

SAMOOKALECZENIA UMIARKOWANE



CZYM SĄ SAMKOOKALECZENIA?

- Okaleczanie ciała polega na zadawaniu sobie bólu i ran, choć nienoszące zmiano samobójstwa, w ciągu ostatnich dwudziestu lat jest coraz częściej obserwowane wśród młodzieży i młodych dorosłych.
- Począwszy od lat 90. ubiegłego wieku samookaleczenia coraz częściej podejmowane są w populacji ogólnej i niekoniecznie są związane z zaburzeniami psychicznymi lub historią traumy w rodzinie.
- Szeroko rozumiane okaleczenie ciała nie stanowi jednego spójnego, specyficznego syndromu o jasno sformułowanych kryteriach diagnostycznych i ustalonej etiologii.

Pojęcie samookaleczenia się odnosi się do nieakceptowanych kulturowo i społecznie zachowań, pozbawionych intencji samobójczej, polegających na celowym naruszeniu ciągłości tkanki własnej ciała bądź doprowadzeniu do powstania innych obrażeń skutkujących krwawieniem, zasinieniem lub bólem, przy czym zachowania te podejmowane są w celu złagodzenia psychicznego dyskomfortu.

Tak ujmowane samookaleczenia obejmują znaczną liczbę zachowań zróżnicowanych pod względem zastosowanej metody i stopnia zagrożenia dla zdrowia/życia podmiotu, mogących towarzyszyć wielu zaburzeniom zdefiniowanym w powszechnie dostępnych systemach klasyfikacyjnych, takich jak DSM czy ICD.

Kryterium kulturowej akceptacji każe wyraźnie odróżnić samookaleczenia od tatuaży, skaryfikacji i body-piercingu.

KLASYFIKACJA SAMOOKLECZEŃ WG ARMANDO FAVAZZA I DAPHNE SIMEON

- 1) **WIELKIE** – pojedyncze akty ranienia ciała, skutkujące trwałym uszczerbkiem na zdrowiu i stwarzające zagrożenie dla życia podmiotu. Zwykle pojawiają się w przebiegu psychozy lub ostrego upojenia alkoholowego lub na podłożu dysforii płciowej. Typowe przykłady to: poważne okaleczenia genitaliów, auto-amputacja, czy pozbawienie się oka.
- 2) **STEREOTYPOWE** – wysoce powtarzalne, specyficzne pod względem formy akty uszkodzenia tkanki ciała o zróżnicowanym stopniu zagrożenia dla zdrowia, polegające na stałym, sztywnym, wielokrotnym, często rytmicznym wykonywaniu autodestrukcyjnych czynności pozbawionych treści afektywnych i znaczeniowych. Należą do nich: uderzenia głową (lub innymi częściami ciała) o twarde przedmioty, bicie siebie, gryzienie bądź drapanie i skubanie skóry, wrywanie włosów itp.

KLASYFIKACJA SAMOOKLECZEŃ WG ARMANDO FAVAZZA I DAPHNE SIMEON

- 3) KOMPULSACYJNE – zwykle powtarzane wielokrotnie w ciągu dnia, nawykowe, chroniczne zachowanie autodestruktywne związane z łagodnym lub umiarkowanym zagrożeniem dla zdrowia, niekiedy o charakterze rytualizowanym, choć nierzadko także impulsywnym. Chodzi tu o zachowania, które w subiektywnej ocenie podmiotu są niemożliwe do powściągnięcia, a ich podejmowanie powoduje silny dystres lub trwałe zmiany w wyglądzie (łysina, zmiany skórne), wymagające pomocy dermatologicznej.
- 4) IMPULSYWNE – powierzchowne samookaleczenia o niewielkim lub umiarkowanym stopniu zagrożenia dla zdrowia, występujące w formie pojedynczych epizodów lub powtarzalnych aktów (i wówczas noszące cechy uzależnienia). Zazwyczaj służą rozładowaniu trudnych do zniesienia stanów emocjonalnych, niekiedy mają charakter symboliczny

SAMOOKALECZENIA IMPULSYWNE

Najczęściej polegają na nacinaniu skóry ostrym narzędziem (żyletką, nożykiem lub przypadkowym przedmiotem, np. kawałkiem szkła), zadawaniu sobie ciosów (lub uderzaniu ciałem o twarde przedmioty, ściany itp.), nakłuwanie skóry (szpilkami, agrałkami, pinezkami) bądź przypalaniu go (papierosem, zapalniczką).

KONSEKWENCJE SAMOOKALECZEŃ IMPULSYWNYCH

FIZYCZNE:

- Rany o różne głębokości
- Blizny
- Zmiany przerostowe, blinowce

KONSEKWENCJE SAMOOKALECZEŃ IMPULSYWNYCH

POZNAWCZO-EMOCJONALNE:

- Ulga
- Uspokojenie
- Odzyskanie poczucia kontroli
- Niekiedy subiektywne poczucie siły
- Wstyd, poczucie winy
- Poczucie braku kontroli nad własnym życiem
- Przeświadczenie o własnej nieudolności itd.

KONSEKWENCJE SAMOOKALECZEŃ IMPULSYWNYCH

SPOŁECZNE:

- Silnie emocjonalne reakcje otoczenia, często skrajne: od chęci niesienia pomocy, nadmiernej troski i kontroli, po krytykę, odrzucenie, napiętnowanie i izolację;
- Ryzyko wycofanie z kontaktów ze względu na społeczne postrzeganie blizn

ten sposób zaburzenia polegającego na niesamobójczych samookaleczeniach³ (Non-Suicidal Self-Injury Disorder – NSSID) przedstawia ramka 13.

RAMKA 13. Samookaleczenia niesamobójcze (Non-Suicidal Self-Injury Disorder, NSSI-D) – kryteria diagnostyczne według DSM-5

- A. Osoba podejmowała w ciągu ostatniego roku przez minimum 5 dni zachowania polegające na ranieniu powierzchni własnego ciała, powodując krwawienie, zasinienie lub ból (cięcie, przypalanie, bicie, klucie, tarcie) w celach społecznie niesankcjonowanych, aby doprowadzić do niewielkich/umiarkowanych obrażeń (o braku intencji samobójczej można wnioskować na podstawie uzyskanej wprost deklaracji jednostki lub uznając, że przez wielokrotne podejmowanie tych zachowań nauczyła się ona, że nie jest prawdopodobne, by prowadziły one do śmierci).
- B. Osoba oczekuje, że zachowanie to przyniesie określone następstwa (przynajmniej jedno z wymienionych):
 - 1) doznanie ulgi od negatywnych uczuć i stanów poznawczych;
 - 2) rozwiązanie interpersonalnej trudności;
 - 3) doznanie pozytywnego stanu uczuciowego.(Doznawana ulga lub pozytywny stan emocjonalny doświadczany jest w trakcie aktu lub tuż po nim, przy czym osoba może przejawiać wzorec zachowania zbliżony do uzależnienia).
- C. Intencjonalne okaleczanie współwystępuje przynajmniej z jedną z poniższych okoliczności:
 - 1) interpersonalna trudność lub negatywne myśli/uczucia, takie jak: depresja, lęk, napięcie, gniew, ogólny dystres i samokrytycyzm w okresie poprzedzającym samookaleczenia;
 - 2) silne i trudne do powstrzymania zaabsorbowanie samookaleczeniem, bezpośrednio przed zaangażowaniem się w akt;
 - 3) częste występowanie myśli na temat okaleczania się, nawet jeśli osoba nie angażuje się w dany moment w akt.
- D. Zachowanie nie występuje wyłącznie w stanach psychiatrycznych, w stanie odurzenia, delirium lub odstawienia substancji psychoaktywnych.

³ Użyto tu literalnego tłumaczenia z języka angielskiego.

U osób z zaburzeniami neurorozwojowymi zachowanie nie stanowi elementu powtarzalnych stereotypii. Zachowanie nie może być wyjaśniane przez obecność innych zaburzeń (jak psychoza, zaburzenia ze spektrum autyzmu, niepełnosprawność intelektualna, zespoły wad wrodzonych, *trichotillomania*, *dermatillomania*).

- E. Zachowanie nie jest społecznie usankcjonowane (w formie tatuażu, piercingu czy rytuału religijnego) i nie ogranicza się do skubania strupów czy obgryzania paznokci.
- F. Zachowania i jego konsekwencje powodują klinicznie znaczący dystres i pogorszenie funkcjonowania w sferze interpersonalnej, edukacyjnej lub w innych sferach życia.
- G. Zachowanie nie występuje wyłącznie w stanach psychotycznych, w stanie odurzenia, delirium lub odstawienia substancji psychoaktywnych. U osób z zaburzeniami neurorozwojowymi zachowanie nie stanowi elementu powtarzalnych stereotypii. Zachowanie nie może być wyjaśniane przez obecność innych zaburzeń (jak psychoza, zaburzenia ze spektrum autyzmu, niepełnosprawność intelektualna, zespoły wad wrodzonych, *trichotillomania*, *dermatillomania*).

Źródło: APA, 2013.

Tabela 6. Kryteria diagnostyczne różnicujące samobójstwa i samookaleczenia

Kryterium	Samobójstwo	Samookaleczenia bez intencji samobójczej
1. Stopień zagrożenia życia	Metody o wysokiej śmiertelności, takie jak: powieszenie, skok z wysokości, zatrucie, rzucenie się pod pojazd, zastrzelenie się (w Polsce rzadkie ze względu na niedostępność broni palnej)	Metody o stosunkowo niewielkiej szkodliwości: nacinanie skóry, bicie się, przypalanie, uderzanie głową i innymi częściami ciała
2. Powtarzalność	Niska. Najczęściej jedno- lub dwukrotne próby, towarzyszące przeżywanemu kryzysowi emocjonalnemu	Wysoka. Wielokrotne podejmowanie w krótkich odstępach czasu
3. Różnorodność metod	Niewielka, w przypadku powtarzalnych prób metoda zazwyczaj pozostaje ta sama	Znaczna, zazwyczaj wiele różnych metod, (obserwuje się też wzrost ich zróżnicowania wraz z upływem czasu)
4. Intencja	Chęć całkowitego unicestwienia świadomości, która została nieodłącznie powiązana z bólem psychicznym, odebra-	Chęć zmiany stanu świadomości tak, by odczuć ulgę związaną albo z obniżeniem poziomu pobudzenia emocjonalnego, albo – rzadziej – z

	nie sobie życia staje się jedynym sposobem na zaprzestanie odczuwania cierpienia	podwyższeniem go lub pozbyciem się stanu dysocjacji
5. Poziom ból psychicznego	Przekraczający indywidualną granicę wytrzymałości („nie do zniesienia”), ma charakter stały i uporczywy, nie poddający się kontroli, wyczerpujący psychicznie do tego stopnia, że myśl o ucieczce od niego przez śmierć staje się dominująca	Silny, powodujący dyskomfort, nie osiąga skrajnego natężenia; w swej istocie czasowy, przemijający pod wpływem okaleczenia, dzięki czemu staje się możliwy do kontrolowania
6. Obecność zawężenia poznawczego	Wysoka. Myślenie typu: „wszystko albo nic”, gdzie spełnienie określonego warunku (zwykle niemożliwego do spełnienia – np. odzyskanie utraconej miłości) jest jedyną przesłanką do rezygnacji z myśli o śmierci	Niska. Przejściowa dezintegracja lub fragmentacja procesów myślowych, sprzyjająca depersonalizacji i podejmowaniu przypadkowych, impulsywnych działań
7. Obecność poczucia beznadziejności i bezsilności	Typowa, utrwalona, zajmująca centralne miejsce w myśleniu i doświadczeniu osoby, subiektywnie niemożliwa do skontrolowania; odebranie sobie życia jawi się jako logiczne następstwo skrajnego pesymizmu i doznawanego cierpienia	Zróżnicowana, czasowa i przemijająca, niedominująca w doświadczeniu; okaleczenie pozwala utrzymać poczucie kontroli, będąc swoistym „wentylem bezpieczeństwa”
8. Samopoczucie po akcie	Pogorszenie samopoczucia po akcie (w przypadku przeżycia). Ból psychiczny i myśli samobójcze powracają i mogą ulec intensyfikacji, przeżycie interpretowane jest w kategoriach niepowodzenia	Lepsze samopoczucie po akcie. Ulga od gniewu, cierpienia czy rozpaczki bądź poczucia pustki i martwoty
9. Kluczowy problem	Kombinacja depresji, smutku, gniewu związanych z pierwotnym źródłem cierpienia psychicznego, rozlewającego się na wszystkie sfery życia	Kombinacja silnego stresu, nieadekwatnych zdolności regulacji afektu, negatywny obraz siebie i własnego ciała, wyobcowanie fizycznego <i>self</i>

Źródło: opracowanie Jowita Wycisk na podstawie: D'Onofrio, 2007; Halicka, Kiejna, 2018; Walsh, Rosen, 1988; Walsh, 2006.

Tabela 7. Wskaźniki przydatne do określenia ryzyka samobójstwa u nastolatków i nastolatek okaleczających się

Wskaźnik	Pytanie	Ryzyko samobójstwa	Brak ryzyka samobójstwa
1. Myśli samobójcze	Czy myślisz czasem, aby odebrać sobie życie?	Wiele o tym myślę.	Nie, tak naprawdę nie chcę umrzeć.
2. Intencja samobójcza	Zrobiłaś to (robisz to), ponieważ...?	Chciałam umrzeć.	Chciałam poczuć się lepiej.
3. Planowanie samobójstwa	Powiedzialesz, że chcesz się zabić. Czy myślałeś, jak to zrobić?	Tak, chciałbym skoczyć z dachu naszego wieżowca. Tak, mam pewien plan...	Nie, dokładnie nie wiem...
4. Poczucie beznadziejności	Czy twoim zdaniem jest szansa, że za jakiś czas poczujesz się lepiej?	Nie mam pojęcia. Nic mi nie pomoże, jeśli ona do mnie nie wróci.	Hmm..., gdybym mogła opuścić tę szkołę...

		Nigdy nie poczuje się lepiej!	Tak, jestem teraz w trudnym momencie.
5. Wcześniejsze próby samobójcze	Czy próbowałeś kiedyś odebrać sobie życie?	Natykałem się tabletek, miałem płukanie żołądka.	Nie, nigdy.
6. Zachowania samobójcze w rodzinie lub wśród przyjaciół	Czy ktoś z twoich bliskich próbował odebrać sobie życie?	Tak, mój wujek powiesił się, kiedy miałam 8 lat.	Nie, nic o tym nie wiem. Styszałam, że jeden chłopak z równoległej klasy próbował się powiesić...
7. Wsparcie społeczne	Czy jest wokół ciebie ktoś, z kim możesz porozmawiać, kiedy czujesz się kiepsko?	Prawdę mówiąc nie bardzo. Nie mam z nikim kontaktu, a mamy nie chcę obciążać moimi sprawami, i tak jest jej ciężko.	Jasne, mam przyjaciółkę, z którą gadamy o wszystkim. Mam fajnego brata, mogę na nim polegać.
8. Zdarzenia stresowe w ostatnim czasie	Czy jest coś, co ostatnio szczególnie cię obciąża, stresuje?	Wystawianie ocen... powinienam wypaść jak najlepiej, a nie wiem..., nie sądzę żeby mi się udało. Nie wyszło mi z chłopakiem. Czuję się beznadziejnie.	No, zbliża się zakończenie roku szkolnego.. Jak zwykle. Rodzice siedzą mi na karku... Nic nadzwyczajnego
10. Zbyt silne, niezamierzone uszkodzenie ciała	Czy zdarzyło ci się okaleczyć silniej, niż zamierzałeś? Czy często ci się to zdarza?	O tak! Co jakiś czas nacinałam skórę głębiej, niż chciałam.	Zdarzyło mi się raz, ale staram się uważać. Wiem, co robię.
11. Pomoc medyczna	Korzystałeś kiedyś z pomocy lekarza (np. po to, żeby założyć szwy)? Jak często?	Kilka razy zdarzyło mi się, że musiałem mieć szytą rękę.	Nie, nigdy.
12. Eskalacja samouszkodzeń	Czy teraz kaleczysz się tak samo jak na początku, czy mocniej?	O tak, mocniej. Kiedyś wystarczyły dwa-trzy nacięcia i było dobrze. Potem pięć, sześć. Teraz robię kilka cięć, walę głową w ścianę, a i tak nie pomaga.	Czasem tnę się, a kiedy indziej tylko mocno draپیę. Próbowałam różnych rzeczy, żyletki, spinacza... Ale żeby mocniej, to nie. Tylko inaczej.

13. Użyczenie sobie narzędzi	Czy używałeś kiedyś wspólnych narzędzi z kimś jeszcze?	Zdarzało się. Czasem siedzieliśmy w kole i używaliśmy tego samego nożyka.	Nie, nigdy.
14. Okaleczanie się pod wpływem alkoholu lub narkotyków	Okaleczałaś się kiedyś, jak byłaś pijana albo naćpana? Jak często?	Oj, często. Czasem kumpele próbowały mnie powstrzymać, mówiły, że jestem tak nawalona, że nie wiem, co robię.	Nie, nigdy tego nie robię pod wpływem... Zdarzyło się raz czy dwa, ale zwykle nie.

1-9 – świadczyć mogą o zamiarze celowego odebrania sobie życia, 10-14 uwrażliwiają na możliwość niezamierzonego, niebezpiecznego dla zdrowia lub życia zranienia ciała

Źródło: opracowanie Jowita Wycisk, na podstawie: Heath, Nixon, 2009, s. 152-155.

Tabela 8. Funkcje samookaleczeń wywiedzione z typów wzmocnień

Rodzaj wzmocnienia		Negatywne	Pozytywne
W e w n ę t r z n e	Automatyczne (regulacja afektu)	A. Redukcja napięcia, zmniejszenie natężenia negatywnych emocji, zniesienie uczucia pustki <u>Deklarowane motyw</u> „przestać czuć to, co się czuje”; „uwolnić się od pustki, odrętwienia”	B. Wywołanie pożądanego stanu fizjologicznego, dostymulowanie się, zwiększenie poczucia kontroli <u>Deklarowane motyw</u> „poczuć cokolwiek, choćby ból”; „odprężyć się”
	Tożsamościowe	C. Unikanie rozbieżności w obrębie struktury Ja oraz lęku i niepewności związanej z samooceną <u>Deklarowane motyw</u> „ukarać siebie”; „uwolnić się od poczucia własnej nijakości”	D. Wzmocnienie pozytywnej samooceny <u>Deklarowane motyw</u> „udowodnić sobie, że jest się twardym”; „być jak ktoś sławny”

Z e w n ę t r z n e	Społeczne	E. Uchylanie się od oczekiwań społecznych, zobowiązań wobec członków rodziny, unikanie konsekwencji własnych działań <u>Deklarowane motyw</u>y „uniknąć szkoły lub pracy”; „uniknąć kontaktu z ludźmi”	F. Wywołanie pozytywnej reakcji w otoczeniu (zainteresowanie, ochrona, akceptacja) <u>Deklarowane motyw</u>y „sprawić, by ktoś mnie zauważył”; „poczuć się częścią grupy”
--	-----------	---	--

Źródło: opracowanie Jowita Wycisk na podstawie: Nock, Prinstein, 2004; Wycisk 2006a; Snir i in., 2015.

Zapraszam do lektury...

Oprac. OKG