziej staje się automatyczna i pojawia się jako odpowiedź na każde pobudzenie emocjonalne. Trudność w regulowaniu emocji, wysoka pobudliwość i niska tolerancja wpływają na powstawanie i podtrzymywanie nieadaptacyjnych metod radzenia sobie z napięciem poprzez samookaleczanie. W tym modelu pomija się kontekst społeczny samookaleczeń [5].

Emocjonalny model kaskadowy (ang. *emotional cascade model*, ECM) uzupełnia model EAM o komponent poznawczy. Podstawą modelu ECM jest założenie o pojawiających się silnych tendencjach do ruminowania przykrych zdarzeń, co prowadzi do narastania trudnych emocji, takich jak smutek, lęk, gniew. To powoduje jeszcze większą wrażliwość na kolejne trudne bodźce i nasila ruminacje oraz trudne odczucia. Następnie, poprzez mechanizm pozytywnych sprzężeń zwrotnych, dochodzi do wytworzenia pozostającej poza kontrolą jednostki tak zwanej emocjonalnej kaskady, której uaktywnienie znacznie wydłuża czas powrotu do wyjściowego stanu emocjonalnego. Osoby z zaburzeniami osobowości, szczególnie typu borderline, uruchamiają kaskadę emocjonalną w odpowiedzi na niemal każde negatywne wydarzenie. Trudno jest im

zastosować normatywne strategie radzenia sobie z napięciem, takie jak rozpraszanie, odwracanie uwagi czy poszukiwanie wsparcia społecznego, dlatego wybierają zachowania destrukcyjne, na przykład samookaleczenia. Badania potwierdzają przydatność modelu ECM w konceptualizacji samookaleczeń [5].

Walsh w modelu biopsychospołecznym bierze pod uwagę wzajemne powiązania różnych aspektów: środowiskowego, poznawczego, afektywnego, behawioralnego i biologicznego. Autor zwraca uwagę na rolę historii samego pacjenta i jego rodziny (aspekt środowiskowy). Czynniki spustowymi dla samookaleczeń są bieżące okoliczności środowiskowe, jak konflikt lub utrata kogoś bliskiego, problemy w szkole czy obserwacja osoby samookaleczającej się [3, 5, 13, 17].

Aspekt biologiczny

Część badań wskazuje, że istotną rolę w powstawaniu samookaleczeń u osób bez intencji samobójczych odgrywa układ opioidowy. Jeden z modeli wyjaśniających ten związek zakłada, że podczas aktu samookaleczenia uwalniane są endogenne opioidy, które powodują znieczulenie i zmniejszają poziom stresu. Kolejny model opiera się o założenie, że u osób samouszkodzających się występuje wyższy poziom endogennych opioidów, który powoduje większą tolerancję na ból i umożliwia podejmowanie zachowań autoagresywnych. W zintegrowanym modelu samookaleczeń deficyt w zakresie endogennych opioidów rozumiany jest jako konsekwencja doświadczenia przewlekłego stresu w okresie dzieciństwa (na skutek nadużycia, zaniedbania, straty) bądź predyspozycja biologiczna. Deficyt ten jest związany z występowaniem nieadekwatnej opioidowej reakcji na stres. Jednostka dokonuje samouszkodzeń po to, żeby zwiększyć poziom opioidów i przywrócić homeostazę. Zwraca się również uwagę na możliwość istnienia nieprawidłowości w obszarze układu nagrody oraz odmienną regulację reakcji bólowych [3, 5, 13, 17].

Samookaleczenia z perspektywy teorii psychoanalitycznych

Freud [22, 23] w swojej teorii psychoanalitycznej opisywał nieświadome mechanizmy obronne, których celem jest ochrona jednostki przed wewnętrznymi konfliktami i lękami. Samookaleczenia mogą być rozumiane jako jeden z takich mechanizmów. Według teorii Freuda ludzie przeżywają konflikty między trzema strukturami swojej psychiki: id, którym rządzą instynkty, ego, które odnosi się do realistycznej części psychiki, i superego, odnoszącym się do norm moralnych. W momencie, gdy ego nie może już poradzić sobie z napięciami i lękami wywołanymi przez te konflikty, pojawiają się mechanizmy obronne, na przykład wyparcie, projekcja czy regresja. Samookaleczenia mogą być rozumiane jako regresja, czyli powrót do wcześniejszych, mniej dojrzałych form reagowania na stres, w celu radzenia sobie z emocjonalnym bólem poprzez zachowania bezpośrednie i fizyczne, a nie oparte na bardziej dojrzałych mechanizmach obronnych [22–24].

Zgodnie z teorią popędów, w której Freud wyróżnił popęd życia (eros) i popęd śmierci (tanatos), samookaleczenia mogą być przejawem agresji, która nie może być skierowana na zewnątrz, więc kierowana jest w stronę samego siebie. Można ją również rozumieć

jako kompromis pomiędzy popędami życia i śmierci, prowadzący do odroczenia instynktu śmierci, w wyniku którego impuls zniszczenia Ja zostaje osłabiony [22–24].

Kolejny mechanizm obronny, o którym pisał Freud, to projekcja, w której jednostka przenosi własne nieakceptowane emocje lub impulsy na innych ludzi. Osoba, która nie jest w stanie przyjąć swoich negatywnych emocji, może kierować je na innych, ale też może – rozszczepiając ciało i psychikę – projektować złość na swoje ciało w formie samouszkodzeń. Samookaleczenia są więc próbą zewnętrznego wyrażania wewnętrznych konfliktów [24].

W 1938 roku Menninger [cyt. za: 13] w samouszkodzeniach i samobójstwach wyróżnił: pragnienie zabicia, pragnienie bycia zabitym i pragnienie śmierci. Psychoanalicy twierdzą, iż osoby okaleczające się mają problemy z agresją, zarówno tą skierowaną do wewnątrz, jak i na zewnątrz. Mollon [cyt. za: 13, s. 71] pisze: „osoba, która z rozmysłem nacina sobie skórę, wchodzi w intymny świat omnipotencji, gdzie jest ona zarówno prześladowcą, jak i prześladowanym. Przejmująca wściekłość jest w ten sposób uwalniana do ciała, które następnie jest karane za to, że stało się ofiarą przemocy”.

Warto tutaj przytoczyć Melanie Klein [25]. Autorka rozwijała teorię obiektów wewnętrznych, w której nacisk położony jest na sposób, w jaki dziecko tworzy wewnętrzne reprezentacje swoich pierwszych obiektów (opiekunów). Wewnętrzne reprezentacje obiektów (tzw. obiekty wewnętrzne) mogą być pozytywne i negatywne. Kiedy brakuje odpowiedniego zaspokojenia fizycznego i emocjonalnego, dziecko może doświadczać intensywnych lęków i agresji, które nie znajdują ujścia w świecie zewnętrznym. W konsekwencji zdarza się, że przenosi lęki i impulsy agresji na samego siebie, co może prowadzić do powstawania samookaleczeń [24, 25].

Klein opisała także pozycję paranoidalno-schizoidalną, odnoszącą się do wczesnej fazy rozwoju psychicznego dziecka, w której doznaje ono silnych lęków, takich jak lęk przed zniszczeniem przez „złe” obiekty. Dziecko w tej fazie doświadcza rozdzielania „dobrego” obiektu od „złego” i tworzy mechanizmy obronne, które pomagają mu radzić sobie z tymi skrajnymi obrazami. Samookaleczenia mogą więc stanowić formę wewnętrznej projekcji złości i lęków, które są wyrazem ataku na siebie w odpowiedzi na postrzeganą złość wobec obiektów zewnętrznych.

Kiedy dziecko rozwija się, przechodzi w bardziej zaawansowaną fazę, tzw. pozycję depresyjną. Zaczyna wówczas integrować pozytywne i negatywne aspekty swoich obiektów, co wiąże się z poczuciem winy, smutku oraz tęsknoty za „dobrym” obiektem. W tej fazie dziecko może doświadczać bardzo silnych emocji, takich jak lęk przed utratą, separacją, lęk przed porzuceniem lub poczucie odrzucenia, które mogą prowadzić do autoagresywnych impulsów. Za sprawą samouszkodzeń łagodzone jest przerażenie, a śmierć zostaje zaprzeczona. Pacjenci nie są zdolni do tolerowania psychicznej ani fizycznej nieobecności matki, nie potrafią znieść świadomości, że umysł matki może być zaprzątnięty myślami nieskoncentrowanymi na nich. Powoduje to uczucie odrzucenia, wściekłości i rozpacz. Mówi się o tym, że osoby samookaleczające się w okresie wczesnodziecięcym tworzyły relacje z niewystarczająco dobrą matką.

Glosser [cyt. za: 16, s. 74] przedstawia rozwój symptomu samouszkodzeń w sposób następujący: w okresie fazy paranoidalno-schizoidalnej dziecko ogarnięte jest fantazją fuzji z idealną matką. Obraz matki jednak nadal pozostaje rozszczepiony, to znaczy, że oprócz

dobrego, wyidealizowanego obiektu jest jeszcze obraz matki chciwej, zagrażającej inkorporacją i pochłonięciem, lub też obojętnej, odrzucającej. Powstają wówczas dwa rodzaje lęku: lęk przed pochłonięciem i lęk przed odrzuceniem, będący wynikiem separacji. Odpowiedzią na nie są charakterystyczne mechanizmy obronne. Skutkiem lęku jest samoutrzymywanie się agresji, która oscyluje między potrzebą zniszczenia złego obiektu i ochroną obiektu dobrego, dodatkowo jest ona stymulowana brakiem umiejętności rozładowania. Pojawia się tu jeszcze lęk przed własną, odczuwaną jaką omnipotentną agresywnością oraz lęk o kruchość obiektu. Obrony, które się wytworzyły, kierują agresję w kierunku self. System obronny uruchamia się za każdym razem, gdy pojawiają się okoliczności kojarzone z wczesną traumą. To może tłumaczyć silne reakcje emocjonalne na sytuacje, które obiektywnie nie stanowią zagrożenia. W okresie adolescencji problem separacji naturalnie powraca. Powoduje to ponownie ambiwalentne uczucia i może wpływać na pojawianie się samouszkodzeń. Samouszkodzenie jest więc obroną, będącą jednocześnie informacją o wewnętrznym świecie obiektów, o krzywdzie, strukturze i o wszystkim tym, o czym osoba samouszkodzająca się nie jest w stanie opowiedzieć. Samookaleczenia mogą być związane z próbą wyrażenia tych intensywnych, nieświadomych emocji lub próbą kontrolowania wewnętrznych konfliktów [13, 16, 24, 26].

Klein uważała, że wczesne doświadczenia mają kluczowe znaczenie w kształtowaniu mechanizmów obronnych, a w konsekwencji dla emocjonalnego życia dorosłego człowieka i trudności z nim związanych. Jeśli dziecko doświadczyło silnych lęków przed porzuceniem lub odrzuceniem, może reagować na te emocje w sposób zewnętrzny (agresja wobec innych) lub wewnętrzny (autoagresja, w tym samookaleczenia). Jeśli wczesne relacje były niestabilne lub pełne niepokojów, to dziecko może rozwinąć wewnętrzne obrazy „złych” obiektów, co prowadzi do poczucia rozpacz i frustracji. Jest to oczywiście efekt normalnej ścieżki rozwojowej, przechodzenie z fazy paranoidalno-schizoidalnej do depresyjnej. Natomiast w kontekście tej teorii samookaleczenia mogą być sposobem wyrażenia niezrealizowanych impulsów agresji wobec obiektów zewnętrznych, które dziecko przetwarza w sposób destrukcyjny wobec siebie [24, 25, 26].

W teorii Klein bardzo ważne były obiekty wewnętrzne, czyli to, jakie reprezentacje obiektów dziecko tworzy w psychice. Z kolei Winnicott [27] w swojej teorii duży nacisk kładł na środowisko i pisał o „wystarczająco dobrej matce”; takiej matce, która zapewnia dziecku stałość i poczucie bezpieczeństwa, doświadczenie akceptacji i bycia kochanym, co umożliwia mu rozwój i kształtowanie tożsamości. Jeśli matka w świadomości dziecka zawodzi, zaczyna ono przeżywać lęki, odczuwać zagrożenie oraz złość, które w późniejszym życiu mogą przybierać formy różnych objawów. Samookaleczenia mogą być więc sposobem radzenia sobie z wewnętrznym napięciem, lękami oraz frustracją, które wynikają z doświadczeń związanych z brakiem odpowiedniej opieki. Zarówno Melanie Klein, jak i Donald Winnicott uważali, że frustracja jest naturalną częścią rozwoju. Według Winnicotta matka powinna być wystarczająco dobra, czyli pomagać dziecku radzić sobie z rozczarowaniami, jakie niesie rzeczywistość [24].

Poza koncepcją wystarczająco dobrej matki Winnicott [27] był również twórcą koncepcji przestrzeni przejściowej/obektu przejściowego, czyli takiej przestrzeni, w której dziecko może eksperymentować z różnymi rolami i emocjami w bezpieczny sposób, zanim stanie się bardziej niezależne. W momencie, kiedy dziecko nie otrzymuje odpowiednich

doświadczeń w tej przestrzeni przejściowej, doznaje frustracji, co następnie może prowadzić do powstawania wewnętrznych konfliktów, których objawem mogą być destrukcyjne zachowania, w tym samookaleczenia.

Zdaniem Winnicotta dla adolescenta balansującego na biologiczno-psychologicznej linii rozwojowej środowisko społeczne jest sprzyjające, jeśli zapewnia trzymanie. Trzymanie, inaczej holding, to sposób, w jaki matka fizycznie i emocjonalnie opiekuje się dzieckiem, umożliwiając mu rozwój poczucia bezpieczeństwa i pierwszych wyobrażeń o otaczającym świecie [27]. Samookaleczenia w adolescencji mogą być przejawem gwałtownego rozładowania afektu, czyli acting-outu, który zachodzi w relacji z ważnymi innymi.

Można tu przytoczyć opisaną przez Biona [28–30] odwróconą funkcję alfa, której fundamentem jest działanie, nie myślenie. W adolescencji dochodzi do regresji ego. Objawy prepsychotyczne przekształcają się wtedy w zachowania psychobehawioralne, na przykład wyrażenie lęków separacyjnych poprzez powtarzające się pragnienie lub impuls do samouszkodzenia. W ten sposób nastolatek próbuje chronić swoje życie mimo trudności natury psychicznej (takich jak rozszczepienie self, brak granic między self a obiektem czy brak uwewnętrznionego obiektu), fizycznej (rany) oraz społecznej (przyjmowanie roli ofiary, sprawcy lub pacjenta). W takim ujęciu samouszkodzenia pozwalają utrzymać relację self – obiekt.

Postrzeganie samouszkodzeń jako przymusu powtarzania i regulowania uczuć, których nie da się wyrazić słowami, dobrze koresponduje z freudowskim rozumieniem acting-outu. Freud pojmował to jako dzikie przeniesienie, napędzane nieświadomymi pragnieniami czy przekonaniami. Jednocześnie takie ujęcie ukazuje dynamikę relacyjną, czasem z gwałtownymi i wrogimi reakcjami przeniesieniowymi [cyt. za: 31].

Spitz [cyt. za: 24] dowodził w swoich badaniach, iż zahamowanie w rozwoju dzieci wiązało się z deficytem bliskich związków, izolacją od ważnego obiektu i pozbawieniem społecznych więzi. U dzieci, u których potrzeby kontaktu z ważnymi obiektami nie zostały rozpoznane i zaspokojone, obserwowano najczęściej występowanie depresji analitycznej i zachowań autoagresywnych, które mogą objawiać się w późniejszych okresach życia w postaci trudności w nawiązywaniu i utrzymywaniu więzi społecznych [24, 31].

Otto Kernberg połączył w jedną całość główne elementy tradycyjnej teorii popędów i freudowskiego modelu strukturalnego, teorię relacji z obiektami Melanie Klein oraz perspektywę rozwojową freudowskiej psychologii ego, w szczególności poglądy Jacobson dotyczące patologicznych form wczesnych identyfikacji. Autor wskazał na samookaleczenia jako symptom w przypadku osób z zaburzeniami osobowości, zwłaszcza borderline, ale także w kontekście bardziej ogólnych problemów w regulowaniu emocji. Opisał samookaleczanie jako formę autoagresji związaną z wewnętrznymi konfliktami emocjonalnymi i lękami, które mają zostać wyrażone lub złagodzone. Akty autoagresji traktował jako mechanizm obronny służący do radzenia sobie z intensywnym lękiem, wściekłością, poczuciem pustki i niestabilnością emocjonalną.

W kontekście osobowości borderline samookaleczenia służą do usunięcia wewnętrznego chaosu. Kernberg pisze o tym, że osoby z borderline mają zaburzone relacje z obiektami wewnętrznymi, które są dla nich niestabilne – mogą przyjmować na przemian postać dobrych i złych, powodując intensywne emocje takie jak lęk czy złość. Samookaleczenia w tym rozumieniu stanowią próbę radzenia sobie z tymi niestabilnymi reprezentacjami

obiektów poprzez zewnętrzne wyrażanie emocji, ponieważ są przerażające i nie do zaakceptowania w psychice. Podział reprezentacji obiektów na skrajnie dobre i złe dokonuje się poprzez rozszczepienie, co powoduje chaos i ogranicza umiejętność przetwarzania swoich doświadczeń w spójny sposób. Samookaleczenie jest więc wyrazem intensywnej złości, wściekłości kierowanej na siebie, wynikającej z nieumiejętności rozumienia i kontrolowania wewnętrznych konfliktów. Samookaleczenia u osób z zaburzeniami osobowości mogą być próbą obniżenia napięcia emocjonalnego i uzyskania ulgi w chwili kryzysu czy burzy emocjonalnej. Osoby z borderline, mające trudności w regulowaniu swoich emocji, za pomocą samookaleczeń mogą kontrolować ekstremalne wewnętrzne stany, co je uspokaja, ale jest dla nich destrukcyjne [24, 32, 33].

Kernberg pisze, że w terapii osób z tendencjami do samookaleczeń stałość i bezpieczeństwo relacji terapeutycznej są kluczowe. Samookaleczenia często wynikają z niezdolności do zbudowania stabilnych, pozytywnych relacji, w których pacjent może poczuć się bezpiecznie. Terapia oparta na podejściu psychodynamicznym (np. terapia skoncentrowana na przeniesieniu TFP-A) stara się rozwiązać problem samookaleczeń poprzez przywrócenie zdolności do regulowania emocji oraz stopniową integrację rozszczepionych reprezentacji obiektów wewnętrznych [24, 32].

Współcześnie psychoanalityczne opisy przypadków osób samookaleczających się wskazują na kluczową rolę wzajemnej gry pomiędzy self a obiektami [31].

Podsumowanie

Omówione teorie wyjaśniające mechanizmy samouszkodzeń u młodzieży wskazują na ich wieloczynnikowy charakter oraz złożone podłoże psychologiczne i biologiczne. Wspólnym mianownikiem większości koncepcji jest uznanie samookaleczeń za nieadaptacyjny sposób regulacji emocji oraz odpowiedź na intensywne napięcia wewnętrzne.

Modele behawioralny i poznawczy (EAM, ECM) podkreślają rolę deficytów w regulacji afektu, tendencję do unikania przeżywania trudnych emocji oraz ruminacji, które nasilają dyskomfort psychiczny i zwiększają ryzyko autoagresji.

Model biopsychospołeczny uwzględni szeroki wachlarz czynników – od indywidualnych predyspozycji biologicznych, przez doświadczenia relacyjne, po wpływy środowiskowe i społeczne. Zakłada, że zachowania autoagresywne nie wynikają wyłącznie z indywidualnej woli czy intencji jednostki, ale są efektem oddziaływania wielu współwystępujących uwarunkowań, w tym zaburzeń w funkcjonowaniu układu nerwowego i systemu nagrody. Tego rodzaju perspektywa może zmniejszać obciążające młodą osobę poczucie winy, a jednocześnie stwarza przestrzeń do psychoedukacji w zakresie mechanizmów neurobiologicznych. Zrozumienie, że samouszkodzenia mogą być formą regulowania trudnych emocji poprzez stymulację układu dopaminergicznego, pozwala wprowadzić interwencje, które uczą alternatywnych i bardziej adaptacyjnych sposobów uzyskiwania emocjonalnej ulgi.

Z kolei podejścia psychodynamiczne i psychoanalityczne koncentrują się na wewnętrznych konfliktach, relacjach z obiektami wewnętrznymi, deficytach we wczesnej opiece oraz niezaspokojonych potrzebach emocjonalnych. Samookaleczenia są w tych ujęciach

często rozumiane jako forma ekspresji nieświadomych treści, próba kontroli impulsów agresywnych lub działanie zastępcze w obliczu braku możliwości symbolicznego regulowania emocji.

Modele te wzajemnie się uzupełniają, oferując szersze i bardziej wielowymiarowe rozumienie złożonego zjawiska samouszkodzeń. Ich integracja umożliwi lepsze uchwycenie mechanizmów powstawania i utrzymywania się zachowań autoagresywnych, co stanowi podstawę do planowania skutecznych działań terapeutycznych i profilaktycznych. Jednocześnie różnice w założeniach etiologicznych i podejściach terapeutycznych sprawiają, że ich praktyczne wykorzystanie może stanowić spore wyzwanie diagnostyczne.

W przeglądzie pominięto podejścia systemowe, które mogłyby istotnie wzbogacić rozumienie samouszkodzeń, szczególnie w kontekście relacji rodzinnych. Perspektywa systemowa ukazuje, że zachowania autoagresywne mogą być reakcją na napięcia i dysfunkcje w systemie rodzinnym, dlatego uwzględnienie tego ujęcia w części teoretycznej wydaje się istotne zarówno dla analizy przyczyn, jak i planowania skutecznych oddziaływań terapeutycznych, na przykład włączania terapii rodzinnej.

Wnioski

1. Samouszkodzenia u młodzieży mają charakter wieloczynnikowy, co potwierdzają zarówno modele poznawczo-behawioralne, biologiczne, jak i psychoanalityczne. Wspólnym elementem wszystkich ujęć jest traktowanie samookaleczeń jako nieadaptacyjnego sposobu radzenia sobie z trudnymi emocjami, napięciem psychicznym oraz niezaspokojonymi potrzebami emocjonalnymi.
2. Trudności w regulacji emocji, doświadczenia wczesnodziecięce, deficyty w więzi z opiekunem, zaburzenia w reprezentacjach obiektów wewnętrznych oraz wpływy społeczne (np. przemoc, w tym przemoc rówieśnicza, zaniedbanie, brak wsparcia) znacząco zwiększają ryzyko wystąpienia autoagresji. Dlatego w praktyce klinicznej zarówno psychoterapeuta, jak i psychiatra dzieci i młodzieży powinni przeprowadzić szczegółowy wywiad rozwojowy, uwzględniający występowanie zachowań autoagresywnych oraz dokonać pogłębionej konceptualizacji przypadku w oparciu o dane kliniczne, funkcjonowanie emocjonalne i kontekst środowiskowy pacjenta.
3. Samouszkodzenia pełnią funkcję regulacyjną, komunikacyjną i obronną, a ich znaczenie może być inne w zależności od ujęcia teoretycznego i indywidualnej historii osoby. Dlatego w praktyce klinicznej psychoterapeuta lub psychiatra dzieci i młodzieży powinien zidentyfikować funkcje, jakie pełnią samookaleczenia w życiu nastolatka (np. czy jest to sposób regulacji emocji, forma komunikacji cierpienia, czy może strategia radzenia sobie z napięciem). Samookaleczenia stanowią istotny czynnik predykcyjny zachowań samobójczych, w związku z czym nie powinny być bagatelizowane i wymagają wczesnej identyfikacji oraz adekwatnej interwencji.
4. Wczesna identyfikacja ryzyka, adekwatna diagnoza i integracja podejść terapeutycznych są kluczowe w pracy z młodzieżą przejawiającą zachowania autoagresywne.
5. Edukacja emocjonalna i rozwój kompetencji społeczno-emocjonalnych powinny stanowić istotny element profilaktyki samouszkodzeń, zarówno w środowisku szkolnym,

jak i terapeutycznym. W kontekście profilaktyki samouszkodzeń u młodzieży kluczowe znaczenie ma jakość relacji rodzic – nastolatek, opartej na empatii, zaufaniu i otwartej komunikacji. Konieczne jest zatem wdrażanie psychoedukacji rodziców, by zwiększyć ich świadomość mechanizmów samookaleczeń oraz roli emocjonalnego wsparcia w procesie zdrowienia dziecka.

6. Zalecenia terapeutyczne:

- Interwencje powinny być dobierane indywidualnie, z uwzględnieniem tła emocjonalnego, relacyjnego oraz ewentualnych zaburzeń osobowości.
- Terapia poznawczo-behawioralna (DBT-A) jest zalecana w celu przeciwdziałania ruminacjom, rozwijania zdrowszych strategii radzenia sobie i pracy nad rozpoznawaniem emocji.
- Terapia psychodynamiczna, na przykład terapia skoncentrowana na przeniesieniu (TFP-A) czy terapia oparta na mentalizacji (MBT-A), zalecana jest przy trudnych relacjach z obiektami wewnętrznymi, deficytach więzi, przy współwystępowaniu zaburzeń emocjonalnych i zaburzeń osobowości.
- Ważną rolę odgrywa psychoedukacja pacjenta oraz jego rodziców na temat samookaleczeń.
- Wskazane jest ścisłe współdziałanie psychoterapeuty i psychiatry, szczególnie gdy samouszkodzenia współwystępują z depresją, zaburzeniami lękowymi lub borderline.
- W terapii osób z tendencjami do samookaleczeń stałość i bezpieczeństwo relacji terapeutycznej są kluczowe.

7. Działania profilaktyczne i edukacyjne:

- Należy wdrażać programy treningu umiejętności społecznych i emocjonalnych w szkołach.
- Dzieci i młodzież powinny być edukowane w szkole na temat emocji, układu nagrody oraz skutecznych strategii radzenia sobie z napięciem.
- Warto rozwijać programy wsparcia dla rodziców i opiekunów, aby zwiększyć ich kompetencje emocjonalne i wychowawcze, co może działać profilaktycznie wobec zachowań autoagresywnych u młodzieży.

8. Dalsze badania naukowe:

- Potrzebne są długofalowe badania podłużne, które pozwolą zidentyfikować mechanizmy podtrzymujące samookaleczenia w różnych okresach rozwojowych.
- Warto rozwijać badania nad neurobiologicznymi podstawami samouszkodzeń, w szczególności w kontekście układu opioidowego i systemu nagrody.
- Potrzebne są też badania porównujące skuteczność różnych form psychoterapii (np. DBT-A, TFP-A, MBT-A) w pracy z młodzieżą dokonującą samouszkodzeń.
- Biorąc pod uwagę dwoistą funkcję samouszkodzeń – zarówno jako mechanizmu regulacji emocji i potencjalnej strategii zapobiegania próbom samobójczym, jak i istotnego predyktora prób samobójczych – niezbędne są dalsze badania nad tym

zjawiskiem w celu opracowania lepszych narzędzi diagnostycznych i procedur terapeutycznych.

W kontekście praktyki klinicznej niezbędne jest wczesne rozpoznawanie czynników ryzyka, interdyscyplinarne podejście do diagnozy oraz wdrażanie odpowiednio dobranych form psychoterapii. Bardzo istotne są działania profilaktyczne, takie jak edukacja emocjonalna oraz rozwijanie kompetencji społeczno-emocjonalnych u dzieci i młodzieży, które mogą skutecznie przeciwdziałać rozwojowi destrukcyjnych sposobów rozładowywania napięć, jakimi są samookaleczenia.

Podziękowania

Pragnę podziękować superwizorce, ponieważ to rozmowy z nią stały się inspiracją do przesłania artykułu do publikacji. Wyrazy wdzięczności kieruję również do nastoletnich pacjentek, ponieważ to ich historie, zaangażowanie i odwaga w procesie terapeutycznym motywują do pogłębiania wiedzy i poszukiwania skutecznych form terapii. Szczególne podziękowania należą się także recenzentom oraz koleżankom z Centrum Psychoterapii i Szkoleń Consilia za cenne uwagi i komentarze, które wpłynęły na ostateczny kształt niniejszego tekstu.

Piśmiennictwo

1. Suchańska A. W poszukiwaniu wyjaśnień samozniszczenia. *Forum Edukacyjne*. 2001; 2(25): 61–73.
2. Wycisk J. Samouszkodzenia umiarkowane – charakterystyka zjawiska. W: Suchańska A, Wycisk J, red. *Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe; 2006.
3. Stawicka M. Autodestruktywność dziecięca w świetle teorii przywiązania. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 2008.
4. Pawłowska B, Potemska E, Zygo M, Olajossy M, Dziurzyńska E. Rozpowszechnienie samouszkodzeń dokonywanych przez młodzież w wieku od 16 do 19 lat. *Psychiatr Pol.* 2016; 50(1): 29–42. DOI: 10.12740/PP/36501
5. Lenkiewicz K, Racicka E, Bryńska A. Samouszkodzenia – miejsce w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych, czynniki ryzyka i mechanizmy kształtujące. *Przegląd badań. Psychiatr Pol.* 2017; 51(2): 323–334. DOI: 10.12740/PP/PP/62655
6. Makowska I, Gmitrowicz A. Samookaleczenia bez intencji samobójczej a zachowania samobójcze. *Psychiatr Psychol Klin.* 2018; 18(2): 173–179. DOI: 10.15557/PiPK.2018.0020
7. American Psychiatric Association. *Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5*. VA: American Psychiatric Association; 2013.
8. Światowa Organizacja Zdrowia. *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych (ICD-10)*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius; 1998.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
10. Kubiak A. Samouszkodzenia – jaki sens mają autodestruktywne zachowania u młodzieży? Prezentacja przedstawiona na VI Konferencji Edukacyjno-Szkoleniowej Psychoterapia Młodych; 27–28 marca 2025; Poznań, Polska.

11. World Health Organization. International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11) [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [dostęp 20 luty 2025]. Dostępne z: <https://icd.who.int/>
12. Eckhardt A. Autoagresja. Warszawa: W.A.B.; 1998.
13. Babiker G, Arnold L. Autoagresja. Mowa zranionego ciała. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002.
14. Nowicka K. Struktura relacji rodzinnych u adolescentów z zachowaniami autodestrukcyjnymi [praca magisterska]. Wrocław: Uniwersytet Wrocławski; 2010.
15. 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.
16. Suchańska A, Wycisk J, red. Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe; 2006.
17. Walsh BW. Terapia samouszkodzeń. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
18. Herman JL. Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1999.
19. Żechowski C, Namysłowska I. Kulturowe i psychologiczne koncepcje samouszkodzeń. *Psychiatr Pol.* 2008; 42(5): 647–657.
20. 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.
21. Gmitrowicz A, Rosa K. Regionalny Program Zapobiegania Samobójstwom Młodzieży. *Suicydologia.* 2007; 3: 23–28.
22. Freud S. Wstęp do psychoanalizy. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2000.
23. Freud S. Poza zasadą przyjemności. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2012.
24. Mitchell S, Black M, Freud S i in. Historia współczesnej myśli psychoanalitycznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2017.
25. Klein M. Psychoanaliza dzieci. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2024.
26. Segal H. Wprowadzenie do teorii Melanie Klein. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
27. Winnicott D. Procesy dojrzewania i sprzyjające środowisko. Badania nad teorią rozwoju emocjonalnego. Gdańsk: Wydawnictwo Imago; 2018.
28. Bion WR. Elementy psychoanalizy. Warszawa: Oficyna Ingenium; 2012.
29. Bion WR. Attention and interpretation. London: Maresfield; 1970/1988.
30. Bion WR. Second Thoughts. London: William Heinemann; 1967.
31. Boćwińska-Kiluk B. Samouszkodzenia w psychoterapii psychoanalitycznej. *Psychoter.* 2020; 1(192): 75–87. DOI:10.12740/PT/119764
32. Kernberg O. Leczenie ciężkich zaburzeń osobowości. Przepracowanie agresji i odzyskanie erotyzmu. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychoterapii Psychodynamicznej; 2021.
33. Normandin L, Ensink K, Weiner A, Kernberg O. Psychoterapia skoncentrowana na przeniesieniu dla młodzieży z ciężkimi zaburzeniami osobowości. Wrocław: Dolnośląskie Centrum Psychoterapii; 2022.