

Anna Kulikowska

Samouszkodzenia umiarkowane z perspektywy
terapii uzależnień

Wstęp

W ostatnich kilku latach odnotowano niepokojący wzrost samouszkodzeń umiarkowanych, zwłaszcza wśród młodzieży. W Anglii zjawisko urosło do takich rozmiarów, że powołano internetową organizację (National Self-Harm Network¹), dążącą do zwiększenia społecznego zrozumienia dla samouszkodzenia, jak również organizującą grupy wsparcia dla rodzin i innych osób mających styczność z osobami samookaleczającymi się.

Kiedy w 2008 roku, w ramach badań nad społecznym i emocjonalnym funkcjonowaniem osób dokonujących samouszkodzeń ciała² przeprowadzałam wywiady z osobami samookaleczającymi się, wielokrotnie miałam wrażenie, że mam do czynienia z osobami uzależnionymi.

W niniejszej pracy postaram się spojrzeć na pacjenta samookaleczającego się z perspektywy terapii uzależnień. Swoje rozważania skoncentruję wokół pytań: „Czy samookaleczanie może być odrębnym zaburzeniem?”, „Czy samookaleczanie może przypominać uzależnienie? „Czy dla niektórych osób dokonujących samouszkodzeń ciała jest miejsce w terapii uzależnień?” .

W swojej pracy, w pierwszej kolejności, dokonam charakterystyki zjawiska samouszkodzeń umiarkowanych, zaczynając od zdefiniowania terminu autoagresja i ukazania samouszkodzeń jako specyficznej kategorii zachowań autoagresywnych. Postaram się przy tej okazji wyjaśnić różnice między samouszkodzeniami umiarkowanymi a kategorią zachowań autoagresywnych, do której często są „wrzucane” – mianowicie do kategorii zachowań dążących do samozniszczenia tj. samobójstwo i prasamobójstwo. Pierwszą część rozważań zakończę dokładnym zdefiniowaniem samouszkodzeń umiarkowanych oraz spróbuję zachęcić do ich rozumienia w kategoriach odrębnego syndromu, w oparciu o kryteria Jennifer Muehlenkamp. Istotna wydaje mi się również wzmianka o rozpowszechnieniu samouszkodzeń umiarkowanych, aby uświadomić czytelnika o jak częstym – choć na pozór „niewidzialnym” - zjawisku piszę.

Kolejnym elementem pracy będzie opis funkcji jaką samouszkodzenia mogą pełnić w życiu jednostki - przybliżą one rozumienie pacjenta samookaleczającego się.

¹ <http://www.nshn.co.uk/>

² Kulikowska A., Pokorski M. (2009). *Self-injuries in adolescents: social competence, emotional intelligence and stigmatization*. Journal of Physiology and Pharmacology, Volume 59, Suppl 6, 383-392

Patrzenie z perspektywy terapii uzależnień na samouszkodzenia ciała oprę o liczne wtrącone refleksje, w których zahaczę o kryteria objawów uzależnienia oraz koncepcję psychologicznych mechanizmów uzależnienia Jerzego Mellibrudy.

Ostatnim elementem moich rozważań będzie próba osadzenia pacjenta samookaleczającego się w terapii uzależnień – podeprę się tutaj dotychczasowymi praktykami zza granicy.

Autoagresja

Termin autoagresja, w literaturze używany zamiennie z terminem autodestrukcja, odnosi się do bardzo szerokiej grupy zachowań. Rozważania w obrębie tego tematu postanowiłam przedstawić w oparciu o rozumienie zachowań autoagresywnych według A. Suchańskiej:

„ Za autodestruktywne należy uznać każde dobrowolne, intencjonalne i podejmowane mniej lub bardziej świadomie zachowanie, które stwarza zagrożenie dla zdrowia lub życia jednostki.” (w: Wycisk, 2006)

Taka definicja zachowań autodestruktywnych doskonale ukazuje ich rozległość, ponieważ nie wyznacza granic pomiędzy normą a patologią, i pozwala włączyć w obszar autoagresji zachowania takie jak poddawanie się zbędnym operacjom plastycznym, uprawianie sportów ekstremalnych czy nadużywanie substancji psychoaktywnych. Innymi słowy definicja

A. Suchańskiej pozostaje wolna od stopnia społeczno-kulturowej akceptacji, co w moim przekonaniu jest słuszne, chociaż wielu wybitnych autorów (Favazza, 1996; Whalen, 1998) podziela odmienne zdanie – że jeśli określone zachowanie jest społecznie i kulturowo usankcjonowane, nie określa się go mianem autodestruktywnego (za Wycisk, 2006). Zgodnie z moim rozumieniem kontekst społecznej akceptacji czynu jest niewątpliwie istotny przy wprowadzaniu pewnego podziału w obrębie zachowań autodestruktywnych, o czym będzie mowa w dalszej części pracy, jednakże sama definicja powinna być od niego niezależna. Postaram się wyjaśnić swój tok myślenia na przykładzie palenia marihuany: bez względu na to czy popełnimy przestępstwo paląc ją w Polsce czy też legalnie palimy ją w Holandii, szkodliwość tego czynu względem nas samych (naszego organizmu) pozostanie taka sama.

Tak szeroka definicja zachowań autodestruktywnych ma jeszcze jedną zaletę - idealnie współgra z etymologią wyrazu autoagresja. O ile drugi człon tego słowa – agresja (łac. *agressio*) oznacza napaść i jego interpretacja jest oczywista, o tyle przedrostek –auto; daje kilka możliwości rozumienia sensu całego słowa. Jeśli człon –auto; odczytamy jako –samo, -sam; możemy zinterpretować autoagresję jako świadome, podmiotowe działanie jednostki przeciwko sobie. Natomiast jeśli członowi –auto; przypiszemy znaczenie automatyczny,

autoagresja przybierze postać automatyzmu czyli niekoniecznie świadomie powtarzanego zachowania.

Zwrot –auto; w założeniu oznacza również własny. Autoagresja jawi się w tym kontekście jako napaść na siebie, na WŁASNE ciało. Może stanowić świadomą próbę przekazania komunikatu: to MOJE ciało i ja decyduję jak będzie wyglądało, ja decyduję, co z nim zrobię. Może być więc – zgodnie z ujęciem systemowym – próbą zakreślenia własnych granic, które zostały naruszone. Wyrażenie –auto; znaczy też samoregulujący się. Spojrzenie z tej perspektywy na różne przejawy zachowań autodestruktywnych, skłaniałoby z kolei do głębszej refleksji nad ich funkcją.

Samouszkodzenia umiarkowane jako specyficzna kategoria zachowań autoagresywnych

Wiemy już, że istnieje bardzo szeroki wachlarz zachowań autoagresywnych. W ich repertuar wpisują się między innym samouszkodzenia, które za A. Favazza (1996) podzielić można na trzy rodzaje:

- samouszkodzenia wielkie (autokastracja, obcięcie kończyny itp.) – występują najrzadziej, niosą ze sobą poważne konsekwencje dla zdrowia i życia, zazwyczaj podejmowane są w stanach ostrego upojenia alkoholowego lub w psychozach
- samouszkodzenia stereotypowe (rytmiczne uderzanie głową w ścianę itp.) – stosunkowo rzadkie, towarzyszą przeważnie autyzmowi, upośledzeniom umysłowym i psychozom
- samouszkodzenia powierzchowne lub umiarkowane (moderate/superficial/delicate self-mutilation) – po raz pierwszy opisał je Pao (1969, za: Favazza, 1996). Występują najczęściej, zwykle mają powierzchowny charakter i nie wymagają interwencji medycznej.

Przedmiotem mojej pracy są właśnie samouszkodzenia umiarkowane. W dalszej części pracy będę pisała już tylko o samouszkodzeniach umiarkowanych, stosując czasem zamiennie dla nich określenie samookaleczanie. Zanim jednak przejdę do dokładnej charakterystyki samouszkodzeń umiarkowanych, chciałabym najpierw zatrzymać się przy traktowaniu ich jako odrębnej, specyficznej kategorii zachowań autoagresywnych. Myślę, że to bardzo ważne z jednego powodu – jak opiszę w dalszej części pracy samouszkodzenia umiarkowane są bardzo powszechne, występują często jako odrębny syndrom w oderwaniu od innych zaburzeń psychicznych i często w życiu jednostki pełnią ważną rolę, która mimo tego, że ma postać destrukcyjną, subiektywnie pomaga jednostce przetrwać, radzić sobie.

Mimo tego osobom samookaleczającym się często przypisuje się intencje samobójcze, traktując tym samym samouszkodzenia jako podtyp zachowania samobójczego.

Do roku 1938 w opinii społecznej, jak również w opinii badaczy panował bezsporny pogląd, że samouszkodzenia ciała należą właśnie do kategorii zachowań autodestrukcyjnych zwanej „zachowania dążące do samozniszczenia”. Do tej kategorii zalicza się samobójstwo i parasamobójstwo. Po raz pierwszy rozróżnienia pomiędzy samobójstwem

a samookaleczeniem dokonał Karl Menninger, w swojej pracy z 1938 roku, „Man Against Himself”, używając w odniesieniu do samookaleczeń pojęć *focal suicide*

i *partial suicide*, które oznaczają samobójstwo zogniskowane i samobójstwo częściowe. Menninger w swojej pracy argumentował, że „miejscowa autodestrukcja jest formą

częściowego samobójstwa, stosowaną, by zapobiec samobójstwu całkowitemu” (Favazza, 1996, s. 232). Spojrzenie na samookaleczenie jak na próbę poradzenia sobie poprzez skierowanie samobójczego impulsu na część ciała, zamiast na całego siebie, było na tamte czasy nie do przyjęcia. Jak to określił Favazza „Menninger wyprzedził swój czas” (tamże).

Dzisiaj zdecydowana większość badaczy (Briere.1996, Rosenthal,1993, Tantam, Whitaker, 1992) zgadza się z tym, że między próbą samobójczą a samouszkodzeniem umiarkowanym jest oczywista różnica: podejmując próbę samobójczą, człowiek zamierza się zabić, dokonując zaś samouszkodzenia nie ma takiej intencji (Babiker,2002).

Rygorystycznymi zwolennikami dokonania wyraźnego rozróżnienia pomiędzy samobójstwem a samookaleczeniem są Walsh i Rosen. Zaproponowali oni własne rozróżnienie, posługując się następującymi wymiarami:

- 1) intencja dokonania samookaleczenia
- 2) fizyczny uraz będący efektem okaleczenia
- 3) częstotliwość i powtarzalność zachowań
- 4) metody wybrane w celu dokonania samookaleczenia.

Zwrócili oni uwagę na to, że intencjonalność czynu nie stanowi kryterium wyraźnie odróżniającego samookaleczeń od samobójstw, ponieważ może być ona „nieświadoma, przedświadoma lub wymieszana z potokiem beznadziejności” (Walsh, Rosen, 1998, s.25)

Ze względu na charakter pracy, nie będę opisywała wszystkich kryteriów różnicujących zachowania samouszkodzające od samobójstw – zainteresowanych odsyłam do publikacji J.Wycisk „Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne”. Zaakcentuję jeszcze jedynie różnice w kryterium trzecim, jakim jest częstotliwość i powtarzalność zachowań - jak błyskotliwie zauważyli N. Minge i K. Minge „trudno mówić o powtarzalności zachowań wśród samobójców, zwłaszcza tych, którzy używają metod o wysokiej

śmiertelności” (w: Wycisk, 2002, s.36), z kolei „okaleczanie się u wielu osób przybiera charakter chroniczny” (*tamże*).

Przeciwstawienie samookaleczania parasamobójstwu, nazywanym również w literaturze instrumentalnym zachowaniem samobójczym, a rozumianym najprościej jako podejmowanie próby samobójczej metodą o niskiej śmiertelności (Wycisk, 2002, s. 38), jest kwestią nieco bardziej złożoną niż rozróżnienie samookaleczania od samobójstwa. Wyczerpującą próbę dokonania takiego różnicowania znajdziemy również we wspomnianej pracy J. Wycisk.

W moim przekonaniu znaczącej różnicy należy doszukiwać się w motywach obydwu działań. O ile motywem parasamobójstwa jest redukcja napięcia i wywołanie reakcji otoczenia, o tyle w przypadku samookaleczania chodzi głównie o chociażby chwilowe złagodzenie szeroko pojętego bólu psychicznego (Wycisk, 2002, s. 40) wbrew reakcji otoczenia lub bardzo często w tajemnicy przed otoczeniem.

W połowie lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku Simpson wprowadził pojęcie antysamobójstwa (antisiuicide). Zauważył on, że samookaleczanie często służy wyzbyciu się uczucia depersonalizacji i martwoty, pomagając osobie go dokonującej odzyskać poczucie bycia żywym (Wycisk, 2002, s. 33)

G. Babiker i L. Arnold traktując samouszkodzenia w kontekście antysamobójstwa twierdzą, że „osoba, która się okalecza, w pewnym sensie uzewnętrznia wręcz przeciwne (do samounicestwienia) dążenie natury. Ona usiłuje się chronić. Samouszkodzenie pomaga jej się nie rozpaść na kawałki, walczyć o przetrwanie (...)” (Babiker, Arnold, 2002, s. 27). Spędzając wiele czasu na rozmowach z osobami dokonującymi samouszkodzeń, skłaniam się ku myśleniu o samouszkodzeniach umiarkowanych w kierunku antysamobójstwa.

„ Kiedy czuję ból fizyczny czuję się realna. Czuję że żyję. Przede wszystkim jednak ból fizyczny zagłusza psychiczny.” („Post Scriptum”)

Formy samouszkodzeń umiarkowanych

Samouszkodzenia umiarkowane mogą przybierać postać kompulsywną bądź impulsywną.

Ta pierwsza zazwyczaj polega na codziennym, wielokrotnym powtarzaniu czynności autodestruktywnej w taki sam sposób. Wiadomo, że ta forma samookaleczeń towarzyszy zazwyczaj zaburzeniom obsesyjno-kompulsywnym, pełniąc funkcję rozładowania napięcia lub pozwalając jednostce uniknąć wzbudzających lęk wydarzeń .

Z kolei samouszkodzenia impulsywne polegają zwykle na stosunkowo płytkim nacinaniu skóry ostrymi narzędziami, przypalaniu skóry, zadawaniu sobie ciosów prowadzących do powstania sińców lub zranień, zazwyczaj pod wpływem trudnego do pohamowania impulsu związanego z silnym napięciem afektywnym. Impulsywne samouszkodzenia ciała nie zawsze stanowią trwałą cechę funkcjonowania jednostki. Niekiedy sporadyczne akty okaleczania się są wyrazem okresowo przeżywanych trudności bądź odpowiedzią na przejściowy kryzys – wówczas określa się je jako epizodyczne. Jeśli jednak utrwalają się jako sposób radzenia sobie ze stresem i występują wielokrotnie, przechodząc w nawyk oraz zaczynają stanowić istotny element tożsamości jednostki – uznaje się je za nawracające lub chroniczne. To właśnie dla tej nawracającej, chronicznej postaci samouszkodzeń umiarkowanych dopatruję się miejsca w terapii uzależnień.

W moim rozumieniu samookaleczanie jako utrwalona, destrukcyjna forma rozładowania przykrego stanu emocjonalnego przypomina mechanizm nałogowego regulowania uczuć, do czego jeszcze wrócimy.

Warto podkreślić, że liczba aktów samouszkodzeń, po której następuje przejście z formy epizodycznej w nawracającą, nie jest jasno określona. Utrwalenie się samouszkodzeń może nastąpić już po kilku jak również dopiero po kilkudziesięciu próbach. Kryterium różnicującym jest to, czy zachowania te stają się dominującym przedmiotem zainteresowania jednostki, organizowania jej myśli i działań, a także czy ogniskują jej tożsamość (Favazza; za: Wycisk, 2002). Nadmierne zainteresowanie samookaleczaniem, organizowanie myśli i działań wokół możliwości samookaleczania przypomina mi koncentrację życia wokół źródła uzależnienia, którą jako terapeuci obserwujemy u naszych pacjentów. Klara Kochańska w artykule „Żyłtkę trzymam tam, gdzie Ty” (Wysokie obcasy, X 2006) ukazuje ową koncentrację osób samookaleczających się na aktach okaleczania, nawiązuje do towarzyszącego im uporczywego myślenia o okaleczaniu wtedy, kiedy wykonują codzienne obowiązki oraz do silnej potrzeby powtarzania aktu okaleczania. Czytając o doświadczeniach osób samookaleczających się, mam wrażenie, że mówią oni o głodzie ‘okaleczania się’, tak, jak alkoholik mówi o głodzie alkoholowym czy hazardzista o głodzie hazardowym. Jak wiadomo głód alkoholowy wiąże się ze wspomnianym wcześniej mechanizmem nałogowego regulowania uczuć – opowieści osób samookaleczających się sygnalizują występowanie u wielu z nich jednego i drugiego.

Z artykułu Kochańskiej wynika też, że jednym z elementów organizowania życia wokół samouszkodzenia staje się noszenie przy sobie przedmiotu służącego do zadawania ran.

Dla bohaterów reportażu Kochańskiej idealnym miejscem do trzymania żyletki jest telefon komórkowy, a dokładnie miejsce pod klapką umożliwiającą wyciągnięcie baterii. Pracując z osobami uzależnionymi niejednokrotnie byłam zaskoczona „inwencją twórczą” swoich pacjentów, mającą na celu ukrycie faktu picia. Wiele razy dziwiłam się ile czasu i energii trzeba spożytkować by zamaskować nałóg. Podobne odczucia towarzyszą mi, kiedy myślę o osobach chronicznie okaleczających się. Pamiętam swoje zaskoczenie, kiedy pytałam o najlepsze miejsce na ciele do okaleczania i większość osób przewlekłe okaleczających się podawała miejsca niewidoczne, takie jak podeszwy stóp czy pachwiny.

Osoby, które można nazwać ‘chronicznie okaleczającymi się’, często same uważają się za uzależnione od okaleczania (Favazza; za: Wycisk, 2002).

Postrzeganie siebie jako osoby uzależnionej od samookaleczania potwierdza się w wypowiedziach osób opisujących swoje doświadczenia na forum:

„Dla mnie cięcie się jest prawie takim uzależnieniem jak alkoholizm. Ma się podobny stan umysłu.” („Maxta”)

„ Autoagresja jest jak narkotyk zaczynasz z ciekawości albo przez problemy, później następny raz pod pretekstem jakiegoś problemu i następny i następny a później tniesz się bo musisz, bo ci tego brakuje” („hej paul”)

„Sama jestem uzależniona....Kiedy tak się tniesz cały czas, to staje się rozwiązaniem nawet najmniejszych problemów.” („OlaFunia”)

Samouszkodzenia umiarkowane jako niezależny syndrom

Chociaż istnieje wiele zdiagnozowanych zaburzeń, które mogą pociągać za sobą akty kaleczenia ciała, zachowania te bardzo często występują jako niezależny i nie powiązany syndrom.

Wśród współwystępującej patologii wymienia się przede wszystkim: zaburzenia osobowości typu borderline oraz zaburzenia odżywiania, jednakże utożsamianie występowania samouszkodzeń tylko z nimi, jest błędne. O ile bowiem można stwierdzić, że samouszkodzenia stanowią jeden z głównych symptomów borderline, to z pewnością nie można ustalić relacji odwrotnej i uznać patologię borderline za podstawową przyczynę występowania samouszkodzeń (za: Wycisk. 2002). Podobnie jest ze współwystępowaniem

samookaleczeń z zaburzeniami odżywiania – dotyczy ono jedynie pewnego odsetka badanych osób, przy czym jest on tym większy im mniej ostre są kryteria doboru grup (ibidem).

Wiele argumentów przemawia na rzecz wyodrębnienia ‘syndromu celowych samouszkodzeń’ (Deliberate Self-Injury Syndrome, Muehlenkamp, za: Wycisk . 2002). Dyskusja na ten temat toczy się od końca lat 60-tych. Początkowo podejmowano próbę opisanego ‘syndromu nacinania nadgarstków’(wrist cutting syndrome, Offer, Barglow za: ibidem), czy też ‘syndromu nacinania ciała’ (syndrome of self cutting, Graff, Mallin, 1969, za: ibidem). Niewystarczająca liczba danych i trudności z odróżnieniem samookaleczeń od prób samobójczych, przyczyniły się do zaniechania starań.

W 1984 roku na podstawie większej liczby doniesień i badań (Kahan, Patison, za: Wycisk) pojawiła się propozycja wyłonienia ‘syndromu zamierzonego krzywdzenia siebie’ (deliberate self-harm syndrome, w skrócie DSH). Z kolei w roku 1990 Favazza i Rosenthal zasugerowali wyodrębnienie ‘syndromu nawracających samouszkodzeń’ (repetitive self-mutilation syndrome) i optowali za tym, aby wprowadzić go jako odrębną kategorię w DSM, w ramach niespecyficznych zaburzeń kontroli impulsów.

Za wyodrębnieniem samookaleczeń spośród innych zaburzeń funkcjonowania zdecydowanie opowiada się Jennifer Muehlenkamp, która sformułowała siedem kryteriów diagnostycznych syndromu celowych samouszkodzeń (za: Eisenkraft, 2006, s.7):

1. Jednostka jest zaabsorbowana fizycznym raniem siebie, jednak jej działanie jest pozbawione intencji samobójczej.
2. Jednostka jest niezdolna do powstrzymania impulsu zranienia siebie
3. Akt samouszkodzenia jest poprzedzony subiektywnym odczuciem narastającego napięcia, gniewu, lęku, dysforii czy ogólnego dystresu. Osoba nie jest w stanie uwolnić się od tych odczuć, ani ich kontrolować.
4. Po akcie samookaleczenia osoba odczuwa natychmiastową ulgę.
5. Osoba przynajmniej pięć razy dokonała aktu samouszkodzenia według powtarzającego się wzorca (choć metoda samouszkodzenia mogła ulec zmianie)
6. Samouszkodzenia nie można wyjaśnić obecnością psychozy, transseksualizmu, upośledzenia umysłowego, zaburzeniami rozwoju bądź ogólnymi dolegliwościami medycznymi
7. Samouszkodzenia powodują istotne problemy lub znaczne zakłócenia w funkcjonowaniu jednostki w obrębie ważnych obszarów takich jak: życie społeczne, zawodowe.

Analizując proponowane przez J. Muehlenkamp kryteria, dostrzegam pewne podobieństwo między niektórymi z nich a objawami uzależnienia. Owo zaabsorbowanie okaleczaniem przypomina mi znowu silną natrętną potrzebę ... (głód w uzależnieniu), problemy w różnych obszarach życia – okaleczanie mimo wiedzy o szkodliwości, a niezdolność do powstrzymania impulsu – upośledzoną zdolność kontroli. Samo narastające napięcie i ulga bezpośrednio po okaleczeniu kojarzy się jak już wcześniej wspominałam z mechanizmem nałogowego regulowania uczuć

Trudno powiedzieć kiedy i jakim skutkiem zakończy się debata nad zasadnością wyodrębnienia omawianego syndromu i włączenia go do międzynarodowych klasyfikacji. Jak na razie głos w dyskusji zabiera coraz większa liczba osób, co niezależnie od tego czy dany głos jest za czy przeciw takiemu wyodrębnieniu, przyczynia się do wzrostu świadomości istnienia problemu samouszkodzeń umiarkowanych.

Na XLII Zjeździe Psychiatrów Polskich (czerwiec 2007) problem naświetliły

A. Krzekotowska, K. Jabłkowska i A. Gmitrowicz w sesji plakatowej „Próba wyodrębnienia kryteriów diagnostycznych specyficznego zespołu celowych samouszkodzeń”.

Póki co, w świetle tak toczących się spraw, możemy mówić jedynie o pewnej kategorii zachowań autoagresywnych, określanej jako samouszkodzenia umiarkowane, przez które należy rozumieć „wszelkie intencjonalne akty, w których jednostka zmierza do wyrządzenia sobie natychmiastowej szkody, a przedmiotem ataku staje się jej własne ciało, przy czym działanie jej pozbawione jest zamiaru samobójczego” (za: Wycisk, s. 45).

Rozpowszechnienie samouszkodzeń umiarkowanych

W piśmiennictwie amerykańskim liczbę osób, które przynajmniej raz w życiu zraniły swoje ciało w populacji nie leczonej psychiatrycznie szacuje się na ok. 4 % dorosłych i 11-39 % młodocianych. Odsetki te są wyższe wśród pacjentów psychiatrycznych i wynoszą u osób dorosłych 21 %, zaś u młodzieży w okresie dorastania od 40- 69 % (za: Wycisk s.13). W obrazie klinicznych przypadków zachowania autoagresywne pojawiają się najczęściej w sytuacjach zmian życiowych (za: Kochańska). .

Samouszkodzenia postrzegane są jako problem nastolatków i dorosłych do ok. 35 r.ż. (Babiker, Arnold; 2002). Brak danych na temat występowania zjawiska po 35 r.ż. nie powinien być traktowany jako wyraz ich samoistnego ustępowania – jak dowodzą badania pacjentów psychiatrycznych, częstość popełniania aktów samookaleczeń gwałtownie wzrasta między 18-24 rokiem życia i utrzymuje się na stałym poziomie do 50-59 r.ż. (Sansone,

Gaither, Songer, 2002). Na częstość zgłoszeń ze strony osób starszych w znacznym stopniu wpływać mogą napiętnowanie i wstyd związane z samouszkodzeniami.

W 1988 roku Walsh i Rosen dokonali przeglądu całego szeregu dostępnych wówczas danych na temat rozpowszechnienia samouszkodzeń, po czym przyznali, że dokładne ustalenie ich występowania jest trudne, jeśli nie niemożliwe. Choć od tego stwierdzenia minęło ponad 20 lat, wydaje się być ono nadal aktualne.

Niemniej jednak zauważalny jest wzrost liczby dokonywanych samouszkodzeń u osób nie leczonych psychiatrycznie, a zwłaszcza u młodzieży.

W Polsce oceny częstości występowania omawianego zjawiska wśród młodzieży szkolnej w kontekście wybranych czynników psychologicznych i środowiskowych podjęły się

A.Lewandowska i A. Gmitrowicz z Kliniki Psychiatrii Młodzieżowej UM w Łodzi.

Za pomocą specjalnie opracowanej ankiety przebadaly grupę 1449 uczniów losowo wybranych szkół gimnazjalnych oraz ponadgimnazjalnych w Łodzi. Dokonywanie samouszkodzeń potwierdziło 15,6%.

Badanie wykazało, że czynniki rodzinne takie jak: zamieszkanie aktualnie z jednym rodzicem, zaburzenia psychiczne w rodzinie i stosowanie przemocy przez rodziców, w sposób istotny statystycznie różnicowały uczniów samookaleczających się od tych, którzy nie dokonywali samouszkodzeń. Ustalono również, że uczniowie samookaleczający się istotnie częściej doznawali poczucia braku kontroli, wybuchów złości oraz istotnie częściej odczuwali lęk i smutek niż pozostali uczniowie.

Funkcje zachowań samouszkodzających

Rozważania na temat funkcji samouszkodzeń w życiu jednostki zostają podjęte po to, żeby ujawnić istotny dla podmiotu cel, jaki ma zostać osiągnięty na drodze zranienia własnego ciała.

Interesujący model Nocka i Prinsteina (2004, s. 885) czerpie z teorii uczenia się i oparty jest na dwóch dychotomicznych wymiarach, z których pierwszy odnosi się do źródeł (automatycznych vs. społecznych), a drugi do rodzajów wzmocnień (pozytywnych vs. negatywnych). Na podstawie tych wymiarów badacze wyróżnili cztery zasadnicze funkcje samouszkodzeń:

- automatyczne oparte na wzmocnieniu pozytywnym: w tym przypadku jednostka okalecza się, żeby wywołać pożądany stan fizjologiczny (np. żeby poczuć cokolwiek, nawet jeśli byłby to ból)

- automatyczne oparte na wzmocnieniu negatywnym: okaleczanie ciała służyć ma redukcji napięcia i zminimalizowaniu stanów afektywnych
- społeczne, oparte na wzmocnieniu pozytywnym: jednostka aktem samouszkodzenia próbuje zdobyć uwagę otoczenia lub inne korzyści np. akceptację w grupie, troskę ze strony innych
- społeczne oparte na wzmocnieniu negatywnym: w tym przypadku celem jest próba uniknięcia kary ze strony innych albo wymiganie się od wykonania nieprzyjemnego zadania.

Z punktu widzenia tych badaczy możemy więc wyróżnić funkcje automatyczne, które mają charakter jednostkowy i służą zmodyfikowaniu własnego stanu fizjologicznego i emocjonalnego oraz funkcje społeczne, które mają charakter modyfikowania relacji z otoczeniem. (Wycisk, 2006)

Przedstawienie tego modelu na początku rozmyślań nad rolą samouszkodzeń w życiu jednostki, podyktowane jest również względem praktycznym - jego przejrzystość pozwala dostrzec subiektywne korzyści, jakie osoba uzyskuje poprzez samouszkodzenie się. Zgadzam się bowiem z J.Wycisk, że „aby rozpatrywać samookaleczanie w ujęciu funkcjonalnym, należy obok oczywistego założenia o awersyjności tego czynu, przyjąć założenie, że niesie on za sobą subiektywną wartość pozytywną” (Wycisk, s. 46). Model tych autorów zyskał potwierdzenie w badaniach empirycznych nad okaleczającymi się adolescentami przebywającymi na leczeniu psychiatrycznym. W badaniach zaobserwowano wysokie korelacje, a najczęściej występującą funkcją była chęć rozładowania napięcia lub moderacja negatywnego stanu emocjonalnego (ibidem).

To właśnie regulacja afektu jest obecnie uznawana za najbardziej wyrazistą funkcję samouszkodzeń u osób samookaleczających się chronicznie. (Wycisk, 2002, s. 56). Zatrzymajmy się więc na dłużej przy jej omawianiu.

Nie ulega wątpliwości, że osoba dokonująca aktów okaleczenia siebie jest zagubiona we własnym świecie emocji, impulsów i potrzeb. Często nie wie skąd one się wzięły i jak sobie z nimi poradzić. Głównym przejawem dysregulacji emocji jest ogarniające jednostkę poczucie bycia „zalewanym emocjami”, które są tak niezrozumiałe, że potęgują uczucie utraty kontroli nad swoim intrapsychicznym światem (Wycisk, 2002, s. 62). Siła tego stanu „z biegiem czasu narasta, do niemożliwego do zniesienia pułapu, co powoduje pojawienie się impulsu do dokonania samouszkodzenia”. Impuls ten uznany jest za niemożliwy, a zachowanie autodestrukcyjne przynosi uczucie ulgi i uspokojenia (tamże). Można więc stwierdzić, że cały proces ma swój początek w nieprzyjemnym stanie emocjonalnym, a jego zakończenie wieńczy redukcja napięcia. Huband i Tantam (2004) sytuację wewnątrzpsychiczną, w jakiej znajduje się jednostka w momencie poprzedzającym

autoagresywny akt, zaproponowali nazywać mechanizmem strumienia (spring path). Ci sami autorzy zauważyli jednak, że nie zawsze wystąpienie impulsu do samookaleczenia poprzedzają akty napięcia. – Czasem pojawienie się chęci wyrządzenia sobie krzywdy pojawia się niespodziewanie. Ten mechanizm nazwano mechanizmem włącznika (switch path). Oba mechanizmy mogą się przeplatać, ponieważ jak stwierdzają Mathews i Wallis (2002) samouszkodzenie przynosi ulgę natychmiastową, ale krótkotrwałą, co może skłaniać do powtarzania aktu, i przyjęcia formy uzależnienia od robienia sobie krzywdy.

Myślę że powyższy opis nałogowego regulowania uczuć pozwala bardziej przypasować owo rozładowanie napięcia do psychologicznego mechanizmu uzależnienia jakim jest MNRU.

- Przykre emocje znajdują chwilową ulgę w samouszkodzeniu, za którą idzie bardzo często kolejna fala przykrych uczuć, co skutkuje chęcią powtórzenia aktu kaleczenia.

Oczywiście nie zawsze akt samookaleczania pociąga za sobą kolejne. Czasem, jak już wcześniej pisałam, samookaleczanie pojawia się w momencie kryzysu, po czym zanika wraz z jego ustąpieniem. W takich przypadkach akt autoagresywny również pełni rolę regulacyjną, niemniej jednak osoby, które okaleczyły się jednorazowo lub kilka razy w momencie kryzysu czy ważnych zmian życiowych, a następnie zaniechały takiego zachowania, niewątpliwie lepiej radzą sobie ze swoimi emocjami niż osoby, u których samouszkodzenia stały się utrwalonym sposobem regulacji emocji. Jak podkreśla Gratz przeciwności losu mogą być znaczące dla rozpoczęcia samookaleczania się, kiedy zaś do niego dochodzi, to trudności z regulacją emocji mogą być główną przyczyną dla podtrzymania owego zachowania (Gratz, 2006), które staje się „swoistym wzorcem regulowania napięcia emocjonalnego” (Wycisk, 2002, s.15).

L. Arnold i G. Babiker (2002) redukowaniu napięcia nadały kategorię funkcji związanych z radzeniem sobie i przetrwaniem oraz dokonały w jej obrębie ciekawego podziału ze względu na rodzaj regulowanego afektu.

I tak w swojej monografii autorki zauważają, że jeśli samouszkodzenie ma na celu regulację napięcia i lęku, to jego funkcja działa nawet poza momentami dokonywania aktu. Już sama świadomość tego, że można w każdej chwili pomóc sobie w taki sposób, działa uspokajająco. Inną zauważalną emocją, której wyładowanie często następuje poprzez atak na własne ciało, jest gniew czyli emocja „podwójnie” nieakceptowana. - Z jednej strony jawne okazywanie gniewu spotyka się ze społeczną dezaprobatą, z drugiej strony samo jego odczuwanie wyzwala u osób samookaleczających się szereg innych nieprzyjemnych emocji, takich jak poczucie winy, żal, strach.

Dzieje się tak, ponieważ często mają oni problemy z zaakceptowaniem negatywnych emocji:

*„ Nauczyłam się, że nie należy przed sobą i innymi okazywać negatywnych uczuć
W okazywaniu swoich negatywnych uczuć widzę jakąś nadprzyrodzoną siłę, boję się,
że zniszczą wszystko dookoła, boję się, że świat zaleje się krwią.” (w: Kochańska, 2006)*

Wybór metody zranienia siebie w tym przypadku jawi się więc jako bezpieczny z dwóch powodów - po pierwsze wyładowanie gniewu na sobie chroni otoczenie przed skutkami jego ekspresji:

„ Jak się okaleczam, to przynajmniej wiem, że nie krzywdzę innego.” („Mała”)

„ Ja też nie widzę nic złego w tym co robię, bo szkodzę tylko sobie.” („Post Scriptum”)

Po drugie jednostka chroni siebie przed nieprzyjemną reakcją otoczenia, którą paradoksalnie bardzo często jest gniew.

Trzecim często występującym rodzajem regulowanego afektu jest, zdaniem autorek, poczucie ogromnego bólu psychicznego, który poprzez akt zranienia siebie, ma zostać zogniskowany i opanowany.

Ten szeroko pojęty ból psychiczny jedna z forumowiczek opisała mi następująco:

„ Po raz pierwszy poczułam go jako 13 – letnia dziewczynka. To była kula w głowie. Teraz często mnie to dopada - kula emocji, pytań, bólu psychicznego. Przede wszystkim rośnie i rośnie. Aż prawie rozsadza mi czaszkę od środka. To jest straszne uczucie. Jako 13-letnia dziewczynka chwyciłam żyletkę usiadłam obok wanny i po raz pierwszy pocięłam rękę”.

(„Post Scriptum”)

Zadawany sobie ból fizyczny w wyżej cytowanym przypadku, pełni rolę adaptacyjną, gdyż „intensywność jego odczuwania odwraca uwagę od cierpienia wewnętrznego, w którym pogrążona jest jednostka” (Kaźmierczak- Mytkowska, 2007, s.15).

Babiker i Arnold (2002) podkreślają, że samouszkodzenie uwalniające od „rozległego” bólu psychicznego odczuwane jest raczej jako ratowanie, a nie jako akt autodestrukcji.

Drugą kategorię funkcji samookaleczania stanowią funkcje komunikacyjne. Wyrażanie siebie i swoich pragnień poprzez samookaleczanie wynika m.in. z zablokowania ekspresji emocji i niemożności ich przekazania w kontakcie werbalnym (Kubacka- Jasiocka, 2007). Łatwo zauważyć, że funkcje komunikacyjne współdziałają z funkcjami ekspresywnymi – stanowią próbę wyrażenia siebie poprzez – jak pisał Kępiński (1972) – „rzutowanie” swojej osoby na otoczenie i realizowanie się w „przestrzeni wspólnej” (za Kubacka – Jasiocka).

Przyczyn, które powodują trudności z rozpoznawaniem, rozumieniem i werbalizacją uczuć należy w moim przekonaniu doszukiwać się przede wszystkim w otoczeniu, w jakim jednostka dorastała, ponieważ to od swoich rodziców czy opiekunów nabywała umiejętności ekspresji emocjonalnej. Przebywając w środowisku, które nie sprzyja efektywnej komunikacji, bądź ogranicza repertuar możliwości wyrażenia własnych uczuć, jednostka może poszukiwać alternatywnych metod zaakcentowania swoich potrzeb, przekazania komunikatu. Samookaleczenie może więc pełnić te same funkcje, co posługiwanie się językiem (Babiker, Arnold). Dieter i Pearlman uważają, że akt samouszkodzenia stanowi „szybką” formę ekspresji afektu: jednostka przechodzi natychmiast od stanu pobudzenia do stanu działania. Nie ma w tym działaniu miejsca na takie fazy pośredniczące jak uświadomienie sobie uczucia, jego identyfikację, ekspresję i samouspokojenie (w: ibidem). Komunikat jaki niesie z sobą akt zranienia siebie, może być różny - od wyrażenia emocji zaistniałych z pozornie błahych powodów, takich jak nieporozumienia z najbliższymi, do wyrażenia emocji przeżywanych w związku z doznawaną przemocą lub przykrymi doświadczeniami. Wielu autorów (Kochańska, 2006; Babiker, Arnold 2002;) wiąże samookaleczanie z traumatycznymi doświadczeniami - przede wszystkim z molestowaniem seksualnym i przemocą fizyczną. Tymczasem dorastanie i egzystowanie w rodzinie, w której panuje specyficzny klimat emocjonalny a system komunikacji nie obejmuje wyrażania uczuć, stanowi w literaturze jakby podrzędną kwestię. Biorąc pod uwagę skalę zjawiska samookaleczeń wśród młodzieży, skłonna jestem stwierdzić, że system funkcjonowania rodziny odgrywa kluczową rolę w pojawianiu się zachowań samouszkodzających.

Samookaleczenie może więc stanowić próbę „nawiązania nieistniejącego bądź zerwanego dialogu z otoczeniem” lub próbę ujawnienia „treści, które z tych czy innych powodów nie mogą zostać wyrażone, wypowiedziane w innej formie” (Babiker, Arnold, 2002). Samouszkodzenia jako komunikaty skierowane do innych, mają sygnalizować otoczeniu istniejące problemy, niezaspokojone pragnienia.

Trzecią kategorię stanowią funkcje związane z potwierdzaniem i umacnianiem Ja oraz odzyskiwaniem poczucia kontroli (Kubacka- Jasiocka,2007). Ich opis zainteresowani znajdą w cytowanej wcześniej pozycji Jowity Wycisk.

Czwartą kategorię stanowią funkcje związane z karaniem siebie, które zostały szeroko opisane w monografii Babiker i Arnold (2002). - Ludzie, u których w dzieciństwie konsekwentnie wzbudzano poczucie, że są zepsuci, źli, do niczego samookaleczając się wymierzają sobie słuszną – w swoim przekonaniu - karę, bądź pokutują za winy. Autorki zauważają, że w tym przypadku można odnieść wrażenie, iż w człowieku istnieją dwa rodzaje Ja: „karzące”, które zadaje rany i „winne”, które na rany zasługuje. Karanie siebie za niepowodzenia czy niedoskonałości bierze swój początek w głęboko zakorzenionym przekonaniu, że jest się na tyle niegodziwym i złym, iż trzeba za owe haniebne cechy odpokutować. Samookaleczanie wydaje się karą „sprawiedliwą i wymierną w stosunku do tego kim się jest i jakim się jest” (Wycisk,2002, s. 52). Akt autoagresywny pozwala na chwilę uwolnić się od domniemych win, pozbyć się z siebie „nieczystości”. Beznadziejne przekonania o sobie, które wywołują pokłady nienawiści wobec samego siebie, nie biorą się z nikąd. Solidnego podłoża należy doszukiwać się w relacjach z najbliższymi. W kontekście karania siebie i oczyszczania powstałe rany i blizny nabierają szczególnego symbolicznego znaczenia – stają się świadectwem żałowania, pokutowania. Jestem przekonana, że gdybyśmy podążyli tym tropem i spróbowali spojrzeć na zjawisko samookaleczeń z perspektywy socjologii symbolizmu społecznego, ukazałoby nam się ono w zupełnie nowym świetle.

Samouszkodzenie może też stanowić próbę ukarania innych. W tym przypadku „ciało staje się reprezentacją człowieka zasługującego na karę” (Babiker,2002,s.122). I tak na przykład nastolatek może chcieć ukarać matkę, za ciągły brak czasu.

Ujęcie funkcjonalne pozwala dostrzec złożoność zjawiska samookaleczania, które chociaż jest uznawane w naszej kulturze za zachowanie „dewiacyjne”, w istocie pełni wiele funkcji zaradczych (Favazza, 1989). Przede wszystkim służy „przełamaniu cierpienia a więc stanu, który trwając dłużej, doprowadziłby do stagnacji i totalnego załamania” (Kochańska,2006 s.7). Zachowanie samouszkodzające, mimo zagrażającego charakteru paradoksalnie może stać się skutecznym sposobem na przetrwanie i poradzenie sobie w sytuacjach trudnych.

Z perspektywy pełnionych funkcji akty samookaleczeń jawią się niewątpliwie jako znaczące i adaptacyjne, co „pozwalają na raczej salutogenetyczne niż patogenetyczne” ich rozumienie (Kubacka –Jasiocka,2007) . Tak więc wbrew pozornym ocenom społecznym autoagresja

ma częściowo charakter konstruktywny (Kochańska, 2006).

Zarys funkcji samouszkodzeń w tej pracy ma dwie intencje: po pierwsze wyostrzyć funkcje związane z regulacją afektu i ukazać ich „uzależnieniowe” podobieństwo, po drugie ukazać przez pryzmat różnych funkcji możliwe obszary do pracy z pacjentem samookaleczającym się – takie jak praca nad destrukcyjnymi schematami osobistymi czy też nad relacjami z bliskimi. Myślę, że czytając o możliwych funkcjach samookaleczania, refleksje na temat deficytów pacjentów okaleczających się, nasuwają się same. Nad wieloma podobnymi obszarami, deficytami pracujemy w terapii z naszymi pacjentami uzależnionymi. Warto dostrzec, że nasze umiejętności mogą się przydać w pracy z pacjentem dokonującym samouszkodzeń ciała.

Samouszkodzenia w terapii uzależnień

Do tej pory w niniejszej pracy starałam się przybliżyć zjawisko samouszkodzeń umiarkowanych, oderwać nieco myślenie o nim tylko jak o objawie innych zaburzeń oraz stworzyć przestrzeń do myślenia o pacjencie samookaleczającym się jako pacjencie możliwie uzależnionym. Oczywiście dobór pacjenta do terapii uzależnienia musiałby opierać się na pewnych kryteriach – na przykład podobnych do tych wyodrębnionych przez J.Muehlenkamp. Ważnym kryterium niewątpliwie było by kryterium szóste wg J.M.:
– „Samouszkodzenia nie można wyjaśnić obecnością psychozy, transseksualizmu, upośledzenia umysłowego, zaburzeniami rozwoju bądź ogólnymi dolegliwościami medycznymi”.

W kryterium tym nie ma wzmianki o zaburzeniach osobowości, a jak wiadomo samookaleczanie kojarzone jest nieodłącznie z BPD. Co zatem z pacjentem samookaleczającym się z osobowością z pogranicza? W terapii uzależnień zajmujemy się naturalnie pacjentami z podwójną diagnozą, w tym również z BPD. Jednak w przypadku BPD samookaleczanie postrzegane jest jako objaw tego zaburzenia, co może nastęrczać trudności w dostrzeżeniu jego być może nałogowego charakteru. Być może warto by w niektórych przypadkach rozpatrywać samookaleczanie nie tylko jako objaw BPD, ale jako odrębny problem – uzależnienie. Oczywiście potrzeba by do tego wyodrębnienia jasnych kryteriów różnicujących wpisane już w BPD okaleczanie, od okaleczania nałogowego – być może ich tworzenie można by oprzeć o wyłapanie głównej funkcji, jaką pełni samookaleczanie w życiu jednostki – jeśli jest nią nałogowe regulowanie uczuć, wzorzec zachowania jest utrwalony

i okaleczanie nie ma charakteru groźby (manipulacji otoczeniem) mamy do czynienia z czymś więcej niż tylko z objawem danego zaburzenia. Oczywiście to tylko 'esejowy' zarys nieco innego spojrzenia na samouszkodzenia umiarkowane. Zapewne dopiero wyodrębnienie w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób kryteriów chronicznych samouszkodzeń umiarkowanych stanowić by mogło grunt do dalszych takich rozważań.

Podążając tym tokiem rozumowania poszperałam jednak trochę w Internecie i znalazłam wzmiankę o interesującym, kompleksowym programie terapii dla osób samookaleczających się. Program ten stanowi połączenie dialektycznej terapii behawioralnej z programem dwunastu kroków dla Anonimowych Samookaleczających się³. Jak wiadomo dialektyczna terapia behawioralna wykorzystywana jest chętnie w leczeniu BPD. Połączenie jej z Programem Dwunastu Kroków wskazuje jakby na nieco odrębne traktowanie samookaleczania w patologii BPD.

Zdaje się, że istnieją jednak przesłanki ku temu, aby przyglądać się samouszkodzeniom umiarkowanym z perspektywy uzależnień. Chociażby podobieństwa w nałogowym regulowaniu uczuć, upośledzona zdolność kontroli nad samookaleczaniem, uporczywe myślenie o aktach okaleczania, powtarzanie tych aktów mimo ponoszenia konsekwencji (zdrowotnych, społecznych), koncentracja życia wokół samouszkodzeń zachęcają do refleksji na gruncie terapii uzależnień.

Na świecie powstają grupy samopomocowe Anonimowych Samookaleczających się działające w oparciu o ideę Wspólnoty AA⁴, a co za tym idzie na wielu zagranicznych stronach dotyczących terapii uzależnień porusza się temat samookaleczania. Można w nich znaleźć nawiązanie do obecnych praktyk terapeutycznych. Na jednej ze stron piszą: „Terapia samookaleczania jest najbardziej skuteczna, jeśli zawiera w sobie kontakt indywidualny, terapię grupową i jest realizowana w oparciu o Program Dwunastu Kroków. Program Dwunastu Kroków pomaga osobom samookaleczającym się znaleźć siłę w zaprzestaniu obsesyjnego okaleczania, daje narzędzia i wsparcie potrzebne w zdrowieniu”⁵.

Znalezienie miejsca dla pacjenta okaleczającego się w jakiegokolwiek terapii, wymaga jednak w pierwszej kolejności chęci zajęcia się tematem, który powszechnie budzi niesmak, lęk i ma raczej pejoratywny wydźwięk. Kojarzy się z brzydotą, krwią, bliznami i jak dowodzą niektóre badania, powoduje niechęć nawet u osób profesjonalnie przygotowanych

³ <http://www.timberlineknolls.com/mood-personality/self-injury>

⁴ <http://selfmutilatorsanonymous.org>

⁵ <http://www.addictionhelpcenter.com/types-of-self-injury>

do pomagania, takich jak lekarze, psychiatry, psycholodzy, terapeuci. Między innymi S. Smith (2002) dowiódł w swoich badaniach, że pacjenci dokonujący samouszkodzeń są postrzegani negatywnie przez psychiatrów i pozostały personel medyczny. Psychiatry przyznali się w tym badaniu, że są przytłoczeni problemem samouszkodzeń umiarkowanych i czują potrzebę ustalenia, iż w przypadku samookaleczeń chodzi o zaburzenie psychiczne, a najczęściej pacjentom z samookaleczaniem „przypina się łątkę” osób z zaburzeniami osobowości typu borderline. Jak podkreśla Smith „*Jeśli tniesz się, dostajesz etykietkę BPD. Kiedy już ją masz (...) wszystko się kręci wokół tego*”.

O ile na świecie w różnych terapiach, w tym w terapii uzależnienia mówi się o samookaleczaniu i robi się miejsce dla pacjentów chronicznie okaleczających się, o tyle w Polsce temat ten to wciąż trochę takie ‘purpurowe tabu’. Wiele osób nie radzących sobie z okaleczaniem ciała szuka pomocy. Na forach mnożą się wypowiedzi osób, które szukając dla siebie pomocy u specjalistów spotykały się z niezrozumieniem, były odsyłane od jednego specjalisty do drugiego i w efekcie rezygnowały. Różnice w dostępności pomocy w Polsce a za granicą łatwo sprawdzić w prosty sposób – kiedy w Google wpisujemy po polsku hasła związane z samookaleczaniem – wyskoczą same fora, artykuły – zero ofert specjalistycznej pomocy. Wystarczy wpisać angielskie self-mutilation help, by ‘wyskoczyły’ różne formy pomocy. Myślę, że temat wart jest uwagi – również okiem terapeuty uzależnień.

Literatura:

1. Babiker G., Arnold L. (2002). Autoagresja. Mowa zranionego ciała. Gdańsk: GWP
2. Eckhardt A. (1998). Autoagresja. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
3. Eisenkraft M. (2006). Self-injury. Is it a syndrome? The New School Psychology Bulletin, Volume 4.
4. Favazza A. (1996). The Coming of Age of Self-Mutilation. The Journal of Nervous and Mental Diseases Volume, 186: 259-268
5. Kaźmierczak-Mytkowska A. (2007). Funkcje samookaleczeń i parasamobójstw młodzieży z doświadczeniami przemocy w rodzinie.
Źródło internetowe: cldim.zgora.pl/uploads/download/funkcje_samookaleczen.doc
6. Kochańska K. (2006). Zobacz, co sobie robię. O zjawisku samookaleczania się kobiet.
Źródło internetowe: <http://bi.gazeta.pl/im/3/3662/m3662353.pdf>

7. Kubacka-Jasiecka D. (2006). Agresja i autodestrukcja z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń JA. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego
8. Lewandowska A., Gmitrowicz A. (2007) Samouszkodzenia u młodzieży szkolnej. Abstrakt z sesji plakatowej. XLII Zjazd Psychiatrów Polskich, Szczecin
9. Suchańska A., Wycisk J. (red). (2007). Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Bogucki
10. Smith S.E., (2002). Perceptions of service provision for clients who self-injure in the absence of expressed suicidal intent. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9: 595-601
11. Walsh B.W., Rosen P.M. (1988). *Self-Mutilation. Theory, Research, and Treatment*. New York, London: The Guilford Press.
12. Whalen M. (1998). *Self Mutilation*.
13. Wycisk J. (2004) *Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne*. Poznań.