

Uniwersytet im. Adama Mickiewicza
Wydział Nauk Społecznych
Instytut Psychologii

Anna Kubiak

Mechanizm radzenia sobie z napięciem
u osób podejmujących nawykowe samouszkodzenia

The mechanism of coping with distress
in people with repetitive non-suicidal self-injury

Praca doktorska napisana pod kierunkiem
Prof. dr. hab. Władysława J. Paluchowskiego

Poznań 2013

Spis treści

<u>Spis tabel</u>	3
<u>Spis rycin</u>	5
<u>Spis załączników</u>	6
<u>Wstęp</u>	7
<u>Część teoretyczna</u>	9
<u>Rozdział 1. Samouszkodzenia – charakterystyka zjawiska</u>	10
<u>1.1. Miejsce samouszkodzeń wśród zachowań autodestruktywnych</u>	10
<u>1.2. Samouszkodzenia a samobójstwa – istotne różnice w obrębie autodestruktywności bezpośredniej</u>	14
<u>1.3. Samouszkodzenia – różnorodność form i znaczeń</u>	16
<u>1.4. Funkcje samouszkodzeń</u>	23
<u>1.5. Samouszkodzenia i współwystępowanie zaburzeń</u>	26
<u>1.6. Epidemiologia samouszkodzeń</u>	29
<u>1.7. Modele samouszkodzeń – w poszukiwaniu mechanizmu radzenia sobie z napięciem</u>	31
<u>Rozdział 2. Samouszkodzenia a przypuszczalne czynniki je podtrzymujące</u>	35
<u>2.1. Samouszkodzenia a sposób doświadczania ciała</u>	35
<u>2.2. Samouszkodzenia a wrażliwość na ból</u>	39
<u>2.3. Samouszkodzenia a czynniki temperamentalne i funkcjonowanie mózgu</u>	43
<u>Część empiryczna</u>	47
<u>Rozdział 3. Metodologiczne podstawy badań własnych</u>	48
<u>3.1. Problemy i hipotezy badawcze</u>	48
<u>3.2. Operacjonalizacja zmiennych i wykorzystane narzędzia pomiarowe</u>	51
<u>3.3. Przygotowanie narzędzi</u>	56
<u>3.4. Procedura badawcza oraz dobór próby</u>	66
<u>3.4.1. Badanie właściwe – pierwszy etap</u>	68
<u>3.4.2. Badanie właściwe – drugi etap</u>	70
<u>Rozdział 4. Analiza wyników badań własnych</u>	76
<u>Rozdział 5. Interpretacja wyników</u>	114
<u>Bibliografia</u>	119
<u>Załączniki</u>	128

Spis tabel

Tab. 1 Klasyfikacja myśli i zachowań samouszkodzających według Matthew Nocka (2010)	12
Tab. 2 Kryteria różnicowania bezpośrednich zachowań autodestruktywnych	15
Tab. 3 Przykłady form rytuałów oraz praktyk	19
Tab. 4 Propozycje kryteriów klasyfikowania samouszkodzeń jako syndromu.....	26
Tab. 5 Szczegółowe warunki kwalifikacji diagnostycznej samouszkodzeń bez intencji samobójczej	27
Tab. 6 Operacjonalizacja zmiennych i narzędzia pomiarowe.....	53
Tab. 7 Kwestionariusz Sytuacji napięciowych - rzetelności	61
Tab. 8 Cele badania i zastosowane metody w pierwszym etapie badania właściwego.....	69
Tab. 9 Cele badania i zastosowane metody w drugim etapie badania właściwego.....	70
Tab. 10 Zestaw słów pomagających wygenerowanie narracji na temat konkretnych zdarzeń	74
Tab. 11 Samouszkodzenia – częstości.....	76
Tab. 12 Podział form samouszkodzeń przez sędziów kompetentnych	78
Tab. 13 Grupy osób wyodrębnione w badaniu.....	78
Tab. 14 Test chi-kwadrat – płeć versus grupa.....	79
Tab. 15 Statystyki opisowe dla obu grup – temperament	80
Tab. 16 Istotność różnic między grupami w zakresie wymiarów temperamentu i charakteru	80
Tab. 17 Statystyki opisowe dla grup – poziom napięcia i próg wrażliwości na ból	82
Tab. 18 Statystyki opisowe dla obu grup – sposób doświadczania ciała.....	83
Tab. 19 Istotność różnic między grupami w zakresie wymiarów temperamentu i charakteru	84
Tab. 20 Statystyki opisowe – wiek, próg wrażliwości na ból	86
Tab. 21 Statystyki opisowe – sposób doświadczania ciała.....	88
Tab. 22 Tabela krzyżowa – przynależność do grupy a numer skupienia	88
Tab. 23 Testy efektów międzyobiektowych	89
Tab. 24 Wybrane statystyki opisowe dla wyodrębnionych skupień	89
Tab. 25 Statystyki opisowe – kontrola hamowania	90
Tab. 26 Statystyki opisowe dla komponentów N100, P200, N200 i P300.....	92
Tab. 27 Tabela krzyżowa – różnice międzygrupowe dla reakcji skuteczne zahamowanych.....	93
Tab. 28 Statystyki opisowe z uwzględnieniem różnic wewnątrz- i międzygrupowych istotnych statystycznie	93
Tab. 29 Różnice międzygrupowe dla reakcji prostych przed i po wzbudzeniu emocji.....	96
Tab. 30 Początkowy czynnik spustowy samouszkodzeń – przykładowe wypowiedzi badanych .	100
Tab. 31 Dane z wywiadów.....	101
Tab. 32 Okoliczności i sytuacje wzbudzające chęć samouszkodzenia.....	102
Tab. 33 Dane z wywiadów.....	103
Tab. 34 Dane z wywiadów.....	105
Tab. 35 Dane z wywiadów.....	107
Tab. 36 dane z wywiadów.....	107
Tab. 37 Dane z wywiadów.....	108

Tab. 38 dane z wywiadów.....	109
Tab. 39 dane z wywiadów.....	110
Tab. 40 Dane z wywiadów.....	113

Spis rycin

Ryc. 1 Klasyfikacja zachowań autodestruktywnych	11
Ryc. 2 Klasyfikacja samouszkodzeń według Armando Favazzy (1996).....	18
Ryc. 3 Schemat zależności między zmiennymi	51
Ryc. 4 Schemat przebiegu zadania z sygnałem stop	65
Ryc. 5 Schemat procedury badawczej i doboru do grup	67
Ryc. 6 Wykresy ilustrujące różnice między grupami w zakresie temperamentu.....	81
Ryc. 7 Wykresy różnic między grupami w zakresie sposobu doświadczania ciała.....	85
Ryc. 8 Analiza skupień – skupienia dla zmiennych wiek, próg bólu i poziom transsytuacyjnego napięcia	86
Ryc. 9 Analiza skupień – sposób doświadczania ciała	87
Ryc. 10 Różnice między grupami w zakresie przebiegu aktywności elektrycznej mózgu (reakcja prosta) osobno dla sytuacji przed i po wzbudzeniu emocji	94
Ryc. 11 Różnice między grupami w zakresie przebiegu aktywności elektrycznej mózgu dla sytuacji po wzbudzeniu emocji („sukces”).....	95
Ryc. 12 Grupa porównawcza – różnice w wielkości amplitudy N100 w sytuacji „porażki” (pomiar z elektrod: Pz, Fz, Cz).	97
Ryc. 13 Grupa badawcza – różnice w wielkości amplitudy P300 w sytuacji „sukcesu” (pomiar z elektrod Pz, Fz i Cz).	98

Spis załączników

Załącznik 1.....	129
Załącznik 2.....	150
Załącznik 3.....	151
Załącznik 4.....	158
Załącznik 5.....	160
Załącznik 6.....	161
Załącznik 7.....	164
Załącznik 8.....	165
Załącznik 9.....	166
Załącznik 10.....	167
Załącznik 11.....	168
Załącznik 12.....	170

Wstęp

Okaleczanie własnego ciała, obecne w wielu kulturach na przestrzeni wieków, jest przedmiotem zainteresowań w naukach humanistycznych, co oznacza, że analiza tego zjawiska dokonywana jest z różnych perspektyw. Owo zainteresowanie odzwierciedlone jest również w teoriach i badaniach psychologicznych, a zjawisko społecznie nieaprobowanych samouszkodzeń w kulturze zachodniej w ciągu ostatnich dwudziestu lat stało się na gruncie psychologii przedmiotem żywej dyskusji. Szacuje się, że osoby okaleczające się stanowią około 4% osób dorosłych (Briere i Gil, 1998; Wycisk, 2004) i 15-20% (Heath, i in., 2009) adolescentów w populacji ogólnej, a liczba ta jest większa, gdy mowa o samouszkodzeniach osób z populacji klinicznej – odpowiednio 21% (Briere i Gil, op. cit.) oraz 40-60% (za: Messner, Fremouw, 2007) populacji. Choć czynniki ryzyka samouszkodzeń są w literaturze szeroko opisane, wciąż „(...) niewiele wiadomo na temat specyficznych procesów, które wyjaśniałyby, jak lub dlaczego osoby doświadczające stresu lub z diagnozą psychopatologii dokonują samouszkodzeń. Ponadto, sygnały ostrzegawcze oraz bezpośrednie czynniki poprzedzające samouszkodzenia, a także ich następstwa wciąż pozostają względnie nieuchwytnie (Prinstein, 2008, s. 2).” Setki badań dotyczących problematyki samouszkodzeń wciąż jeszcze stanowią jedynie fragmenty obrazu zjawiska. Rzadko badane są także czynniki zwiększające prawdopodobieństwo powtarzania samouszkodzeń. Właśnie ten rodzaj samouszkodzeń – okaleczenia własnego ciała podejmowane w sposób nawykowy leży w obszarze moich zainteresowań badawczych.

Wskazane wcześniej szacunki obejmują osoby, które dokonały aktu samookaleczenia przynajmniej raz, co zawyża statystyki, jeśli chodzi o samouszkodzenia nawykowe. Pojedyncze przypadki samouszkodzeń nie leżą w zakresie moich zainteresowań badawczych. Jak wspomniałam, szczególnie interesuje mnie podejmowanie samouszkodzeń w sposób nawykowy, zwłaszcza w sytuacjach doświadczania napięcia. Wobec powyższych rozważań nasuwa się pytanie o czynniki, które mają znaczenie dla powtarzalności samouszkodzeń jako sposobu radzenia sobie z napięciem, a także pytanie o charakter mechanizmu radzenia sobie z napięciem za pomocą samouszkodzeń. Jakie czynniki są znaczące u osób, u których uszkodzanie własnego ciała staje się nawykowym mechanizmem radzenia sobie z napięciem? Znalezienie odpowiedzi na to pytanie stanowi cel mojej pracy doktorskiej. Podejmowanie samouszkodzeń w sposób nawykowy, zwłaszcza w sytuacjach doświadczania napięcia jest przedmiotem zainteresowania badawczego w niniejszej rozprawie. Celem pracy jest wskazanie na czynniki, które mają znaczenie dla powtarzalności samouszkodzeń jako sposobu radzenia sobie z napięciem, a także odpowiedź na pytanie o charakter mechanizmu radzenia sobie z napięciem za pomocą samouszkodzeń. Osoby przeżywające dyskomfort radzą sobie z owym napięciem na różne sposoby, a jednym z nich są samouszkodzenia. Jakie wobec tego czynniki mają znaczenie dla faktu, że

niektórzy radzą sobie z napięciem okaleczając się w sposób powtarzalny? Przypuszczalne fizjologiczne czynniki różnicujące osoby radzące sobie z napięciem za pomocą samouszkodzeń i te, które radzą sobie z napięciem w inny sposób to wrażliwość na ból, specyficzna konfiguracja cech temperamentalnych oraz deficyty w zakresie kontroli hamowania. Specyfiki takiego radzenia sobie z napięciem będę poszukiwać też w czynnikach psychologicznych takich jak sposób doświadczania ciała i sposób przeżywania bólu.

Pragnę podziękować Panu Promotorowi Prof. dr. hab. Władysławowi Jackowi Paluchowskiemu za cenne wskazówki, których udzielał mi na wszystkich etapach tworzenia tej pracy, a także za okazaną mi życzliwość i dużą cierpliwość.

CZĘŚĆ TEORETYCZNA

Rozdział 1. Samouszkodzenia – charakterystyka zjawiska

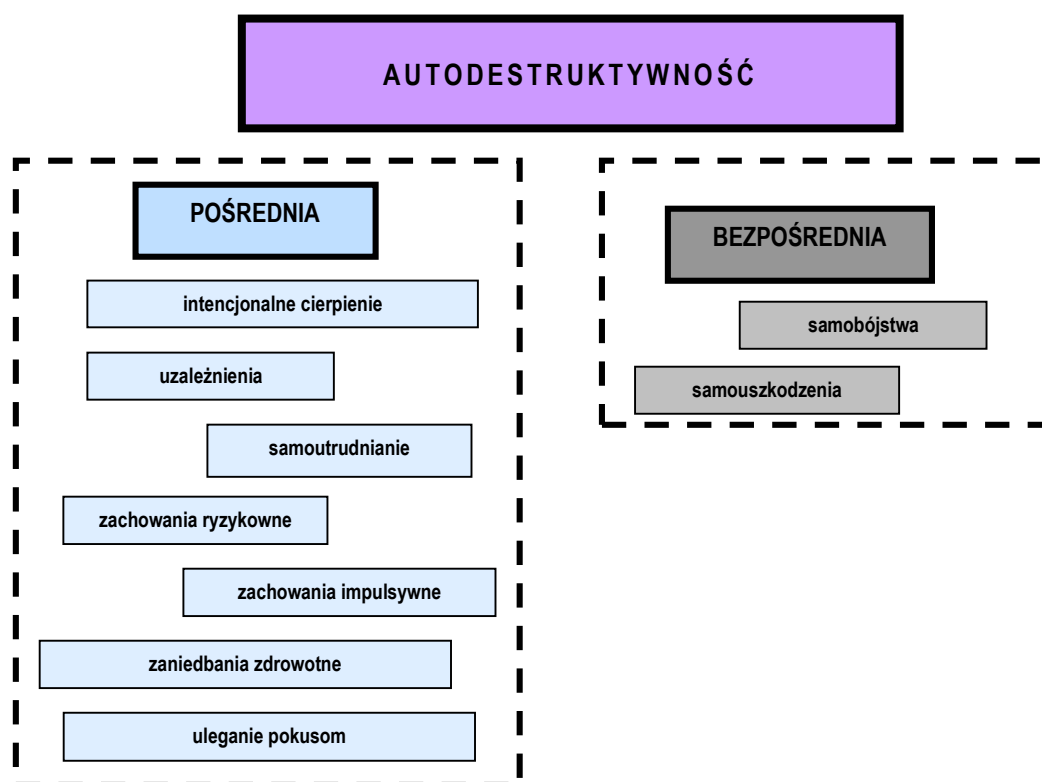
Obszerna analiza zagadnienia samouszkodzeń, a zwłaszcza próba usytuowania samouszkodzeń wśród innych form zachowań autodestruktywnych, wydaje się bardzo ważna nie tylko dlatego, że w literaturze przedmiotu wciąż brak zgodności co do tego, jak klasyfikować zachowania. Przede wszystkim ta analiza będzie podstawą do wskazania tych form zachowania autodestruktywnego, które leżą w obszarze mojego zainteresowania badawczego i które są tematem niniejszej pracy, a także umożliwi uzasadnienie ich wyboru.

1.1. Miejsce samouszkodzeń wśród zachowań autodestruktywnych

Potocznie termin *samouszkodzenia* może być kojarzony z szerokim wachlarzem zachowań związanych z ingerencją we własne ciało lub też z narażaniem zdrowia albo życia, takich jak nadużywanie alkoholu, tendencja do ulegania wypadkom, tatuaże czy więzienne „sznyty”. Wymienione przykłady to przejawy autodestruktywności rozumianej jako zachowania dowolne, intencjonalne i szkodliwe dla zdrowia lub życia jednostki (Suchańska, 1998a). Teoretycznie autodestruktywność można ujmować jako cechę, syndrom, ogólny wzorzec zachowania, a także jako mechanizm bądź skutek zachowania (Suchańska, 1998a). Nie ma to jednak przełożenia na wyniki badań empirycznych, które nie obejmują szerokiego wachlarza problemów, a dotyczą jedynie wąskich, wyizolowanych obszarów. Aby określić zachowanie danej osoby, które niesie ze sobą negatywne skutki jako autodestruktywne, musi wystąpić zamiar zaszkodzenia sobie. Obiektywnie postrzegana szkoda, czyli taka, która spełnia medyczne lub społeczne kryteria szkody, nie jest tym samym, co subiektywne doświadczenie podmiotu. Na przykład, zbyt szybka jazda samochodem może mieć znamiona zachowania autodestruktywnego w sytuacji, gdy intencją osoby jest podjęcie ryzyka. To samo zachowanie jednak nie będzie autodestruktywne w znaczeniu przytoczonym wyżej, jeśli osoba jedzie z nadmierną prędkością, ponieważ sprawia jej to przyjemność. A zatem pomimo że rezultatem pewnych dobrowolnych zachowań jest poniesienie szkody, to jej wyrządzenie nie zawsze musi być celem. Wobec powyższego zasadność założenia, że różne zachowania o negatywnych konsekwencjach są przejawami jednej tendencji – autodestruktywnej – jest dyskusyjna.

O dowolności zachowania możemy mówić wtedy, gdy osoba wybiera daną formę zachowania bez zewnętrznych nacisków, mając do wyboru także alternatywne zachowania. Intencjonalność zachowania można natomiast opisać na wymiarze pragnienie – zgoda (Suchańska, 1998a, 1998b). Biorąc pod uwagę kryterium dystansu czasowego i psychologicznego między działaniem a jego skutkiem dla osoby, która je podejmuje, autodestruktywność podzielona jest na dwie podgrupy: pośrednią, gdzie dystans ten jest

duży oraz bezpośrednią, gdzie skutki działania są natychmiastowe. Autodestruktywność pośrednia (*indirect self-harm*) w rozumieniu Kelley'a (1985; za: Suchańska, 1998a) jest tendencją do podejmowania zachowań zmniejszających pozytywne lub zwiększających negatywne konsekwencje dla podmiotu. W obrębie autodestruktywności pośredniej wyróżnione zostały takie klasy zachowań jak intencjonalne cierpienie, intencjonalne niepowodzenia i porażki, bezradność, uleganie pokusom, zachowania ryzykowne, zaniedbania (także zdrowotne), zachowania impulsywne, samoutrudnianie i uzależnienia. Niekiedy to pojęcie jest jeszcze szerzej definiowane i wówczas takie doświadczenia jak na przykład częste uleganie wypadkom również spełniają kryteria autodestruktywności pośredniej. Autodestruktywność bezpośrednia (*direct self-harm*) została wyodrębniona ze względu na większy w stosunku do autodestruktywności pośredniej stopień szkodliwości. Obejmuje takie formy jak samobójstwa i samouszkodzenia (Suchańska, 1998a).



Ryc. 1 **Klasyfikacja zachowań autodestruktywnych**
Źródło: Opracowanie własne na podstawie Suchańska (1998a)

Również Matthew Nock (2010) wskazuje na intencję wyrządzenia sobie krzywdy jako warunek, który musi być spełniony, by stwierdzić, że dane zachowanie jest

autodestruktywne. Przyjmuje on jeszcze dodatkowe kryterium, tj. osoba musi posiadać wiedzę, że skutkiem jej zachowania może być lub będzie szkoda. Ciekawe w tym ujęciu jest to, że Matthew Nock w swojej klasyfikacji uwzględnił nie tylko zachowania, ale i myśli o samouszkodzeniu (*self-injurious thoughts*). Te myśli i zachowania dzieli na samobójcze, gdzie celem jest śmierć oraz „niesamobójcze” (*non-suicidal*), gdzie brak intencji samobójczej (Tab.1). Do pierwszej grupy zalicza wyobrażanie sobie samobójstwa (*suicide ideation*), planowanie samobójstwa tj. rozważanie metod popełnienia samobójstwa oraz próbę samobójczą czyli podjęcie zachowania potencjalnie skutkującego uszkodzeniem, któremu towarzyszy zamiar śmierci. Podstawą do określenia intencji towarzyszącej okaleczeniu się jest najczęściej deklaracja samej osoby, a ta może być obciążona błędem ze względu na ambiwalencję wobec śmierci czy nie w pełni uświadomioną motywację. Często więc włącza się zachowania, co do których istnieją jakiekolwiek przesłanki dotyczące intencji samobójczej do zachowań samobójczych. Mimo iż niejednokrotnie konsekwencją może być błędna kategoryzacja zachowań ambiwalentnych jako samobójczych, to taka kwalifikacja tych zachowań ma służyć ясному wyodrębnieniu zachowań pozbawionych intencji samobójczej, którym, jak dalej wskażę, towarzyszy wręcz odwrotna motywacja.

Do myśli i zachowań bez intencji samobójczej Matthew Nock (2010) zalicza gest lub groźbę samobójczą (*suicidal gesture/ threat*), czyli zachowania, które sprawiają, że inni wierzą, iż osoba miała zamiar popełnić samobójstwo, mimo że w rzeczywistości takiej intencji nie ma, myśli o samouszkodzeniu (jako prekursor samouszkodzeń) i w końcu samouszkodzenia (*self-injury*) o różnym stopniu szkodliwości (op. cit.).

Tab. 1 Klasyfikacja myśli i zachowań samouszkodzających według Matthew Nocka (2010)

Myśli i zachowania samouszkodzające (<i>self-injurious thoughts and behaviors</i>), Nock (2010)	
<u>samobójcze:</u> ▪ wyobrażenie samobójstwa; ▪ plan samobójczy; ▪ próba samobójcza.	<u>niesamobójcze:</u> ▪ gest/ groźba samobójstwa; ▪ myśli o samouszkodzeniu; ▪ samouszkodzenia: - lekkie (<i>mild</i>); - umiarkowane (<i>moderate</i>); - ciężkie (<i>severe</i>).

Źródło: opracowanie własne

Matthew Nock (op.cit.) nie podaje dokładnych kryteriów wyodrębniania podtypów samouszkodzeń. Zaznacza raczej, że badacze są zgodni co do tego, że lekkie samouszkodzenia będą charakteryzować się *na przykład* niską częstotliwością oraz (podkreślenia – moje) niewielkim stopniem uszkodzenia tkanki, umiarkowane – większą w stosunku do lekkich częstotliwością oraz poważniejszym uszkodzeniem ciała, a ciężkie –

wysoką częstotliwością i dużym stopniem uszkodzenia. Mimo iż Nock (op. cit.) zaznacza, że nie istnieje jeszcze sformalizowany system klasyfikowania podtypów, to sposób przedstawienia przez niego dwóch przykładowych kryteriów – stopnia uszkodzenia tkanki oraz częstotliwości samouszkodzeń – budzi wątpliwość, czy są to niezależne kryteria czy nie. Jeśli nie, to widać wyraźnie, że taki sposób podziału będzie pomijał na przykład takie samouszkodzenia, które choć skutkują niewielkim stopniem uszkodzenia tkanki, to podejmowane są z wysoką częstotliwością lub odwrotnie.

Claes i Vandereycken (2007) dokonali analizy klasyfikacji zachowań samouszkodzających (*self-injurious behaviors*) według przyjętych w nich kryteriów ich wyodrębnienia (na przykład forma, częstość, stopień uszkodzenia tkanki, funkcja, stopień śmiertelności), stan psychobiologiczny (na przykład obecność zaburzeń psychicznych czy upośledzenia intelektualnego), społeczna akceptowalność tych zachowań oraz kwestia bezpośredniości zachowań. Punktem wyjścia jest dla badaczy kwestia społecznej akceptowalności zmian w obszarze ciała (*bodily changes*). To czy dane zachowanie zostanie uznane jako normalna lub nienormalna ingerencja w ciało zależy od poziomu aprobaty społecznej dla tych zachowań oraz towarzyszącej im motywacji. Owa ingerencja w ciało może być uznana za przejaw zachowań samoopiekuńczych (*self-care, body-care*), gdy podejmowana jest w celu utrzymania czy polepszenia zdrowia i urody (na przykład chirurgia kosmetyczna, tatuaże, piercing). Wówczas jest uznana za adekwatną, akceptowaną społecznie, a wręcz jest promowana. Zaś zachowania samoniszczące (*self-harm, body harm*), motywowane chęcią poradzenia sobie z osobistymi problemami są uznawane za nieadekwatne, dysfunkcyjne i patologiczne.

Wspomnę jeszcze o trzech innych próbach skategoryzowania zachowań autodestruktywnych. Barrent Walsh (2006) na przykład proponuje typologię – jak sam zaznacza – użyteczną z punktu widzenia klinicysty mającego podjąć interwencję. Wyróżnia próby samobójcze (przedawkowanie, powieszenie, skok z wysokości, użycie broni), wielkie samouszkodzenia (np. autokastracja, wydłubanie oka), atypowe samouszkodzenia (np. okaleczenia twarzy, oka, genitaliów czy piersi lub poważne uszkodzenia wymagające interwencji chirurgicznej) oraz zwykłe formy samouszkodzeń (*common forms*) takie jak cięcie się, przypalanie, bicie się, zdarcie skóry. Do form autodestruktywności pośredniej z kolei zalicza nadużywanie substancji psychoaktywnych, zachowania związane z zaburzeniami odżywiania (anoreksja, bulimia, używanie środków przeczyszczających, otyłość), fizyczne zachowania ryzykowne (na przykład chodzenie po dachu), sytuacyjne zachowania ryzykowne (na przykład wsiadanie do auta z nieznanym lub samotne spacerowanie po niebezpiecznej okolicy), seksualne zachowania ryzykowne (seks z nieznanymi, seks analny bez zabezpieczenia), zaniechanie brania leków psychotropowych lub nadużywanie przepisanych leków psychotropowych i inne formy.

Connors (1996) z kolei wyróżnia cztery grupy takich zachowań: modyfikacje ciała (np. tatuaże, *piercing*), autodestruktywność pośrednia, zaniechanie opieki nad sobą i samouszkodzenia. Figueroa (1988) wyodrębnia samouszkodzenia u osób z upośledzeniem umysłowym, zachowania samobójcze, samookaleczenia (bez intencji samobójczej), samookaleczenia w psychozach oraz niepowodzenia w zakresie zachowań samoopiekuńczych.

W przypadku dwóch ostatnich podziałów zauważyć można niejasność przyjętych kryteriów do takiego podziału i w konsekwencji wyróżnione kategorie zachowań nie zawsze zdają się być rozłączne (na przykład samookaleczenia bez intencji samobójczej versus samouszkodzenia w psychozach) lub zdają się pochodzić z różnych poziomów kwalifikacji (przykład modyfikacje ciała versus zaniechanie opieki nad sobą).

1.2. Samouszkodzenia a samobójstwa – istotne różnice w obrębie autodestruktywności bezpośredniej

Przejdę teraz do analizy dwóch form bezpośredniej autodestruktywności – samobójstw i samouszkodzeń, ponieważ z punktu widzenia tematyki mojej pracy ważne będzie rozróżnienie tych dwóch form. Choć dawniej samookaleczenia postrzegane były jako samobójstwo częściowe (Menninger, 1938; za: Suchańska, 1998), obecnie w literaturze podkreślane są różnice między obiema formami bezpośrednich zachowań autoagresywnych (Walsh i Rosen, 1988; Walsh, 2006; Minge i Minge, 2006). Jak wspomniano wcześniej podstawowym kryterium różnicującym te zachowania to zamiar, jaki towarzyszy osobie podejmującej zachowanie bezpośrednio autodestruktywne. Samouszkodzenia pozbawione są intencji samobójczej i spełniają inne funkcje, o których mowa będzie dalej. Obszernie podjął ten temat Walsh (2006) wskazując na szereg kryteriów pozwalających rozróżnić oba typy zachowań, między innymi intencję, stopień szkodliwości i potencjalną śmiertelność, kwestię zawężenia poznawczego czy poziom cierpienia psychologicznego.

Samobójstwo może być definiowane jako dobrowolne zachowanie, które w możliwie najkrótszym czasie ma spowodować własną śmierć (Diekstra, 1994; za: O'Connor i Sheehy, 2002) oraz zachowanie, którego skutkiem jest zgon (inaczej samobójstwo dokonane). Obok samobójstw dokonanych można wyróżnić jeszcze samobójstwa demonstracyjne, gdzie brak intencji spowodowania śmierci (Jarosz, 1997). Kreitman (1976, za: O'Connor i Sheehy, 2002) wprowadził pojęcie *aktu samobójczego*, stosowanego dla oznaczenia każdego nieprzypadkowego aktu samouszkodzenia, który nie kończy się śmiercią. Ten sposób ujęcia nie odwołuje się do kwestii intencji, a zatem pozwala uniknąć dyskusji na temat tego, czy dane zachowanie podjęte było w celu zakończenia życia, czy nie. Jednakże z szerszego i współcześnie przyjmowanego punktu widzenia takie ujęcie jest

zbyt szerokie, gdyż jak dalej wskażę, nie każdy akt nieprzypadkowego uszkodzenia samego siebie, który nie kończy się śmiercią jest próbą samobójczą.

Tab. 2 Kryteria różnicowania bezpośrednich zachowań autodestruktywnych

	PRÓBA SAMOBÓJCZA	SAMOUSZKODZENIA
<i>Intencja</i>	Chęć przerwania (zakończenia) stanu świadomości	Zachowanie życia, cele psychologiczne
<i>Ból psychiczny</i>	Trwały, nie do zniesienia	Występuje sporadycznie
<i>Potencjalna śmiertelność i poziom szkodliwości</i>	Poważne, wysokie zagrożenie śmiercią	Niski stopień uszkodzenia
<i>Kwestia chroniczności</i>	Rzadko	Często
<i>Zawężenie poznawcze</i>	Duże, samobójstwo to jedyne rozwiązanie	Małe lub brak
<i>Brak nadziei i bezradność</i>	Zajmuje centralne miejsce	Występują okresy optymizmu i poczucia kontroli
<i>Konsekwencje w zakresie doświadczania dyskomfortu</i>	Brak poprawy komfortu po próbie samobójczej	Szybki spadek dyskomfortu po akcie samouszkodzenia

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Walsh'a (2006) oraz Babiker i Arnold (2002)

W Tabeli 2 wskazano na różnice między próbą samobójczą a samouszkodzeniami. Podstawowym kryterium rozróżnienia obu pojęć według Barrenta Walsh'a (2006; por. Minge i Minge, 2006) jest właśnie kwestia intencji, choć niekiedy klinicystom trudno jest ową intencję określić. Nie zawsze jest jasne, czy dana osoba pragnie śmierci, czy też nie. Niektórzy odmawiają odpowiedzi, inni nie potrafią wskazać przyczyn, dla których podjęli zachowanie zagrażające zdrowiu lub życiu. Według Shneidmana (za: Walsh, 2006) samobójstwu towarzyszy nie tyle pragnienie zabicia ciała, co intencja przerwania świadomości na zawsze. Samouszkodzenia z kolei podejmowane są po to, by zmienić stan świadomości, na przykład poprawić swój nastrój lub zredukować napięcie, co w konsekwencji pozwala przetrwać i zachować życie. Samouszkodzenia i samobójstwa różnią się też stopniem śmiertelności, co wiąże się z rodzajem użytych form zachowań autodestruktywnych. Zachowania takie jak otrucie się, powieszenie się, skok z wysokości czy utonięcie w przeciwieństwie do uderzania głową, cięcia się, przypalania się lub wrywania włosów, z większym prawdopodobieństwem kończą się śmiercią. Inna różnica to częstość podejmowania obu zachowań. Samouszkodzenia podejmowane są znacznie częściej niż próby samobójcze. Poziom ból psychologiczny, podobnie jak zawężenie

poznawcze, jest wyższy w przypadku samobójców niż osób okaleczających. Osobom podejmującym próby samobójcze towarzyszy myślenie dychotomiczne, gdzie alternatywą jest śmierć. Brak nadziei i bezradność wobec owego bólu psychicznego częściej doświadczane są przez przyszłych samobójców niż przez osoby okaleczające się. Ci ostatni nie deklarują braku kontroli nad bólem, przeciwnie – samouszkodzenia pomagają im owo poczucie kontroli utrzymywać. Na koniec różnica między analizowanymi formami bezpośrednich zachowań autodestruktywnych dotyczy następstw psychologicznych. Po nieudanej próbie samobójczej osoba zwykle czuje się gorzej, odczuwa porażkę, że nie udało jej się skutecznie popełnić samobójstwa. Często konsekwencją aktu samouszkodzenia jest natomiast ulga i poprawa samopoczucia (Walsh, 2006).

1.3. Samouszkodzenia – różnorodność form i znaczeń

W anglojęzycznej literaturze przedmiotu spotkać się można z takimi terminami jak *self-mutilation* (samookaleczenia), *self-injury* (samouszkodzenia), *self-harm* (samoraniecie). Termin *self-mutilation* jest stosowany raczej w odniesieniu do cięższych okaleczeń ciała (np. wielkich; por. dalej). „Samoraniecie” natomiast jest bardziej ogólnym niż „samouszkodzenia” pojęciem, gdyż oznaczać może również próby samobójcze oraz przejawy autodestruktywności pośredniej, a także nieprawidłowe nawyki żywieniowe czy nadużywanie substancji psychoaktywnych. Niedawno przyjęty termin *non-suicidal self-injury* (NSSI) w jasny sposób odcina samouszkodzenia od samobójstw oraz jest bardziej neutralny i mniej stygmatyzujące niż słowo *samookaleczanie* (Simeon i Favazza, 2001; Walsh, 2006).

Samouszkodzenia mają niejednorodny charakter, a najczęściej cytowaną próbę uporządkowania tych zachowań podjął Favazza (1996) (ryc. 2). Wyodrębnił on dwie duże kategorie samouszkodzeń – samookaleczenia usankcjonowane kulturowo oraz dewiacyjne (patologiczne w danej kulturze). Samouszkodzenia pierwszego rodzaju w przeciwieństwie do dewiacyjnych charakteryzują się wysokim stopniem społecznej akceptacji. Biorąc pod uwagę trwałość wzorców samouszkodzeń w czasie oraz znaczenie symboliczne im przypisywane, Favazza w obrębie samouszkodzeń usankcjonowanych kulturowo wyróżnił dwie grupy: praktyki (np. udoskonalanie ciała, tatuaże, *piercing*), które podejmowane są zgodnie z aktualnymi trendami i pozbawione symbolicznego znaczenia¹ oraz rytuały (np.

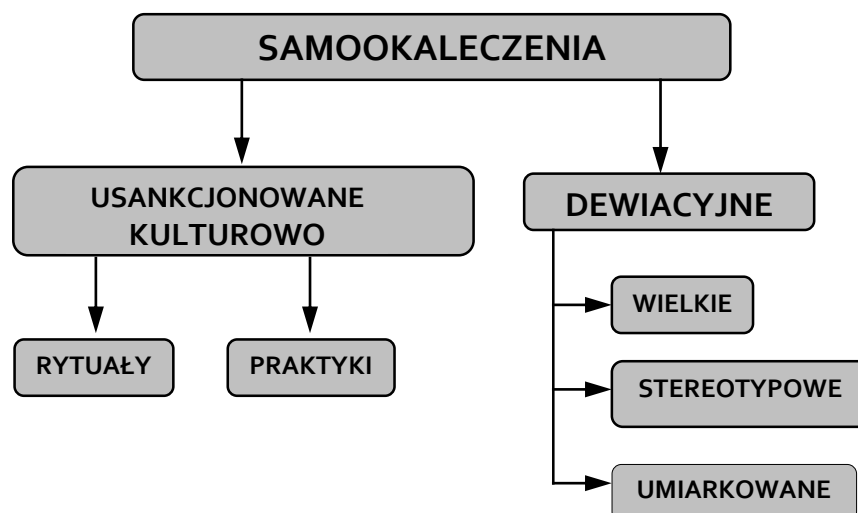
¹ Choć mówimy o samouszkodzeniach usankcjonowanych kulturowo, to nie można wykluczyć, że motywacja może być podobna do tej, jaka towarzyszy samouszkodzeniom dewiacyjnym. Choć istnieje grupa ludzi okaleczających się i jednocześnie mających doświadczenie z modyfikacjami ciała, którzy deklarują, że za pomocą modyfikacji ciała (tatuaże, kolczyki) regulują emocje, to zwykle jednak modyfikacje ciała motywowane są inaczej niż samouszkodzenia (Aizenman, Conover i Jensen, 2007). Zwykle jedyną motywacją towarzyszącą posiadaniu tatuaży i piercingu są względy estetyczne. W przypadku samouszkodzeń osoby mają różnorodne motywy (a niekiedy wręcz przeciwna – żeby się oszpecić). Wszystkie trzy formy zachowania –

okaleczenia nosa i penisa, upuszczanie krwi, skaryfikacje), czyli samouszkodzenia powtarzane w określony sposób od przynajmniej kilku pokoleń i odzwierciedlające tradycję oraz wierzenia danej społeczności² (formy obu podtypów przedstawione zostały w Tabeli 3.)

W nowszej propozycji klasyfikacji samouszkodzeń badacz (Simeon i Favazza, 2001) skoncentrował się jedynie na nieaprobowanych społecznie samouszkodzeniach dewiacyjnych. Kategorie patologicznych samookaleczeń – wielkie, stereotypowe i umiarkowane – utworzone zostały według mniej jasnych kryteriów (Favazza, 1996). Choć badacz wskazuje na pięć przyjętych kryteriów – stopień uszkodzenia tkanki, częstość podejmowania samouszkodzeń, ich formy (Favazza, 1996) oraz wzorzec samouszkodzeń i współwystępujące zaburzenia (Simeon i Favazza, 2001) – to do opisu poszczególnych grup w sposób mało spójny włącza też inne charakterystyki.

tatuaze, kolczyki i samouszkodzenia skorelowane z (nad)używaniem alkoholu (Claes, Vandereycken, Vertommen, 2005). Piercing i tatuaze jednak zdają się bardziej odzwierciedlać samoopiekę i wręcz mogą niektórych pacjentów chronić przed samouszkodzeniami (op. cit.). Na ważną kwestię wskazuje Barrent Walsh (2006) zauważając, że specyficzny charakter mają te modyfikacje ciała, które są wykonywane samodzielnie, gdyż u pewnej grupy osób jest to również forma radzenia sobie z napięciem.

²Niezwykle bogate opisy rytualnych samookaleczeń podaje Favazza (1996). Młodzi chłopcy z plemion Gahuka–Gana i Gururumba z Papui Nowej Gwinei w rytuałach inicjacyjnych wprowadzają ostre liście do otworów nosowych doprowadzając do krwotoku, a następnie przez przełyk do żołądka wprowadzają trzcinę, by sprowokować wymioty. Te czynności to niektóre z wymogów, jakie należy spełnić, by osiągnąć status mężczyzny. Z kolei mieszkańcy wyspy Wojejo z Papui Nowej Gwinei w rytuałach inicjacyjnych przypalają sobie język, a następnie pocierają go ostrymi liśćmi. Okaleczanie penisa ma miejsce po raz pierwszy około osiemnastego roku życia i jest powtarzane przez całe życie mężczyzny. W założeniu członków plemienia umożliwia to chłopcom pozbycie się matczynej (a zatem kobiecej) krwi, a także pozwala na separację od matki i wejście w świat mężczyzn. Chłopcy z plemienia Ndumba (Nowa Gwinea) w trakcie rytuałów inicjacyjnych dokonują okaleczeń języka, liżąc ostre liście, a także okaleczają nos, doprowadzając do krwotoku. Po przejściu tych praktyk uczeni są właściwych męskich zachowań, zwłaszcza seksualnych. Chłopcy z plemienia Awa poddają się rytuałom, takim jak nacinanie i rozcinanie penisa (uderzanie nożem oraz nacieranie pokrzywami lub solą). Te zachowania z kolei mają na celu wzmocnienie sił życiowych po to, by móc stawić czoło niebezpieczeństwu, a także silnym kobiecym substancjom, z którymi można zetknąć się podczas stosunku. Inny typ samookaleczeń, skaryfikacje, również związany jest z przejściem chłopca w męski świat postrzeganym jako ponowne narodziny. W plemieniu Kagoro (Papua Nowa Gwinea) na skórze chłopców biorących udział w inicjacyjnym rytuale wycinane są wzory przypominające postać krokodyla. Wzory te obejmują znaczną część powierzchni ciała: ramiona, klatkę piersiową, brzuch, uda. Następnie rany pokrywane są błotem i tłuszczem tak, by powstały blizny. Motyw krokodyla ma być ucieleśnieniem męskości i agresywności (op.cit.).



Ryc. 2 Klasyfikacja samouszkodzeń według Armando Favazzy (1996)

Źródło: Opracowanie własne

Wielkie samookaleczenia charakteryzują się wysokim stopniem uszkodzenia ciała i często podejmowane są przez osoby psychotyczne i przejawiają się w takiej formie jak autokastracja, wyłupanie oczu czy amputacja kończyn, co z natury rzeczy wskazuje na rzadkie podejmowanie tego typu okaleczeń w życiu jednostki, choć także w populacji częstość występowania jest niewielka.

Samouszkodzenia stereotypowe są wysoce powtarzalne, rytmiczne, często pozbawione treści (myśli, afektu) „i zdają się być pozbawione symboliki” (Favazza, 1996; s. 233). Mają ściśle określony wzorzec ekspresji, na przykład uderzanie głową, uciskanie gałek ocznych. Stopień uszkodzenia tkanki może być różny: począwszy od łagodnych uszkodzeń przez ciężkie do zagrażających życiu (Simeon i Favazza, 2001). Często współwystępują z upośledzeniem umysłowym i zdają się być silniej uwarunkowane czynnikami biologicznymi niż pozostałe rodzaje samouszkodzeń³. Tego rodzaju samouszkodzenia występują u osób z zaburzeniami o podłożu biologicznym takimi jak zespół Lescha-Nyhana, zespół Corneli de Lange, autyzm czy zespół Tourette’a. Ostatnia grupa – samookaleczenia umiarkowane – to akty o niewielkim stopniu uszkodzenia tkanki oraz niskim stopniu śmiertelności. Tej grupie zachowań poświęcę najwięcej uwagi, gdyż właśnie te samouszkodzenia leżą w obszarze mojego zainteresowania badawczego. Tu Favazza (1996)

³ Guess i Carr (za: Kopeć, 1999) uważają, że zachowania autoagresywne i stereotypowe to pojęcia z jednego wymiaru: zachowanie autoagresywne jest ekstremalną formą zachowań stereotypowych. Podobnie Feuser (za: Kopeć, 1999) utożsamia zachowania stereotypowe z zachowaniami autoagresywnymi. Samouszkodzenia stereotypowe wpisują się w zaburzenia ruchów stereotypowych (*Stereotypic Movement Disorder*), które charakteryzują się powtarzalnym, nie pełniącym żadnej funkcji zachowaniem w zakresie motoryki. W DSM-IV istnieje subkategoria zaburzeń ruchów stereotypowych – „z samouszkodzeniami” – do której zaliczane są zachowania stereotypowe skutkujące takim uszkodzeniem tkanki, że wymagana jest specjalistyczna pomoc (Stein i Niehaus, 2001).

wymienia takie formy jak przypalanie, cięcie się, nakłuwanie, wrywanie włosów, rozdrapywanie ran, łamanie kości, uderzanie się pięścią, drapanie skóry, obgryzanie paznokci. W aktach samouszkodzeń tego typu osoba często wykorzystuje narzędzia (np. żyletki, noże, zapalniczki).

Tab. 3 Przykłady form rytuałów oraz praktyk

Rytuały	1. Biczowanie się (chrześcijaństwo); 2. Upuszczanie krwi; 3. Skaryfikacje (Papua Nowa Gwinea); 4. Okaleczenie nosa i penisa (Papua Nowa Gwinea); 5. Okaleczanie języka (Nowa Gwinea); 6. Obrzezanie kobiet i mężczyzn (Afryka). 7. Indiański Taniec Słońca; 8. Picie wrzątku, spożywanie kolczastych roślin w celach leczniczych (Maroko); 9. Wywoływanie krwotoku.
Praktyki	1. Kolczykowanie (<i>piercing</i>); 2. Operacje plastyczne; 3. Depilacja; 4. Kulturystyka (<i>bodybuilding</i>); 5. Tatuaże, 6. Noszenie gorsetów, butów na wysokim obcasie; 7. Krępowanie stóp u kobiet (Chiny). 8. Skaryfikacje – wykonywanie blizn za pomocą takich form jak: ▪ <i>Branding</i> (piętnowanie) – wypalanie wzoru. ▪ <i>Cutting</i> – wycinanie wzoru; ▪ <i>Ink Rubbing</i> – wcieranie pigmentu w ranę, by powstała kolorowa blizna. ▪ <i>Skinning</i> – wycinanie skóry znajdującej się między konturami wzoru. 9. Implanty ▪ Implanty transdermalne – obiekty, których końce znajdują się ponad powierzchnia skóry; ▪ Wstrzykiwanie silikonu; ▪ Implanty 3D – obiekty w całości wszczepiane pod skórę; 10. Rozszczepianie języka; 11. Piłowanie zębów; 12. Podwieszanie ciała na hakach wbitych w skórę klatki piersiowej, pleców lub ramion (pionowe) albo równomiernie umieszczonych wzdłuż pleców lub klatki piersiowej i brzucha (poziome);

Źródło: opracowanie własne na podstawie Favazza (1996), Eckhardt (1998), Ciężki (2000)

Inne formy samouszkodzeń umiarkowanych to skubanie ran, bicie się, gryzienie się (Walsh & Frost, 2005; za Walsh, 2001), wprowadzanie obiektów pod skórę, na przykład pinezek (Nock, 2010). Niektóre z tych zachowań są bardziej normatywne (na przykład

przygryzanie warg czy skubanie ran), co może wyjaśniać wysoką liczbę samouszkodzeń w populacji uzyskaną w niektórych badaniach.

Gdyby rozpatrywać formy ze względu na płeć to formy typowe dla dziewcząt to cięcie się; dla chłopców natomiast klepanie, uderzanie pięścią, gryzienie (Laye-Gindhu i Schonert-Reichl, 2005). Wyniki badań Laurence Claes i jej współpracowników (2007) wskazują, że kobiety częściej niż mężczyźni drapią się, nabijają sobie siniaki, tną swoją skórę i obgryzają paznokcie. Jeśli natomiast chodzi o częstość doświadczania bólu to mężczyźni odczuwają go bardziej intensywnie. Kobiety częściej ukrywają rany i bardziej je pielęgnują niż mężczyźni (op. cit.). Według Lorrie Dellinger-Ness i Leonarda Handlera (2007) mężczyźni częściej niż kobiety biją się, kobiety natomiast częściej wyrywają sobie włosy i tną swoją skórę. W badaniach Jowity Wycisk (2004) nad związkiem płci psychologicznej z formą samouszkodzeń, bicie własnego ciała okazało się typowo kobiece, uderzanie pięścią w stół – typowo męskie, natomiast drapanie, gryzienie, wykręcanie rąk typowe dla rodzaju nieokreślonego i kobiecego.

Pod względem częstości występowania tego rodzaju samouszkodzeń Favazza (2001) wyróżnił samookaleczenia epizodyczne, występujące kilka razy w ciągu życia oraz chroniczne – będące utrwalonym i nawykowym sposobem radzenia sobie z napięciem. Według Favazzy (1996, Simeon i Favazza, 2001) osoby, które dokonują chronicznych samouszkodzeń, identyfikując się z określonym typem okaleczania, przyjmują niekiedy odpowiednią do formy okaleczeń tożsamość (np. *cutter*, *burner*). Tego rodzaju samouszkodzenia są częstsze u kobiet, zwykle zaczynają się w adolescencji lub w okresie wczesnej dorosłości, a ich uwarunkowania oraz towarzyszące im motywy i czynniki spustowe są złożone. Zaburzenia współwystępujące to zaburzenie osobowości borderline i antyspołeczna, wykorzystanie i przemoc, trauma, dysocjacja, zespół stresu pourazowego oraz zaburzenia odżywiania. W nowszej typologii Simeon i Favazza (2001) nie wyodrębniają już samouszkodzeń kompulsywnych i impulsywnych jako subkategorii samouszkodzeń umiarkowanych. Umieszczają je natomiast na tym samym piętrze podziału, co samookaleczenia wielkie i stereotypowe. Samouszkodzenia kompulsywne charakteryzują się zrytualizowanym wzorcem, mają symboliczne odniesienia, mogą być powtarzane nawet kilkakrotnie w ciągu dnia i mieć cechy samouszkodzeń impulsywnych. Tego rodzaju samouszkodzenia przejawiane są w formie wyrywania włosów, skubania i drapania skóry oraz obgryzania paznokci⁴. Zaburzenia współwystępujące z tymi samouszkodzeniami to trichotillomania (kompulsywne wyrywanie sobie włosów) oraz stereotypowe zburzenia zachowania. Samouszkodzenia impulsywne z kolei podejmowane

⁴ Simeon i Favazza (2001) sami zaznaczają, że ich wybór był arbitralny, jeśli chodzi o przypisanie wyrywania włosów do kompulsywnych samouszkodzeń i zdają sobie sprawę, że to prawdopodobnie nadmierne uproszczenie, ponieważ to zachowanie ma cechy zarówno kompulsywne jak i impulsywne, ale badacze zaliczają je bardziej do części kompulsywnej spektrum zachowań kompulsywno-impulsywnych.

są pod wpływem impulsu, zwykle w sytuacji przeżywania silnego napięcia. Jeśli chodzi o częstość ich podejmowania to podział jest taki sam jak w starszej typologii, choć Favazza nie operuje już terminem „chroniczne” (*chronic*), lecz „powtarzalne” (*repetitive*) samouszkodzenia i są to takie zachowania, które podejmowane są często i nawykowo (*habitually*) w przeciwieństwie do epizodycznych, gdzie akty samouszkodzenia miały miejsce tylko kilka razy w życiu. Podobnie jak samouszkodzenia kompulsywne, impulsywne samouszkodzenia również są zrytualizowane, często symboliczne i mogą przejawiać „cechy samouszkodzeń kompulsywnych” (Simeon i Favazza, 2001 s. 5). „Samouszkodzenia impulsywne mogą stać się niemalże automatyczną odpowiedzią na różne wewnętrzne i zewnętrzne bodźce zakłócające, zwykle po raz pierwszy podejmowane w okresie dorastania i trwające przez dekady” (Simeon i Favazza, 2001; s. 15). Do form impulsywnych samouszkodzeń zaliczane są cięcie skóry, przypalanie skóry, nakłuwanie skóry, uderzanie się własnymi częściami ciała lub innymi przedmiotami. Autorzy powołują się na inne badania i twierdzą, że zaburzenia współwystępujące z impulsywnymi samouszkodzeniami to wspomniane wcześniej zaburzenie osobowości borderline, osobowość antyspołeczna, zaburzenia dysocjacyjne, zaburzenia stresu pourazowego, zaburzenia odżywiania.

Przyglądając się bliżej owym charakterystykom zauważyć można, że różnią się jedynie formą oraz współwystępującymi zaburzeniami. Natomiast w obrębie kryterium wzorca istnieją podobieństwa – oba typy są zrytualizowane, oba mogą być symboliczne, każde z nich może przejawiać cechy tego drugiego, co często może nastroczać trudności w diagnozie. Również częstość podejmowania samouszkodzeń nie jest kryterium różnicującym oba rodzaje samookaleczeń, gdyż zarówno impulsywne jak i kompulsywne, mogą być podejmowane często. Przyjęte kryteria podziału budzą wątpliwość, gdyż kryterium wzorca oraz częstości podejmowania samouszkodzeń zdaje się nie różnicować obu tych kategorii. Sami autorzy piszą (op. cit.), że różnica między samouszkodzeniami kompulsywnymi impulsywnymi nie zawsze jest wyraźna. Impulsywne powtarzalne mogą czasem stać się tak nawykowe, że będą podejmowane z dużą częstotliwością bez jasno zauważalnych czynników spustowych, jakby były kompulsywne. Może być również tak, że impulsywne samouszkodzenia obejmują niektóre cechy zachowań obsesyjno-kompulsywnych i odwrotnie (op. cit.). Biorąc pod uwagę fakt istnienia cech wspólnych obu rodzajów samouszkodzeń nasuwa się pytanie o zasadność rezygnacji z szerszej kategorii – samouszkodzeń umiarkowanych, tym bardziej, że z wypowiedzi osób dokonujących samouszkodzeń wynika, że część z nich przejawia obie formy (Walsh, 2006, Sutton, 2007). Inna kwestia jest taka, że pojęcia impulsywności, kompulsywności i zachowań nawykowych nie zawsze mają ostre granice⁵.

⁵ Impulsywność dotyczy zachowań, które przejawiają się między innymi brakiem lub niewielką zdolnością do refleksji nad konsekwencjami działań, brakiem lub niską zdolnością powstrzymania się od natychmiastowej

Podsumowując ten wątek, jak zatem można by zdefiniować samouszkodzenia? Jakie kryteria powinny być spełnione, by można było mówić o tej formie zachowań autodestruktywnych? W literaturze przedmiotu dużo uwagi poświęcono próbom scharakteryzowania samouszkodzeń umiarkowanych i wskazaniu na ich istotne cechy (Babiker i Arnold, 2002; Lloyd-Richardson, Nock i Prinstein, 2009; Nock i Prinstein, 2004; Simeon i Favazza, 2001; Walsh i Rosen, 1988). Armando Favazza (1996) proponuje by za samouszkodzenia uznać celowe i bezpośrednie zniszczenie lub zmianę tkanki ciała, pozbawione świadomej intencji samobójczej, gdzie skutkiem jest uszkodzenie na tyle silne, że wystąpi szkoda (np. blizna). Babiker i Arnold (2002) wskazują też na ból jako drugi – obok zranienia się – cel samouszkodzeń, co jest ważne, gdyż nie każde zadanie sobie bólu musi doprowadzić do uszkodzenia tkanki (np. spoliczkowanie się). Gratz (2001) podobnie jak Favazza (op. cit.) definiuje samouszkodzenia, uwzględniając kwestię powtarzalności oraz występowania w krótkim przedziale czasowym oraz uwypukla inny aspekt tych zachowań, tj. świadomą intencję zranienia się, a także świadomość efektów tych zachowań. Na ten ostatni aspekt samouszkodzeń zwracają też uwagę Pattison i Kahan (1983; za: Eisenkraft, 2000) uznając, że osobom podejmującym samouszkodzenia towarzyszy świadomość i intencja wykonania bolesnego, destruktywnego i raniącego aktu na własnych ciałach bez jawnej intencji samobójczej. Walsh i Rosen (1988) proponują, by za samookaleczenia uznać te zachowania, które są społecznie nieaprobowanym, zamierzonym, niezagrożającym życiu, cielesnym zranieniem lub oszpeceniem, dokonany przez samego siebie. Simeon i Favazza (2001) definiują samouszkodzenia podobnie, podkreślając

małej nagrody i odroczenia większej oraz deficytem w zakresie hamowaniu reakcji motorycznej (Torregrossa, Quinn i Taylor, 2008). Mogłoby się wydawać, że zachowania kompulsywne oraz impulsywne leżą po przeciwnych krańcach spektrum zachowań ludzkich, lecz mają one wspólne aspekty. Kompulsywność dotyczy tych zachowań, które są konsekwencją odczuwanego przymusu do zachowania się w dany sposób i służy uwolnieniu się od niepokoju czy stresu, nawet, jeśli zachowanie jest nieadekwatne do sytuacji. Jednakże nieadekwatność zachowania i niezdolność do wyhamowania reakcji motorycznej jest wskaźnikiem impulsywności. Zaburzenia impulsywne często są opisywane jako posiadające kompulsywne cechy. Na przykład kleptomania i hazard są uznawane za impulsywne, choć osoby, które je przejawiają deklarują, że czują przymus kradzieży czy grania (kompulsja). Podobnie uzależnienie od narkotyków jest zaburzeniem, zażywanie substancji psychoaktywnych ma charakter impulsywny (zwłaszcza na początku), potem (gdy osoba używa ich chronicznie) zażywanie narkotyków ma znamiona kompulsji, gdyż osoba czuje przymus brania, a na końcu rozwija się u niej nawyk brania (*drug habit*) czyli automatycznego sięgania po narkotyki mimo negatywnych konsekwencji. Według Granta i Potenzy (2006) kompulsywność i impulsywność mogą występować jednocześnie w tych samych zaburzeniach lub w różnych momentach w ramach tych samych zaburzeń (por. Herpertz, 1997). Według badaczy na przykład hazard to zachowanie powtarzalne i z upośledzoną zdolnością jego hamowania. Uzależnieni od hazardu nie mogą się powstrzymać lub kontrolować swojego zachowania, ale jednocześnie ich zachowaniu towarzyszą rytuały (np. osoby te zakładają specjalne ubranie, gdy idą do kasyna). Choć te związki wciąż nie są jasne, to jednak pokazują, że kwestia wzajemnej zależności impulsywności i kompulsywności również jest otwarta (op. cit.).

natychmiastowość skutków takiego zachowania tj. poniesienia fizycznej krzywdy. W nowszej publikacji Barrent Walsh (2006) pozostaje przy definicji sformułowanej wcześniej (Walsh i Rosen, op. cit.), uzupełniając ją o kwestię funkcji tego zachowania, jaką jest redukcja psychologicznego napięcia. Chociaż w ogólnych rozważaniach takie ujęcie wydaje się zbyt wąsko nakreślać obszar zachowań samouszkodzających ze względu na zawężenie zakresu ich funkcji (pominięte są takie funkcje jak zwiększenie atrakcyjności interpersonalnej czy poczucia własnej wartości; por. Wycisk, 2004), w niniejszym rozprawie właśnie ta funkcja – redukcja psychologicznego napięcia – jest przedmiotem szczególnej analizy.

1.4. Funkcje samouszkodzeń

Owych funkcji, jakie pełnią samouszkodzenia można wyróżnić wiele, stąd w literaturze podjęto próby ich uporządkowania. Zaowocowały one szeregiem propozycji klasyfikacji w zależności od przyjętego kryterium podziału (Babiker i Arnold, 2002; Klonsky, 2007; Nock i Prinstein, 2004; Suyemoto, 1998; Wycisk, 2004, 2006).

Nock i Prinstein (2004, 2005, 2009) wyróżnili cztery główne kategorie funkcji: automatyczne związane ze wzmocnieniem pozytywnym, automatyczne związane ze wzmocnieniem negatywnym, społeczne związane ze wzmocnieniem pozytywnym oraz społeczne związane ze wzmocnieniem negatywnym. Pierwsza kategoria obejmuje takie funkcje jak dostarczenie sobie pożądanego stanu psychofizjologicznego, druga – redukcję napięcia i nieprzyjemnych stanów afektywnych, trzecia – zwrócenie uwagi otoczenia, a czwarta ucieczkę od wymagań otoczenia⁶.

Klonsky (2007, 2009) wskazuje na trzynaście funkcji, które mogą pełnić samouszkodzenia: regulację afektu, samokaranie, zapobieganie dysocjacji, zapobieganie samobójstwu, wpływ interpersonalny (czyli samouszkodzenie jest narzędziem manipulacji np. jako sposób na uniknięcie porzucenia lub bycia potraktowanym serio lub wołanie o pomoc), nawiązywanie więzi z innymi, poszukiwanie wrażeń, granice interpersonalne (wyodrębnianie tych granic) jako funkcje samouszkodzeń, spośród których największe

⁶ Model Nocka wykorzystano w kilku badaniach nad częstością poszczególnych typów funkcji wśród młodzieży. U nastolatków w populacji ogólnej (Lloyd-Richardson, 2007) automatyczne i społeczne są przejawiane jednakowo często, a w populacji klinicznej – częściej automatyczne niż społeczne, a wśród automatycznych częściej podejmowane są te związane ze wzmocnieniem negatywnym niż pozytywnym). (Nock i Prinstein, 2005). Jak zaznaczają autorzy (Lloyd-Richardson, Nock i Prinstein, 2009) nie powinno się generalizować wyników badań nad funkcjami samouszkodzeń w danej populacji na inne grupy. Autorzy nie znaleźli badań, w których koncentrowano by się na funkcjach w różnych populacjach (np. pacjenci szpitali psychiatrycznych, pacjenci ambulatoryjni, osoby z populacji ogólnej, czy osoby ze specyficznymi zaburzeniami), ani badań podłużnych, które przyniosłyby odpowiedź na pytanie o ewentualną zmianę funkcji samouszkodzeń w ciągu życia.

poparcie empiryczne mają dwie pierwsze wymienione (Klonsky i Glenn, 2008; Klonsky i Olino, 2008). Babiker i Arnold (2002) na podstawie doświadczeń pracy terapeutycznej z osobami okaleczającymi się dokonały dość złożonego podziału funkcji samookaleczeń, wyodrębniając pięć głównych kategorii: funkcje związane z radzeniem sobie i przetrwaniem (regulacja napięcia emocjonalnego); odnoszące się do doświadczeń traumatycznych z wcześniejszych okresów życia; regulujące relacje z innymi ludźmi; związane z karaniem siebie oraz sprawcy doświadczeń traumatycznych oraz funkcje związane z Ja (przywrócenie poczucia autonomii i kontroli nad ciałem, tworzenie okazji do zaopiekowania się sobą). Wycisk (2004) z kolei podaje dwa rodzaje podziału funkcji samookaleczeń. W pierwszym podziale, traktując jako kryterium rozróżnienia zaangażowanie afektu doświadczanego przed dokonaniem aktu samookaleczenia, badaczka wyodrębnia dwie funkcje: samouszkodzenia jako regulacja afektu oraz jako wzmocnienie poczucia własnej wartości. Funkcja regulacji afektu dotyczy radzenia sobie z awersyjnymi emocjami takimi jak niepokój, strach, złość, wstyd, poczucie winy lub wstręt, a także pustka odczuwana wskutek porzucenia, bezradnością wskutek przeżytej traumy, bezsilnością oraz napięciem, które najprawdopodobniej leży u podstaw tych emocji (op. cit.; por. Babiker i Arnold, 2002; Suyemoto, 1998; Wycisk, 2004). W drugiej funkcji rola czynnika afektywnego jest drugorzędna lub w ogóle jej brak, choć osoby podejmujące samouszkodzenia ze względu na tę funkcję mogą odczuwać pozytywne emocje po akcie samouszkodzenia. Drugi podział zaproponowany przez badaczkę (Wycisk, 2004) dotyczy funkcji społecznych oraz osobistych. Pierwsza grupa obejmuje takie funkcje jak potwierdzenie atrakcyjności interpersonalnej, potwierdzenie tożsamości grupowej oraz wołanie o pomoc. Tu umieścić można również funkcje wymieniane przez Suyemoto (1998), takie jak komunikowanie swoich stanów oraz otrzymanie zainteresowania i współczucia ze strony innych lub wzmocnienie kontroli nad środowiskiem za pośrednictwem samookaleczeń. Funkcje osobiste z kolei to radzenie sobie z napięciem emocjonalnym, samokaranie, regulacja poziomu pobudzenia fizjologicznego, radzenie sobie z dysocjacją, wzmocnienie poczucia kontroli nad ciałem, samoopieka.

Jak zaznacza Jowita Wycisk (2004), mimo że stan fizjologicznego pobudzenia bywa niespecyficzny, to jednak określenie *rozładowanie napięcia* jest mało specyficzne, ponieważ napięciu zwykle towarzyszy określona treść. Komponent rozładowania napięcia emocjonalnego znaleźć można w takich motywach osób okaleczających się jak samokaranie, zapobieganie dysocjacji czy chęć odzyskania poczucia kontroli nad ciałem. Stąd inne funkcje wymieniane wcześniej również mogą zawierać element rozładowania napięcia i zniesienia dyskomfortu, niosąc jednocześnie inne psychologiczne korzyści (na przykład wspomniane wcześniej poczucie kontroli nad ciałem, poczucie oczyszczenia po wymierzeniu sobie kary czy przywrócenie poczucia realności). Zatem może być tak, że

redukcja napięcia jest podczas aktu samouszkodzenia celem samym w sobie lub też stanowi element realizacji innego celu (op. cit.).

Jeśli chodzi o różnice między płciami w zakresie funkcji to wyniki badań są różne. Według badań Laye-Gindhu i Schonert-Reichl (2005) dziewczęta częściej okaleczały się z tego powodu, że czuły się smutne i nieszczęśliwe, żeby pokazać wewnętrzny ból lub zmienić ból psychiczny w fizyczny; częściej też czuły przymus zranienia się, nienawiść do siebie, chęć ukarania siebie. Chłopcy zaś częściej niż dziewczęta okaleczali się z nudów, dla zabawy, by uniknąć zrobienia czegoś oraz ze względu na chęć przyłączenia się do grupy (op. cit.). A zatem u dziewcząt samouszkodzenia są sposobem radzenia sobie z nieprzyjemnymi emocjami i uzewnętrznienia napięcia, u chłopców natomiast samouszkodzenia pełnią funkcje społeczne. Według innych źródeł dziewczęta tłumaczą okaleczanie siebie formą karania się lub mechanizmem radzenia sobie z dysonansem poznawczym (Rodham i Hawton, 2005, za: Winters, 2005) i podobne wyjaśnienia padają ze strony chłopców (Hawton i in., 2004; za: op. cit.). Claes i in. (2007) – kobiety okaleczają się, by uniknąć lub stłumić negatywne uczucia, uniknąć bolesnych wspomnień, wejść w stan odrętwienia, ukarać się, oszpecić się, uniknąć myśli samobójczych; mężczyźni częściej (choć wyniki nie były istotne statystycznie) okaleczali się, by pozyskać czyjąś uwagę lub pokazać swoją siłę. Potwierdzają to wyniki badań Rodmana i współpracowników (2004; za: Winters, 2005), którzy wskazali na specyficzne rodzajowo czynniki ryzyka dla samouszkodzeń: stany depresyjne, niepokój i impulsywność częściej towarzyszyły okaleczającym się kobietom niż mężczyznom; u mężczyzn z kolei samookaleczenia były konsekwencją poczucia braku zainteresowania ze strony innych. W badaniach Jowity Wycisk (2004) funkcja regulacji afektu dotyczyła 3,7% kobiet oraz 4,2% mężczyzn. Funkcja budowania poczucia własnej wartości – 4,4% mężczyzn, 0,9% kobiet (dane z całej populacji osób przebadanych). W samej grupie badawczej kobiety stanowiły 27,3% wszystkich osób okaleczających się, które podejmowały samouszkodzenia ze względu na chęć podniesienia poczucia własnej wartości; 65,1% zaś okaleczało się po to, by radzić sobie z napięciem i emocjami. Osoby okaleczające się ze względu na chęć podwyższenia poczucia własnej wartości mają obniżony czynnik kobiecości oraz wysokie natężenie męskości. Mężczyźni z niskim czynnikiem kobiecości oraz kobiety z wysokim czynnikiem męskości podejmują samouszkodzenia ze względu na chęć podniesienia poczucia własnej wartości. Najbardziej predysponowane osoby do podejmowania samouszkodzeń w celu podniesienia poczucia własnej wartości to te, które mają niskie natężenie wzorca kobiecego, wysoki stopień męskiego oraz obniżoną ochronę ciała. Funkcję regulacji afektu przejawiają z kolei osoby z typowo kobiecą płcią psychiczną. Osoby, które mają niski poziom wzorca męskości, wysokie natężenie przemocy emocjonalnej oraz niską ochronę ciała mają predyspozycje do dokonywania samouszkodzeń ze względu na funkcję radzenia sobie z afektem.

1.5. Samouszkodzenia i współwystępowanie zaburzeń

Do dziś samouszkodzenia w klasyfikacjach chorób i zaburzeń traktowane są jako symptom (syndrom Lesha-Nyhana, zaburzenie osobowości borderline), a nie jako odrębna jednostka nozologiczna. Jednak już trzydzieści lat temu pojawiły się próby ujęcia samouszkodzeń jako syndrom (Patison i Kahan, 1983; za: Eisenkraft, 2000). Tabela 4 przedstawia zestawienie kilku propozycji kryteriów, jakie powinny być spełnione, by można było mówić o syndromie samouszkodzeń.

Tab. 4 Propozycje kryteriów klasyfikowania samouszkodzeń jako syndromu

Patison i Kahan (1983)	Favazza (1996)	Muehlenkamp (2005)
1. Nagłe i nawracające intruzywne impulsy, by się zranić i jednocześnie brak postrzeganej możliwości oparcia się im; 2. Poczucie trwania w niemożliwej do zniesienia sytuacji, z którą osoba nie może sobie poradzić lub kontrolować. 3. Wzrastający niepokój, pobudzenie, gniew. 4. Zawężenie procesów poznawczych, czego skutkiem jest zawężenie perspektywy dot. sytuacji osoby i możliwych sposobów działania; 5. Poczucie psychicznej ulgi po akcie samookaleczenia. 4. Nastrój depresyjny mimo że brak wyobrażeń i myśli samobójczych.	<i>Repetitive Syndrome of Self-mutilation (RMS):</i> 1. Zaabsorbowanie myślami dotyczącymi uszkodzenia własnego ciała 2. Powtarzające się niepowodzenia w zakresie zahamowania impulsu, by się uszkodzić a w rezultacie uszkodzenie tkanki; 3. Wzrastające poczucie napięcia natychmiast przed aktem; 4. Nagroda lub poczucie ulgi po akcie; 5. Akt nie wiąże się ze świadomą intencją samobójczą i nie jest odpowiedzią na urojenia, halucynacje lub poważne upośledzenie umysłowe.	1. Zaabsorbowanie fizycznym zranieniem siebie, które jest pozbawione intencji lub wyobrażenia o samobójstwie; 2. Niemożność oparcia się impulsowi zranienia się; 3. Przed aktem samouszkodzenia – doświadczenie złości, napięcia, niepokoju, dysforii, które wydają się być poza kontrolą osoby i od których nie można uciec; 4. Poczucie ulgi od razu po akcie 5. Powtarzalny wzorzec samouszkodzeń, gdzie wystąpiło co najmniej pięć aktów (choć metoda uszkodzenia się może być różna); 6. Samouszkodzenia nie są lepiej wyjaśniane przez zaburzenia psychotyczne, transseksualizm, upośledzenie umysłowe lub ogólny stan medyczny. 7. Zachowanie to sprawia znaczący dyskomfort lub

		upośledza funkcjonowanie osoby.
--	--	---------------------------------

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Eisenkraft (2000)

W planowanej rewizji klasyfikacji DSM-IV pojawiła się propozycja wyodrębnienia samouszkodzeń bez intencji samobójczej (*non-suicidal self-injury*, NSSI) jako odrębnej jednostki nozologicznej. Aby móc uznać dane zachowanie autodestruktywne za samouszkodzenie bez intencji samobójczej, musi być spełniony szereg kryteriów. Zgodnie z jednym z nich, w ciągu ostatniego roku osoba przynajmniej pięciokrotnie angażowała się w celowe, samodzielne uszkodzenia powierzchni swojego ciała, z prawdopodobieństwem wywołania krwawienia lub zasinienia oraz bólu (na przykład cięcie, przypalanie, kłucie, uderzanie, nadmierne tarcie). Co ważne, zachowanie to podjęte zostało w celach społecznie nieaprobowanych (por. dalej), a osoba oczekiwała, że jej zachowanie doprowadzi jedynie do niewielkich lub umiarkowanych fizycznych szkód.

A zatem z tej kategorii wyłączone będą takie zachowania jak *piercing*, tatuaże czy skaryfikacje, które są aprobowane społecznie a także samouszkodzenia lekkie, takie jak obgryzanie paznokci czy wyciskanie zmian skórnych. W tabeli (Tab. 5) wskazane zostały inne warunki, z których minimum dwa muszą wystąpić, aby można było zakwalifikować wyżej wymienione zachowania do samouszkodzeń.

Podobnie jak w przypadku innych zaburzeń sklasyfikowanych w DSM-IV, samouszkodzenia i ich konsekwencje muszą powodować dyskomfort w kontaktach międzyludzkich, zawodowych lub innych ważnych obszarach funkcjonowania. Samouszkodzenia, o których mowa wyżej, nie występują wyłącznie w stanach psychozy, delirium lub zatrucia, a u osób z zaburzeniem rozwojowym, nie stanowią formy stereotypowych zachowań. Samouszkodzenia nie mogą być symptomem innych zaburzeń psychicznych lub somatycznych (tj., zaburzeń psychotycznych, całościowych zaburzeń rozwoju, upośledzenia umysłowego, zespołu Lescha-Nyhana). Porównując te dane do klasyfikacji Favazzy (1996), o której wspomnę w następnej części, widać, że samouszkodzenia ujmowane w DSM jako zaburzenie, odpowiadają kategorii samouszkodzeń umiarkowanych. Typy samouszkodzeń, które nie stanowią obrazu zaburzenia w DSM, są również uwzględnione w owej klasyfikacji.

Tab. 5 Szczegółowe warunki kwalifikacji diagnostycznej samouszkodzeń bez intencji samobójczej

1. Negatywne uczucia i myśli, na przykład smutek, lęk, napięcie, gniew, ogólny niepokój lub obwinianie siebie, poprzedzające bezpośrednio akt samouszkodzenia.
2. Przed aktem samouszkodzenia osoba rozmyśla o ich podjęciu samouszkodzeń i trudno jej się im oprzeć.

3. Chęć podjęcia samouszkodzeń występuje często, choć nie musi dochodzić do samego aktu samouszkodzenia.
4. Zachowanie jest celowe i może być podejmowane w celu uwolnienia się od negatywnych uczuć czy trudności w relacjach lub wywołania pozytywnych uczuć. Osoba zakłada, że wyżej wymienione pojawiają się w trakcie lub bezpośrednio po akcie samouszkodzenia.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Nock (2010) i Selby i in. (2012)

Jeśli chodzi o współwystępowanie samouszkodzeń z zaburzeniami psychicznymi to w literaturze przedmiotu wskazuje się na zaburzenia odżywiania takie jak anoreksja i bulimia, uzależnienia czy depresja. Samouszkodzenia są też uznawane za jeden z symptomów zaburzenia osobowości borderline⁷. Według badaczy zaburzenia jedzenia współwystępują z samouszkodzeniami w zakresie 35-80% (Austin, Kortum, 2001), 93% (Farber i Jackson, 2007) przypadków. Dane statystyczne często dotyczą związku samouszkodzeń z zaburzeniami odżywiania rozpatrywanymi łącznie (badani przejawiają samookaleczenia oraz otyłość, anoreksję, bulimię lub anoreksję i bulimię). Wśród osób okaleczających się (do tej grupy włączone zostały również osoby z próbami samobójczymi) 35% miało anoreksję (Jacobs i Isaacs, 1986; za: Favazza, 1996). W innych badaniach z udziałem osób z samouszkodzeniami 22% jednocześnie miało bulimię, 15% - anoreksję; 13% - bulimię i anoreksję (Favazza i Conterio, 1989; za: Favazza, 1996). Z kolei w badaniach nad zaburzeniami odżywiania 11.9% osób badanych miało tatuaże; 25.7% – kolczyki; 64.9%-84% (w zależności od badania) przejawiało samouszkodzenia (Vandereycken i Vertommen, 2005, Claes i in., 2006). Już Malcove (1933; za: Favazza, 1996) wskazywał na funkcjonalną zbieżność odżywiania i samookaleczeń, które z jednej strony są nagradzające (sytość – uwolnienie od napięcia, niepokoju) oraz źródłem pociechy i ukojenia, a z drugiej strony środkiem do kontroli innych (odmowa jedzenia czy samouszkodzenie jako sprzeciw wobec innych). W nowszych publikacjach również wskazywane są związki samouszkodzeń z zaburzeniami odżywiania. Oba typy dysfunkcji są sposobem regulacji emocji oraz pozwalają na ucieczkę od samoświadomości i nieprzyjemnych emocji (Heatherton i Baumeister, 1991; za: Muehlenkamp i in., 2009; por. Suchańska, 2006). Według Lisy Cross (1993) samouszkodzenia i anoreksja to próba objęcia kontroli nad ciałem, które jest obce, nieznane. Krwawienie podczas samouszkodzeń to emocjonalne *katharsis*, podobnie jak przeczyszczanie towarzyszące zaburzeniom odżywiania pozwala na moralne oczyszczenie /a. „Ciało staje się »chłopcem do bicia« i źródłem ukojenia” (op. cit., s. 51).

D. Klonsky i T. Olino (2008) dokonali analizy klas latentnych na grupie młodych dorosłych z doświadczeniem samouszkodzeń. Kryteria wyróżnienia klas: forma samouszkodzenia (na przykład cięcie, przypalanie), funkcje samouszkodzeń oraz inne

⁷ Wprowadzono go w czwartej rewizji DSM (Klonsky i Olino, 2008).

parametry (na przykład kwestia okaleczania się w samotności lub w towarzystwie innych). Te grupy porównywano pod względem obecności depresji, lęku, zaburzenia osobowości borderline oraz prób samobójczych. 61% to klasa tzw. „osób eksperymentujących z samouszkodzeniami”, tj. osoby z tej grupy przejawiały mało aktów samouszkodzeń i najmniej symptomów klinicznych. Grupę „osób z łagodnymi samouszkodzeniami” tworzyło 17% osób z wszystkich badanych. Badani z tej klasy zaczęli się okaleczać wcześniej w stosunku do osób z poprzedniej grupy, a także przejawiali więcej form samouszkodzeń (na przykład gryzienie się, szczypanie, bicie się) oraz więcej symptomów zaburzenia osobowości borderline. Trzecia grupa „osób z różnorodnymi funkcjami samouszkodzeń i lęku” (11% osób) przejawiała różne formy samouszkodzeń – zarówno ciężkie jak i lekkie, które pełniły różne funkcje (zarówno automatyczne jak i społeczne), a także przejawiała więcej symptomów lęku niż pozostałe grupy. Ostatnia grupa (10% osób), składała się wyłącznie z tych, którzy okaleczali się poprzez cięcie skóry i robili to w samotności, a samouszkodzenia pełniły automatyczne funkcje (zwłaszcza podejmowane były w celu regulacji emocji). Osoby z tej grupy przejawiały dużo symptomów lęku, depresji oraz zaburzenia osobowości borderline, miały też za sobą próby samobójcze. Były też mniej impulsywne oraz deklarowały, że okaleczają się dopiero po jakimś czasie od pojawienia się myśli lub chęci, by się okaleczyć. Badacze określili tę grupę jako „samobójczą oraz z automatycznymi funkcjami samouszkodzeń”. Około 1/3 tej grupy nie okaleczyła się w ciągu ostatniego roku.

1.6. Epidemiologia samouszkodzeń

Jak wspomniano we wstępie szacuje się, że osoby okaleczające się stanowią około 4% osób dorosłych (Briere i Gil, 1998; Wycisk, 2004) oraz 15-20% (Heath, i in., 2009) adolescentów w populacji ogólnej, a gdy mowa o samouszkodzeniach osób z populacji klinicznej, to liczba ta jest większa – odpowiednio 21% (Briere i Gil, op. cit.) oraz 40-60% (za: Messner, Fremouw, 2007) populacji. Wyniki badań Heath i Toste (2002) pokazują, że odsetek samouszkodzeń w szkołach średnich i wyższych zdaje się być wysoki (10% -20%). Wedle wyników niezależnych badań tychże autorów (op. cit.) oraz Whitlocka i współpracowników (2006) większość badanych zaczęła okaleczać się w okresie dorastania (ok. 12 lat), jednak 39% osób wskazało, że pierwszy akt samouszkodzenia miał miejsce dopiero po 17 roku życia. Jeśli chodzi o częstość podejmowania samouszkodzeń to 12% badanych zadeklarowało, że okaleczyło się mniej niż dziesięć razy w ciągu życia, natomiast 24% zaznaczyło jednokrotny akt samouszkodzenia (Heath i Toste, op. cit.).

Barrent Walsh (2006) zaznacza, że niegdyś samouszkodzenia występowały wśród pacjentów leczonych ambulatoryjnie, przejawiających poważne emocjonalne zaburzenia,

więźniów, pacjentów szpitali psychiatrycznych czy młodzieży przebywającej w ośrodkach wychowawczych. Píše, że w latach 90-tych pojawiło się „nowe pokolenie” (2006, s. 33) osób okaleczających się, które w odróżnieniu od wyżej wskazanych grup przejawiało mniej dysfunkcji w zakresie społecznym, nie miało większych problemów w szkole czy w pracy. Obecnie coraz częściej spotykane są samouszkodzenia w ogólnej populacji, wśród uczniów gimnazjów, szkół średnich, studentów oraz młodych dorosłych.

Według danych szacunkowych kobiety okaleczają się 2 razy (Walsh, 2006), 3-4 razy (D’Onofrio, 2007), 1.5-3 (Yates, 2004) razy częściej niż mężczyźni. Gdyby przyjąć szerokie kryteria definicyjne i uznać za osoby okaleczające się również te, które miały przynajmniej jednokrotne doświadczenie celowego uszkodzenia własnego ciała bez intencji samobójczej, to w rezultacie okazałoby się, że mniej kobiet niż mężczyzn się okalecza. Jest tak dlatego, że mężczyźni częściej niż kobiety okaleczają się incydentalnie, kobiety natomiast, jeśli już podejmą akt samouszkodzenia, to częściej niż mężczyźni nie poprzestają na jednej próbie (Wycisk, 2004; Babiker i Arnold, 2002; Winters, 2005). Według wyników badań Laye-Gindhu i Schonert-Reichl (2005) 47% chłopców i 16% dziewcząt okaleczyło się tylko raz, a 7% chłopców i 14% dziewcząt podejmowało samouszkodzenia wielokrotnie. W badaniach na polskiej populacji ogólnej przeprowadzonych przez Jowitę Wycisk (2004) 9% mężczyzn, 5% kobiet przynajmniej raz w życiu się okaleczyło. Z drugiej strony odmienne wyniki uzyskali Claes i współpracownicy (2007), którzy porównali mężczyzn i kobiety między innymi w zakresie częstości podejmowania samouszkodzeń i wyniki ich badań wskazują na brak różnic, jeśli chodzi stosunek kobiet podejmujących samouszkodzenia do mężczyzn z takimi doświadczeniami, jednak biorąc pod uwagę częstotliwość samouszkodzeń, to u mężczyzn była ona większa⁸. Pattison i Kahan (1983; za: Clarke i Whittaker, 1998) na podstawie analizy studiów przypadków wskazują, że akty samookaleczeń występują niemalże po równo wśród przedstawicieli obu płci. Heath i współpracownicy (2009) formułują taki sam wniosek, odnosząc go do populacji ogólnej, natomiast w populacji klinicznej dziewczęta okaleczają się częściej niż chłopcy.

Liczba okaleczających się kobiet w stosunku do mężczyzn podejmujących samouszkodzenia może być zawyżona (Claes, Vandereycken i Vertommen, 2007). Wiele badań przeprowadzono na grupach złożonych wyłącznie z kobiet lub dziewcząt (np. Suyemoto i McDonald, 1995; Paul, Schroeder, Dahme, Nutzinger, 2002; Hilt, Cha, Nolen-Hoeksema, 2008). Fakt, że statystycznie więcej kobiet dokonuje samouszkodzeń, może

⁸ Warto w tym miejscu wspomnieć o rezultatach badań nad związkiem płci psychologicznej (*gender*) i samouszkodzeniami. Wyniki badań Jowity Wycisk (2004) nie potwierdziły sprzyjającej roli kobiecości w podejmowaniu samookaleczeń. Wysokie natężenie kobiecości predysponuje do niepodejmowania samouszkodzeń, zaś niskie natężenie męskości do niskiej częstotliwości. Wzorec męskości nie wiąże się z samouszkodzeniami o chronicznym charakterze, a raczej z jednorazowym aktem samouszkodzenia. Nieuwzględnianie płci psychologicznej może być więc jednym z powodów uzyskiwania sprzecznych wyników badań nad częstotliwością samouszkodzeń u kobiet i mężczyzn.

wynikać z tego, że kobiety są bardziej skłonne szukać pomocy psychologicznej lub medycznej i w związku z tym ujawniają samouszkodzenia (Wycisk, 2004). Wnioski dotyczące częstości samouszkodzeń ze względu na płeć niejednokrotnie formułowane są na podstawie wyników badań populacji klinicznej, a tę częściej stanowią kobiety (Claes, Vandereycken i Vertommen, 2007). Znacznie mniej badań przeprowadzono na grupach złożonych wyłącznie z mężczyzn czy chłopców (Laye-Ghindu i Schonert-Reichl, 2005; Dellinger-Ness i Handler, 2007; Gratz i Chapman, 2007), a jeśli nawet badano mężczyzn, to często były to specyficzne próby osób badanych, na przykład więźniowie (Haines i in., 1995; Matsumoto, 2005). Inne wyjaśnienie może być takie, że w niektórych badaniach na populacji ogólnej, gdzie porównywano częstość samouszkodzeń pod względem płci, do kategorii samouszkodzeń włączano również przedawkowanie leków wskutek podjęcia próby samobójczej, a ta forma jest bardziej typowa dla kobiet (np. Laye-Ghindu i Schonert-Reichl, 2008; Briere Gill, 1998; Patton, 1997, za: Heath i Toste, 2002). Te badania, w których przyjęto bardziej restrykcyjne kryteria (tj. bezpośrednie formy uszkodzenia tkanki) nie potwierdziły wspomnianych różnic (Ross i Heath, 2002; Lloyd-Richardson i in., 2007, za: Heath i Toste, 2002).

1.7. Modele samouszkodzeń – w poszukiwaniu mechanizmu radzenia sobie z napięciem

W literaturze przedmiotu wskazuje się na wiele czynników ryzyka, sprzyjających samouszkodzeniom czy wręcz uznawanych za ich źródło (Babiker i Arnold, 2002). Wymieniane są między innymi wczesna separacja od rodziców (Nixon i Heath, 2009), nieprawidłowe relacje z rodzicami, doświadczenie emocjonalnego i fizycznego zaniedbania i traumy (Gratz, 2006; van der Kolk, 1996; Yates, 2004), doświadczenie przemocy, zwłaszcza seksualnej (Babiker i Arnold, 2002, Hermann, 2000), unieważniające środowisko, które sprawia, że dziecko nie rozwija dojrzałych umiejętności interpersonalnych oraz zdolności regulacji emocji, co z kolei pociąga za sobą wykształcenie się dezadaptacyjnych sposobów radzenia sobie (Linehan, 1993), dysregulacja emocjonalna, doświadczenie dysocjacji, aleksytymia i mniejsza świadomość emocji (Nixon i Heath, 2009, Gratz, 2006), zaburzenia psychiczne takie jak lęk, depresja, zaburzenia odżywiania, uzależnienia. Jednak znacznie ciekawsza jest próba powiązania tych czynników i próba wskazania na mechanizm. Poniżej przedstawione zostanie kilka najważniejszych modeli samouszkodzeń opisywanych w literaturze przedmiotu.

Karen Suyemoto (1998) dokonuje przeglądu kilku modeli samouszkodzeń. W modelu środowiskowym nacisk kładziony jest na wzmacnianie samouszkodzeń przez reakcję środowiska. Osoby (głównie młode) zaczynają się okaleczać wskutek modelowania przemocy przez rodzinę lub widząc korzyści, jakie niosą samouszkodzenia (np. uzyskiwanie uwagi, kontrola nad innymi). Zgodnie z podejściem systemowym samouszkodzenia mogą być przydatne dla rodziny (systemu), by utrzymać homeostazę oraz wyrażać albo odwracać uwagę od innego problemu systemu. W ramach modeli popędowych wskazywana jest funkcja odzyskiwania lub nabywania poczucia kontroli. Przykładem może być model zapobiegający samobójstwu czy model seksualny (Daldin, 1988, Doctors, 1981; za: Suyemoto, 1998). W tym ostatnim samouszkodzenia są postrzegane jako konsekwencja konfliktów związanych z miesiączką, seksualnością i są formą kary lub odwrócenia uwagi od popędu seksualnego, zachowań seksualnych lub też próbą kontroli tych zachowań. Mogą być też formą gratyfikacji seksualnej (op. cit.). Wedle modeli regulacji afektu samouszkodzenia mające źródło w potrzebie wyrażenia lub kontroli gniewu, niepokoju lub bólu, który nie może być wyrażony werbalnie lub innymi sposobami. Z kolei w ramach modelu dysocjacji oraz modelu interpersonalnego (związanego z granicami cielesnymi), samouszkodzenia są postrzegane jako próba odróżnienia siebie od innych, wyznaczenia granicy lub tożsamości lub by zapobiec utracie tożsamości. Te modele, choć wskazują na funkcje samouszkodzeń, to jednak nie pokazują pełnego mechanizmu tych zachowań wraz z czynnikami sprzyjającymi i podtrzymującymi samouszkodzenia.

Bardziej rozbudowany model niż te omawiane wyżej, tzw. model unikania doświadczenia (*experiential aviodance model*) zaproponowali Chapman, Gratz i Brown (2006). Badacze zwrócili uwagę na to, że takie modele jak model regulacji afektu, model dysocjacji czy model granic interpersonalnych mogą być scalone w jeden, gdyż wspólnym mianownikiem ich wszystkich jest ucieczka od nieprzyjemnych emocji. Samouszkodzenie jest wzmacniane negatywnie przez redukcję niepożądanych emocji poprzez ucieczkę od nich. To negatywne wzmocnienie prowadzi do habituacji zachowań i wzmacnia błędne koło radzenia sobie w ten sposób, które z czasem staje się automatyczne i warunkową odpowiedzią na pobudzenie emocjonalne. Dodatkowo badacze przedstawiają czynniki sprzyjające takiemu właśnie funkcjonowaniu tego mechanizmu, mianowicie niską tolerancję napięcia, trudności w regulacji pobudzenia i wysoką pobudliwość emocjonalną. Taki sposób ujęcia samouszkodzeń, choć ograniczony do automatycznych (w rozumieniu Nocka i Prinsteina, 2004; por. część poświęconą funkcjom) funkcji samouszkodzeń i pomijające funkcje społeczne, to z punktu widzenia problematyki tej pracy, w ciekawy sposób porządkuje wiedzę o roli samouszkodzeń w regulacji napięcia.

Modelem zawierającym uzupełnienie tego brakujący aspektu funkcjonalnego samouszkodzeń jest propozycja Matthew Nocka (2010). Badacz wskazuje na istnienie szeregu różnych czynników wskazywanych w literaturze przedmiotu (na przykład

obecność diagnozy zaburzeń, słabe zdolności komunikacyjne, itp.), ale do końca nie wiadomo, dlaczego właśnie one miałyby prowadzić do samouszkodzeń. Proponuje zintegrowany teoretyczny model, w którym wyróżnia czynniki dystalne, takie jak genetyczne predyspozycje do silnego emocjonalnego reagowania, doświadczenie przemocy lub zaniedbania w dzieciństwie, wrogość w rodzinie, krytycyzm oraz czynniki intrapersonalne (doświadczenie silnych emocji, negatywnych myśli, wyższego negatywnego pobudzenia oraz niską tolerancję na doświadczanie napięcia, ubogie umiejętności komunikacyjne, trudności w rozwiązywaniu problemów interpersonalnych. Zgodnie z tym modelem stresujące zdarzenie wywołuje nadmierne lub zbyt małe pobudzenie i stwarza trudne do spełnienia oczekiwania społeczne, a to w połączeniu ze specyficznymi czynnikami sprzyjającymi samouszkodzeniom (samokaranie, społeczne komunikowanie dyskomfortu, społeczne uczenie prowadzą do samouszkodzeń, które pełni funkcję regulacji afektu i/lub regulacji sytuacji społecznej. W kontekście problematyki podjętej w tej pracy szczególnie ważny może być aspekt doświadczania wyższego pobudzenia emocjonalnego oraz niższej tolerancji na napięcie. Ta kwestia ma potwierdzenie w badaniach empirycznych, gdzie wyniki wskazywały na wyższe fizjologiczne pobudzenie w sytuacji niepowodzenia w zadaniu, konieczność podjęcia większego wysiłku, by stłumić negatywne emocje i myśli oraz mniejszą w porównaniu z grupą kontrolną zdolność do tolerowania stresu i napięcia (Nock, Mendes, 2008; Nock, 2010).

Barrent Walsh (2006) z kolei w oparciu o przegląd literatury przedmiotu (m. in. Gratz, 2001; Linehan, 2002; Gardner i Cowdry, 1985; za: Walsh, 2006), zaproponował biopsychospołeczny model samouszkodzeń. Składa się on z pięciu aspektów – środowiskowego, biologicznego, poznawczego, afektywnego i behawioralnego, a między nimi zachodzą wzajemne relacje. Jeśli chodzi o aspekt środowiskowy, to autor wyróżnia następujące czynniki: śmierć rodzica lub opiekuna, separacja z rodzicem, rozwód rodziców lub umieszczenie dziecka poza domem, doświadczenie zaniedbania lub nadużycia emocjonalnego, fizycznego i seksualnego, tzw. unieważniające środowisko (ignorowanie, ośmieszanie i zaprzeczanie emocjom lub reagowanie tylko na ekstremalne emocje dziecka). Walsh (op. cit.) zaznacza, że rodziny „nowego pokolenia osób okaleczających się” (Walsh, 2006, s. 61) nie przejawiają dysfunkcji opisanych wyżej, natomiast bezpośrednim czynnikiem prowadzącym do podjęcia samouszkodzeń są bieżące czynniki środowiskowe (*current environmental elements*), na przykład konflikt czy utrata kogoś bliskiego, obserwacja osób okaleczających się czy problemy w szkole. Aspekt biologiczny z kolei związany jest z dysfunkcją układu limbicznego jako źródłem powtarzalnych zachowań samouszkodzących i problemów z regulacją emocji (Gardner i Cowdry, 1985; za: Walsh, 2006). Obniżony poziom serotoniny może sprzyjać zachowaniom impulsywnym, w tym samouszkodzeniom i agresji. Natomiast na temat związku między samouszkodzeniami a dysregulacją systemu opioidowego stawia się dwie hipotezy: tzw. uzależnieniową i bólową.

Hipoteza bólowa zakłada, że normalny endogenny system opioidowy został trwale przestymulowany przez częste podejmowanie samouszkodzeń w celu uwolnienia się od negatywnych emocji (Grossman i Siever, 2001). U takiej osoby obserwuje się reakcję odstawienia i wzrastającą tolerancję na endorfiny. Hipoteza bólowa natomiast odnosi się do konstytucyjnej dysregulacji endogennego systemu opioidowego, przejawiającej się zmniejszoną wrażliwością na ból, co może się wiązać z brakiem negatywnej informacji zwrotnej tym systemie i/lub nadprodukcją opioidów. Podwyższony poziom opioidów może w końcu prowadzić do doświadczenia odrętwienia i dysocjacji, natomiast samouszkodzenia traktowane są wtedy jako bodziec, który przerywa stan dysocjacji i pozwala na nowo przywrócić czucie. Poznawczy aspekt modelu Walsha (op. cit.) dotyczy interpretacji zdarzeń z życia codziennego oraz specyficznych stylów poznawczych, związanych na przykład z irracjonalnym obwinianiem siebie lub nierealistycznymi oczekiwaniami wobec siebie. Myśli pojawiające się tuż przed dokonaniem samouszkodzenia to najczęściej: nienawidzę swojego ciała; zasługuję na to; to jedyny sposób, by rozwiązać problem. Aspekt behawioralny opisuje zachowania, które poprzedzają, towarzyszą i następują po samouszkodzeniach, takie jak: konflikty, niepowodzenia, izolacja, nadużywanie substancji. Zachowania przygotowujące do samouszkodzeń to np.: planowanie, gdzie, w jaki sposób dokona się samouszkodzenia; zachowania po akcie – samoopieka, zaśnięcie lub powrót do codzienności. Ostatni, afektywny aspekt opisywanego modelu, dotyczy doświadczania nieprzyjemnych emocji związanych z samouszkodzeniem.

Według Walsha (op. cit.) te aspekty są ze sobą silnie związane oraz zależne od siebie na przykład biologiczne podłoże wpływa na sposób reagowania na warunki środowiskowe i odwrotnie – traumatyczne doświadczenia wpływają na dysfunkcje biologiczne (van der Kolk i in, 1996; za: Walsh, 2006). Warunki środowiskowe i fizjologia mają wpływ na sferę poznawczą, a ta na emocje; emocje natomiast zwrótnie wpływają na aspekt poznawczy. Z kolei aspekt emocjonalny i poznawczy warunkują zachowanie. Opisywane związki są idiosynkratyczne dla każdej osoby. Niewątpliwą zaletą tego modelu jest jego wielowymiarowość. Z drugiej strony model jest mało specyficzny dla samouszkodzeń – stanowi raczej próbę uporządkowania wiedzy o samouszkodzeniach, bez wskazania jednak na to, co jest specyficzne dla analizowanego zjawiska.

Nurtujące pozostaje zatem pytanie o czynniki mające znaczenie dla podtrzymywania samouszkodzeń i przekształcania się tego zachowania w nawykową strategię radzenia sobie z napięciem. W kolejnym rozdziale przedstawione zostaną wybrane czynniki przypuszczalnie mające związek z samouszkodzeniami jako sposobem radzenia sobie z napięciem.

Rozdział 2.

Samouszkodzenia a przypuszczalne czynniki podtrzymujące ich podejmowanie

2.1. Samouszkodzenia a sposób doświadczania ciała

Interesująca i istotna dla niniejszego projektu jest kwestia dotycząca specyfiki doświadczania ciała u osób podejmujących samouszkodzenia. W literaturze przedmiotu poczucie cielesności i stosunek do ciała wskazywane są jako istotne czynniki dla podejmowania samouszkodzeń (Cross, 1993; Eckhardt, 1998; Walsh, 2006; Walsh i Rosen, 1988).

Bardzo ważna z punktu widzenia mojej pracy jest koncepcja Ja cielesnego w ujęciu Olgi Sakson-Obady (2009). Ja cielesne (fizyczne) „jest elementem struktury Ja organizującym doświadczenie cielesne w postaci reprezentacji, których jakość wyznacza sposób przeżywania siebie, czyli fizyczne poczucie własnej tożsamości” (Sakson-Obada, 2009, s. 98). Według tego ujęcia Ja cielesne nie tylko ma funkcję integrującą wobec doświadczenia związanego z cielesnością i wrażeniami cielesnymi, ale odpowiada również za reprezentacje, na podstawie których budowane są takie aspekty poczucia tożsamości jak: poczucie odrębności, poczucie własnego istnienia, poczucie spójności z ciałem oraz jego ciągłości w czasie i przestrzeni. Przejawy prawidłowo wykształconej struktury są następujące: zdolność do interpretacji doznań w kategoriach stanów fizycznych i emocjonalnych przy braku interpretacji własnych doznań w kategoriach zaburzonego poczucia tożsamości; zdolność do regulacji stanów fizjologicznych oraz emocjonalnych, rozumiana jako umiejętność rozpoznania ich przyczyn oraz zdolność do podjęcia adaptacyjnych strategii radzenia sobie z nimi. Silne ja fizyczne przejawia się pozytywnym stosunkiem emocjonalnym do ciała – zarówno do jego wyglądu jak i funkcjonowania; z kolei prawidłowa orientacja w świecie własnych doznań (czyli prawidłowe doznawanie, interpretacja i regulacja) wpływa w znaczący sposób na akceptację własnego ciała. Te dwa aspekty wiążą się ze zdolnością do ochrony własnego ciała, kompetencją samoopiekuńczą oraz odczuwaniem komfortu w kontaktach fizycznych i emocjonalnych z innymi osobami.

Nieprawidłowości w funkcjonowaniu Ja cielesnego wiążą się z kolei z obniżoną lub całkowicie zniesioną wrażliwością na doznania lub, z drugiej strony, z nadmiernym uwrażliwieniem; trudnościami z rozpoznaniem potrzeb fizycznych- niezdolnością do identyfikacji źródła odczuwanego pobudzenia (np. w sytuacji doświadczania głodu lub zmęczenia) czy trudnościami z interpretacją emocji. Ponadto, gdy obserwuje się u danej osoby określanie własnych przeżyć w kategoriach rozplywania się granic własnego ciała lub poczucia pustki czy braku spójności z własnym ciałem, można rozpoznać zaburzone poczucie tożsamości. Nieprawidłowości w zakresie zdolności do regulacji można natomiast opisać jako brak rozpoznania emocji lub potrzeb fizycznych (np. odczuwanie jakiegoś stanu lub emocji bez uświadamianego powodu) lub brak/ dezadaptacyjność strategii regulacji emocjonalnej oraz potrzeb cielesnych (bezradność wobec emocji, stanu cielesnego np. seksualnego pobudzenia), samouszkodzenia lub nadużywanie alkoholu w celu zmniejszenia nieprzyjemnego afektu. Stosunek emocjonalny do ciała rozumiany jest przez Sakson- Obadę jako niezadowolenie z wyglądu własnego ciała oraz sposobu jego funkcjonowania (op. cit.).

Teoretycy i badacze zwracają uwagę na kwestię różnic płciowych jako istotną dla problematyki samouszkodzeń. Lisa Cross (1993) pisze o związku poczucia obcości ciała z samouszkodzeniami, natomiast odnosi ten problem jedynie do dziewcząt i kobiet wskazując na podłoże biologiczne i socjokulturowe tej zależności. Zwraca uwagę na fakt, że dziewczęta, ze względu na inną budowę anatomiczną oraz społeczny brak przyzwolenia, mają mniejszy w porównaniu z chłopcami dostęp do eksploracji swoich narządów płciowych. Genitalia kobiety, które są częściowo ukryte, menstruacja, gwałtowne zmiany w ciele w okresie dojrzewania oraz ciąża czy karmienie piersią przyczyniają się do doświadczania niejasnych granic cielesnych oraz poczucia braku ciągłości ciała przez kobiety. Idąc dalej za argumentem o odmiennej budowie anatomicznej dziewcząt, owo poczucie obcości ciała u kobiet wiąże się z faktem, że „ktoś obcy” (mężczyzna lub płód) może w to ciało ingerować. Ciało jest więc często doświadczane jako niejednolite, postrzegane fragmentarycznie oraz wartościowane negatywnie. W okresie dojrzewania obraz ciała jest zdefragmentowany, tj. określone aspekty ciała np. piersi są postrzegane fragmentarycznie. Dziewczęta nie opisują swojego ciała jako całości, lecz dostrzegają jego części: ładna talia, brzydki nos, grube uda, co pokazuje też, że kryteria opisu ciała związane są z wyglądem i fizyczną atrakcyjnością (Wycisk, 2001). Pojawienie się miesiączki powoduje utratę poczucia kontroli nad ciałem (Deutsch, 1944, za: Cross, 1993). Cross (1993) zauważa też istnienie takiego zjawiska jak doświadczanie „innego wewnątrz”, na przykład penisa mężczyzny podczas stosunku seksualnego lub obecności płodu we własnym ciele w czasie ciąży. Kobiece ciało nie należy zatem wyłącznie do kobiety, dzieli je ona z innymi.

Według Annegret Eckhardt (1998) kobieta otrzymuje przekaz dotyczący pożądanых cech, takich jak bycie miłą, uległą i seksualnie dostępną. Okaleczanie ciała przez kobiety to

symboliczne niszczenie wartości cenionych i propagowanych przez społeczeństwo (Babiker i Arnold, 2002). Pipher (1994 za: Ellis, 2002) postrzega samouszkodzenia jako „interpretację przekazu kulturowego kierowanego do kobiet, by cięły się na kulturowo akceptowane kawałki” (s. 12). Funkcjonowanie ciała kobiety ulega gwałtownym i głębokim przemianom. Sama vagina jest tajemnicza i mało znana, nawet dla samej kobiety (de Beauvoir, za: Cross, 1993), ponadto kobiety oglądają siebie oczami innych (Berger, 1972, za: Cross, 1993). Męskie organy płciowe są z kolei łatwo dostrzegalne, co więcej, często pokazywane są przedstawicielom tej samej płci oraz porównywane w rywalizacji o wielkość narządu. Chłopcy mają częsty kontakt z penisem podczas oddawania moczu, doświadczania erekcji lub czy w momencie jego stymulacji w trakcie zwykłej aktywności fizycznej. To wszystko przypomina im o obecności penisa (Kestenberg, 1975, za: Cross, 1993). Dziewczynki mają ograniczony kontakt z waginą jedynie podczas pobudzenia. Nawet podczas masturbacji, która przez dziewczęta jest rzadziej podejmowana niż przez chłopców, kontakt z waginą jest pośredni – na przykład za pomocą poduszki umieszczonej między nogami (Wycisk, 2004). Ciało doświadczane jest jako coś niejednolitego, obcego; jest traktowane jak przeciwnik, więzień, poddany. Ciało jest przeciwnikiem, z którym trzeba walczyć, gdyż prowadzi do znienawidzonych, zabronionych fantazji i życzeń seksualnych. Kobiety okaleczające się postrzegają wydzieliny ciała (na przykład miesiączkę) jako obce i wstrętne. Pojawienie się miesiączki jest również przykładem utraty poczucia kontroli nad ciałem. Brak owej kontroli może być motywem do podejmowania samouszkodzeń, a tym samym próbą odzyskania władzy nad ciałem i przywrócenia sobie jego przynależności (op. cit.).

Istnieją ważne dane pokazujące, że zaburzenia relacji wczesnodziecięcych i w konsekwencji obrazu *Ja* mogą mieć znaczenie, jeśli chodzi o podejmowanie samouszkodzeń. Harlow (1965, za: Stawicka, 2001; Chachulska, 1988; Walsh i Rosen, 1988) prowadząc obserwacje młodych rebusów w relacji z matkami, zarejestrował taką prawidłowość: te zwierzęta, które zostały oddzielone od matek tak, że niemożliwy był kontakt dotykowy, dokonywały aktów samouszkodzeń w postaci gryzienia się i uderzania głową. Nie zaobserwowano jednak podobnych zachowań u młodych małp, które miały zapewniony kontakt dotykowy z matkami. Carr (1977, za: Stawicka, 2001) uznaje te obserwacje za potwierdzenie hipotezy o niedostatecznej stymulacji jako przyczynie zachowań autoagresywnych. Wyniki obserwacji Harlowa można interpretować nie tylko w ramach hipotezy o niedostatecznej stymulacji i izolacji społecznej, ale również w kontekście teorii relacji z obiektem. Tantam i Whittaker (2000, za: Stawicka, 2001) na przykład uważają, że separacja z obiektem stanowi o silnej deprywacji emocjonalnej i to ona właśnie warunkuje wystąpienie zachowań autodestruktywnych. Greenacre (za: Kopeć, 1999) uznaje samouszkodzenia za próbę doświadczania własnego ciała i odkrywania cielesnej tożsamości, czyli *Ja* cielesnego. Brak czułości, bliskości i kontaktu dotykowego z obiektem, zwykle z

matką, jednostka może w późniejszym okresie rekompensować przez stymulację i zachowania samouszkodzające. Pełnią one w tym przypadku funkcję sposobu, dzięki któremu dziecko odczuwa swoje ciało i rozwija poczucie ciała, a tym samym uzyskuje potwierdzenie swojego istnienia. Samouszkodzenia mogą być również próbą wytyczenia granic *Ja*, fizycznych granic człowieka (Babiker i Arnold, 2002). Wykształcenie się relacji z obiektem, konieczne do powstania obrazu *Ja* u dziecka, a gdy jest utrudniona utrudnione lub wręcz niemożliwe na skutek wczesnej izolacji oraz deprywacji społecznej, to samouszkodzenia mogą być próbą adaptacji do trudnych warunków.

Dorota Kubacka-Jasiecka (2006) wskazuje na ważne aspekty ciała i cielesności, które sprzyjają temu, by skierować przeciwko niemu agresję. Dzieje się tak, gdy postrzeganie ciała jest zniekształcone: albo widziane jako coś bezwartościowego albo przeciwnie – jako bardzo wartościowe i wówczas może stać się środkiem do osiągnięcia jakiegoś celu. Inną rolą ciała w samouszkodzeniach może być zaspokajanie potrzeby doświadczania poczucia istnienia w sytuacji, gdy go brak, na przykład w przypadku zaburzenia przeżywania *Ja*(op. cit.).

W kontekście rozważań o cielesności istotne są dane z ostatnich kilkunastu lat dotyczące charakterystyki osób okaleczających się. Jeszcze w latach 90-tych do grupy osób dokonujących samouszkodzeń należały osoby hospitalizowane z zaburzeniami psychiatrycznymi, pacjenci ambulatoryjni, a także młodzież przebywająca w placówkach oraz więźniowie (Walsh, 2006; por. Heath i in., 2009). Obecnie można mówić o nowej grupie osób okaleczających się wywodzącej się z populacji ogólnej, a nie klinicznej. Są to młodzież, uczniowie szkół średnich i wyższych, a także ludzie dorośli (Walsh, 2006). Osoby te nie przejawiają dużych deficytów w zakresie relacji społecznych, posiadają znajomych, nie mają trudnej sytuacji w szkole lub pracy, ani też doświadczeń traumatycznych w swojej historii życia, choć Walsh (2006) wspomina, że często charakteryzują się niskimi kompetencjami w zakresie radzenia sobie z dyskomfortem emocjonalnym. Co istotne dla niniejszych rozważań, według Walsh (2006), kryterium odróżniającym obecną populację osób okaleczających się od tej sprzed lat jest stosunek do ciała. Kluczowym jego aspektem jest alienacja wobec ciała (*body alientation*), będąca konsekwencją doświadczonej traumy. Jej przejawem był negatywny stosunek do ciała, postrzeganie go jako brudnego, skażonego, zepsutego czy obwinianie się za bycie wykorzystanym. Tamte osoby odczuwały więc obcość niechęć, a nawet wstręt i nienawiść do ciała, a w historii ich życia często pojawiały się nadużycia seksualne oraz doświadczenia traumy. Obecnie według badacza wiele osób okaleczających się nie ma traumatycznych doświadczeń, nie różnią się od osób nieokaleczających się postrzeganiem własnego ciała i emocjonalnym stosunkiem do niego, nie doświadczają dysocjacji. Ich funkcjonowanie społeczne i zawodowe nie jest dysfunkcyjne. „Nowe pokolenie” osób okaleczających się nie ma więc tego rodzaju doświadczeń, przejawia zdrowe postawy wobec ciała oraz nie doświadcza dysocjacji. Na

potwierdzenie tej tezy Walsh (2006) przytacza badania Shaw (2002; za: Walsh, 2006). Dokonuje ona opisu dorosłych kobiet podejmujących samouszkodzenia, które jednocześnie dobrze funkcjonują, osiągają dobre wyniki w nauce i żyją w stałych związkach. Podobnie Hyman (1999; za: Walsh, 2006) wskazuje na dobrą sytuację zawodową oraz osobistą (zaangażowanie w związek) badanych okaleczających się kobiet.

Wyniki badań z ostatnich lat przeprowadzonych na polskiej populacji ogólnej zdają się nie potwierdzać tej tezy. Jowita Wycisk (2004) badając osoby okaleczające się, dokonała pomiaru takich wymiarów doświadczania ciała jak uczucia i postawy związane z obrazem ciała, troska i dbałość o ciało, zdolność do ochrony ciała, emocjonalne ustosunkowanie się do cech ciała związanych z płcią, poczucie kontroli funkcjonowania seksualnego oraz poczucie integralności granic Ja cielesnego. Jowita Wycisk (2004) zbadała również związek częstości podejmowania samouszkodzeń z dysocjacją. Osoby, które dokonywały samouszkodzeń charakteryzowały się niską zdolnością do ochrony ciała, wysoką podatnością na naruszenie granic Ja cielesnego, negatywnym stosunkiem emocjonalnym do ciała i cech płciowych oraz niskim komfortem w kontaktach fizycznych. Osoby okaleczające się nie różniły się jednak poziomem troski i dbałości o ciało oraz stopniem poczucia kontroli napięcia seksualnego od osób, które nie dokonywały samouszkodzeń. Częstość podejmowania samouszkodzeń korelowała pozytywnie z dysocjacją, natomiast negatywnie z integralnością Ja cielesnego, komfortem w kontaktach fizycznych z innymi oraz stosunkiem do ciała i cech płciowych. Jest to istotna z punktu widzenia niniejszej pracy zależność, jeśli chodzi o czynniki związane z nawykowymi samouszkodzeniami. Sposób doświadczania ciała może być bowiem znaczącą zmienną pośredniczącą w wyborze samouszkodzeń jako sposobu radzenia sobie z napięciem.

2.2. Samouszkodzenia a wrażliwość na ból

Kolejnym czynnikiem ważnym z punktu widzenia tego projektu jest problem doświadczania bólu podczas samouszkodzenia oraz kwestia wrażliwości na ból. Poniżej wskazane zostaną obecne w literaturze przedmiotu dane teoretyczne i empiryczne dotyczące związków samouszkodzeń i tego aspektu.

Chociaż aspekt biologiczny bólu jest już dość rozpoznany zjawiskiem, to w od strony psychologicznej wciąż jest wiele niejasności (Kowalik, 1996). Nie ma prostej zależności między wielkością uszkodzenia organizmu a doznaniem bólu, istnieją sytuacje, gdy brak bólu i jest uszkodzenie tkanki, lub odwrotnie: brak fizycznego uszkodzenia tkanki, ale ból jest odczuwany (Melzack i Wall, 2006). Intensywność doświadczanego bólu również

nie koreluje z wielkością uszkodzenia ciała. Chapman (1986; za: Kowalik, op. cit.) uważa, że dużą rolę w procesie formowania się bólu odgrywa uwaga. Od niej zależy, czy w ogóle dojdzie do świadomego zarejestrowania faktu uszkodzenia ciała. Dzięki uwadze możliwa jest filtracja informacji odnoszących się do bólu. Tancerz odnoszący kontuzję podczas spektaklu i tańczący dalej lub sportowiec będący w trakcie zawodów i nieczujący bólu, dopiero później mogą dostrzec uszkodzenia i poczuć ból lub – jak przykładowo podaje Stanisław Kowalik (op. cit.) bokser oczekujący w walce wrażeń bólowych jest na nie przygotowany. Podobnie może być z osobami okaleczającymi się, które podejmują takie zachowania, zwłaszcza jeśli są zaplanowane. Zgodnie z tym oczekiwanie i przygotowanie się na bodziec bólowy może negatywnie korelować z pobudzeniem emocjonalnym. To może być ważna kwestia, bo przecież osoby okaleczające się niejednokrotnie zaznaczają, że odwracają uwagę od bólu psychicznego i skupiają uwagę na tym fizycznym.

Melzack i Wall (2006) wskazują na trzy aspekty bólu: sensoryczno-różnicujący, poznawczo-oceniający oraz emocjonalno-motywacyjny, które wzajemnie na siebie oddziałują. Zmysłowe odczuwanie bólu uzależnione jest od oceny poznawczej bodźca, który ból wywołał. Ocena może zależeć od odczuwanego napięcia emocjonalnego, a napięcie również może wpływać na poziom wrażliwości bólowej. Próg wrażliwości na ból (Szechiński i Sidorowicz, 2007) to najmniejsze, ale zauważalne przez badanego natężenie bólu (pomiar za pomocą ucisku, termicznych bodźców – ciepło zimno, elektryczne), z kolei próg tolerancji to maksymalne natężenie bólu, jakie osoba jest w stanie znieść (Korzeniowska i Szalek, 2007).

Jedną z koncepcji wiążących problem wrażliwości na ból z samouszkodzeniami dotyczy gospodarki neurohormonalnej, a dokładniej wydzielania endorfin. Badania poziomu endorfin u osób dokonujących samouszkodzeń wskazują na jego podwyższenie (Sandman, Hetrick, Taylor i Chiczy-DeMet, 1997), co ma związek z zaburzeniami funkcjonowania osi podwzgórze – przysadka – nadnercza (Sandman Touchette, Lenjavi, Marion i Chiczy-DeMet 2003) oraz zaburzeniem regulacji ekspresji genu, który koduje proopiomelanokortynę (POMC) (Sandman Touchette, Marion, Lenjavi i Chiczy-DeMet, 2002). Wyniki badań Sandmana i współpracowników (2003) wskazują na udział beta-endorfin w aktach samouszkodzeń. We krwi osób autoagresywnych zebranej zaraz po akcie samouszkodzenia wykryto, że beta-endorfiny były oddzielone od ACTH, co nie miało miejsca w przypadku próbki kontrolnej czyli krwi pobranej nad ranem. Substancje takie jak nalokson i naltrekson stanowią blokery receptorów opioidowych, z którymi zwykle wiążą się endorfiny, a ich podanie osobom okaleczającym się spowodowało spadek samouszkodzeń. Na podstawie wyników badań można wysunąć wniosek, że naltrekson i inne związki wiążące się z receptorami opioidowymi, lecz działające antagonistycznie do beta-endorfin (a zatem przekazujące informację o bólu), powodują spadek częstości

samookaleczeń (por. Barrera i in., 1994). Odczuwanie bólu podczas dokonywania samookaleczenia (na skutek podania leku, co redukuje poziom beta-endorfin) może skłaniać osoby do zaprzestania podejmowania samouszkodzeń. Dane te są spójne z danymi Sapolsky'ego (2010), który wskazuje, że akupunktura, stosowana jako środek znieczulający, stymuluje uwalnianie dużych ilości endorfin, a podanie leków blokujących receptory opioidowe (jak wcześniej wspomniany nalokson czy naltrekson) powoduje zniesienie tłumienia bólu przez akupunkturę. Istnieją też hipotezy, że sam akt samouszkodzenia jest przyczyną zwiększania się poziomu endorfin, co prowadzi do uzależnienia się od samouszkodzeń (Konicki i Schulz, 1989; za: Wycisk, 2004). Według Sapolsky'ego (op. cit.) doświadczanie bólu może być wręcz pożądane – autor podaje przykład, że po półgodzinnym samobiczowaniu ból odpływa, a zamiast niego doświadczana jest euforia (op. cit.). Z kolei podwyższony poziom enkefalin zauważany jest u osób, które doświadczały przemocy. Takie osoby adaptują się do podwyższonego poziomu tych substancji, więc w sytuacji doświadczania spokoju, podejmują samouszkodzenia w celu przywrócenia swoistego stanu równowagi (Whalen, 1998, za: Suchańska, 1998).

Dane empiryczne dotyczące problematyki bólu doświadczanego przez osoby okaleczające się pochodzą także z badań osób okaleczających się z diagnozą zaburzenia osobowości *borderline* oraz zaburzeń odżywiania. Na podstawie wyników badań porównawczych, w których badano pacjentki z zaburzeniami odżywiania, Claes, Vandereycken i Vertommen (2006) zweryfikowali hipotezę, że wrażliwość na ból negatywnie koreluje z długością historii samouszkodzeń. W badaniach brano pod uwagę ból w różnych typach samouszkodzeń. Osoby tnące się w czasie krótszym niż rok doświadczały więcej bólu, niż osoby z ponadrocznym czasem okaleczania się. Ponadto częstość dysocjacji korelowała ujemnie z bólem, a osoby, które doświadczyły traumy również odczuwały mniejszy ból. Co nie dziwne – ból korelował z formą samouszkodzeń. Wyrwanie włosów – brak bólu, drapanie, uderzanie się, cięcie i przypalanie silniej związane z obecnością bólu (op. cit.). Sprzeczne z tymi danymi wyniki dotyczące traumy i wrażliwości na ból uzyskała Sakson-Obada (2009), gdzie zaniedbanie w dzieciństwie, bycie świadkiem traumy u kobiet oraz doświadczenie przemocy fizycznej u mężczyzn korelowało z wysoką wrażliwością na ból.

W badaniach Lüdaschera i współpracowników (2009) próg bólu był wyższy u aktualnie okaleczających się osób z diagnozą zaburzenia osobowości *borderline* niż u osób, które zaprzestały samouszkodzeń. Ta ostatnia grupa badanych z kolei charakteryzowała się wyższym progiem wrażliwości na ból niż grupa kontrolna złożona z osób zdrowych. Autorzy badań wysuwają stąd wniosek, że wrażliwość na ból ulega zmianie w czasie. Dane te wspiera wniosek Edelsona (1984), wedle którego okaleczanie skóry, a co za tym idzie uszkodzanie jej unerwienia, powoduje obniżenie progu czucia dotykowego, a w

konsekwencji podwyższa wrażliwość skóry. Z kolei w badaniach Wycisk (2004) częstość samouszkodzeń nie miała związku z analgezą (tj. niewrażliwością na ból), choć pomiar dokonywany był metodą kwestionariuszową. Claes i współpracownicy (2006) wskazują, że zaburzenia afektywne mogą mieć wpływ na percepcję bólu, a Jowita Wycisk badała osoby z populacji ogólnej, a nie osoby hospitalizowane.

Bohus i inni (2000) porównywali okaleczających się pacjentów z zaburzeniem osobowości *borderline*, którzy nie odczuwają bólu z grupą kontrolną, którą stanowiły nieokaleczające się osoby bez diagnozy zaburzenia osobowości *borderline*. Osoby z grupy badawczej miały podwyższony próg bólu w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej. Ponadto próg bólu był wyższy, gdy osoby doświadczały stanu dyskomfortu, niż w stanach spokoju. Niestety w badaniach nie uwzględniono osób z diagnozą zaburzenia osobowości *borderline*, które nie dokonywały samouszkodzeń. Porównanie takiej grupy z grupą badawczą, mogłoby wyeliminować pytanie, czy samo zaburzenie nie jest zmienną istotną dla wysokości progu wrażliwości na ból. Odpowiedź na to pytanie przynoszą badania Russa i Kakumy (1999) wyprowadzili wniosek, że u osób, które nie doświadczały bólu podczas aktu samouszkodzenia stwierdzono mniejszą intensywność bólu doświadczaną w ogóle w porównaniu z innymi badanymi grupami tj. osobami z zaburzeniem osobowości *borderline*, które czuły ból wskutek samouszkodzenia, osobami z depresją oraz osobami bez diagnozy zaburzeń psychicznych. Z kolei wyniki badań Israela Orbacha i współpracowników (1997) z udziałem osób z doświadczeniem próby samobójczej, osób okaleczających się oraz osób bez żadnych z tych doświadczeń pokazały, że osoby z próbą samobójczą miały najwyższe progi bólu spośród wszystkich badanych grup.

W innych badaniach Russa i współpracowników (1996) kobiety z zaburzeniem osobowości *borderline*, które nie doświadczały bólu podczas aktu samouszkodzenia słabiej różnicowały między wyobrażonymi bolesnymi i umiarkowanie bolesnymi sytuacjami oraz słabiej interpretowały wrażenia bólowe, uzyskały też wyższe wyniki w skali dysocjacji. Wniosek z tych badań płynie taki, że brak doświadczania bólu w momencie samouszkodzenia może być związany z poznawczym aspektem funkcjonowania tych osób, tj. zmniejszonej zdolności rozróżniania między bolesnymi i łagodnie bolesnymi sytuacjami oraz obecnością dysocjacji.

Hooley i współpracownicy (2005) wysunęli zastrzeżenie, że badanie związków bólu z samouszkodzeniami odbywa się najczęściej z udziałem osób z zaburzeniem osobowości *borderline*, dlatego badacze ci skupili się na osobach okaleczających się wywodzących się z populacji ogólnej. Badacze brali pod uwagę czas trwania bólu ujmowany jako różnica między progiem bólu a tolerancją na ból, czyli czas, jaki osoba jest w stanie lub jest skłonna poddawać się bólowi. W ten sposób mierzony czas doświadczania bólu był dłuższy u

badanych z diagnozą zaburzenia osobowości borderline nie doświadczający bólu podczas aktu samouszkodzenia niż u osób z tym zaburzeniem, które doświadczały bólu podczas samouszkodzenia i osoby z grupy kontrolnej. Być może długotrwałe doświadczanie samouszkodzeń (nawet jeśli próg bólu nie jest wysoki) może prowadzić do jego podwyższenia poprzez habituację.

Generalna tendencja, jaka wyłania się z cytowanych badań jest taka, że osoby okaleczające się często nie czują bólu podczas aktu samouszkodzeń, a ich próg wrażliwości i tolerancji na ból jest wyższy niż u osób nieokaleczających się. „Zazwyczaj wcale nie czuję bólu”. „Nie czuję bólu, kiedy się tnę” – oto niektóre wypowiedzi osób okaleczających się (Babiker i Arnold, 2002). Z drugiej strony osoby okaleczają się też po to, żeby poczuć ból fizyczny i odwrócić uwagę „od wszystkiego”. „Ból pobudza, uspokaja, przełamuje moją bezradność”. „Bolało, ale to było przyjemne, mój ból się materializował”. „Mam przyjemność z tego, że ból był realny”. „Nie lubię bólu, ale nie potrafię bez niego żyć”, „Będę robić cokolwiek, by poczuć ból”, „Ból jest częścią kary, ale nie trwa wystarczająco długo” (cytaty pochodzą z: Babiker i Arnold, 2002; Kochańska, 2000). Przypuszczalnie związek bólu a dokładniej konstytucyjnych uwarunkowań do jego doświadczania oraz z drugiej strony – subiektywnego sposobu jego doświadczania jest kwestią bardziej złożoną.

2.3. Samouszkodzenia a czynniki temperamentalne i funkcjonowanie mózgu

Analiza wypowiedzi osób okaleczających się pozwala wyłonić jeszcze jeden, przypuszczalnie bardzo ważny dla nawykowych samouszkodzeń aspekt problemu. „Widząc krew wypływającą z nacięć na mojej skórze, czuję odprężenie, znika frustracja i złość”. „To jest jak narkotyk. Staje się czymś, bez czego nie możesz żyć. Gdy raz pomoże załatwić problem, próbujesz jeszcze raz i widzisz, że działa. W końcu małe cięcia już nie wystarczają”. „Jestem pobudzona, gdy widzę, że moja krew spływa po nodze, a potem moja głowa jakby oddziela się od mojego ciała i czuje się, jakbym się unosiła.” Zwłaszcza ostatnia wypowiedź nasuwa na myśl koncepcję Johnsona (1992) dotyczącą regulacji emocji u osób uzależnionych od alkoholu. Johnson (1992) analizując predyspozycje do nawykowego picia alkoholu w kontekście doświadczania emocji pod wpływem tej substancji, wskazuje na uniwersalny dla alkoholików model zachwiania równowagi emocjonalnej. Według Johnsona (1992) osoby mające predyspozycje do nawykowego picia doświadczają dużej przyjemności dzięki picciu, gdyż wiąże się z tym poprawa nastroju (stany euforyczne). Jednakże pod wpływem częstego picia, równowaga emocjonalna ulega zachwianiu i osoby coraz częściej zamiast euforii doświadczają cierpienia, wobec tego piją, aby przywrócić sobie stan normalny.

Cloninger (1997, za: Hornowska, 2003) z kolei wysunął założenie o związku określonej struktury cech temperamentalnych z częstością występowania uzależnień. Badacz wyróżnił dwa typy alkoholizmu, mających odmienne podłoża temperamentalne. Typ I alkoholizmu charakteryzuje się niskim poszukiwaniem nowości, wysokim unikaniem szkody oraz wysoką zależnością od nagrody. II typ alkoholizmu natomiast wiąże się z takimi wymiarami temperamentu jak wysokie poszukiwanie nowości, niskie unikanie szkody, niskie uzależnienie od nagrody. Osoby z alkoholizmem II typu charakteryzują się między innymi poszukiwaniem wrażeń, bywają podekscytowane nowościami, są impulsywne, porywcze i wybuchowe, mają małą tolerancję na monotonię, szybko podejmują decyzje, lubią ryzyko, są odważne i aktywne, zdystansowane i wycofujące się. W kontekście danych pochodzących z wypowiedzi osób badanych, przytoczonych na początku tej części oraz koncepcji Johnsona (1992), nasuwa się pytanie, czy osoby radzące sobie z napięciem przez okaleczanie się sposób nawykowy mają podobną strukturę temperamentu jak osoby uzależnione od alkoholu II typu. Czy określona konfiguracja cech temperamentalnych może być czynnikiem znaczącym w podejmowaniu nawykowych samouszkodzeń? To kolejne pytanie, jakie stawiane jest w tej pracy.

Dorota Kubacka-Jasiecka (1975) wskazuje na predyspozycje temperamentalne – szybkość reagowania na bodźce, siłę tej reakcji oraz natężenie emocji – jako czynnik sprzyjający utrwaleniu się zachowań agresywnych i autoagresywnych. Niejednokrotnie też w literaturze przedmiotu wskazuje się na neurologiczne podłoża samouszkodzeń. Obok wcześniej wspomnianej dysregulacji układu opioidowego wskazuje się na zmiany w funkcjonowaniu układu serotonergicznego oraz nierównowagę poziomu dopaminy (Eckhardt, 1998; Grossman i Siever, 2001; Haines i in., 1995; Osuch i Payne, 2001; Sandman, 2003; Stein i Simeon, 2001). W niektórych badaniach nad autodestruktywnością wskazywany jest związek impulsywności z samouszkodzeniami (Herpertz i in., 1997, Simeon i Favazza, 2001, Grossman i in., 2001, Glenn i Klonsky, 2010). Impulsywność wiązana jest z deficytami w zakresie kontroli hamowania, które z kolei zidentyfikowane zostały w takich zaburzeniach jak zaburzenia zachowania, zachowania obsesyjno-kompulsywne, ADHD oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych (Kamarajan i in., 2004; Schachar i Tannock, 1993; Logan i in. 1997, Glenn i Klonsky, 2010). Kontrola hamowania, obok innych funkcji poznawczych, takich jak uwaga, pamięć robocza, planowanie, podejmowanie decyzji czy regulacja emocji wiąże się z aktywnością płatów czołowych. Dysfunkcje płata czołowego skutkują tendencją do angażowania się w zachowania powtarzalne, słabą kontrolą hamowania, nieprawidłowościami w funkcjonowaniu emocjonalnym czy zmniejszoną motywacją. Z kolei deficyty w zakresie kontroli hamowania przejawia się tendencją m. in. do rozpraszania się, hiperaktywności i impulsywności (Kamarajan i in., 2004).

Badania Catherine Glenn i Davida E. Klonsky'ego (2010) są szczególnie interesujące z punktu widzenia projektowanego badania, gdyż przeprowadzone były na populacji osób dokonujących samouszkodzeń. Badacze wykorzystali zadanie z sygnałem stop (*stop-signal task*) jako behawioralną metodę pomiaru kontroli hamowania oraz metodę samoopisową, tj. kwestionariusz mierzący impulsywność *UPPS Impulsive Behavior Scale*⁹ (Lynam i Whiteside, 2001). Zadanie z sygnałem stop przebiegało w ten sposób, że uczestnicy proszeni byli o naciskanie klawisza lewego zawsze, gdy pojawia się biała strzałka na ekranie. Jednakże w 25% prób po prezentacji tego bodźca pojawiał się tzw. bodziec stop (tj. zmiana koloru strzałki na niebieski), który był informacją dla osoby badanej, że należy reakcję (naciśnięcie klawisza) zahamować. Rezultaty badania okazały się dość zaskakujące. Na poziomie samoopisu (badanie kwestionariuszowe) ujawniły się różnice między grupą kontrolną a badawczą (osoby okaleczające przejawiały większą impulsywność), jednak na poziomie behawioralnym (tj. gdy brany był pod uwagę czas reakcji wskazujący na poziom kontroli hamowania), różnic między grupami nie było. Różnice na poziomie samoopisu wystąpiły w zakresie trzech wymiarów. Osoby okaleczające się częściej niż nieokaleczające się deklarowały niemożność odroczenia zachowania (*Urgency*) oraz podjęcia refleksji czy zaplanowania jakiegoś działania (*lack of Premeditation*). Okaleczający się częściej poszukują wrażeń (*Sensation Seeking*) niż osoby z grupy kontrolnej, mają tendencję do poszukiwania przygody czy podniecenia. Według autorów badania (op. cit.) wyniki o deficytach w zakresie planowania są spójne z wynikami innych badań (Evans i in. 1996, Hawton i in. 2002, Herpertz i in., 1997; za: Glenn i Klonsky, 2010). Jak wspomniano, badanie kontroli hamowania u osób okaleczających się i osób bez takich doświadczeń za pomocą metody behawioralnej (*stop-signal task*) nie wykazało między grupami różnic w czasie reakcji.

Możliwe, że na taki wynik badań wpływ miał kontekst badania. Jedno z wyjaśnień jest takie, że deficyty w zakresie kontroli hamowania ujawniają się jedynie w momencie doświadczania negatywnych emocji. Oznaczałoby to, że trudności w hamowaniu reakcji mogą być zależne od stanu (*state-related inhibitory control deficits*), a nie – jak na przykład w przypadku osób z ADHD – stałą cechą (*trait-related inhibitory control deficits*). Wystąpienie negatywnych emocji podczas badania Catherine Glenn i Davida E. Klonsky'ego (op. cit.) nie było jednak ani kontrolowane, ani wywoływane. W opisywanym badaniu nie dokonano też pomiaru aktywności mózgu, mierzony był jedynie czas reakcji na sygnał stop.

⁹ UPPS służy do określenia czterech cech, które prowadzą do impulsywnych zachowań: pośpiech (*Urgency*), brak wytrwałości (*lack of Perseverance*), brak planowania (*lack of Premeditation*) oraz poszukiwanie wrażeń (*Sensation Seeking*) (Lynam i Whiteside, 2001).

Znaczna większość badań nad zjawiskiem samouszkodzeń wykorzystuje metodę samoopisu (np. Klonsky, 2009; Lloyd-Richardson i in., 2009). Niewiele jest badań aparaturowych na populacji osób dokonujących samouszkodzeń, a szczególnie badań za pomocą elektroencefalografu. Przeprowadzono badania z wykorzystaniem elektroencefalografu z udziałem osób dokonujących samouszkodzeń, ale były to osoby z upośledzeniem intelektualnym, (np. Geyde, 1989). Przeprowadzono też badania porównawcze na populacji okaleczających się osób z zaburzeniem osobowości borderline, gdzie dokonano rejestracji aktywności mózgu podczas aparaturowego badania wrażliwości na ból (Russ i in., 1999; Niedtfeld i in. 2012). Brakuje jednak tego typu badań z udziałem osób okaleczających się, wywodzących się z populacji ogólnej. Choć Glenn i Klonsky (2010) prowadzili badania nad impulsywnością z udziałem właśnie tej grupy osób, to nie dokonywali pomiaru aktywności mózgu. Ponadto badacze ci wskazują na konieczność zbadania ewentualnego wpływu emocji negatywnych na impulsywność u osób okaleczających się, które w ich badaniu nie były ani wzbudzane, ani kontrolowane, a właśnie ta kwestia przypuszczalnie skutkowała brakiem różnic w zakresie impulsywności między osobami okaleczającymi się i niedokonującymi samouszkodzeń. Jednym z celów niniejszej pracy jest odpowiedź na wskazane wyżej luki.

CZĘŚĆ EMPIRYCZNA

Rozdział 3.

Metodologiczne podstawy badań własnych

Badania własne przeprowadzono w ramach metodologii mieszanych metod (Creswell, 2009, Johnson, Onwuegbuzie, 2004; za: Paluchowski, 2012). Wynika to przede wszystkim z rodzaju postawionych problemów badawczych (poniżej). Dzięki takiemu podejściu zwiększy się obrazowość przedstawianego zjawiska, gdyż analiza jakościowa pozwoli uzupełnić znaczenie wyników opracowanych ilościowo, a także pozwoli na wzajemne wyjaśnianie rezultatów badań (op. cit.). Poniżej przedstawiono główne problemy badawcze postawione w ramach tej pracy oraz stawiane hipotezy.

3.1. Problemy i hipotezy badawcze

Dwa główne problemy badawcze postawione w planowanej pracy doktorskiej brzmią następująco:

Problem 1

Od jakich czynników zależy wykorzystywanie samouszkodzeń jako nawykowego sposobu radzenia sobie z napięciem w porównaniu z osobami nieokaleczającymi się?

Problem 2

Jaki jest mechanizm radzenia sobie z napięciem u osób dokonujących nawykowych samouszkodzeń?

Szczegółowe pytania do drugiego problemu badawczego brzmią następująco:

1. Dlaczego właśnie samouszkodzenia stały się sposobem radzenia sobie z napięciem (jak osoba badana sobie to wyjaśnia)?
2. Od czego zależy wybór samouszkodzenia jako sposobu radzenia sobie z napięciem (sytuacje/ okoliczności/ czynniki sprzyjające/ czynniki hamujące)?
3. Jaka jest skuteczność redukcji napięcia za pomocą samouszkodzeń?

2.2. Hipotezy badawcze

Hipoteza 1

Hipoteza odpowiadająca na pierwsze główne pytanie w mojej projektowanej pracy brzmi następująco:

2.2.1. Próg wrażliwości na ból, specyficzny wzorzec aktywności mózgu, specyficzny wzorzec temperamentu tj. temperament typowy dla II typu alkoholizmu oraz sposób doświadczania ciała są czynnikami różnicującymi osoby radzące sobie z napięciem za pomocą nawykowych samouszkodzeń i osoby radzące sobie z napięciem w inny sposób.

Hipoteza sformułowana na podstawie wypowiedzi osób okaleczających się na temat samouszkodzeń (Kochańska; Babiker i Arnold, 2002), danych teoretycznych (Walsh, 2006) i empirycznych (Wycisk, 2004) dotyczących sposobu doświadczania ciała u osób okaleczających się oraz koncepcji schematów reakcji emocjonalnych u alkoholików (Johnson, 1992) i badań nad temperamentem osób uzależnionych od alkoholu (Cloninger, 1997; za: Hornowska, 2003).

Hipoteza 1.1.

Osoby nawykowo okaleczające się przejawiają temperament typowy dla II typu alkoholizmu częściej niż osoby nieokaleczające się.

Hipoteza sformułowana na podstawie wypowiedzi osób okaleczających się dotyczących samouszkodzeń (Kochańska, Babiker i Arnold, 2002) koncepcji schematów reakcji emocjonalnych u alkoholików (Johnson, 1992) oraz badań nad temperamentem osób uzależnionych (Cloninger, 1997; za: Hornowska, 2003).

Hipoteza 1.2.

Osoby okaleczające się w sposób nawykowy mają wyższy próg wrażliwości na ból niż osoby nieokaleczające się.

Hipoteza sformułowana na podstawie danych teoretycznych (Sapolsky, 2010) oraz empirycznych (Bohus i in., 2000; Claes i in., 2006; Luedascher, i in. 2009).

Hipoteza 1.3.

Osoby okaleczające się w sposób nawykowy mają wyższy poziom napięcia transsytuacyjnego niż osoby nieokaleczające się.

Hipoteza sformułowana na podstawie danych empirycznych (Nock, 2010; Nock i Mendes, 2008).

Hipoteza 1.4.

Osoby nawykowo okaleczające się różnią się sposobem doświadczania ciała od osób, które nie podejmują takich zachowań.

Hipoteza sformułowana na podstawie danych teoretycznych (Walsh, 2006) i empirycznych (Wycisk, 2004).

Hipoteza 1.5.

Osoby okaleczające się nawykowo przejawiają mniejszą kontrolę hamowania niż osoby nieokaleczające się.

Hipoteza sformułowana na podstawie danych teoretycznych i empirycznych (Herpertz i in., 1997, Simeon i Favazza, 2001, Grossman i in., 2001, Glenn i Klonsky, 2010).

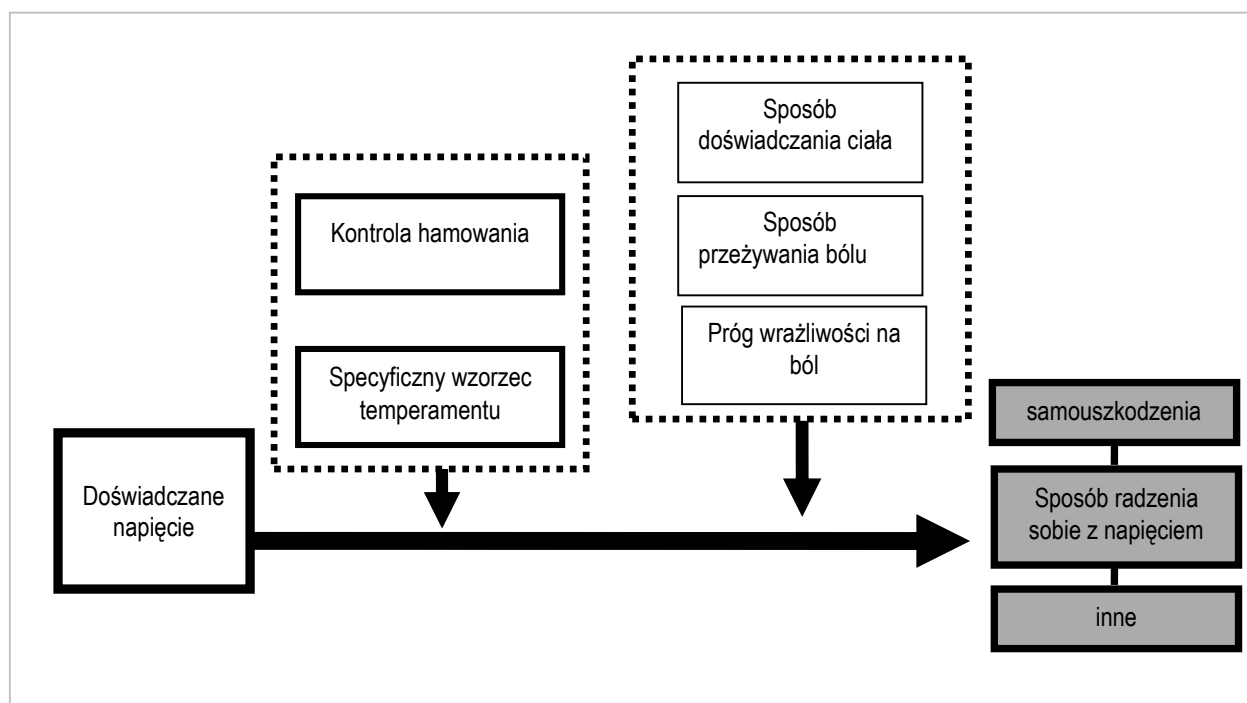
Hipoteza 2

Druga hipoteza badawcza dotyczy sposobu, w jaki dochodzi do powtarzania samouszkodzeń czyli charakterystyki mechanizmu radzenia sobie z napięciem za pomocą samouszkodzeń. Mechanizm rozumiany jest tu jako utrwalona sekwencja procesów psychicznych, będących w interakcji z czynnikami sytuacyjnymi, która umożliwia osiągnięcie celu. Chociaż ze względu na eksploracyjny charakter pytania, trudno sformułować hipotezę, to można przypuszczać, że z historią samouszkodzeń wiążą się specyficzne zdarzenia np. zaniedbanie emocjonalne ze strony opiekunów. Można też przypuszczać, że podczas aktu samouszkodzenia osoby doświadczają euforycznych stanów i to zachowanie, pozwala im na zmniejszenie napięcia. Na podstawie uogólnienia historii samouszkodzeń w życiu jednostki oraz autocharakterystyki przeżyć podczas aktu samouszkodzenia dokonany zostanie opis mechanizmu radzenia sobie z napięciem u osób podejmujących nawykowe samouszkodzenia.

3.2. Schemat zależności między zmiennymi

Na rycinie 3 przedstawiony został schemat zależności między zmiennymi. Przewidywanym głównym czynnikiem różnicującym osoby radzące sobie z napięciem za pomocą samouszkodzeń nawykowych od osób, które z napięciem radzą sobie w inny sposób są: specyficzny wzorzec temperamentu oraz specyficzny wzorzec aktywności mózgu. U osób, które podejmują samouszkodzenia w sposób nawykowy, próg wrażliwości na ból jest przypuszczalnie wyższy niż u osób nieokaleczających się. Owa wrażliwość na ból będzie miała związek z funkcją, jaką pełnią samouszkodzenia. Specyficzny sposób doświadczania

ciała to kolejny czynnik, który przypuszczalnie będzie miał znaczenie dla radzenia sobie z napięciem za pomocą samouszkodzeń.



Ryc. 3 Schemat zależności między zmiennymi

Źródło: Opracowanie własne

Przewidywanymi głównymi czynnikami różnicującymi osoby radzące sobie z napięciem za pomocą samouszkodzeń nawykowych i osoby, które z napięciem radzą sobie w inny sposób są: specyficzny wzorzec temperamentu typowy dla alkoholizmu II typu (Cloninger, 1994) oraz zdolność kontroli hamowania. U osób, które podejmują samouszkodzenia w sposób nawykowy, próg wrażliwości na ból jest przypuszczalnie wyższy niż u osób nieokaleczających się. Owa wrażliwość na ból będzie miała związek z funkcją, jaką pełnią samouszkodzenia. Specyficzny sposób doświadczania ciała to kolejny czynnik, który przypuszczalnie będzie miał znaczenie dla radzenia sobie z napięciem za pomocą samouszkodzeń.

3.2. Operacjonalizacja zmiennych i wykorzystane narzędzia pomiarowe

Zmienne zależne oraz niezależne główne (X_g) i niezależne pośredniczące (X_p) wraz z ich operacjonalizacją, a także proponowane narzędzia badawcze przedstawione zostały w

tabeli poniżej (Tab. 6). Poniżej krótka charakterystyka narzędzi pomiarowych wykorzystanych w badaniach w ramach pracy doktorskiej.

2.4.1. Kwestionariusz Sytuacji Napięciowych

Samodzielnie skonstruowany Kwestionariusz Sytuacji Napięciowych (kwestionariusz typu S–R) powstał na potrzeby badania przesiewowego oraz jako narzędzie do pomiaru sposobów regulowania napięcia (Załącznik 1). Służy on do pomiaru następujących aspektów: (a) tendencji do doświadczania napięcia: niska/wysoka (częstość wskazywania stopnia napięcia w różnych sytuacjach); (b) transsytuacyjności sposobu/sposobów radzenia sobie z napięciem (częstość wskazywania tych samych zachowań w różnych sytuacjach); (c) zachowań autodestruktywnych w sytuacji doświadczania napięcia (funkcja kwestionariusza przesiewowego). Szczegółowy przebieg konstrukcji tego kwestionariusza będzie opisany dalej.

2.4.1. Inwentarz Pytań i Twierdzeń dotyczących Samouszkodzeń

To narzędzie posłuży do szczegółowej analizy samouszkodzeń (Załącznik 3). Składa się z trzech części. Pierwszą stanowi arkusz z dwoma pytaniami: „Zdarza mi się celowo (nieprzypadkowo) kaleczyć lub uszkadzać swoje ciało albo zadawać ból ciału z innych powodów niż medyczne, kosmetyczne (np. depilacja) lub estetyczne (np. tatuaże, kolczyki)” oraz „W przeszłości zdarzało mi się celowo (nieprzypadkowo) kaleczyć lub uszkadzać swoje ciało albo zadawać ból ciału z innych powodów niż medyczne, kosmetyczne (np. depilacja) lub estetyczne (np. tatuaże, kolczyki)”. Udzielenie twierdzącej odpowiedzi na którekolwiek z tych pytań powoduje przejście do dalszej części kwestionariusza.

Druga część składa się z 16 pytań dotyczących podejmowania określonych form samouszkodzeń (13 form już podanych oraz dwie pozycje, które osoba badana może uzupełnić formami samouszkodzeń, które nie pojawiały się w inwentarzu). Ta część umożliwia pomiar takich aspektów zjawiska jak forma, częstotliwość, wiek rozpoczęcia samouszkodzeń oraz czas ostatniego podjęcia tego zachowania, a także kwestię spontaniczności versus planowania samouszkodzeń, świadomości podejmowanego zachowania i doświadczania bólu podczas aktu samouszkodzenia. Forma tej części inwentarza inspirowana była narzędziem *Self-Injury Self-Report Inventory* (SISRI) autorstwa K. Juzwin (2004).

Narzędzie to nie zostało jednak zaadaptowane z tego względu, że pytania w tym inwentarzu dotyczyły też aktów pośredniej autodestruktywności, jedno próby samobójczej oraz doświadczeń przemocy, a zatem wykraczało poza obszar zainteresowania badawczego w niniejszej pracy. Trzecią część inwentarza stanowił zaadaptowany *Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS)* autorstwa Davida E. Klonsky'ego (2007). Jest to

narzędzie kwestionariuszowe stworzone do pomiaru funkcji samouszkodzeń (Klonsky i Glenn, 2008). Narzędzie to mierzy 13 rodzajów funkcji samouszkodzeń: regulacja afektu, przerwanie stanu dysocjacji, zapobieganie samobójstwu, zaznaczanie dystresu, nawiązywanie więzi z rówieśnikami, samoopieka, samokaranie, zemsta, poszukiwanie stymulacji, okazywanie wytrzymałości. Poziom ważności każdej z funkcji dla osoby badanej jest szacowany na 3-stopniowej skali.

Tab. 6 Operacjonalizacja zmiennych i narzędzia pomiarowe

Symbol	Zmienna	Operacjonalizacja wskaźnik zmiennej	Narzędzie pomiarowe
Y _{g1}	Sposób radzenia sobie z napięciem	Odpowiedzi wskazane w kwestionariuszu	Samodzielnie stworzony kwestionariusz typu S-R
Y ₂	Funkcja samouszkodzeń	Odpowiedzi wskazane w kwestionariuszu	<i>Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS)</i> – Klonsky (2007)
X _{g1}	Specyficzny wzorzec temperamentu	Odpowiedzi wskazane w kwestionariuszu	<i>Kwestionariusz Temperamentu i Charakteru (TCI)</i> Cloninger i in. (1994)
X _{g2}	Amplituda oraz latencja potencjałów wywołanych N100, N200, P200, P300	Zapis EEG	Elektroencefalograf
X _{g3}	Kontrola hamowania	-Czas reakcji niezahamowanych; -Liczba poprawnych zahamowań reakcji;	Zadanie typu <i>stop-signal task</i> (Verbruggen i Logan, 2008)
X _{p4}	Próg wrażliwości na ból	Moment, w którym narastająca temperatura wywołuje wrażenie bólu (za: Sakson-Obada, 2009).	Urządzenie <i>TempTest</i> – Sakson-Obada (2009)
X _{p5}	Sposób przeżywania bólu	Odpowiedzi wskazane w kwestionariuszu i na skali	Kwestionariusz Melzacka-McGill (1975).
X _{p6}	Sposób doświadczania ciała	Odpowiedzi wskazane w kwestionariuszu	<i>Kwestionariusz Ja cielesnego</i> – Sakson-Obada (2009)
X _{g7}	Mechanizm nawykowych samouszkodzeń	Analiza treści wypowiedzi	Wywiad narracyjny (dot. historii samouszkodzeń w życiu osoby oraz charakterystyki aktu samouszkodzenia).

Źródło: Opracowanie własne

2.4.2. Kwestionariusz Temperamentu i Charakteru (TCI) – Cloninger i in. (1994)

Kwestionariusz ten służy do pomiaru różnych wymiarów charakteru i temperamentu (Cloninger i in., 1994; za: Hornowska, 2003). Składa się z czterech wymiarów temperamentu – poszukiwanie nowości, uzależnienie od nagrody, unikanie szkody oraz wytrwałość – a także trzech wymiarów charakteru – samokierowanie, skłonność do współpracy i autotranscendencja. W obrębie owych siedmiu wymiarów wyróżnione zostały 24 podwymiary. Osoba badana określa, czy dane twierdzenie jest w odniesieniu do niej samej prawdziwe czy fałszywe (Hornowska, 2003).

2.4.3. Kwestionariusz Ja cielesnego – Sakson-Obada (2009)

Kwestionariusz ten służy do pomiaru deklaratywnego Ja cielesnego. Złożony jest z 10 skal mierzących podwyższone progi doznań, obniżone progi doznań, interpretację doznań w kategorii emocji, interpretację doznań w kategoriach stanów fizycznych, interpretację doznań w kategoriach poczucia tożsamości, regulację stanów fizycznych, regulację emocji, stosunek emocjonalny do ciała, komfort w sytuacji bliskości fizycznej oraz ochronę ciała (Sakson-Obada, 2009). Uzyskano zgodę autorki narzędzia na wykorzystanie go w niniejszej pracy.

2.4.4. Urządzenie TempTest do badania progu bólu – Sakson-Obada (2009)

Badanie progów wrażliwości na ból za pomocą aplikowania osobom badanym bodźców o wysokiej lub niskiej temperaturze w celu wywołania bólu jest powszechne w badaniach na świecie dotyczących tego zagadnienia (np. Werner, Duschek, Matern i Schandry, 2009; Tsao, Lu, Kim, Zeltzer, 2006; King, Alexander, 2000; Duschek, Schwarzkopf, Schandry, 2008; Wong, Rodrigues, Schmidt, Vierck, Mauderli, 2010; Ludäscher, Valerius, Stiglmayr, Mauchnik, Lanius, Bohus, Schmahl, 2010). Urządzenie typu TempTest przeznaczone jest do badania wrażliwości na ból, który powstaje w efekcie nagrzewania części ciała. Oznacza to, że osoba badana wskazuje najmniejszą wartość bodźca, przy której zaczyna doświadczać bolesnej stymulacji (Melzack i Wall, 2006) i to wskazanie kończy pomiar. Urządzenie to zostało skonstruowane na wzór narzędzia do pomiaru bólu Israela Orbacha (za: Sakson-Obada, 2009; Orbach). Osoba badana wskazuje za pomocą naciśnięcia klawisza moment, w którym doświadcza daną wysokość temperatury jako bolesną. Naciśnięcie klawisza powoduje natychmiastowe schłodzenie się płytki dotykającej skóry (Sakson-Obada, 2009).

Samo urządzenie zbudowane jest z elementu grzewczego (płytką aluminiową przykładaną do ciała badanego), części sterującej tj. kontrolującej pracę urządzenia, połączonej z komputerem oraz z tzw. manipulatorem, który umożliwia badanemu sygnalizowanie momentu doświadczenia bólu. Osoba badana przykładą rękę (część

wewnętrzna przedramienia) do elementu grzewczego oraz otrzymuje następującą instrukcję: „*Za chwilę temperatura ustabilizuje się na poziomie 30 stopni. Gdy będzie Pan(i) gotowy/a uruchomię urządzenie i wtedy poczuje Pan(i) powolny wzrost temperatury. W momencie gdy poczuje Pan(i) ból, proszę nacisnąć klawisz ESCAPE na klawiaturze i zdjąć rękę z płytki*” (Sakson-Obada, 2009). Moment włączenia urządzenia następuje więc w momencie, gdy osoba zasygnalizuje gotowość do badania, uprzednio przyłożywszy rękę do płytki grzewczej. Aparatura wyłączana jest w chwili naciśnięcia klawisza na klawiaturze komputera, co powoduje zapisanie wysokości temperatury i schłodzenie grzałki do poziomu wyjściowego.

2.4.5. Kwestionariusz Bólu Melzacka (The McGill Pain Questionnaire) – Ronald Melzack (1975)

Kwestionariusz służy do ilościowego i jakościowego pomiaru percepcji bólu. Składa się z 14 przymiotników charakteryzujących ból oraz skali mierzącej jego natężenie. Polskiej adaptacji dokonał Sedlak (1996; za: Szechiński i Sidorowicz, 2007). Uzyskano zgodę autora narzędzia na wykorzystanie go w niniejszej pracy.

2.4.6. Wywiad narracyjny –Biographic-Narrative Interpretive Method (Tom Wengraf, 2001)

Celem przeprowadzenia wywiadu z osobami okaleczającymi się jest zebranie danych dotyczących historii samouszkodzeń w życiu osoby oraz charakterystyki samego aktu samouszkodzenia. Dane mają umożliwić wskazanie mechanizmu radzenia sobie z napięciem za pomocą nawykowych samouszkodzeń. Dzięki tej konkretnej metodzie badacz otrzymuje całą historię życia osoby badanej lub jej część (w zależności od postawionego pytania) wraz z narracjami dotyczącymi konkretnych zdarzeń (*Particular Incident Narratives – PINs*). Jedno z ważnych założeń podejścia jest takie, że badacz nie ingeruje w treść narracji, nie przerywa jej. Eksplorowanie wypowiedzi i ekspresji takiej jaka jest, bez ingerencji ze strony badacza w proces narracji, jest kluczem do zrozumienia podmiotowości osoby badanej. Wywiad składa się z dwóch sesji (czasem trzech). Podczas pierwszej sesji osoba przeprowadzająca wywiad zadaje uprzednio przygotowane jedno pytanie mające wzbudzić narrację, na przykład „Opowiedz mi historię swego życia, wszystkie te zdarzenia i doświadczenia, które są dla Ciebie ważne. Zaczynaj od dowolnego momentu. Nie będę ci przerywać, będę jedynie robić notatki na później”. Druga sesja zwykle zaczyna się chwilę po zakończeniu pierwszej, jeszcze podczas tego samego spotkania. Badacz zadaje pytania ściśle związane z treścią narracji z pierwszej sesji, by pogłębić i poszerzyć zakres już

posiadanych danych. Można przeprowadzić trzecią sesję, jeśli dane są niewystraszające i wówczas ma ona już charakter wywiadu ustrukturalizowanego lub półustrukturalizowanego.

Fragmenty wypowiedzi osób badanych z sesji pierwszej, które będą zbliżały do odpowiedzi na te pytania, zostaną bardziej szczegółowo eksplorowane w sesji drugiej, zgodnie z określoną przez Toma Wengrafa procedurą opisaną dalej.

2.4.7. Zadanie z sygnałem stop (*stop-signal task*)

Zadanie to posłuży do pomiaru kontroli hamowania na poziomie behawioralnym u osób badanych. Szczegółowy opis procedury zawarty jest w punkcie 3.3.3. Dodatkowo podczas wykonywania tego zadania przeprowadzone będzie badanie za pomocą elektroencefalografu w celu pomiaru kontroli hamowania na poziomie fizjologicznym (aktywność elektryczna mózgu), gdzie możliwe będzie zobrazowanie komponentów N100, N200, P200 i P300 (potencjały wywołane).

3.3. Przygotowanie narzędzi

3.3.1. Procedura tworzenia Kwestionariusza Sytuacji Napięciowych

Narzędzie to jest kwestionariuszem typu S-R, tj. takim, który wskazuje na zachowanie ludzi w różnych sytuacjach (Endler i in., 1962). Złożony jest z dwóch list, z których jedna to lista sytuacji potencjalnie wzbudzających napięcie, natomiast druga złożona jest z możliwych sposobów reakcji w danych sytuacjach. Poniżej przedstawione zostały poszczególne etapy konstrukcji kwestionariusza.

1. Wyodrębnienie kategorii (klas) sytuacji na podstawie kilku źródeł. W większości publikacji poświęconych badaniom napięcia, brakuje samej definicji tego pojęcia. Nie podaje się też sposobów operacjonalizacji mierzonego napięcia. Z analizy publikacji poświęconych badaniu napięcia wynika, że wielu badaczy w ogóle nie określa, w jaki sposób rozumieją napięcie, a samo pojęcie wydaje się być traktowane wręcz aksjomatycznie. Podjęto wobec tego decyzję, że przy budowie niniejszego kwestionariusza definicja napięcia będzie miała charakter nominalny tj. taki, że napięcie „należy rozumieć jako coś (patrz dalej)” na gruncie danego języka (tu: konstruowanego narzędzia). Jednocześnie definicja ta ma charakter ostensywny tj. określa znaczenie terminu poprzez wskazanie na desygnaty definiowanego terminu. Pojęcie „napięcia” jest w Kwestionariuszu Sytuacji Napięciowych rozumiane następująco:

Napięcie – nieprzyjemny stan, dyskomfort, poczucie spięcia, nerwowość, nieprzyjemne pobudzenie. Niekiedy może być doświadczane w ciele i może być związany z emocjami lub myślami.

Tak rozumiane napięcie może ujawniać się w różnych sytuacjach, a wyznaczenie tych sytuacji stało się kluczowym elementem budowy kwestionariusza. Przeprowadzono analizę bazy danych EBSCO oraz dokonano przeglądu innych publikacji zamieszczonych w Internecie, zwłaszcza tych, w których przedstawiono wypowiedzi osób okaleczających się. Jednym ze źródeł utworzonych kategorii były wypowiedzi osób okaleczających się dotyczących sytuacji, które bezpośrednio poprzedzają akt okaleczenia się (Sutton, 2007); własna analiza wypowiedzi na blogach i forach internetowych). Wybór sytuacji wzbudzających napięcie oparto też na analizie treści blogów osób okaleczających się (Chybicki, 2007). Klasy sytuacji wyodrębnione w ten sposób zostały uzupełnione o sytuacje powodujące napięcie wskazywane w literaturze (Franken, 2005, Svebak, 1987) oraz na podstawie analizy kwestionariuszy mierzących napięcie (na przykład *Peritraumatic Distress Inventory* (Brunet i in., 2001); *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1993); *Tension and Effort Stress Inventory* (Svebak, 1987); *Kessler Psychological Distress Scale* (K10), (Kessler, 1994)). Pierwotnie wyodrębnione kategorie wyglądały następująco: (1) porażka, niepowodzenie, (2) doświadczanie nieprzyjemnych emocji, (3) chaos oraz natłok myśli i uczuć, (4) poczucie odrzucenia, bycia zaniedbanym, (5) faktyczne odrzucenie, (6) poczucie bycia nierozumianym, (7) brak kontroli nad sprawami, (8) kłótnia z bliskimi, konflikty z przyjaciółmi lub obcymi ludźmi, (9) poczucie odrzucenia, (10) oczekiwanie na wyniki, (11) frustracja, (12) sytuacja oceny, (13) ból psychiczny, (14) nienawiść do siebie, (15) poczucie winy, wstyd, (16) pobudzenie w wyniku dysonansu poznawczego, (17) zbyt duże oczekiwania innych, (18) presja czasowa.

Wiele sytuacji i doświadczeń poprzedzających akt okaleczenia się, wskazywanych przez osoby okaleczające się było charakteryzowało się dużą specyficznością, a ponieważ kwestionariusz przeznaczony jest dla ogólnej populacji, więc z niektórych kategorii należało zrezygnować w celu dążenia do uniwersalizacji sytuacji w kwestionariuszu. Na przykład wskazywane przez osoby okaleczające się *poczucie, że nikt o mnie nie dba, faktyczne odrzucenie, nienawiść do siebie, ból psychiczny* lub *poczucie bycia nierozumianym*, zdają się być sytuacjami/ doświadczeniami specyficznymi, tj. nie każdy mógł ich doświadczyć, stąd pojawienie się twierdzeń reprezentujących te kategorie w kwestionariuszu byłoby wątpliwe.

2. Wyodrębnienie kategorii możliwych reakcji w sytuacji generującej napięcie. Dokonano tego głównie na podstawie dostępnych kwestionariuszy radzenia sobie ze stresem (m. in. *Coping Strategies Inventory* (Tobin i in., 1984); *COPE Inventory* (Carver i in., 1989); *Brief COPE* (Carver, 1997); *Ways of Coping* (Folkman i Lazarus, 1986); *The Bernese Coping*

Modes; (Heim i in., 1993); *Strategic Approach to Coping Scale* (Hobfoll i in., 1994), *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS* (Strelau i in., 2005), a także literatury (Sęk, 2001, Wrześniewski, 2000). Możliwe sposoby reagowania podzielono na dwie główne grupy: przejawiające się w myśleniu (wyobrażeniowe) oraz w rzeczywistym działaniu. Ostatecznie wybrane sposoby reagowania w danych sytuacjach są następujące:

1. Nic nie robię;
2. Próbuję rozwiązać tę sytuację;
3. Zamartwiam się, czuję nieprzyjemne emocje (np. strach, niepokój, smutek, poczucie winy, wstyd, złość);
4. Szukam wsparcia u innych;
5. Unikam tej sytuacji, dystansuję się (np. idę na spacer, idę spać, piję alkohol, zapalam papierosa);
6. Wyobrażam sobie, że komuś robię krzywdę (np. wyzywam się na kimś, biję, kaleczę);
7. Robię komuś krzywdę (np. wyzywam się na kimś, uderzam, kaleczę);
8. Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się);
9. Robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się);
10. Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i jest dobrze;
11. Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i wszystko się źle skończyło;
12. Staram się spojrzeć na tę sytuację inaczej, bardziej pozytywnie;
13. Inne.

Z punktu widzenia zastosowania kwestionariusza, które ma być narzędziem przesiewowym do wyłonienia osób okaleczających się, konieczną opcją wyboru w zestawie reakcji są samouszkodzenia. Ponieważ, jak wspomniano, kwestionariusz przeznaczony jest do badania również ogólnej populacji, aby złagodzić wrażenie pomiaru „dziwnych” czy patologicznych zachowań, wprowadzono kategorię odpowiedzi *wyobrażam sobie, że robię komuś krzywdę* oraz *robię komuś krzywdę* obok kategorii szczególnie interesujących z punktu widzenia planowanego badania – *wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę* oraz *robię sobie krzywdę*. Punktem wyjścia było założenie, że zachowania agresywne wobec innych są bardziej aprobowane społecznie niż robienie krzywdy samemu sobie. Stworzono również badany możliwość wyboru odpowiedzi „inne” oraz wskazanie w odpowiednim miejscu kwestionariusza na konkretną reakcję, której zabrakło na liście.

Zdecydowano się również na możliwość wielokrotnego wyboru sposobów reagowania. Jest to podyktowane podejściem zorientowanym na przypadek (*case-oriented perspective*), wynikającym z planu badawczego rozprawy doktorskiej. Opcja wskazywania wielu odpowiedzi może umożliwić wyłonienie grup osób badanych reprezentujących specyficzne profile lub wzorce radzenia sobie z napięciem (Ragin, 1987; von Eye, Bogat i Rhodes, 2006).

3. Budowa twierdzeń reprezentujących poszczególne, wcześniej wyróżnione, kategorie. Dla każdej kategorii zaproponowano po kilka twierdzeń, tak by zminimalizować wpływ specyfiki użytych sformułowań czy zwrotów na ocenę twierdzeń.

4. Analiza ocen sędziów kompetentnych pod względem poprawności językowej twierdzeń. Wstępna ocena zaproponowanych pozycji miała charakter analizy językowej. Sędziów kompetentnych było sześciu – trzech psychologów oraz trzy osoby o innym zawodzie. Wszyscy sędziowie otrzymali instrukcję oceniania twierdzeń oraz kryteria oceny twierdzeń.

5. Ocena stopnia zgodności twierdzeń z definicją konstruktu. Po uwzględnieniu wstępnych uwag i sugestii sędziów, stworzono arkusz oceniania twierdzeń składający się z 67. pozycji. Pula wcześniej przygotowanych twierdzeń uzupełniona została o propozycje sędziów z pierwszego (wstępnego) oceniania. Tym razem sędziów było dziesięciu, z czego większość stanowili psychologowie. Każdemu z sędziów przedstawiono definicję napięcia oraz instrukcję oceniania twierdzeń. Wypełnianie arkusza odbywało się on-line, a każdy sędzia otrzymał link do arkusza oceniania. Celem badania było wskazanie na stopień reprezentatywności twierdzeń wobec definiowanego konstruktu (tj. na ile prawdopodobne jest, że podane sytuacje mogą wzbudzić napięcie) wyrażony stopniem zgodności ocen sędziów.

6. Analiza ilościowa i jakościowa ocen sędziów kompetentnych. W wyniku statystycznej analizy oszacowań sędziów wyłączono z badania kategorie: *Nuda*, *zmęczenie* oraz *Nadmierne zaabsorbowanie czymś* (twierdzenia reprezentujące te kategorie otrzymały niskie oceny lub stopień zgodności był niski). Podjęto również decyzję o wyłączeniu wszystkich twierdzeń z kategorii *Doświadczenie nieprzyjemnych emocji*, ze względu na nieadekwatność tej kategorii do pozostałych na wymiarze ogólność – konkretność. Podane w kwestionariuszu możliwe reakcje są konkretne i zdają się być mało adekwatne dla bardzo ogólnych twierdzeń takich jak *Czuje smutek/ Czuje złość*. Mogłyby one sprawiać osobie badanej trudność w określeniu możliwych reakcji na doświadczane emocje, gdyż w zależności od sytuacji, która wywołała te emocje, możliwości reagowania są różne. Nieprzyjemne emocje i ich przeżywanie nie są zatem sytuacją analogiczną do pozostałych wyróżnionych w kwestionariuszu. Co więcej, doświadczanie nieprzyjemnych emocji nie musi być kategorią rozłączną wobec pozostałych (tj. w pozostałych sytuacjach można, poza napięciem, doświadczać też emocji), co również sprawia, że pozostawienie tej kategorii jest wątpliwe. Analizy stopnia zgodności ocen sędziów dokonano za pomocą dwóch sposobów:

(a) **kryteria rozpiętości i dominanty** – po przeprowadzeniu ilościowej analizy za pomocą kryteriów rozpiętości i dominanty, dokonano jakościowego przeglądu danych. Ta ostatnia

analiza wzbudziła wątpliwość co do wartości niektórych twierdzeń. Na przykład jedno z nich – *Odniosłeś/aś niepowodzenie w ważnej dla ciebie dziedzinie* – uzyskało aż osiem ocen najwyżej punktowanych (5), jedną ocenę 4 (czyli stwierdzenie, że sytuacja *raczej generuje napięcie*) oraz tylko jedną ocenę 1 (*sytuacja w ogóle nie generuje napięcia*). Taki rozkład ocen spowodował, że mimo, iż dominantą była najwyższa ocena, a tym samym znacząca większość sędziów wskazała na wysokie prawdopodobieństwo generowania napięcia w tej sytuacji, to rozpiętość ocen była duża (maksymalna), co w rezultacie bardzo osłabiło wartość tego twierdzenia, wykluczając je z kwestionariusza. Zdecydowano więc, że pod uwagę zostanie wzięty jeszcze jeden współczynnik oceny zgodności sędziów.

(b) **współczynnik kappa** jako pomocniczy w wyborze właściwych twierdzeń do kwestionariusza. Do analizy wartości twierdzeń liczba kategorii została zmniejszona przez połączenie ocen sędziów *sytuacja raczej generuje napięcie* oraz *zdecydowanie generuje napięcie* w jedną kategorię. To samo zrobiono dla pierwotnych kategorii *zdecydowanie nie generuje napięcia* i *raczej nie generuje napięcia*. Decyzja uzasadniona jest tym, że dla potrzeb konstrukcji kwestionariusza istotne jest, że dana sytuacja w jakimkolwiek stopniu, mniejszym lub większym, (według sędziów) generuje napięcie. Podobnie jest z ocenami z drugiego krańca wymiaru: oceny *raczej nie generuje napięcia* (2) i *w ogóle nie generuje napięcia* (1) zmniejszają szansę bądź wykluczają dane twierdzenie z puli twierdzeń wartościowych z punktu widzenia narzędzia. Do analizy włączono zatem trzy kategorie. Większość ostatecznie włączonych do kwestionariusza twierdzeń charakteryzowała się współczynnikami zgodności od 0.69 do 0.99 (czyli o wysokiej wartości). Po przeprowadzeniu analizy statystycznej twierdzeń dokonano analizy stopnia, w jakim wybrane twierdzenia reprezentują wyróżnione na początku kategorie, zwłaszcza te, które zainspirowane zostały wypowiedziami osób okaleczających się. Ta analiza pokazała, że niektóre z wysoko ocenianych twierdzeń pochodziły z tych samych kategorii, dlatego aby nie powielać tych samych twierdzeń oraz w celu zachowania reprezentatywności kategorii wobec uniwersum sytuacji wzbudzających napięcie, do ostatecznej wersji kwestionariusza nie weszły te twierdzenia o wysokim współczynniku zgodności, które miały swoje również wysoko ocenione odpowiedniki.

7. Ostateczny kształt kwestionariusza. Wyłoniono 20 sytuacji budzących napięcie, a co za tym idzie stworzono tyle samo pozycji testowych. Kolejność twierdzeń (sytuacji) jest losowa. 13 twierdzeń zostało wybranych przez sędziów kompetentnych (najwyższa zgodność ocen), pięć z nich włączono mimo niższej (choć nie niskiej) zgodności ocen sędziów oraz wprowadzono jeszcze dodatkowe dwie sytuacje. Uzasadnienie dla pozostawienia słabiej ocenionych twierdzeń jest dwojakiego rodzaju. Wybór twierdzeń *Robisz coś wbrew swoim przekonaniom i zasadom*; *Okazuje się, że nie możesz zrealizować ważnych planów, gdyż coś stanęło na przeszkodzie*; *W ostatniej chwili dowiadujesz się, że*

trzeba zrobić coś ważnego uzasadniony jest obecnością tych kategorii w literaturze przedmiotu (np. Franken, 2005). Natomiast wybór następujących: *Zrobiłeś/aś coś niedozwolonego* oraz *Jesteś w grupie osób i czujesz się ignorowany* oraz wprowadzenie dwóch nowych: *Czujesz się pobudzony/a* (np. *zaniepokojony/a* lub *rozzłoszczony/a*) *bez wyraźnego powodu* oraz *Czujesz się zmartwiony/a* (*zasmucony/a*) *bez wyraźnego powodu* podyktowany został specyfiką doświadczeń osób okaleczających się (wyższa tendencja do doświadczania poczucia winy i wstydu, doświadczane poczucie odrzucenia oraz doświadczanie negatywnego pobudzenia emocjonalnego bez wyraźnej treści), które jednak są na tyle uniwersalne, że mogą być doświadczane również przez osoby nieokaleczające się, stąd decyzja o włączeniu tych pozycji do ostatecznej puli twierdzeń. W ostatecznej wersji kwestionariusza rozdzielono strategię *Unikam tej sytuacji, dystansuję się* (np. *idę na spacer, idę spać, piję alkohol, zapalam papierosa*) na dwie: *Unikam tej sytuacji lub dystansuje się* (np. *nie myślę o tej sytuacji, robię coś innego, niezwiązanego z tą sytuacją*) oraz *Robię coś, co sprawia mi przyjemność* (np. *jem słodycze, piję alkohol, zapalam papierosa, słucham muzyki*), ponieważ dostarczanie sobie gratyfikacji nie musi być tożsame z unikaniem sytuacji wywołującej napięcie.

Tab. 7 Kwestionariusz Sytuacji napięciowych - rzetelności

<i>Lp</i>	<i>Wymiar</i>	<i>Rzetelność</i>	<i>liczba współczynników I_{pb}</i>
1	Nic nie robię	0,958	19
2	Próbuję rozwiązać/ zmienić sytuację	0,930	16
3	Zamartwiam się, czuję nieprzyjemne emocje (np. strach, niepokój, smutek, poczucie winy, wstyd, złość)	0,971	18
4	Szukam wsparcia u innych	0,971	20
5	Unikam tej sytuacji lub dystansuje się (np. nie myślę o tej sytuacji, robię coś innego, niezwiązanego z tą sytuacją)	0,964	20
6	Robię coś, co sprawia mi przyjemność (np. jem słodycze, piję alkohol, zapalam papierosa, słucham muzyki)	0,976	20
7	Wyobrażam sobie, że komuś robię krzywdę (np. wyżywam się na kimś, biję, kaleczę)	0,925	4
8	Robię komuś krzywdę (np. wyżywam się na kimś, uderzam, kaleczę)	0,505	2
9	Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)	b.d.	0
10	Robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)	0,897	1
11	Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i jest dobrze	0,984	20
12	Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i wszystko się źle skończyło	0,991	7
13	Staram się spojrzeć na tę sytuację inaczej, bardziej pozytywnie	0,978	20
14	Inne	0,91	4

Współczynnik rzetelności poszczególnych wymiarów obliczony był na podstawie korelacji punktowo-dwuseryjnej (wzór KR-20 z poprawką Spearmana-Browna). Rzetelności dla wszystkich strategii radzenia są wysokie, z wyjątkiem strategii „Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę”, dla której z powodu braku wystarczających danych nie można było rzetelności obliczyć.

8. Ostateczny kształt kwestionariusza

Każda pozycja kwestionariusza zbudowana jest z czterech elementów.

- (a) Charakterystyka sytuacji potencjalnie wzbudzająca napięcie.
 - (b) Pomiar natężenia doświadczanego napięcia (napięcie mierzone za pomocą 10-stopniowej skali porządkowej).
 - (c) Pomiar sposobów reagowania w sytuacjach (sposoby mierzone za pomocą skali nominalnej, poprzez zaznaczenie odpowiednich reakcji z listy).
 - (d) Możliwość wskazania własnych sposobów reagowania, których nie ma na liście.
- Stworzone zostały dwie wersje kwestionariusza: wersja typu papier-ołówek oraz forma arkusza *on-line*.

9. Ograniczenia

Wątpliwości może budzić sposób wyróżnienia sposobów reagowania, które mogą nie być w pełni reprezentatywne. Niektóre możliwe reakcje w danej sytuacji mogły zostać pominięte. By temu zapobiec, w części poświęconej reakcjom uwzględniono również kategorię „inne” oraz pozostawiono miejsce na skonkretyzowanie odpowiedzi przez osobę badaną (uczyniono to dla każdej z 20 pozycji). Z punktu widzenia celu narzędzia (oraz planowanych badań), sam sposób reagowania nie jest istotny; ważne jest przypisanie odpowiedzi do jednej z dwóch kategorii: zachowania autodestruktywne lub nieautodestruktywne. Ponadto powodem, dla którego ograniczenie możliwych odpowiedzi jest korzystne, jest charakter (budowa) narzędzia: umieszczenie większej liczby odpowiedzi, mniej typowych, spowodowałoby wydłużenie i tak długiej listy możliwych reakcji, co z kolei mogłoby zmniejszyć motywację osób badanych do wypełnienia kwestionariusza.

Oszacowaniom zostały poddane jedynie sytuacje wzbudzające napięcie, reakcje natomiast zostały arbitralnie wybrane przez autora kwestionariusza. Sędziowie otrzymali jednak w pierwszym etapie sędziowania przykład całej pozycji, zawierającej proponowane

sposoby reagowania. Ich sugestie i uwagi zostały wzięte pod uwagę przy budowaniu ostatecznej listy reakcji na sytuacje wzbudzających napięcie.

3.3.2. Adaptacja narzędzia *Inventory of Statements About Self-Injury* (David E. Klonsky, 2007)

Zanim przystąpiono do adaptacji, uzyskano zgodę autora inwentarza na przekład i adaptację do warunków polskich. Oryginalne narzędzie składa się z dwóch części mierzących odpowiednio formy samouszkodzeń oraz ich funkcje. David E. Klonsky dopuszcza możliwość wykorzystania części metody dotyczącej funkcji samouszkodzeń jako odrębnego narzędzia lub zastąpienia jego pierwszej części (tj. pytań dotyczących częstości, form oraz czasu trwania tych zachowań) innym narzędziem (Klonsky i Glenn, 2008), co ma miejsce w przypadku moich badań. Oryginalna wersja tego narzędzia stworzona została w języku angielskim. Inwentarz został już przetłumaczony z języka angielskiego na język polski przez dwóch tłumaczy, których językiem ojczystym jest polski. Przekładu wprost dokonało dwóch tłumaczy, których językiem ojczysty był język polski tj. język populacji docelowej (Hornowska, Paluchowski, 2004). Tłumacze zapoznali się z celem oraz planowaną procedurą badania za pomocą tego kwestionariusza. Uzyskali również informację na temat grupy docelowej. Otrzymali też krótką charakterystykę samouszkodzeń, definicję w takim rozumieniu, w jakim podaje autor kwestionariusza. Oba przekłady zostały porównane ze sobą pod kątem wystąpienia ewentualnych znaczących różnic. Oba tłumaczenia porównano i stworzono ujednoliconą wersję polską. Tłumacze wskazali też na problemy, jakie napotkali podczas tłumaczenia¹⁰. Następny etap procedury wiązał się z tłumaczeniem odwrotnym. Dokonali go niezależnie dwaj tłumacze, jednak tym razem językiem ojczystym tłumaczy był język angielski. Porównano te tłumaczenia z wersją oryginalną oraz przedyskutowano znaczące rozbieżności między wersjami polską i tłumaczoną angielską, które zmieniały sens twierdzeń w inwentarzu oraz naniesiono odpowiednie zmiany w wersji polskiej.

¹⁰Oto najważniejsze kwestie problematyczne zauważone przez tłumaczy: (1) Pierwotnie przetłumaczone wyrażenie „*Kiedy dokonuję samouszkodzeń*” zmieniono na „*Dokonując samouszkodzeń*”, by uniknąć wrażenia, że dwa zdarzenia (samouszkodzenie oraz motyw) nie mają związku, choć mają miejsce w tym samym czasie. (2) Frazę „*Zaznaczam granicę...*” wprowadzono zamiast „*Odgradzam się od świata zewnętrznego*”, by podkreślić, że chodzi o demonstrację bycia odrębnym bytem, a nie izolację od innych. Z tego samego względu w przypadku innej pozycji testowej zdecydowano się na „*ustanawiam barierę*” zamiast „*Izoluje się*”. (3) Problematiczne okazało się również tłumaczenie słowa *kinship*, ostatecznie zdecydowano się na „*więź*” zamiast „*braterstwa*”.

3.3.3. Przygotowanie zadania do badania kontroli hamowania

Pomiar kontroli hamowania może być dokonywany za pomocą dwóch typów zadań w ramach dwóch różnych paradygmatów: go/ no-go (*go/ go-no task*) oraz sygnału stop (*stop-signal task*). Różnica między nimi polega na tym, że w paradygmacie go/ no-go instrukcja dotycząca bodźca wstrzymującego wykonanie jest określona jeszcze przed podjęciem decyzji o wykonaniu. W przypadku zadań w paradygmacie sygnału stop polecenie powstrzymania się od reakcji pada po pojawieniu się polecenia wykonania. W tym drugim przypadku pewne procesy leżące u podłoża reakcji na bodziec już zostały uruchomione (Brunia, 2004). Przewagą zadań w ramach tego paradygmatu nad zadaniami w paradygmacie go/no-go jest to, że można dzięki nim oszacować czas trwania reakcji na bodziec stopujący tzw. *stop-signal reaction time* (SSRT), który nie jest dostępny bezpośredniemu pomiarowi (Dimoska i in., 2007). Z tego względu w projektowanym badaniu planowane jest wykorzystanie paradygmatu sygnału stop.

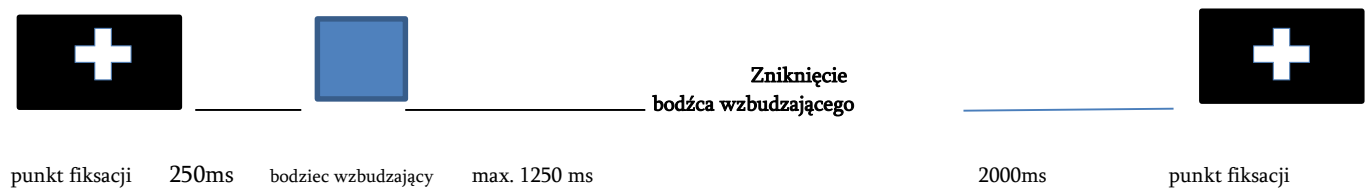
Zadanie z sygnałem stop opiera się na założeniu o istnieniu wyścigu dwóch procesów (*horse race model*). Jest to wyścig między procesem wykonywania (*go process*), rozpoczętym przez bodziec wzbudzający, a procesem zatrzymania (*stop process*), rozpoczętym przez bodziec wstrzymujący stop (Logan i Cowan, 1984; Logan, Cowan i Davis, 1984; Logan, Schachar i Tannock, 1997; Verbruggen i Logan, 2010). Zadania w paradygmacie sygnału stop pozwalają na pomiar czasu reakcji, pomiar ilości popełnionych błędów (czyli procent nieudanych prób zahamowania reakcji na sygnał stop), pomiar czasu, który upłynął między ekspozycją bodźca wzbudzającego a ekspozycją sygnału stop (tzw. *stop-signal delay*, SSD), a także umożliwiają oszacowanie czasu trwania procesu hamowania tj. czasu trwania reakcji na sygnał stop (*stop signal reaction time*, SSRT). (Verbruggen i Logan, 2009, Glenn i Klonsky, 2010).

Osoby badane są proszone o wykonanie zadania związanego z wyborem reakcji (*choice reaction task*). Ich zadaniem jest nacisnąć przycisk, w momencie pojawienia się wzrokowego bodźca wzbudzającego, ale powstrzymać się od reakcji, gdy pojawi się bodziec słuchowy będący sygnałem stop. Bodziec stop pojawia się jedynie w niektórych próbach. Badani są w stanie powstrzymać reakcję w momencie, gdy bodziec stop wystąpi wystarczająco wcześnie po prezentacji bodźca wzbudzającego. Sukces w zahamowaniu czynności zależy więc od czasu między wystąpieniem bodźca wzbudzającego i bodźca stop. Im krótszy będzie interwał czasowy między bodźcem wzbudzającym a sygnałem stop, tym szybciej badani są w stanie zahamować czynność. Interwał między obydwojema rodzajami bodźca jest zmienny w zależności od wykonania zadania przez osobę badaną. Po każdej udanej próbie zahamowania reakcji, czas pojawienia się bodźca stop wzrasta o 50 ms. Jeśli jednak osobie badanej nie uda się wstrzymać reakcji, interwał zmniejsza się o 50 ms.

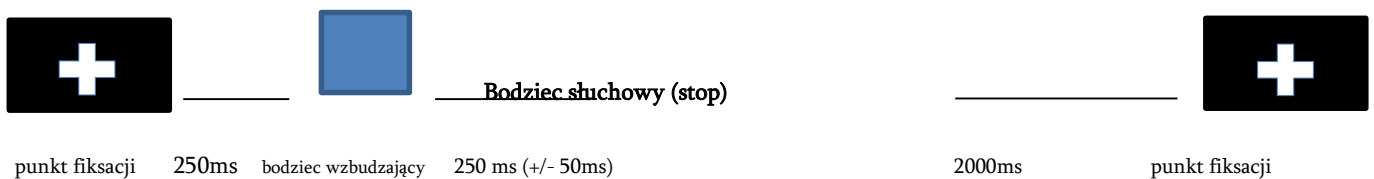
Moment prezentacji bodźca stop musi być zmienny, żeby osoby badane nie wyuczyły się go i nie wypracowały strategii oczekiwania na pojawienie się sygnału, zanim naciśną odpowiedni przycisk.

W badaniu wykorzystano procedurę badawczą przedstawioną w artykule Fredericka Verbruggena, Gordona Logana i Michaela Stevensa (2008). Głównie zadanie dotyczy rozróżniania kształtów (*shape judgment task*) i adekwatnego reagowania na nie za pomocą różnych klawiszy. W próbach bez sygnału stop (60% wszystkich prób) prezentowane były tylko bodźce wzbudzające, a osoby badane otrzymały instrukcję, by odpowiadać na bodźce tak szybko i dokładnie, jak to możliwe (Załącznik 14). W próbach z sygnałem stop (40% wszystkich prób), po bodźcu wzbudzającym, następował słuchowy bodziec stopujący, który dla osoby badanej był sygnałem, że ma powstrzymać się od reakcji. Bodźcami wzbudzającymi były kwadrat i koło, punktem fiksacji - krzyżyk. Bodźce w kolorze białym były prezentowane na środku czarnego ekranu. Bodziec stopujący o częstotliwości 750Hz i czasie trwania 75ms prezentowany był po ekspozycji bodźca pierwotnego.

A. 60% prób bez sygnału stop



B. 40% prób z sygnałem stop



Ryc. 4 Schemat przebiegu zadania z sygnałem stop

Źródło: Opracowanie własne

Procedura zadania z sygnałem stop (*stop-signal task*). Eksperyment składał się z dwóch faz – fazy ćwiczeniowej (32 próby) oraz fazy eksperymentalnej (3 bloki po 80 prób). W obu fazach każda próba zaczynała się od prezentacji punktu fiksacji, który po 250ms był zastępowany bodźcem wzbudzającym. Klawisze odpowiedzi to „z” dla kwadratu i „/” dla

koła, które były oznakowane naklejką z odpowiednią figurą. Bodziec pozostaje na ekranie tak długo, dopóki osoba nie zareaguje na niego lub do momentu minięcia 1250 ms (jest to maksymalny czas reakcji). Przerwa między bodźcami trwa 2000 ms i jest niezależna od czasu reakcji osoby badanej (Ryc.4a).

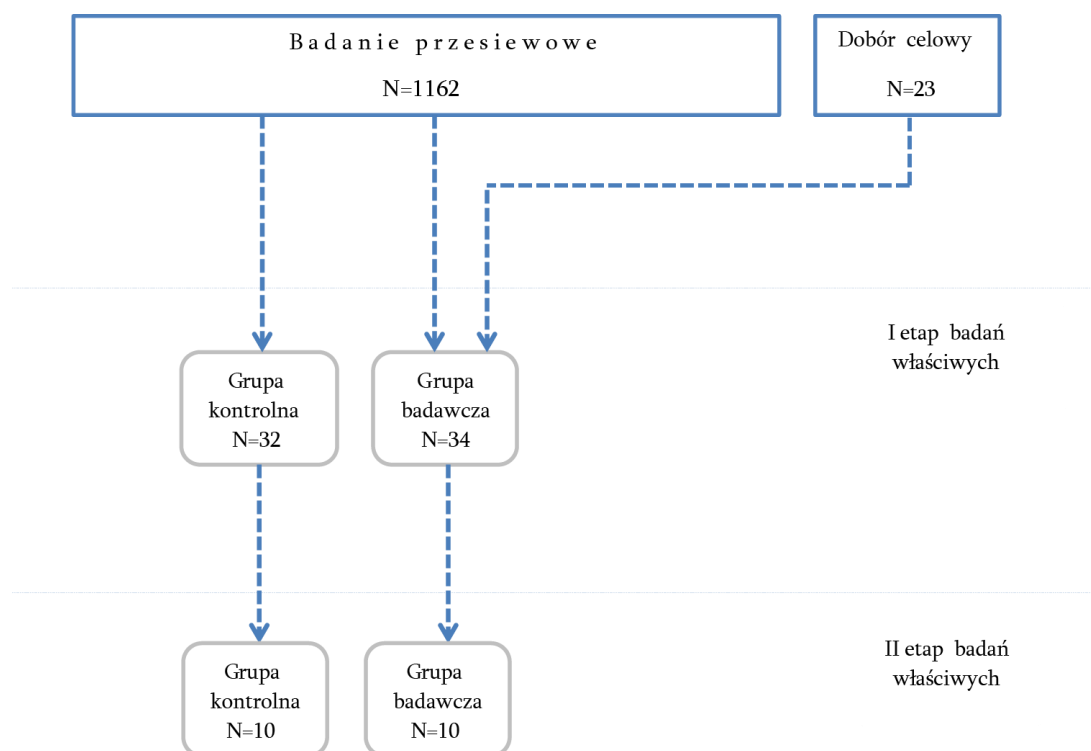
W 40% wszystkich prób będzie pojawiał się słuchowy bodziec stopujący eksponowany po bodźcu wzbudzającym. Interwał między bodźcami obu typów (SSD) trwa wyjściowo 250ms i jest dostosowywany zgodnie z *staircase tracking procedure*: po skutecznej próbie zahamowania reakcji „go”, SSD wzrasta o 50ms, natomiast gdy zahamowanie jest nieskuteczne, to SSD maleje o 50 ms (Ryc. xxb). Interwał między blokami wynosi tyle, ile zadecyduje osoba badana.

3.4. Procedura badawcza oraz dobór próby

Osoby zaproszone do badań wywodzą się z populacji osób pełnoletnich, będących w okresie wczesnej dorosłości. Decyzja o wyborze tej grupy podyktowana jest przede wszystkim specyficznymi problemami, przed którymi stają młodzi dorośli w tym okresie rozwojowym. Podjęcie nowych ról oraz współcześnie przedłużający się okres moratorium i w konsekwencji nierozwiązany kryzys tożsamości mogą generować napięcie i konieczność podjęcia sposobów jego redukcji. Całość badań podzielona została na trzy etapy: badanie przesiewowe oraz dwuetapowe badanie właściwe (Ryc. 5).

3.4.1. Badanie przesiewowe i dobór celowy

Rekrutacja miała miejsce na trzech poznańskich uczelniach (Uniwersytet im. Adama Mickiewicza – 13 kierunków, Uniwersytet Artystyczny, Wyższa Szkoła Umiejętności Społecznych) z wykorzystaniem wersji papierowej samodzielnie skonstruowanego *Kwestionariusza Sytuacji Napięciowych* (jego kopia wraz z informacją dla osób badanych o tym etapie badania – Załącznik 1) oraz wersji internetowej (<https://sites.google.com/site/zgodanabadanie>). Link umieszczony był również na forach lokalnych i tematycznych, portalu społecznościowym *Facebook* (udostępniany przez chętnych użytkowników na ich profilach) oraz na stronach tych wydziałów i instytutów UAM, które wyraziły zgodę na umieszczenie ogłoszenia o badaniu (w sumie - dziewięć z 39 jednostek, do których się zwróciłam). Do dnia 6.12.12 (dzień zakończenia pierwszego etapu badań) liczba unikalnych odsłon witryny wyniosła 1184 (raport – Załącznik 13).



Ryc. 5 Schemat procedury badawczej i doboru do grup

Źródło: Opracowanie własne

Cel badania i zastosowana metoda

W tym etapie badań wykorzystano Kwestionariusz Sytuacji Napięciowych wykorzystany był w tym etapie badań. Jak wspomniano, służy on do pomiaru następujących aspektów: (a) tendencji do doświadczania napięcia: niska/wysoka (częstość wskazywania stopnia napięcia w różnych sytuacjach); (b) sposobów radzenia sobie z napięciem (autodestruktywne – nieautodestruktywne). W planowanych badaniach posłużył on do wyodrębnienia dwóch grup: grupy osób radzących sobie z napięciem za pomocą samouszkodzeń, która stała się grupą badawczą oraz grupy osób posługujących się innymi sposobami radzenia sobie z napięciem, która stała się grupą kontrolną.

Przebieg badania

Łącznie kwestionariusz wypełniły 1162 osoby, z czego 40 osób zaznaczyło przynajmniej raz odpowiedź „Robię sobie krzywdę (biję się, kaleczę)” i jednocześnie wyraziło zainteresowanie dalszym etapem badań (tj. zostawiło dane kontaktowe). Z tej podgrupy jedynie 20 osób faktycznie wzięło udział w badaniu (do grupy badawczej włączono 19 z nich, gdyż jedna osoba nie spełniała kryteriów grupy badawczej).

Ponieważ liczba osób zrekrutowanych w ramach doboru losowego, spełniająca kryteria grupy badawczej była zbyt mała, by rozpocząć dalszy etap badań, konieczny był dobór celowy do grupy badawczej. Osoby zapraszane były za pośrednictwem ogłoszeń o badaniu zamieszczanych w poznańskich instytucjach (MOPR, Monar, poradnie zdrowia psychicznego w Poznaniu, prywatne gabinety psychologiczne), a także – podobnie jak wcześniej – na forach internetowych i portalu społecznościowym *Facebook* (treść informacji o badaniu – Załącznik; <https://sites.google.com/site/zaproszeniedobadania/>). Poproszono też o udostępnienie ww. informacji na stronach internetowych instytutów lub wydziałów UAM (pozytywnie odpowiedziało siedem na 39 jednostek), Uniwersytetu Przyrodniczego oraz Uniwersytetu Muzycznego (brak odpowiedzi) oraz umieszczanie ogłoszeń na tablicach informacyjnych wybranych uczelni (UAM: Wydział Nauk Społecznych, Wydział Filologii Polskiej i Klasycznej, Uniwersytet Artystyczny w Poznaniu). Dwa wydziały i sześć instytutów UAM, wyraziło zgodę na zamieszczenie informacji o badaniu na swoich stronach internetowych. Link został również zamieszczony na kilku forach lokalnych (miasto Poznań), tematycznych (studenckich/ poświęconych samouszkodzeniom) oraz na portalu społecznościowym *Facebook*. Poproszono też prywatne osoby o udostępnianie informacji mailowo oraz na portalu społecznościowym *Facebook*. Witryna z ogłoszeniem do 6.12.13 miała 601 unikalnych odsłon (raport – Załącznik 15). Z doboru celowego zgłosiło się 26 osób (z czego trzy ostatecznie zrezygnowały z udziału w badaniu właściwym). 16 z tych osób włączono do grupy badawczej.

3.4.2. Badanie właściwe - pierwszy etap

Do tej części badania zaproszono 91 osób, które wyraziły zainteresowanie udziałem w dalszym etapie badań, a tym samym zostawiły swoje dane kontaktowe.

Cel badania i wykorzystane metody

W pierwszej części badań właściwych obie grupy – badawcza i kontrolna – zostały porównane pod względem:

- (a) wrażliwości na ból za pomocą urządzenia TempTest (Sakson-Obada, 2009)
- (b) sposobu doświadczania ciała mierzonego za pomocą *Kwestionariusza Ja cielesnego* (Sakson-Obada, 2009);
- (c) wzorca temperamentu mierzonego za pomocą *Kwestionariusza Temperamentu i Charakteru* (TCI, Cloninger i in., 1994; polska adaptacja – Elżbieta Hornowska).

Dodatkowo wszystkie osoby badane zapytane zostały o czas ostatniego spożycia napoju z kofeiną oraz leków przeciwbólowych, aktualny nastrój mierzony na skali 0-10 (gdzie 0 to bardzo silne nieprzyjemne emocje, a 10 to bardzo silne przyjemne emocje) oraz – tylko kobiety – moment cyklu miesięcznego, w którym się znajdowały. Odnotowana była również temperatura otoczenia oraz godzina badania (Załącznik 4). Te wszystkie czynniki mogą mieć wpływ na pomiar wrażliwości na ból.¹¹

Osoby, które zostały wyłonione w doborze celowym i w związku z tym nie miały możliwości uzupełnienia Kwestionariusza Sytuacji Napięciowych były poproszone o jego wypełnienie w tym etapie.

Tab. 8 Cele badania i zastosowane metody w pierwszym etapie badania właściwego

Część	Metoda	Cel badania	Badani
1.	Kwestionariusz Temperamentu i Charakteru (TCI, Cloninger i in., 1994; polska adaptacja – Elżbieta Hornowska)	Wzorzec temperamentu	wszyscy
2.	Urządzenie TempTest (Sakson-Obada, 2009)	Próg wrażliwości na ból	wszyscy
3.	Kwestionariusz Ja cielesnego (Sakson-Obada, 2009)	Sposobu doświadczania ciała	wszyscy
4.	Inwentarz Pytań (własnego autorstwa) i Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała (Klonsky, 2007)	1. Obecność samouszkodzeń w doświadczeniu osoby badanej; 2. Formy i funkcje samouszkodzeń	wszyscy
5.	Kwestionariusz Sytuacji Napięciowych (własnego autorstwa)	1. Poziom napięcia; 2. Sposoby radzenia sobie z napięciem	tylko osoby z doboru celowego

Źródło: Opracowanie własne

Przebieg badania

Każde badanie rozpoczynało się uzyskaniem świadomej zgody od osoby badanej. Jako pierwszy wypełniany był *Kwestionariusz Temperamentu i Charakteru*, a następnie badano wrażliwość na ból za pomocą urządzenia TempTest, gdzie dokonywano trzech pomiarów w odstępach dwuminutowych. Na koniec ponownie badano za pomocą metody kwestionariuszowej tj. badani uzupełniali *Kwestionariusz Ja cielesnego* oraz *Inwentarz Pytań i Twierdzeń Dotyczących Samouszkodzeń Ciała*. Osoby z doboru celowego dodatkowo wypełniały wersję papierową *Kwestionariusza Sytuacji Napięciowych*. Czas

¹¹Istnieje wiele badań, które wskazują na związek wskazanych wyżej czynników na poziom wrażliwości na ból. Na przykład stan emocjonalny może wpływać na próg wrażliwości na ból. Próg ten obniża się w sytuacji dużego natężenia lęku, przygnębienia (de Walden-Gałuszko, 2007; Boettger, Schwier, Bär, 2011). Z kolei kofeina wpływa na podwyższenie progów bólu (Abo-Salem, Hayallah, Bilkei-Gorzo; Filipek, Zimmer, Müller, 2004; Nastase, Loan, Braga, Zagrean, Moldovan, (2007). Jeśli chodzi o związek cyklu miesięcznego z pomiarem progów bólu, to wrażliwość na ból wzrastała zmniejszała się po 22 dniu cyklu (Teepker i in., 2010).

trwania badania to około 1,5-2 godziny (w zależności od ilości wypełnianych kwestionariuszy). Po badaniu urządzeniem TempTest przewidziana była 5-minutowa przerwa, podczas której osoby badane mogły skorzystać z ciepłego lub zimnego napoju oraz poczęstunku. Po zakończeniu badania osoba badana w rozmowie z osobą badającą miała możliwość wyrażenia swoich odczuć i refleksji, jakie pojawiły się w trakcie badania. Na tym etapie nie przewidziano wynagrodzenia za udział w badaniu.

3.4.3. Badanie właściwe – II etap

Ostatni etap badań składał się z dwóch części: badania aktywności mózgu za pomocą elektroencefalografu oraz wywiadu narracyjnego. Celem pierwszego badania było porównanie aktywności mózgu osób okaleczających się i nieokaleczających się pod względem kontroli hamowania i związanej z nią impulsywności. Wywiad narracyjny przeprowadzony był wyłącznie w grupie osób okaleczających się, ponieważ celem tej części badania było zbliżenie się do odpowiedzi na pytanie o mechanizm radzenia sobie z napięciem u tych osób. Tematyka wywiadu dotyczyła historii samouszkodzeń, m.in. tego, w jaki sposób doszło do korzystania z takiego sposobu radzenia sobie z napięciem oraz okoliczności, w jakich samouszkodzenia są podejmowane.

Tab. 9 Cele badania i zastosowane metody w drugim etapie badania właściwego

Część	Metoda	Cel badania	Liczba osób
I	Badanie za pomocą elektroencefalografu z wykorzystaniem zadania w paradygmacie sygnału stop	Porównanie aktywności mózgu (potencjały wywołane) u osób okaleczających się i nieokaleczających się w zakresie kontroli hamowania	N=20 (po 10 osób z grupy kontrolnej i badawczej)
II	Wywiad narracyjny (Wengraf, 2001); Kwestionariusz Bólu (Melzack, 1975)	Wskazanie na mechanizm radzenia sobie z napięciem u osób, które dokonują nawykowych samouszkodzeń; Wskazanie na sposób przeżywania bólu	N=10 (tylko grupa badawcza)

Źródło: opracowanie własne

Ogólny przebieg badania

Po uzyskaniu świadomej zgody osoby badanej badanie rozpoczynało się od pomiaru aktywności mózgu za pomocą elektroencefalografu. Ta część trwała ok. dwie godziny (jedna godzina na przygotowanie osoby do badania i podłączenie elektrod, druga godzina na samo badanie). Jako wyraz podziękowania za udział w tym etapie badania przewidziana była karta upominkowa do sieci Empik. Po nim nastąpiła 10-minutowa przerwa, w trakcie której osoba badana mogła skorzystać z ciepłych lub zimnych napojów oraz poczęstunku. Po przerwie przeprowadzony był wywiad narracyjny. Po jego zakończeniu osoba badana w rozmowie z osobą badającą miała możliwość wyrażenia swoich odczuć i refleksji, jakie pojawiły się w trakcie badania. Badanie za pomocą wywiadu zajęło ok. dwóch godzin. Jako

wyraz podziękowania za udział w tym etapie również przewidziana była karta upominkowa do sieci Empik. Całość badania (z przerwą) dla osób z grupy badawczej zajęła ok. czterech godzin.

Przebieg części pierwszej

Badanie składało się z trzech etapów: (1) zadanie z sygnałem stop (*stop-signal task*), (2) wzbudzenie emocji negatywnych (3) ponowne wykonanie zadania z sygnałem stop. Czas trwania zadania z sygnałem stop to ok. 15 minut (ponieważ jest ono powtarzane, więc łączny czas trwania to 30 minut), czas trwania wzbudzania emocji negatywnych to ok. 30 minut.

Przed rozpoczęciem procedury wzbudzania emocji negatywnych osoby zostały poproszone o określenie na skali poziomu aktualnie doświadczanego nastroju (Załącznik 5). Do wzbudzenia emocji negatywnych wykorzystano procedurę przedstawioną w badaniu z udziałem osób okaleczających się przeprowadzonym przez Konrada Bresina i Kathryn Gordon (2013) (Załącznik 6).¹² Na wybór tej właśnie procedury zdecydowano się po analizie różnych metod wzbudzania emocji negatywnych na przykład takich jak prezentacja obrazków IAPS (Keil i in., 2002), słuchanie muzyki, mającej wzbudzić odpowiednie emocje czy czytanie historii (Huntsinger, 2012). Można przypuszczać, że wybrana metoda, w przeciwieństwie do innych, skłania osobę badaną do koncentracji na sobie, a to zwiększa szansę, że jeśli negatywne emocje zostaną wzbudzone, to utrzymają się dłużej niż w przypadku innych metod. Badani zostali poinformowani, że za chwilę zostaną poproszeni o sporządzenie pewnych notatek oraz że wszystko, co tam napiszą, będzie wyłącznie do ich wglądu, a zapiski te pod koniec badania zostaną zniszczone¹³.

W pierwszej kolejności osoby badane proszone były o wymienienie czterech cech, którymi chciałyby się charakteryzować (tzw. Ja idealne, Higgins, 1989), a następnie proszone były o podanie czterech cech, którymi powinny się charakteryzować (tzw. Ja powinnościowe, op. cit.). Następnie badani oceniali wszystkie osiem cech na dwóch wymiarach, odpowiadając na dwa pytania: jak daleko im do posiadania danej cechy (stopień posiadania danej cechy) oraz jak ważne jest dla nich, by ją mieć (stopień ważności danej cechy). Oszacowania dokonywali na siedmiostopniowej skali (1 – w ogóle, 7 – zdecydowanie tak). Następnie osoby badane poproszone były o przypomnienie sobie jakiejś określonej sytuacji, w której chciały zachowywać się zgodnie z najważniejszą dla nich cechą, ale im się to nie udało. Dalej, badani zachęcani zostali do przypomnienia sobie

¹² Pierwotnie procedura ta wykorzystana została w badaniu Jamesa Shaha i E. Tory'ego Higginsa (2001).

¹³ Zniszczenie tych zapisków i wyłączny wgląd osoby badanej do nich miały pełnić dwie funkcje. Z jednej strony miały dawać osobie badanej poczucie, że może swobodnie i bez cenzury opisać swoje doświadczenia, ponieważ nikt poza nią nie będzie miał do nich dostępu. Z drugiej strony zniszczenie zapisków mogło być symbolicznym elementem debriefingu i wspomóc powrót do stanu emocjonalnego sprzed badania.

sytuacji budzącej napięcie, która wywołała u nich silne emocje złości wściekłości lub wstydu. Na koniec osoby badane proszone były o opisanie tej sytuacji bardzo szczegółowo (gdzie wtedy byli, co robili, kto z nimi był, jakie doświadczenia z poziomu ciała przeżywali). Uczestnicy otrzymali instrukcję, by podczas pisania, przywołali takie same wrażenia i emocje, jakich doświadczyli w tamtej sytuacji. Gdy badani skończyli pisać, poproszeni zostali o ponowne określenie na skali swojego aktualnego nastroju, a następnie przeszli do powtórnego wykonania zadania z sygnałem stop. Na koniec tej części, zgodnie z zapowiedzią, kartka z zapiskami została w obecności osoby badanej zniszczona. Zniszczenie zapisków jest pierwszym elementem debriefingu. Następnie badani mogli w rozmowie z osobą przeprowadzającą badanie porozmawiać o badaniu i wywołanych emocjach.

Zapis EEG i analiza

Odpowiedzi elektrofizjologiczne zostały zarejestrowane poprzez 64 aktywne elektrody stożkowe (z przedwzmacniaczami) przymocowane do czepka *ActiveTwo* firmy *BioSemi* w systemie 10-20. Rejestrowany sygnał odpowiedzi był zapisywany z częstotliwością próbkowania 2048Hz. Elektrody referencyjne umieszczone były na mastoidach. W celu późniejszej identyfikacji artefaktów pochodzących od ruchów oczu dokonano również zapisu EOG (*electrooculogram*) za pomocą dwóch aktywnych elektrod płaskich umieszczonych nad i pod prawym okiem (EOG pionowy) oraz w zewnętrznych kącikach obu oczu (EOG poziomy). Impedancja skóry wynosiła poniżej 5 k Ω dla wszystkich elektrod EEG jak i EOG. Okno czasowe ustawiono na 200ms przed bodźcem do 1250ms po bodźcu, co dało razem 1450ms. Przed analizą danych zmieniono częstotliwość próbkowania z 2048Hz na 256Hz. Podczas analizy, stosowano linię bazową odpowiadającą średniej wartości napięcia na 200 ms przez prezentacją bodźca. Wyniki pochodzące od poszczególnych uczestników eksperymentu po uśrednieniu zostały odfiltrowane filtrem górnoprzepustowym (*low cutoff*) 0,1Hz o stałej czasowej 1,5915s i 12dB/oct, dolnoprzepustowym (*high cutoff*) 30Hz 12dB/oct oraz wycinającym (*notch filter*) 50Hz w celu usunięcia wszelkich zakłóceń pochodzących z sieci energetycznej. Po przeanalizowaniu zarejestrowanych sygnałów elektrofizjologicznych dla poszczególnych badanych wykonano uśrednienia po wszystkich badanych dla odpowiednich elementów zadania (*grand average*). Do dalszej analizy wzięto dane jedynie elektrody centralne z okolicy czołowej (Fz), ciemieniowej (Cz) i potylicznej (Pz), gdyż ze względu na ich położenie, możliwa jest analiza aktywności elektrycznej obu półkul mózgu (Simons i in., 2011).

Przebieg części drugiej

W części drugiej przeprowadzony został wywiad narracyjny dotyczący historii samouszkodzeń, który składał się z trzech części: dwóch sesji, podczas których zbierano dane oraz z debriefingu. W sesji pierwszej badany otrzymywał pojedyncze pytanie wzbudzające narrację, które brzmiało następująco:

*Jak wiesz tematem, który mnie interesuje są samouszkodzenia. Za chwilę poproszę cię, żebyś opowiedział(a) **swoją**¹⁴ historię samouszkodzeń; wszystkie te zdarzenia i doświadczenia (z nimi związane), które są dla ciebie ważne, (jak to wszystko przebiegało, aż do teraz). Możesz zacząć od dowolnego takiego momentu, np. takiego, który **ty** uważasz za początek tej historii. Daj sobie tyle czasu na tę opowieść, ile potrzebujesz. (Mamy na to ok 30-45 minut). Będę cię słuchać i jeśli nasuną mi się jakieś pytania, to je sobie zapiszę i zadam je później, jak już skończysz opowiadać. W trakcie twojej opowieści nie będę ci przerywać¹⁵.*

Osoba badająca podczas pierwszej sesji korzystała z tzw. *notepad*a (Wengraf, 2001; Załącznik 11), dzięki któremu łatwiej było jej notować frazy kluczowe. W czasie przerwy między sesjami dokonano wyboru około 10-12 fraz kluczowych zanotowanych podczas pierwszej sesji. Celem drugiej sesji było uzyskanie większej liczby szczegółów związanych z konkretnymi zdarzeniami i doświadczeniami osoby badanej. Na początku osoba badana usłyszała następującą wypowiedź:

Zadam Ci teraz różne pytania nawiązując do tego, co powiedziałaś/eś przed przerwą. Być może będą wśród nich takie pytania, które mogą sprawić ci trudność lub mogą wywołać ewentualny dyskomfort. Gdyby pojawiłyby się takie pytania i jeśli nie będziesz chciał(a) na nie odpowiadać, to proszę powiedz mi o tym.

Schemat pytań zadawanych osobie badanej wyglądał następująco (Wengraf, 2011):

¹⁴ Słowa wyróżnione pogrubioną czcionką to te, na które powinien zostać położony akcent w zdaniu.

¹⁵ Uzasadnienie dla pojawienia się niektórych elementów w pytaniu (na podstawie: Wengraf, 2011):

(a) „Ważne dla ciebie” – ta fraza powinna się znaleźć, aby osoba nie miała poczucia, że to, co mówi, jest nieprzydatne z punktu widzenia problemu badawczego i w konsekwencji nie fantazjowała na ten temat lub nie realizowała wyobrażonych celów badawczych.

(b) „Za chwilę zapytam cię” – ten fragment zmniejsza stres u osoby badanej (ponieważ pytanie nastąpi dopiero za chwilę).

(c) (...) *swoją historię samouszkodzeń; wszystkie te zdarzenia i doświadczenia* (...) Według Wengrafa (2011) istotne jest, by w pytaniu padło słowo „historia” lub „opowieść”, a nie tylko „doświadczenia” i „zdarzenia”. Chodzi o uzyskanie historii utkanej ze zdarzeń i doświadczeń, o jedną ujednoliconą historię ze wszystkimi poszczególnymi zdarzeniami i doświadczeniami, a nie pojedyncze, niepowiązane ze sobą zdarzenia czy doświadczenia.

Powiedziałeś... [wybrana fraza kluczowa]. Czy pamiętasz coś więcej, jakieś szczególne/ konkretne... [słowo z tabeli¹⁶] z tym związany? Jak do (wszystkiego) tego doszło¹⁷?

Tab. 10 Zestaw słów pomagających wygenerowanie narracji na temat konkretnych zdarzeń

		
Nienarracyjne, ale zbliżające do wywołania narracji		Najlepsze do wywoływania narracji
▪ myśli ▪ emocje/ uczucia ▪ obrazy z tamtego czasu/ momentu lub jeśli osoba badana nie można sobie przypomnieć myśli/emocje/uczucia/obrazy pojawiające się później niż w tamtym momencie lub pojawiające się teraz	▪ sytuacja ▪ czas ▪ okres ▪ przykład	▪ moment ▪ dzień ▪ zdarzenie ▪ incydent

Źródło: opracowanie własne na podstawie Tom Wengraf (2011)

Przed przeprowadzeniem badania właściwego przeprowadzono jego pilotaż w celu sprawdzenia metody oraz umożliwienia osobie przeprowadzającej badanie nabycia doświadczenia w jego prowadzeniu. Ze względu na niewielką liczbę osób okaleczających się i trudność w dotarciu do nich, w badaniu pilotażowym zdecydowano się zmienić tematykę wywiadu na kwestię radzenia sobie z napięciem, struktura pytań badawczych pozostała jednak taka sama (Załącznik 10). Osoby, które wzięły udział w badaniu pilotażowym podpisały świadomą zgodę na uczestnictwo w badaniu (Załącznik 8) otrzymawszy uprzednio szczegółową informację o badaniu (Załącznik 9).

¹⁶ Tom Wengraf (2011) podaje zestaw słów pomagających wydobyć PIN-u (Tab.10.). Najbardziej wzbudzające narrację są słowa z prawej kolumny, najmniej – z lewej. Pytania o emocje, obrazy i myśli, choć nie wywołują narracji na temat konkretnych zdarzeń, to mogą pomagać w jej uzyskaniu.

¹⁷ Wyjaśnienie lub uzasadnienie dla pojawienia się poszczególnych elementów w pytaniu powyżej:

(a) *Powiedziałeś, że...* Pytanie ma przenosić osobę badaną „z powrotem” do momentu wywiadu, w którym to powiedziała, a nie do punktu w historii życia, w którym faktycznie zdarzyło się to, o czym mówiła.

(b) *Czy pamiętasz jakiś konkretny szczegół/ więcej szczegółów/ o tym konkretnym(...)* Słowa „konkretny” i „szczególny” przywołują PIN-y.

(c) *Jak do tego wszystkiego doszło?* Tak sformułowane pytanie zachęca do zbudowania spójnej opowieści, a nie tylko przytoczenia niepowiązanych ze sobą wspomnień.

W badaniu właściwym wszystkie wywiady zostały nagrane za pomocą dyktafonu, a na podstawie nagrań dokonano transkrypcji wywiadów (Załącznik – wywiady).

Rozdział 4.

Analiza wyników badań własnych

W pierwszym etapie badań właściwych udział wzięły 92 osoby. Z analizy wykluczono jedną badaną, która ze względu na swój wiek (43 lata), nie spełniała kryteriów grupy badawczej (okres wczesnej dorosłości). W badaniu uczestniczyło 79 (87%) kobiet i 12 (13%) mężczyzn w przedziale wiekowym od 19 do 33 lat (średnia: 23 lata). Jeśli chodzi o miejsce zamieszkania to większość badanych mieszka w miastach powyżej 100 000 mieszkańców (68,5%). Pozostałe 32,5% osób badanych to mieszkańcy mniejszych miast i wsi (16,9% – miasto do 100 000 mieszkańców, 14,6% - wieś). Ponad połowa, tj. 56% badanych, to osoby ze średnim wykształceniem kontynuujące naukę, natomiast 44% osób zadeklarowało wykształcenie wyższe (dwie osoby nie podały swojego wykształcenia). Największą grupę spośród badanych stanowią studenci (66% osób), 10% osób pracuje w branży związanej z opieką i edukacją, 3% zaznaczyło zawód „społeczny” (np. socjolog), po 2% wskazało administrację, sztukę i zawody techniczne, 2% osób nie pracuje, a pozostałe 13% to osoby o zawodach medycznych, prawniczych lub mające wolny zawód.

Statystyki opisowe – dane dotyczące samouszkodzeń

Do opracowania wyników badań wykorzystano pakiet statystyczny SPSS. Osoby, które zaznaczyły, że zdarza im się aktualnie podejmować jakiekolwiek samouszkodzenia tj. zarówno lekkie jak i ciężkie, stanowiły 57% wszystkich badanych. Osoby z samouszkodzeniami lekkimi i aprobowanymi społecznie – 48%, a przejawiające tylko nieaprobowane społecznie (ciężkie i lekkie) – 49,5%. Pozostałe dane znajdują się w tabeli 10. Fakt zaznaczenia w kwestionariuszu odpowiedzi twierdzącej na pytanie o aktualne doświadczenia samouszkodzeń nie był jednak ostatecznym kryterium zakwalifikowania osób do którejś z grup. Pewną trudnością było przyjęcie odpowiednich kryteriów podziału na grupy – kontrolną i badawczą. W przypadku samouszkodzeń podejmowanych w sposób nawykowy w celu radzenia sobie z napięciem ten problem jest dość złożony, dlatego dołączone zostały kolejne kryteria.

Tab. 11 Samouszkodzenia – częstotliwości

Samouszkodzenia	Tak
Aktualnie podejmowane – jakiegokolwiek	57%
Aktualnie podejmowane – aprobowane społecznie	48%
Aktualnie podejmowane – nieaprobowane społecznie	49,5%
Podejmowane w przeszłości – jakiegokolwiek	36%
Podejmowane w przeszłości – aprobowane społecznie	64%
Podejmowane przeszłości – nieaprobowane społecznie	54%

Źródło: Wyniki badań własnych

Ostatecznie przyjęto trzy kryteria wyodrębnienia osób badanych do grupy badawczej: częstość podejmowania samouszkodzeń, stopień uszkodzenia tkanki oraz funkcję, jaką pełnią samouszkodzenia. Propozycja takiej częstotliwości samouszkodzeń, która mogłaby świadczyć o syndromie samouszkodzeń i która miała zostać uwzględniona w DSM5 (Nock, 2010; Selby i in., 2012) była taka, że osoba musi podjąć samouszkodzenia przynajmniej pięciokrotnie w ciągu ostatniego roku. W niniejszym badaniu zaostorzono to kryterium i przyjęto, że aby zakwalifikować osobę do grupy badawczej, musi ona dokonać samouszkodzenia najmniej pięciokrotnie w ciągu ostatnich sześciu miesięcy. Jeśli chodzi o drugie kryterium – stopień uszkodzenia tkanki – do wyodrębnienia poproszono pięciu sędziów kompetentnych z wykształceniem psychologicznym, brali oni pod uwagę dwa kryteria: stopień uszkodzenia ciała tj. na ile dana forma skutkuje uszkodzeniem ciała (Załącznik 6). Na podstawie ocen sędziów wyróżniono trzy grupy form samouszkodzeń (Tab. 12). Nie znalazły się takie formy, które byłyby ciężkie, lecz aprobowane społecznie. Zdecydowano, że grupa 1 i 2 połączona w jedną, ponieważ kryterium ciężkości będzie tym ważniejszym kryterium.

Ostatnie główne kryterium to funkcja samouszkodzeń i tu podzielono je na dwie grupy: tzw. napięciowe (regulacja afektu, samokaranie, zaznaczanie granic, pokazywanie cierpienia, samoopieka, przerwanie dysocjacji, zapobieganie samobójstwo) oraz nienapięciowe (poszukiwanie wrażeń, wywieranie wpływu, więź z innymi, pokazanie siły, autonomia, zemsta). Do grupy badawczej włączono te osoby, które przejawiały funkcje „napięciowe”.

Przyjęte zostało jeszcze jedno istotne kryterium: zaznaczenie w badaniu przesiewowym opcji, że ktoś sobie robi krzywdę by radzić sobie z napięciem. W przypadku wątpliwości (osoby przejawiały i aprobowane i nieaprobowane lub nie określiły dokładnie częstości lub okaleczały się bezwiednie, tj. nie zdawały sobie sprawy z podejmowanego działania) czy dołączyć daną osobę do grupy badawczej czy kontrolnej kryterium rozstrzygającym był fakt, czy osoba zaznaczyła, że robi sobie krzywdę w sytuacji napięciowej w kwestionariuszu przesiewowym. Do grupy badawczej włączone zostały jeszcze 6 osób.

Tab. 12 Podział form samouszkodzeń przez sędziów kompetentnych

Grupa 1 lekkie i aprobowane	Grupa 2 lekkie i nieaprobowane	Grupa 3 ciężkie i nieaprobowane
▪ rozdrapywanie ran lub/ i zmian skórnych ▪ szczypanie ciała ▪ obgryzanie paznokci* ▪ zrywanie skórek* ▪ gryzienie warg*	▪ drapanie lub/ i szorowanie ciała ▪ wyrywanie włosów ▪ gryzienie ciała ▪ wbijanie paznokci w skórę* ▪ polewanie octem*	▪ bicie się ▪ uderzanie głową lub kończynami o inne przedmioty ▪ cięcie się ▪ przypalanie się ▪ kłucie się ▪ złamanie kończyny ▪ wstrzykiwanie powietrza do żył* ▪ wychłodzenie ciała* ▪ łykanie ostrych przedmiotów* ▪ łykanie chloru* ▪ podwiązywanie kończyn*

Źródło: opracowanie własne

Gwiazdką zaznaczono formy wpisane przez osoby badane

Argumentem przemawiającym za tym, by kryterium świadomości nie było kluczowe czy rozstrzygające jest niejasny status świadomości intencji wyrządzenia sobie krzywdy (por. Kubacka-Jasiecka, 2006). Osoby badane proszone były o określenie, czy dokonują samouszkodzeń bezwiednie („dopiero po fakcie zorientowałeś się, co się stało”) czy świadomie („wiedziałeś, że to robisz”). Mimo to osoby, które wskazywały wyłącznie bezwiedne formy nie zostały włączone do grupy badawczej. Aż 18 osób to takie, gdzie trudno było określić, czy włączyć je do grupy badawczej, czy też nie, ponieważ niejasne było, czy funkcją samouszkodzeń u danej osoby było radzenie sobie z napięciem, albo brakowało danych na temat częstości samouszkodzeń lub też pojawiała się wspomniana kwestia wyłącznie bezwiedności podejmowanego zachowania, tj. niezdawania sobie sprawy z podejmowania samouszkodzeń.

Ostatecznie do grupy badawczej włączono osoby, które spełniają następujące kryteria: podjęły aktualnie (tj. w ciągu 6 ostatnich miesięcy), co najmniej pięciokrotnie któreś z samouszkodzeń określonych przez sędziów kompetentnych jako nieaprobowane (lub włączonych przeze mnie) w celu redukcji napięcia. 34 osoby spełniały te kryteria. Do grupy kontrolnej włączone zostały osoby, które na oba pytania: „Czy zdarza ci się celowo uszkadzać ciało...” oraz „Czy w przeszłości zdarzało ci się celowo uszkadzać ciało” odpowiedziały przecząco. Tych osób jest 32.

Tab. 13 Grupy osób wyodrębnione w badaniu

Grupa	Częstość	Procent
Kontrolna	32	35,2
Badawcza	34	37,4
Niejasny status dot. samouszkodzeń	18	19,8
Samouszkodzenia tylko w przeszłości	7	7,7
Ogółem	91	100,0

Źródło: wyniki badań własnych

Rozkład płci w obu grupach przedstawiony jest w Tabeli 12. Ponieważ wśród osób badanych zdecydowanie przeważały kobiety (n=57; 86% wszystkich badanych), kolejnym krokiem było sprawdzenie, czy płeć może być zmienną wpływającą na różnice między grupami. W tym celu sprawdzono istotność związku między grupami a płcią za pomocą testu niezależności dwóch zmiennych – chi-kwadrat. Nieistotny wynik testu pozwala na przyjęcie hipotezy zerowej o braku związku między analizowanymi zmiennymi $\chi^2(1, N=66) = 0,068$; $p=1,000$ (dokładny test Fishera $p=1,000$). Na tej podstawie można przyjąć wniosek, że płeć nie jest czynnikiem wpływającym na różnice między grupami.

Tab. 14 Test chi-kwadrat – płeć versus grupa

		Grupa		Ogółem
		Kontrolna	Badawcza	
Płeć	Kobieta	28	29	57
	Mężczyzna	4	5	9
Ogółem		32	34	66

Źródło: wyniki badań własnych

Następnie sprawdzono normalność rozkładu testem Kołmogorowa-Smirnowa dla wszystkich zmiennych niezależnych. Dla większości tych zmiennych statystyka testu mierzona osobno dla obu grup – badawczej i kontrolnej – okazała się nieistotna statystycznie, zatem rozkład tych zmiennych jest rozkładem normalnym. Te zmienne to poziom transsytuacyjnego napięcia (kontrolna: Z K-S = 0,487; $p = 0,972$; badawcza: Z K-S = 0,546; $p = 0,63$), próg wrażliwości na ból (kontrolna: Z K-S = 0,864; $p = 0,445$) oraz wszystkie zmienne sposobu doświadczania ciała. W przypadku kilku zmiennych temperamentalnych test K-S okazał się być istotny statystycznie. Zmienna akceptacji społecznej (C1) (Z = 1,632; $p = 0,01$) gotowości do niesienia pomocy (C3) (Z = 1,452; $p = 0,029$) oraz zintegrowanego sumienia (C5) (Z = 1,367; $p = 0,048$) nie mają rozkładu normalnego, dlatego do analizy różnic dla tych zmiennych zastosowano również testy nieparametryczne.

3. Weryfikacja hipotez

Hipoteza 1.1. Osoby nawykowo okaleczające się przejawiają specyficzny wzorzec temperamentu typowy dla II typu alkoholizmu (tj. charakteryzują się wysokim poszukiwaniem nowości, niskim unikaniem szkody oraz niską zależnością od nagrody) częściej niż osoby nieokaleczające się.

Do zweryfikowania tej hipotezy wykorzystano test t-Studenta dla prób niezależnych. Tabela 15 przedstawia statystyki opisowe dla grupy badawczej i kontrolnej w zakresie temperamentu i charakteru dla zmiennych, w których wystąpiły istotne statystycznie różnice między grupami.

Tab. 15 Statystyki opisowe dla obu grup – temperament

	Grupa	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej
HA1	Kontrolna	32	4,38	2,64	0,47
	Badawcza	34	6,29	2,81	0,48
HA4	Kontrolna	32	2,78	2,37	0,42
	Badawcza	34	4,24	2,34	0,40
SD2	Kontrolna	32	5,38	1,70	0,30
	Badawcza	34	4,26	1,75	0,30
SD5	Kontrolna	32	7,34	2,62	0,46
	Badawcza	34	5,38	3,16	0,54

Źródło: wyniki badań własnych

Analiza wyników wykazała, że osoby okaleczające się różnią się od osób bez doświadczeń samouszkodzeń natężeniem pesymizmu $t(89) = -2,946$; $p = 0,004$ oraz męczliwości i astenii $t(89) = -3,011$; $p = 0,003$ (obie zmienne to podwymiary unikania szkody). Dodatkowo obliczono różnice dla zmiennych mierzących charakter i tu istotne różnice wystąpiły w zakresie celowości postępowania $t(89) = 2,812$; $p = 0,006$ i dobrych nawyków $t(89) = 3,430$; $p = 0,001$ (obie zmienne to podwymiary samokierowania).

Tab. 16 Istotność różnic między grupami w zakresie wymiarów temperamentu i charakteru

Skala				
	T	Df	Istotność	d Cohena
HA1	-2,946	89	,004	-0,62
HA4	-3,011	89	,003	-0,61
SD2	2,812	89	,006	0,6

SD5	3,430	89	,001	0,72
------------	-------	----	------	------

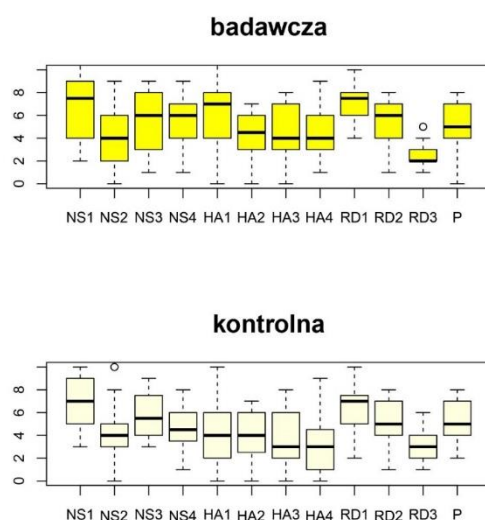
Źródło: wyniki badań własnych

Poziom pesymizmu jest u osób okaleczających się istotnie wyższy niż u osób nieokaleczających się podobnie jak poziom męczliwości i astenii. Oznacza to, że osoby okaleczające się bardziej się zamartwiają, częściej rozpamiętują doznane przykrości, a także dłużej powracają do równowagi po trudnych sytuacjach niż osoby nieokaleczające się. Charakteryzują się również mniejszą odpornością oraz większą męczliwością i astenią niż osoby z grupy kontrolnej. Z kolei osoby z grupy kontrolnej uzyskały wyższe wyniki w zakresie obu cech: celowości postępowania oraz dobrych nawyków. Na podstawie tego wyniku można zatem postawić wniosek, że osoby nieokaleczające się są bardziej odpowiedzialne, rzetelne i bardziej wewnątrzsterowne niż osoby podejmujące samouszkodzenia. Mają również mniejszą skłonność do ulegania pokusom i perswazji, a także większe zdyscyplinowanie w porównaniu z osobami okaleczającymi się. Na Rycinie 6 przedstawiono wykresy ilustrujące rozkład wyników w zakresie temperamentu w obu grupach.

Ryc. 6 Wykresy ilustrujące różnice między grupami w zakresie temperamentu

Źródło: wyniki badań własnych

Wielkość efektu (d Cohena dla wszystkich zmiennych; por. Tab. 16) wskazuje na



przeciętny związek samouszkodzeń ze wskazanymi wymiarami temperamentu i charakteru.

Hipoteza, mówiąca o tym, że osoby nawykowo okaleczające będą częściej niż osoby nieokaleczające przejawiają temperament charakterystyczny dla II typu alkoholizmu (tj. charakteryzują się wysokim poszukiwaniem nowości, niskim unikaniem szkody oraz niską zależnością od nagrody) nie potwierdziła się. Wbrew przewidywaniom obie grupy nie różnią się ani pod względem poziomu zależności od nagrody, ani w zakresie poszukiwania nowości, w tym impulsywności i ciekawości poznawczej. Co więcej różnice w zakresie unikania szkody okazały się odmienne niż przypuszczano, gdyż rezultaty tych badań pozwalają na wysunięcie wniosku, że osoby okaleczające charakteryzują się wyższym, a nie niższym niż osoby nieokaleczające się poziomem unikania szkody.

Hipoteza 1.2.

Osoby okaleczające się w sposób nawykowy mają wyższy próg wrażliwości na ból oraz niż osoby nieokaleczające się.

Ze względu na fakt, że na pomiar wrażliwości na ból mogą wpływać takie czynniki jak temperatura otoczenia, godzina badania, fakt spożycia przed badaniem napojów zawierających kofeinę czy leków przeciwbólowych, a także nastrój czy – u kobiet – moment cyklu miesięcznego, wszystkie te czynniki kontrolowano. W celu sprawdzenia możliwego ich związku z wynikiem pomiaru progu wrażliwości na ból przeprowadzono regresję liniową. Statystyka $F = 0,754$ ($df = 6$) okazała się nieistotna ($p = 0,608$). Przyjęto zatem wniosek, że wszystkie analizowane predyktory nie miały związku z wynikiem pomiaru progu wrażliwości na ból.

Następnie zastosowano test t-Studenta dla prób niezależnych w celu sprawdzenia, czy osoby okaleczające różnią się od nieokaleczających się progiem wrażliwości na ból. Statystyki opisowe dla tej zmiennej przedstawione są w tabeli 17.

Tab. 17 Statystyki opisowe dla grup – poziom napięcia i próg wrażliwości na ból

	Grupa	N	Średnia	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej
poziom transsytuacyjnego napięcia	Kontrolna	32	5,79	1,28	0,23
	Badawcza	34	6,34	1,43	0,25
próg wrażliwości na ból	Kontrolna	32	42,91	3,66	0,65
	Badawcza	34	43,40	3,42	0,59

Źródło: wyniki badań własnych

Rezultat analizy wskazuje, że różnice w wysokości progu wrażliwości na ból nie są istotne statystycznie $t(89) = -0,187$; $p = 0,852$. Na tej podstawie można przyjąć wniosek, że osoby okaleczające się nie różnią się od osób nieokaleczających się pod względem progu wrażliwości na ból. A zatem powyższa hipoteza nie została potwierdzona.

Hipoteza 1.3.

Osoby okaleczające się w sposób nawykowy przejawiają wyższy poziom napięcia transsytuacyjnego niż osoby nieokaleczające się.

Do zweryfikowania tej hipotezy również użyto testu t-Studenta dla prób niezależnych, a statystyki opisowe dla poziomu napięcia transsytuacyjnego przedstawiono w Tabeli 17. Rezultat analizy wskazuje, że różnice między badanymi grupami w zakresie tej zmiennej nie są istotne statystycznie $t(89) = -0,194$; $p = 0,893$. Hipoteza nie została potwierdzona. Osoby okaleczające się nie różnią się od osób nieokaleczających się pod względem transsytuacyjnego poziomu napięcia.

Hipoteza 1.4.

Osoby nawykowo okaleczające się różnią się sposobem doświadczania ciała od osób, które nie podejmują takich zachowań.

Do zweryfikowania tej hipotezy wykorzystano test t-Studenta dla prób niezależnych. Tabela 18 przedstawia statystyki opisowe dla grupy badawczej i kontrolnej dla zmiennej sposób doświadczania ciała.

Tab. 18 Statystyki opisowe dla obu grup – sposób doświadczania ciała

Skala	Grupa	Średnia	Odchylenie standardowe	Błąd standardowy średniej
Podwyższony Próg Doznań	Kontrolna	17,6	4,6	0,8
	Badawcza	25,1	7,4	1,3
Obniżony Próg Doznań	Kontrolna	13,9	3,6	0,6
	Badawcza	17,5	6,7	1,2
Interpretacja Emocji	Kontrolna	17,7	6,1	1,1
	Badawcza	22,8	7,2	1,2
Interpretacja Stanów Fizycznych	Kontrolna	15,2	4,6	0,8
	Badawcza	20,1	4,9	0,8
Interpretacja Tożsamości Fizycznej	Kontrolna	13,7	4,8	0,9
	Badawcza	23,9	9,2	1,6
Kontrola Emocji	Kontrolna	24,7	5,3	0,9
	Badawcza	32,5	6,6	1,1
Kontrola Stanów Fizycznych	Kontrolna	26,6	7,0	1,2
	Badawcza	33,1	7,6	1,3
Emocje do Ciała	Kontrolna	22,6	8,9	1,6
	Badawcza	30,3	11,1	1,9
Komfort w sytuacji bliskości fizycznej	Kontrolna	31,6	7,9	1,4
	Badawcza	36,4	10,4	1,8
Ochrona Ciała	Kontrolna	19,9	6,0	1,1
	Badawcza	24,9	5,0	0,9

Źródło: wyniki badań własnych

Analiza wyników testu t-Studenta wykazała istotne statystycznie różnice między grupą badawczą i kontrolną dla każdego wymiaru zmiennej sposób doświadczania ciała. We wszystkich wymiarach osoby okaleczające się uzyskały wyniki istotnie wyższe od osób z grupy kontrolnej (por. Tab. 19). Oznacza to, że w porównaniu z osobami niepodlegającymi samouszkodzeniom osoby okaleczające się mają większą trudność w interpretacji własnych emocji $t(89) = -2,56$ ($p = 0,011$) oraz swoich stanów fizycznych $t(89) = -3,65$ ($p < 0,001$), mają mniejszą kontrolę nad przeżywanymi emocjami $t(89) = -5,1$ ($p < 0,001$) oraz stanów fizycznych $t(89) = -3,48$ ($p = 0,001$), charakteryzują się też mniej ustaloną tożsamością $t(57,51) = -5,79$ ($p < 0,001$), przejawiają bardziej negatywne emocje wobec ciała $t(72,74) = -3,38$ ($p < 0,001$) oraz w mniejszym stopniu chronią swoje ciało $t(89) = -2,53$ ($p = 0,013$) i doświadczają mniejszego komfortu w relacji bliskości fizycznej $t(89) = -2,8$ ($p = 0,004$).

Tab. 19 Istotność różnic między grupami w zakresie wymiarów temperamentu i charakteru

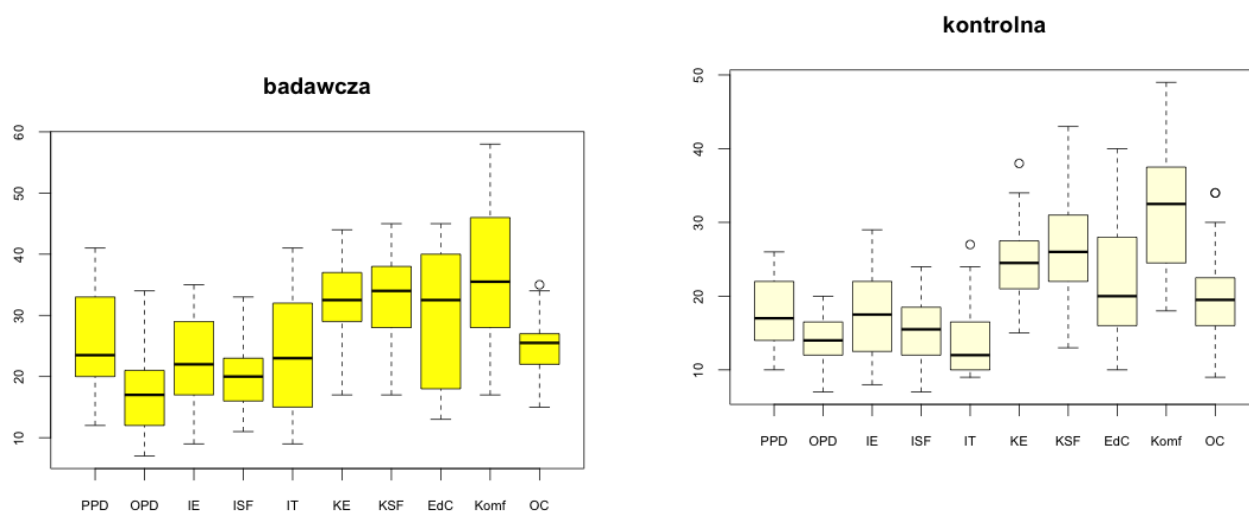
Skala	T	Df	Istotność	d Cohena
Podwyższony Próg Doznań	-4,20	89	,000	-0,88
Obniżony Próg Doznań	-2,42	65,79	,018	-0,59
Interpretacja Emocji	-2,56	89	,011	-0,54
Interpretacja Stanów Fizycznych	-3,65	89	,000	-0,77
Interpretacja Tożsamości Fizycznej	-5,79	57,51	,000	-1,5
Kontrola Emocji	-5,10	89	,000	-1,08
Kontrola Stanów Fizycznych	-3,48	89	,001	-0,74
Emocje do Ciała	-3,38	72,74	,001	-0,79
Komfort w sytuacji bliskości fizycznej	-2,08	89	,040	-0,45
Ochrona Ciała	-2,53	89	,013	-0,53

Źródło: wyniki badań własnych

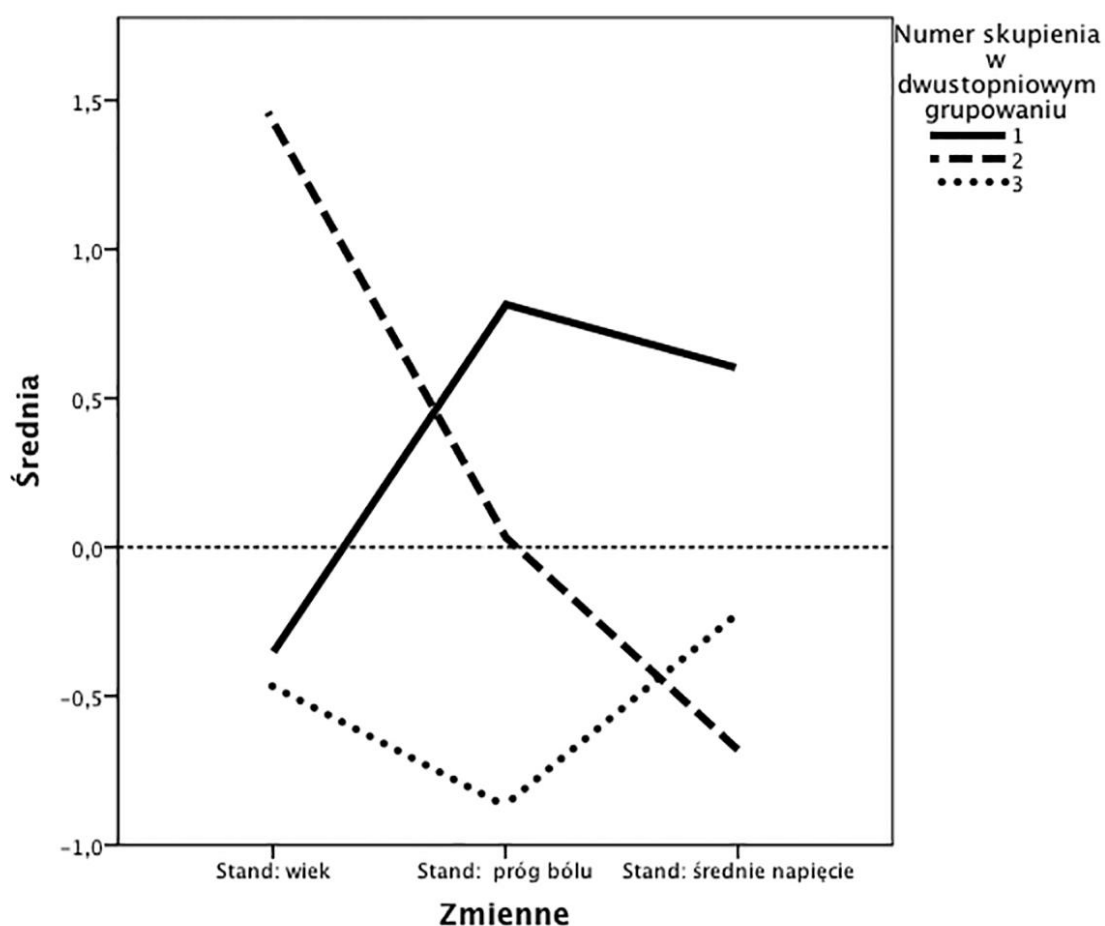
Siła efektu (d Cohena) największa jest dla związku grupy i zmiennej Interpretacja Tożsamości Fizycznej ($d = -1,5$) oraz Kontroli Emocji ($d = -1,08$). Również wysoka siła efektu dla Podwyższonego Progu Doznań ($d = -1,5$), nieco mniejsza Interpretacji Stanów Fizycznych Kontroli Stanów Fizycznych oraz Stosunku Emocjonalnego do Ciała (por. Tab. 19). Dla pozostałych wymiarów siła efektu okazała się przeciętna.

Ryc. 7 Wykresy różnic między grupami w zakresie sposobu doświadczania ciała

Źródło: wyniki badań własnych



Dodatkowo przeprowadzono analizę skupień. W pierwszym kroku wybrano wiek, próg wrażliwości na ból oraz poziom napięcia transsytuacyjnego. Zastosowano metodę dwustopniowego grupowania z kryterium BIC. Otrzymano trzy skupienia, których profile przedstawia Rycina 8.



Ryc. 8 Analiza skupień – skupienia dla zmiennych wiek, próg bólu i poziom transsytuacyjnego napięcia

Źródło: wyniki badań własnych

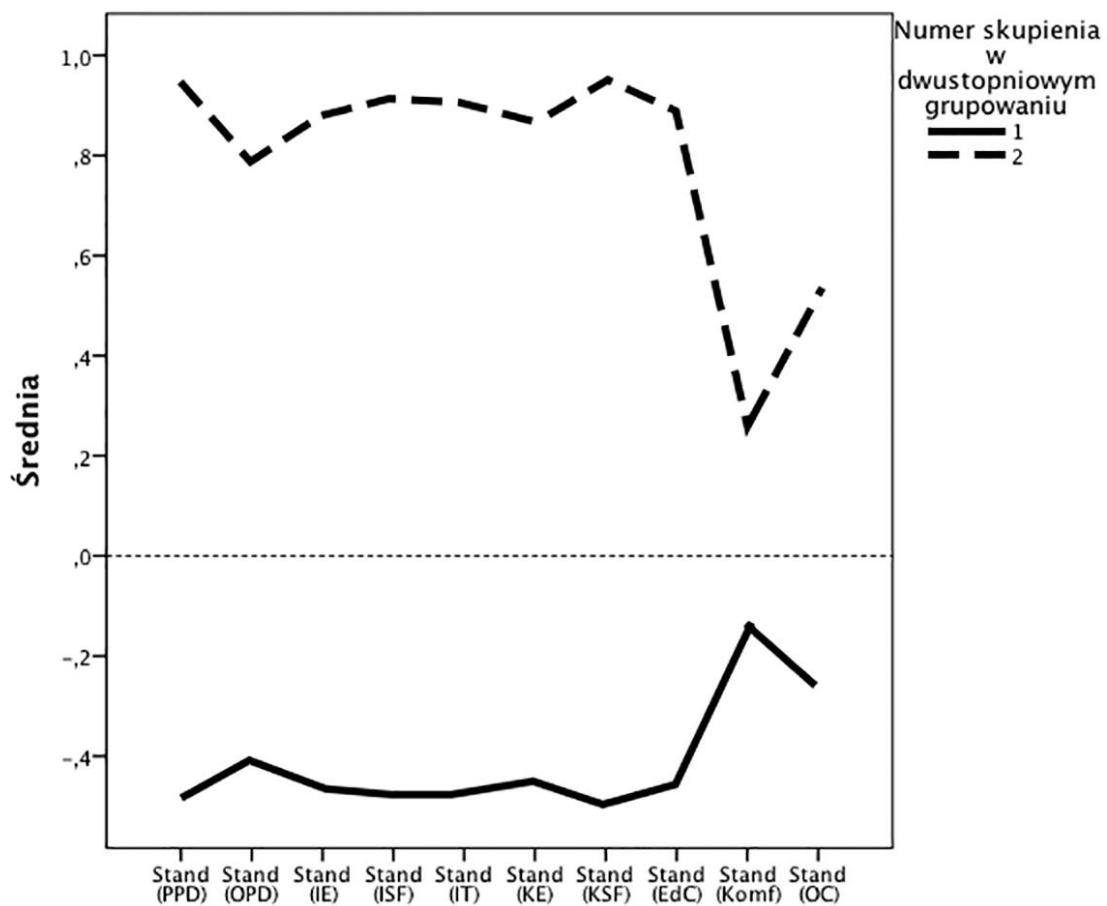
Grupa osób badanych podzielona została na osoby starsze i młodsze. Te pierwsze miały przeciętny próg bólu i niski poziom napięcia transsytuacyjnego – podobnie jak część grupy młodszej, która miała także najniższy poziom progu bólu. Pozostała część grupy młodszej to były osoby o wysokim poziomie progu wrażliwości na ból i wysokim poziomie napięcia transsytuacyjnego (różnice na podstawie testu post hoc, $p < 0,05$).

Tab. 20 Statystyki opisowe – wiek, próg wrażliwości na ból

	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
Wiek	91	19	33	23,1	3
Próg wrażliwości na ból	91	33,3	48,6	43,3	3,3
Napięcie transsytuacyjne	91	2,4	9,1	6,1	1,4

Źródło: wyniki badań własnych

Przynależność do skupień okazała się nieistotnym predyktorem dla wymiarów temperamentu oraz przynależności do grupy badawczej/kontrolnej.



Ryc. 9 Analiza skupień – sposób doświadczania ciała

Źródło: wyniki badań własnych

W kolejnej analizie zbadano profile wyznaczone na podstawie wyników sposobów doświadczania własnego ciała. Wyróżnione dwie grupy, istotnie różne (na podstawie testów t-Studenta dla prób niezależnych; $p < 0,001$), które można opisać jako osoby o bardziej i mniej dojrzałym sposobie doświadczania własnego ciała.

Tab. 21 Statystyki opisowe – sposób doświadczania ciała

	Statystyki opisowe				
	N	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
Podwyższony próg doznań	91	10	41	20,4	6,9
Obniżony próg doznań	91	7	34	15,3	5,5
Interpretacja Emocji	91	8	35	20,3	6,8
Interpretacja Stanów Fizycznych	91	7	33	17,8	5,1
Interpretacja Tożsamości Fizycznej	91	9	41	17,9	8,3
Kontrola Emocji	91	15	44	28,5	6,7
Kontrola Stanów Fizycznych	91	13	48	30	7,7
Emocje do Ciała	91	10	45	26,1	10
Komfort w sytuacji bliskości	91	17	58	35	9,9
Ochrona Ciała	91	9	35	22,2	5,8

Źródło: wyniki badań własnych

Grupa badawcza składa się z prawie równych proporcji obu profilów osób, natomiast grupa kontrolna to w większości (84,4%) osoby o bardziej dojrzałym sposobie doświadczania ciała.

Tab. 22 Tabela krzyżowa – przynależność do grupy a numer skupienia

Tabela krzyżowa grupa * numer skupienia					
			Numer skupienia w dwustopniowym grupowaniu		Ogółem
			1	2	
Grupa	Kontrolna	Liczebność	27	5	32
		% z gr_bad_kontr	84,4%	15,6%	100,0%
	badawcza	Liczebność	15	19	34
		% z gr_bad_kontr	44,1%	55,9%	100,0%
Ogółem		Liczebność	42	24	66
		% z gr_bad_kontr	63,6%	36,4%	100,0%

Źródło: wyniki badań własnych

Istotność wyniku testu $\chi^2(1) = 9,87$; $p = 0,002$ pozwala stwierdzić, że zaobserwowana różnica w rozkładzie liczebności jest istotna. Dodatkowo stwierdzono, że przynależność do osób o wysokim/niskim poczuciu ciała determinuje w sposób istotny wyniki dla zmiennych wiek oraz dla zmiennych sumy napięć (Tab. 23).

Tab. 23 Testy efektów międzyobiektowych

Testy efektów międzyobiektowych						
Źródło	Zmienna zależna	Typ III sumy kwadratów	Df	Średni kwadrat	F	Istotność
Model skorygowany	Wiek	51,3	1,0	51,3	5,8	0,02
	próg bólu	10,9	1,0	10,9	1,0	0,3
Sposób dośw. Ciała	Wiek	51,3	1,0	51,3	5,8	0,02
	próg bólu	10,9	1,0	10,9	1,0	0,3
	średnia napięcia	38,5	1,0	38,5	26,9	0,0
Testy efektów międzyobiektowych						
Źródło	Zmienna zależna		Cząstkowe Eta kwadrat			
Sposób dośw. ciała	Wiek		,062			
	próg bólu		,011			
	Srednianap		,232			

Źródło: wyniki badań własnych

Wybrane statystyki opisowe dla wyodrębnionych skupień przedstawione zostały w tabeli poniżej.

Tab. 24 Wybrane statystyki opisowe dla wyodrębnionych skupień

	Numer skupienia	Średnia	Odchylenie standardowe	N
Wiek	1	23,6	3,2	60
	2	22,0	2,4	31
	Ogółem	23,1	3	91
próg bólu	1	43,0	3,4	60
	2	43,8	3,1	31
	Ogółem	43,3	3,3	91
Napięcie transsytuacyjne	1	5,7	1,2	60
	2	7	1,2	31
	Ogółem	6,1	1,4	91

Źródło: wyniki badań własnych

Można zatem postawić wniosek, że osoby o dojrzalszym sposobie doświadczania ciała są starsze i mają niższy poziom napięcia transsytuacyjnego (wyniki w tabelach powyżej). Wielkość efektu (eta kwadrat) wskazuje jednak na niewielką wartość tej różnicy.

Hipoteza 1.5.

Osoby nawykowo okaleczające się przejawiają mniejszą kontrolę hamowania niż osoby nieokaleczające się.

Kontrola hamowania mierzona jest za pomocą dwóch wskaźników – liczby (procent) udanych prób wyhamowania reakcji (tzw. „sukces”) oraz czasu nieudanych prób ich wyhamowania (tzw. „porażka”) w sytuacjach, gdy po wzrokowym bodźcu wzbudzającym pojawiał się dźwiękowy bodziec będący sygnałem stop. W tabeli 25 przedstawiono statystyki opisowe dla obu badanych grup, dotyczące czasów reakcji oraz liczby poprawnych wyhamowań reakcji w sytuacji prostego reagowania na bodziec wzrokowy (tj. bez sygnału stop), liczby skutecznych wyhamowań reakcji na sygnał stop (tj. „sukces”), czasu błędnego hamowania reakcji (tj. „porażka”) oraz różnicy (Δ) w poziomie nastroju doświadczanego przed i po manipulacji negatywnymi emocjami.

Tab. 25 Statystyki opisowe – kontrola hamowania

Grupa	Reakcja prosta - poprawne reakcje [%]		Reakcja prosta - czas [ms]		„Porażka” - czas błędnego hamowania reakcji [ms]		„Sukces” - poprawne hamowanie [%]		Poziom nastroju		
	Przed	Po	Przed	Po	Przed	Po	Przed	Po	Przed	Po	Δ
Porównawcza	98	99	573	602	490	503	75	79	6,8	5,2	1,6
Badawcza	97	98	566	696	531	587	77	81	5,8	4,0	1,8

Źródło: wyniki badań własnych

Ze względu na małą liczebność grup (badawcza: $N = 8$; porównawcza: $N = 5$) a tym samym niemożność sprawdzenia założeń, które muszą być spełnione w przypadku testów parametrycznych, podjęto decyzję o zastosowaniu testów nieparametrycznych do analizy istotności różnic, mimo że zmienne mają charakter ilościowy. Hipoteza 1.5. została uszczegółowiona.

1.5.1. Osoby nawykowo okaleczające się przejawiają mniejszą liczbę poprawnych wyhamowań reakcji („sukcesów”) niż osoby nieokaleczające się.

W celu zweryfikowania tej hipotezy zastosowano test U Manna-Whitneya. Analiza wyników testu wykazała brak istotnej statystycznie różnicy między grupami, jeśli chodzi o poprawne hamowanie („sukces”) zarówno w sytuacji przed wzbudzeniem emocji ($U = 15,00$; $p = 0,249$) jak i po ($U = 17,00$; $p = 0,354$). Dodatkowo obie grupy również nie różnią się istotnie jeśli chodzi o poprawne reakcje proste w sytuacji przed ($U = 10,50$; $p = 0,91$) oraz po ($U = 18,50$; $p = 0,427$).

1.5.2. Osoby nawykowo okaleczające się przejawiają krótszy czas reakcji na bodziec niż osoby nieokaleczające się.

Aby sprawdzić tę hipotezę zastosowano test U Manna-Whitneya. Analiza wyników testu wykazała brak istotnej statystycznie różnicy między grupami, jeśli chodzi o czas niewyhamowanej reakcji na bodziec zarówno w sytuacji przed wzbudzeniem emocji ($U = 13$; $p = 0,177$) oraz po ($U = 12$; $p = 0,142$). Dodatkowo obie grupy również nie różnią się istotnie między sobą, jeśli chodzi o czas poprawnych reakcji prostych w sytuacji sprzed wzbudzenia emocji ($U = 16,00$; $p = 0,297$) jak i po ($U = 12,00$; $p = 0,142$).

1.5.3. Negatywne emocje mają większy wpływ na zmniejszenie kontroli hamowania u osób okaleczających się niż u osób nieokaleczających się.

Przed przystąpieniem do analizy obliczono dla obu grup wielkość różnicy w poziomie nastroju doświadczanym przed i po wzbudzeniu emocji negatywnych. Analiza testem U Manna-Whitneya wykazała brak istotnej statystycznie różnicy różnic (Δ) w poziomie nastroju między grupami ($U = 18,500$; $p = 0,818$). Można zatem przyjąć wniosek, że osoby z grupy badawczej nie różniły się pod względem wielkości zmiany nastroju od osób z grupy porównawczej.

W kolejnym kroku porównano, osobno dla obu grup, procent poprawnego hamowania („sukces”) oraz czas błędnego hamowania („porażka”) w sytuacji obniżonego nastroju z sytuacją sprzed manipulacji nastrojem. Za pomocą testu znaków rangowych Wilcoxona sprawdzono istotność różnic w długości czasów reakcji prostej i długości czasów błędnych wyhamowań reakcji („porażka”). W grupie porównawczej czas reakcji prostej był dłuższy niż czas błędnych wyhamowań ($M_{rang1} = 3$) niż ($M_{rang2} = 0$) zarówno w warunkach sprzed wzbudzenia emocji jak i po. Analiza testem Wilcoxona wykazała, że różnice te są istotne statystycznie odpowiednio: $Z = -2,023$; $p = 0,043$ oraz $Z = -2,032$; $p = 0,042$. Taka sama zależność zauważona została w grupie badawczej, ale tylko w warunkach po wzbudzeniu emocji, gdzie istotne statystycznie różnice w czasach reakcji na bodziec $Z = -2,521$; $p = 0,012$. A zatem, podobnie jak w grupie porównawczej, czas reakcji prostej w tej grupie był dłuższy ($M_{rang1} = 4,5$) niż czas błędnych wyhamowań ($M_{rang2} = 0$). W warunkach sprzed wzbudzenia emocji czasy te nie różniły się istotnie ($Z = -1,820$; $p = 0,069$).

Jeśli chodzi o różnice w czasie błędnych wyhamowań („porażka”) przed i po wzbudzeniu emocji negatywnych w obu grupach nie wystąpiły różnice. Jednocześnie porównanie liczby poprawnych wyhamowań reakcji („sukces”) sprzed i po wzbudzeniu emocji wskazuje na istotną różnicę tychże, ale tylko w grupie badawczej ($Z = -2,243$; $p =$

0,25). Po wzbudzeniu emocji u osób okaleczających się wystąpiła większa poprawność hamowania reakcji. Wskazywałoby to, wbrew przewidywaniom, na większą kontrolę hamowania po wzbudzeniu negatywnych emocji u osób okaleczających się.

Hipoteza 1.6.

Osoby nawykowo okaleczające się różnią się wielkością amplitudy komponentów N100, N200, P200, P300 oraz ich latencją w porównaniu z osobami nieokaleczającymi się.

Ze względu na małą liczebność grup podjęto decyzję o zastosowaniu testu nieparametrycznego do analizy istotności różnic, mimo że zmienne komponentów – latencja oraz amplituda – mają charakter ilościowy.

Za punkt podziału na dwie grupy przyjęto średnie wartości obu zmiennych. W Tabeli 26 przedstawione zostały statystyki opisowe dla wszystkich komponentów z uwzględnieniem grup – porównawczej i badawczej – oraz dla sytuacji sprzed i po wzbudzeniu emocji (pre – post). W celu sprawdzenia różnic między grupami w zakresie latencji wszystkich komponentów przeprowadzono test χ^2 oraz dokładny test Fishera.

Tab. 26 Statystyki opisowe dla komponentów N100, P200, N200 i P300

<i>Grupa</i>		<i>porównawcza (N=5)</i>				<i>badawcza (N=8)</i>			
		Pre		Post		Pre		post	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
N100	<i>latencja (ms)</i>	162	10	161	4,17	171	9,8	171	8,4
	<i>amplituda (μV)</i>	-7,3	1,9	-9,3	3,41	-8,1	3,4	-8,3	3,6
P200	<i>latencja (ms)</i>	226	9,2	231	8,7	228	14,2	232	13,3
	<i>amplituda (μV)</i>	2,6	2,3	2,3	3,4	4,1	4,7	4	3,6
N200	<i>latencja (ms)</i>	289	19,2	287	25,1	284	24,2	284	24,3
	<i>amplituda (μV)</i>	-3,8	1,6	-3,7	3,2	-2,9	4,8	-3,9	3,1
P300	<i>latencja (ms)</i>	371	22,9	358	25,3	350	29,9	357	34,2
	<i>amplituda (μV)</i>	2,1	1,5	2,8	2,3	4	4,8	3,7	3,9

Źródło: wyniki badań własnych

Istotne różnice między grupami wystąpiły tylko w zakresie latencji komponentu N100 w sytuacjach reagowania na bodźce bez dźwięku (tj. reakcje proste) zarówno przed i po wzbudzeniu emocji. W obu warunkach osoby nieokaleczające się mają krótszą latencję niż osoby z grupy badawczej. Istotne statystycznie różnice wystąpiły też w zakresie latencji komponentu N100 w sytuacji udanego zahamowania reakcji („sukces”), choć tylko w

warunkach po wzbudzeniu emocji. Tu również latencja jest krótsza u osób nieokaleczających się niż u okaleczających się. Poniżej przedstawiono dokładne obliczenia dla zmiennych istotnie różnicujących grupy.

Poziom istotności statystyki $\chi^2(1, N=13) = 6,964$; $p=0,008$, pozwala przyjąć, że w sytuacjach skutecznego hamowania reakcji różnice w zakresie latencji N100 są istotne. Latencje tego komponentu są dłuższe w grupie osób nieokaleczających się. Test Fishera ($p=0,021$) również wskazuje na istotność różnic między grupami. Rozkład liczebności w grupach dla tego komponentu przedstawia Tabela 27.

Tab. 27 Tabela krzyżowa – różnice międzygrupowe dla reakcji skuteczne zahamowanych

Tabela krzyżowa				
		Sukces (M)		Ogółem
		niskie	Wysokie	
Grupa	Porównawcza	0	5	5
	Badawcza	6	2	8
Ogółem		6	7	13

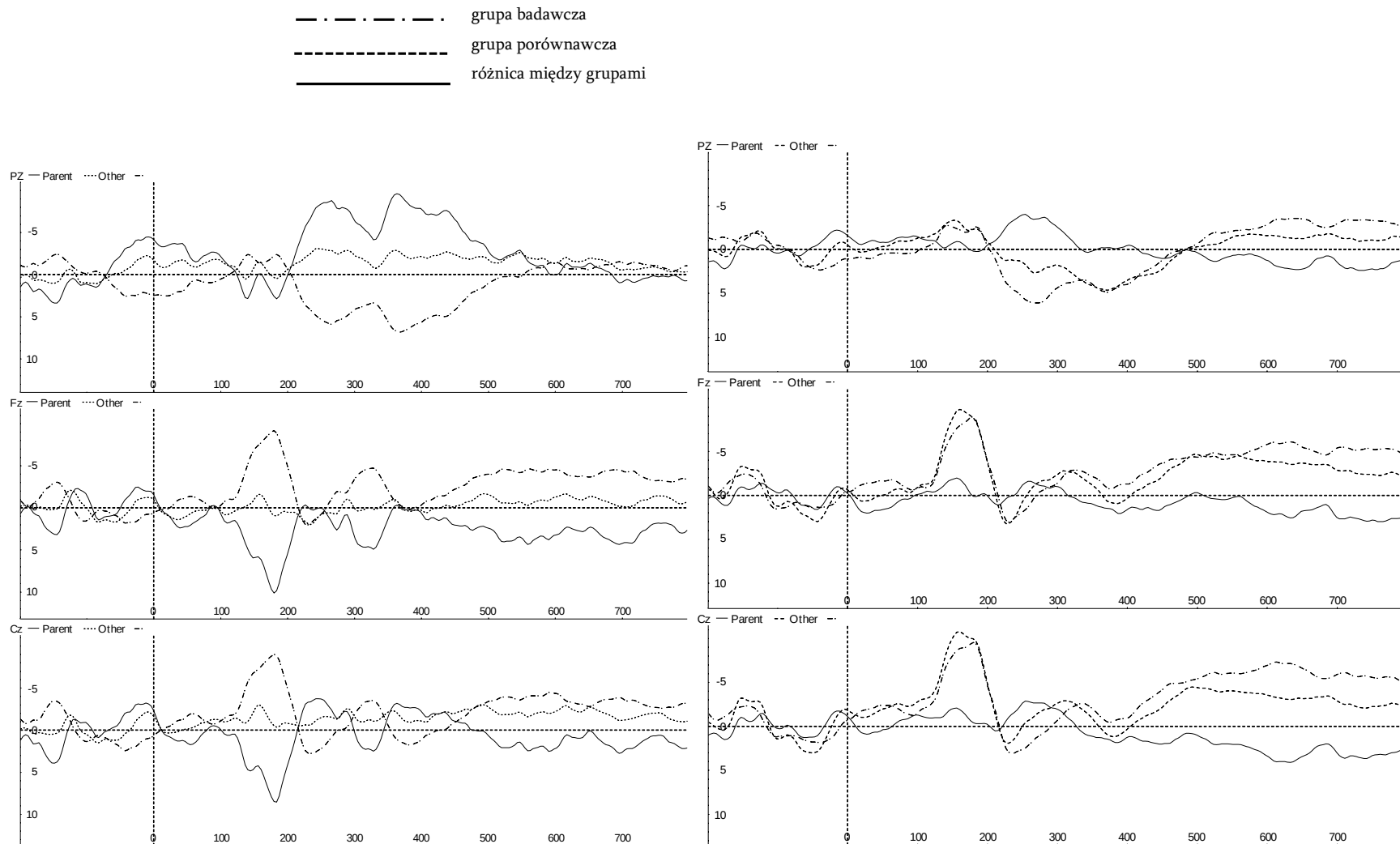
Źródło: wyniki badań własnych

Tab. 28 Statystyki opisowe z uwzględnieniem różnic wewnątrz- i międzygrupowych istotnych statystycznie

		N100				P300			
		amplituda [μ V]		latencja [ms]		amplituda [μ V]		latencja [ms]	
Grupa		Przed	Po	Przed	Po	Przed	Po	Przed	Po
Reakcja prosta	Badawcza	-7,5	-7,8	174*	169*	2,7	2,9	349	361
	Porównawcza	-8,1	-8,3	157*	161*	1,6	2,6	369	367
Sukces	Badawcza	-6,8	-8,1	167	179*	5,2*	2,9*	342	366
	Porównawcza	-7,2	-8,4	166	165*	2,3	1,6	379	346
Porażka	Badawcza	-9,9	-9,0	171	166	4,1	5,4	360	345
	Porównawcza	-6,7*	-11,1*	164	157	2,5	4,3	365	361

* istotnie statystycznie wynik na poziomie p

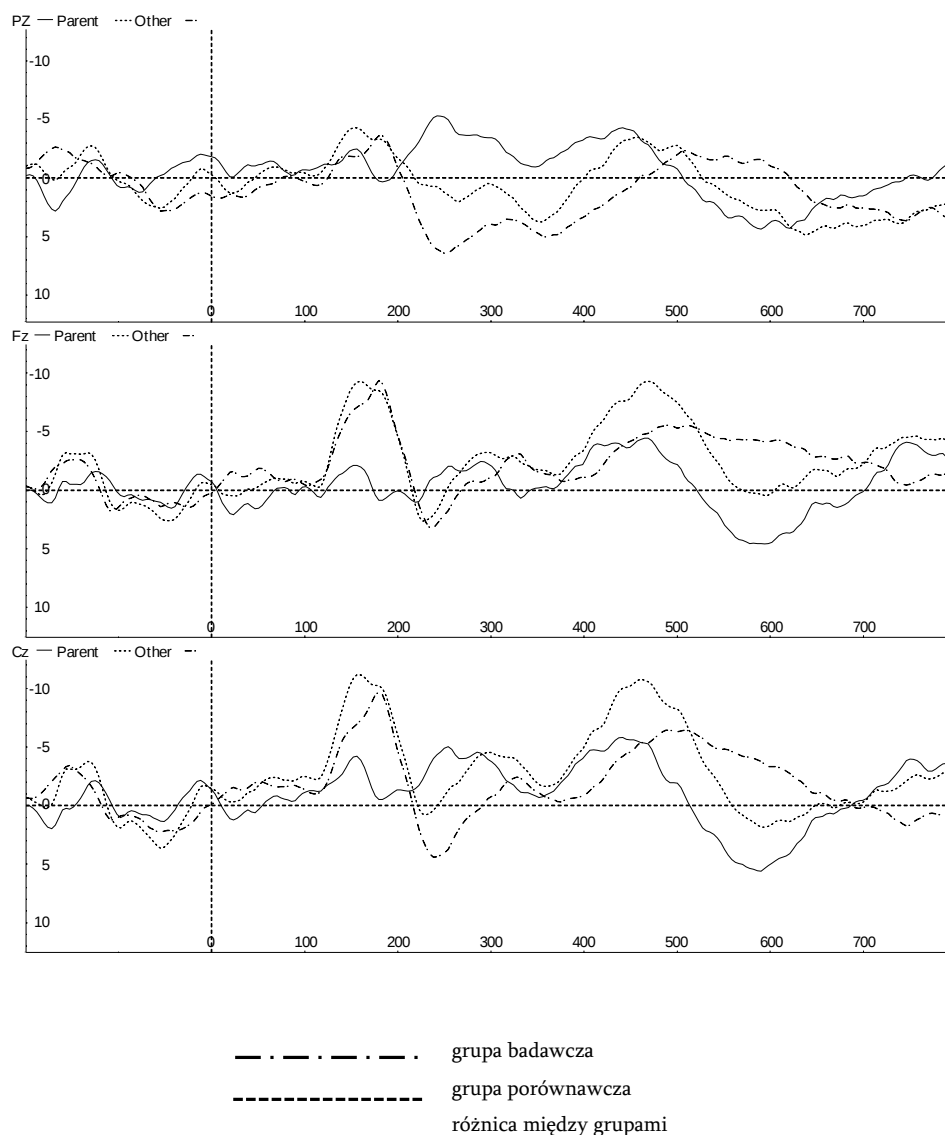
Źródło: wyniki badań własnych



Ryc. 10 Różnice między grupami w zakresie przebiegu aktywności elektrycznej mózgu (reakcja prosta) osobno dla sytuacji przed i po wzbudzeniu emocji

Źródło: wyniki badań własnych

Również dla reakcji prostych (tj. reakcji na bodziec bez dźwięku), zarówno w sytuacji przed wzbudzeniem emocji jak i po, statystyki testu $\chi^2(1, N = 13) = 5,923$ (taka sama wartość dla obu warunków) są istotne statystycznie (dla obu $p = 0,015$), co oznacza, że istnieją różnice między grupami w zakresie latencji komponentu N100.



Ryc. 11 Różnice między grupami w zakresie przebiegu aktywności elektrycznej mózgu dla sytuacji po wzbudzeniu emocji („sukces”).

Źródło: wyniki badań własnych

Latencje te są dłuższe u osób nieokaleczających się. Dokładny test Fishera również okazał się istotny statystycznie w obu przypadkach ($p = 0,032$). Statystyki opisowe przedstawione są w Tabeli 29. Rycina xx z kolei przedstawia porównania międzygrupowe w

zakresie przebiegu aktywności elektrycznej mózgu osobno dla sytuacji przed i po wzbudzeniu emocji.

Tab. 29 Różnice międzygrupowe dla reakcji prostych przed i po wzbudzeniu emocji

Grupa	PRZED		PO	
	Reakcja prosta (M)		Reakcja prosta (M)	
	Niskie	Wysokie	Niskie	Wysokie
Porównawcza	1	4	1	4
Badawcza	7	1	7	1
Ogółem	8	5	8	5

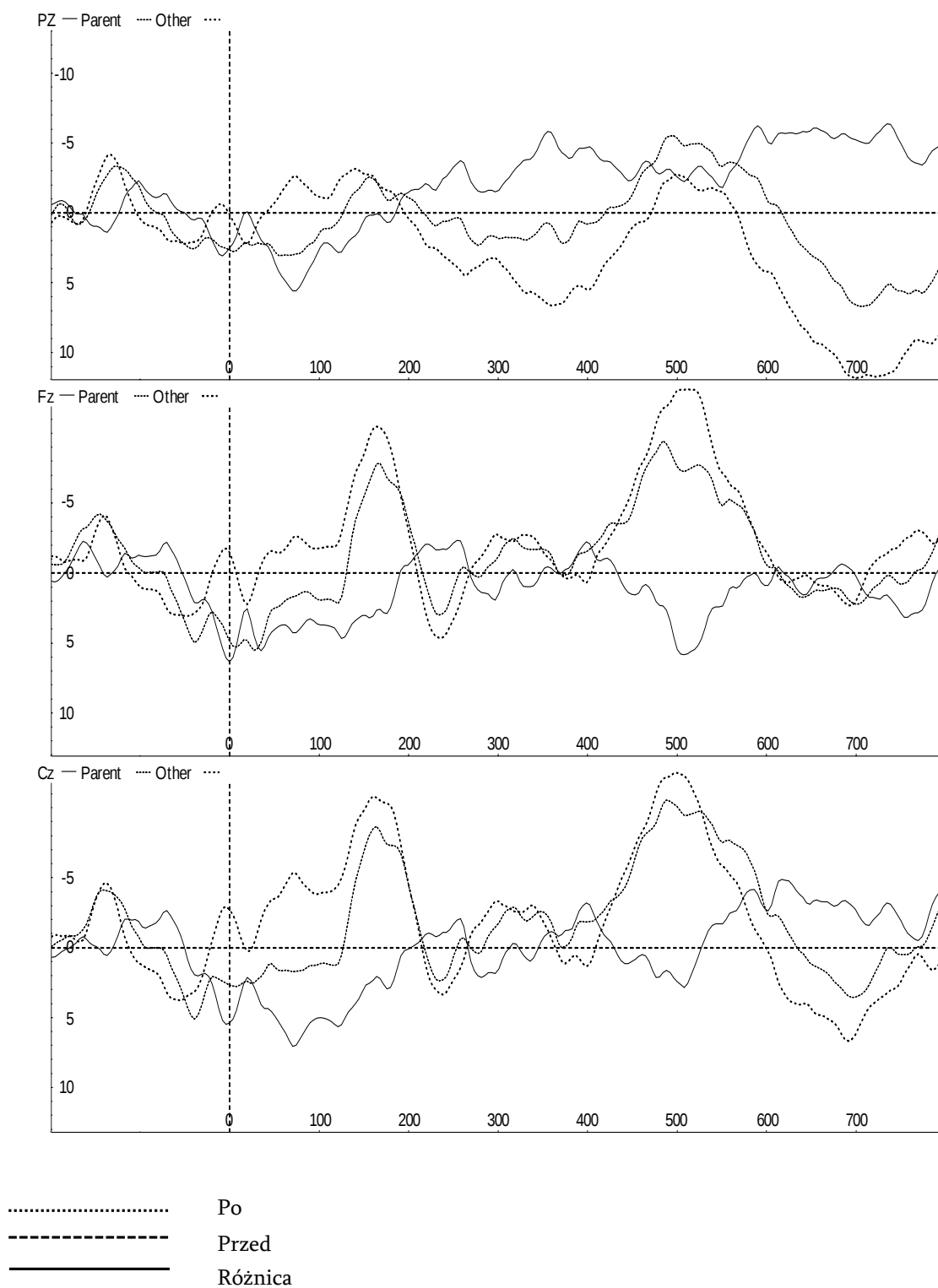
Źródło: wyniki badań własnych

Hipoteza 1.7.

Po wzbudzeniu emocji negatywnych u osób okaleczających się występują większe w porównaniu z osobami nieokaleczającymi się różnice wielkości amplitudy komponentów N100, N200, P200, P300 oraz ich latencji.

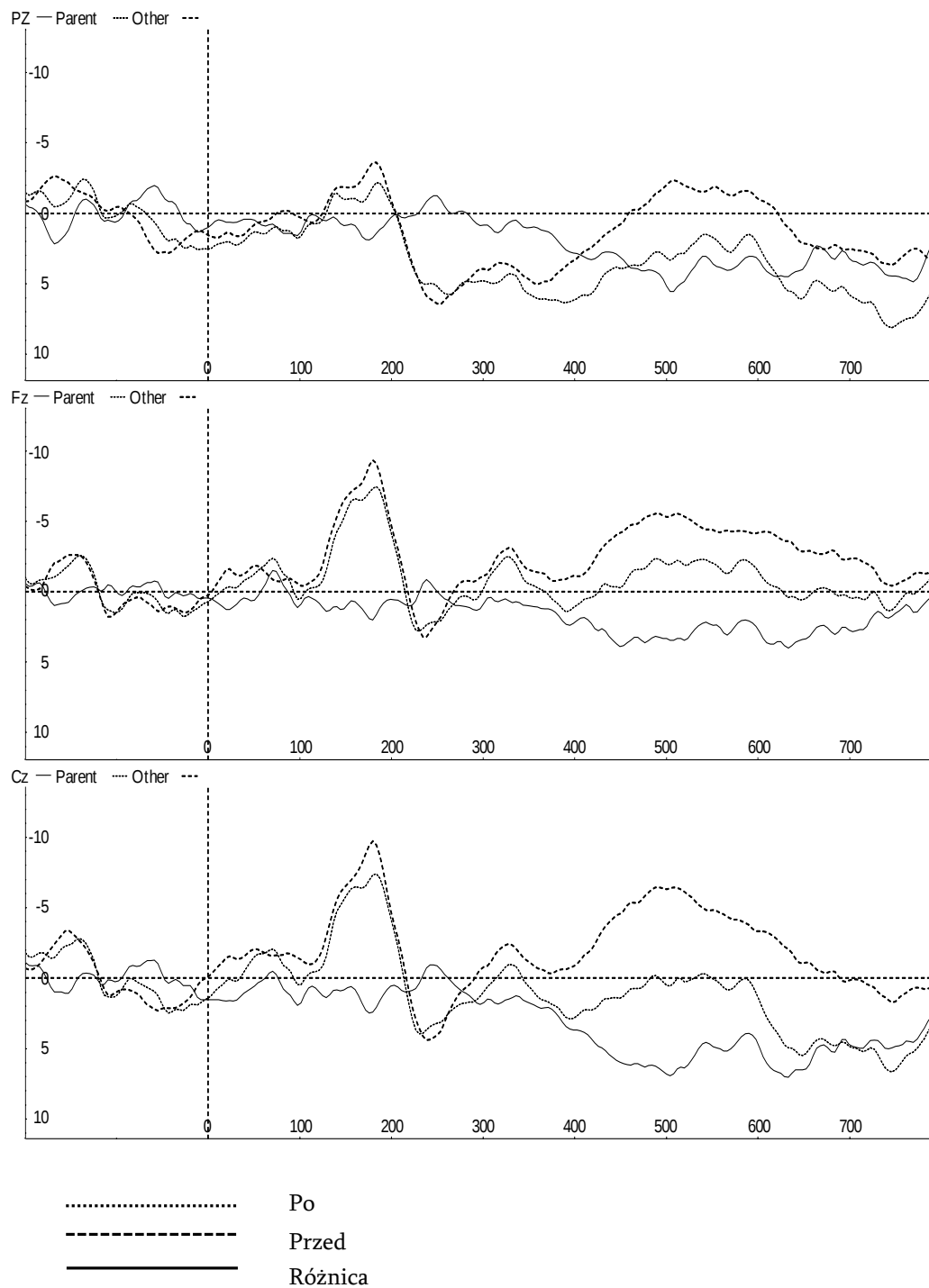
Za pomocą testu znaków rangowych Wilcoxona sprawdzono istotność różnic w wielkości amplitudy i długości latencji dla wszystkich komponentów. Jedyne istotne statystycznie różnice, jakie wystąpiły w grupie porównawczej to te w wielkości amplitudy N100 w sytuacji, gdy nie udało się zahamować reakcji („porażka”). Amplituda była mniejsza po wzbudzeniu emocji ($M_{rang1} = 0$) niż przed ($M_{rang2} = 3$), statystyka $Z = -2,023$ dla $p = 0,043$. Różnice w wielkości amplitud przedstawione zostały na Rycinie xx.

W grupie badawczej natomiast wystąpiły istotne różnice w amplitudzie P300 w sytuacjach, gdy udało się zahamować reakcję („sukces”). Amplituda tego komponentu była również mniejsza po ($M_{rang2} = 3$) wzbudzeniu emocji niż przed ($M_{rang1} = 4,71$). Statystyka $Z = -2,100$ dla $p = 0,036$. Różnice w wielkości amplitud przedstawione zostały na Rycinie xx.



Ryc. 12 Grupa porównawcza – różnice w wielkości amplitudy N100 w sytuacji „porażki” (pomiar z elektrod: Pz, Fz, Cz).

Źródło: wyniki badań własnych



Ryc. 13 Grupa badawcza – różnice w wielkości amplitudy P300 w sytuacji „sukcesu” (pomiar z elektrod Pz, Fz i Cz).

Źródło: wyniki badań własnych

Pytanie badawcze 2

Jaki jest mechanizm radzenia sobie z napięciem u osób podejmujących nawykowe samouszkodzenia?

Pytania szczegółowe wyprowadzone z głównego pytania:

1. Dlaczego właśnie samouszkodzenia stały się sposobem radzenia sobie z napięciem (jak osoba badana sobie to wyjaśnia)?
2. Od czego zależy wybór samouszkodzenia jako sposobu radzenia sobie z napięciem (sytuacje/ okoliczności/ czynniki sprzyjające/ czynniki hamujące)?
3. Jaka jest skuteczność redukcji napięcia za pomocą samouszkodzeń?

Celem tej części badania było szukanie odpowiedzi na pytanie o mechanizm radzenia sobie z napięciem u osób z nawykowymi samouszkodzeniami, a zatem ta część badania miała charakter eksploracyjny. Z tego względu nie zostały postawione hipotezy, a problem badawczy pozostawiono na poziomie pytań.

Przeprowadzony wywiad był nieustrukturalizowany, a badana próba liczyła jedynie dziesięć osób, dlatego zrezygnowano z ilościowej analizy treści i zdecydowano się wyłącznie na jakościową analizę materiału. Ze względu na specyfikę wywiadu tj. jedno pytanie wzbudzające narrację i dalsze pytania odnoszące się wyłącznie do treści poruszonych przez osobę badaną, trudno było przewidzieć wątki, które pojawią się w wywiadzie. Najbardziej użytecznym sposobem analizy treści w tej sytuacji była analiza metodą wiersz po wierszu, wywodzącą się z teorii ugruntowanej (Glasser i Strauss, 2009; Charmaz, 2009; Konecki, 2008). Dokonały, niezależnie od siebie, osoba przeprowadzająca badanie oraz badacz. Na tej podstawie wyodrębniono kategorie, które posłużyły do uporządkowania materiału.

Jakościowa analiza treści wywiadów pozwala wyłonić dwa czynniki spustowe samouszkodzeń. Jednym z nich jest przypadkowe odkrycie, że zranienie się lub ból mogą przynosić korzyści psychologiczne (na przykład przypadkowe uderzenie się lub doświadczenie tych korzyści przy okazji samodzielnego przekłuwania ciała z powodów estetycznych). Drugi czynnik to zachowanie podjęte wskutek posiadania wiedzy o tym, że inni tak robią i że jest to pomocne „słyszałam, że ludzie tak robią by sobie pomóc” (wywiad 6) lub nawet dalej „to taka metoda radzenia sobie, tak się robi” Ważny jest motyw, który pojawił się w kilku wypowiedziach, o tym, że źródłem wiedzy na temat samouszkodzeń jako sposobu radzenia sobie z napięciem może być Internet i inne media. Co ważne, osoby deklarują, że przypuszczalnie same, by na taki pomysł nie wpadły (Tabela 30).

Tab. 30 Początkowy czynnik spustowy samouszkodzeń – przykładowe wypowiedzi badanych

A jak pani odkryła, to żeby...?

- Że to pomaga? Nie wiem, nie wiem, czy robiąc kolczyki i po prostu taki jednorazowy zastrzyk bólu stwierdziłam, że jest całkiem sympatyczny czy..., nie wiem, po prostu tak jakoś to dziwnie wyszło. Nie wiem, nie wiem, jak na to wpadłam.

(wywiad 1)

Znaczy to, jak mówiłam w sumie, sam fakt... to był, to było to, że po prostu, gdzieś tam się przez przypadek drasnęłam czy zadrapałam czy coś takiego po prostu i chodzi o to, że miałam taką czerwoną szramę, która z resztą szybko zniknęła, bo to było jakieś takie, no jak na mnie szybko zniknęło, to musiało być naprawdę płytkie. I... no ale po prostu jakoś tak zobaczyła, że to jest takie czerwone na tej skórze i... i, i, i... i mam wrażenie, że wtedy pierwszy raz nawet też nie było jakiegoś, bezpośrednio przed tym jakiegoś, nie wiem, katalizatora, żeby czegoś to mogło, bezpośrednio to spowodować.

(wywiad 2)

eee, no i w pewnym momencie, nie wiadomo z jakiej przyczyny właściwie, pewnie się gdzieś naczyczałam w internecie, albo gdzieś, sobie wymyśliłam, że świetnym sposobem radzenia sobie z tym będzie zadawanie sobie bólu, no i tak sobie postanowiłam zrobić za pierwszym razem jak mi coś nie wyszło(...) wydaje mi się, że chyba się inspirowałam jakimiś tam, gdzieś wcześniej zaobserwowanymi, to znaczy, nie wiem, jakimiś filmami, albo... czymś takim. Myślę, że sama bym na to nigdy nie wpadła, bo... bo nie byłam... tego rodzaju osobą wcześniej [głębszy oddech] Emm, chyba tak, chyba naoglądałam się jakich...jakichś filmów, w których tam główne bohaterki miały jakieś, znowu w cudzysłowie „głębokie emocjonalne problemy” i... chyba z tego to wynikło. Nie wy.., szczerze mówiąc, naprawdę nie wydaje mi się, że sama bym na to wpadła. (...)Próbuję sobie właśnie przypomnieć.. jakby.. kiedy był ten pierwszy raz, i coo.. co było.. tym takim „ogniem”, czy tam isierką taką zapalną. Ale nie jestem w stanie. (...)Chyba był taki moment, że się czułam nieakceptowana w szkole [pauza] Ale to był moment, i potem mi to przeszło. [pauza] W sumie do dzisiaj mi się zdarza, że.. [śmiech] że mi się wydaje, że jednak ci ludzie, którzy wydaje mi się, że mnie lubią, mnie nie lubią, ale to trwa krótko i mi przechodzi [śmiech][pauza]

(wywiad 9)

zaczęłam, zaczęłam od cięcia się żyłką, to znaczy myślę, że, że, że wcześniej było sporo takich, może nie samouszkodzeń, ale takich właśnie, no nie wiem, zaciskania pięści, albo, albo mycia rąk pod bardzo zimną wodą, albo tego typu rzeczy. Natomiast tak właśnie rok mniej więcej po początku moich problemów, zaczęłam cięć się żyłką i najpierw to były bardzo, bardzo małe, drobne ryski, takie, takie właściwie, które można było swobodnie powiedzieć, że to kotek mnie podrapał i nawet nikt nie podejrzewał, że to jest wielka ściema. No i wydaje mi się, że, że, że na początku to było raczej tak w ramach testowania y... może także słyszałam, że ludzie tak robią aczkolwiek kiedyś to nie było jeszcze takie popularne i Internetu nie miałam jeszcze jak byłam wtedy w liceum, bo to jednak było 8 lat temu. No a w każdym bądź razie słyszałam, że ludzie tak robią, więc może, może warto spróbować i zobaczyć co z tego wyjdzie.

(wywiad 7)

Moja babcia jest krawcową i często się zdarzało, że tam dawaliśmy jakieś rzeczy do uszycia czy, czy przerobienia. I to była jedna z takich, takich sobót na pewno, gdzie przyjechaliśmy do babci no i właśnie rozłożyła cały zakład krawiecki. Coś ja miałam, aha, już, już generalnie kończyła i pomagałam jej sprzątać. Ymm... jakby ta opcja zadawania sobie bólu już jakiś czas tam za mną chodziła i po prostu nadarzyła się okazja, by mieć okazję kiedyś ją wypróbować. To nie był w tym momencie, że, że, nie wiem, szukałam czegoś takiego, tylko tak otwarcie sobie kolejnych drzwi.

(wywiad 5)

Powiedziała pani, że myśli pani, że nigdy by pani tego nie zrobiła, mówiąc o samoookaleczaniu się, gdyby nie poznała tej osoby, na której pani zależało. Czy mogłaby pani przypomnieć sobie więcej szczegółów dotyczących momentu, w którym Pani sobie tak pomyślała?

Nigdy wcześniej nie słyszałam, że można tak robić. I nie spodziewałam się, że to może pomóc. Ta osoba mi opowiedziała, że ona tak robiła. Oczywiście mówiła, że nie warto, że szkoda zdrowia, ale później byłam ciekawa czy to faktycznie pomaga. I jak zebrałam siły... Na początku myślałam, że nie dam rady, bo boję się za bardzo. Ale jak przyszedł taki moment krytyczny, to już się nie bałam, już mi było wszystko jedno. Może gdybym jej nie poznała, to nie wiedziałabym, że tak można.

A powiedziała pani, że myślała, że będzie się za bardzo bała, żeby to zrobić. A pamięta pani ten moment bardziej szczegółowo?

Kiedy się bałam? Bałam się kiedy, myślałam tak kiedy słuchałam opowieści. To nie wierzyłam, że tak można.

Jak można samemu sobie krzywdę robić?

(wywiad 8)

Jeden raz zrobiłam coś takiego, co było, że (...) po prostu zachowałam się tak, że było mi za siebie wstyd i chciałam w związku z tym znowu się w cudzym słowiu tak się samouszkodzić, ale to było bardzo nieintuicyjne, że bardzo takie przemyślane, że aha, to tak się robi, kiedy ktoś się czuje źle ze sobą.

(wywiad 10)

Był taki chłopak. I ja chyba się z nim, nie chyba, spotykałam się z nim przez około 3 miesiące. I on potem nie chciał już się ze mną spotykać. Ja poczułam się taka odrzucona, nie wiem, może też chciałam zwrócić swoją uwagę. On, nie wiem czy..., prawdopodobnie on też tak robił, z tego co pamiętam. On też chyba jakoś może imponował mi tym, że ciął się też.

(wywiad 4)

Źródło: wyniki badań własnych

Dalsza analiza treści wypowiedzi osób badanych pozwoliła wyłonić kilka czynników, które mogą sprzyjać kontynuowaniu podejmowania samouszkodzeń jako strategii radzenia sobie z napięciem. Osoby badane deklarują, że zauważają psychologiczne korzyści tego typu zachowań (tj. zmniejszenie napięcia). Oswajanie się z taką strategią, początkowo niekoniecznie akceptowaną, jest stopniowe („A że chyba dosyć szybko się przyzwyczajałam do małych dawek, więc tak w sumie, w sumie dosyć szybko przeszłam do, do takich większych. Znaczą jak zaczęłam się lekko drapać, to, to, to, to później miałam lekką, taką małą przerwę, bo pomyślałam sobie" o jejku, jejku w co ja się pakuję", no ale to już wtedy niestety zauważyłam, że to jednak trochę pomaga, więc ta moja przerwa była taka w sumie krótka była dosyć i bardzo szybko w sumie zaczęłam przechodzić do trochę cięższych kalibrów”, wywiad 7, por. Tabela 31).

Tab. 31 Dane z wywiadów

Znaczą wydaje mi się, że, że to chyba było wtedy, jak przyszłam od lekkiego podrapywania się po skórze do, do, do takiego trochę już bardziej, bo to drapanie, właściwie ono właściwie wcale, wcale nie bolało, no bo to... (...) To drapanie, bo naprawdę nie mogę tego nazwać cięciem się, bo to wcale nie bolało i zostawiało znaki, które po, po, po 2 dniach kompletnie zniknęły, także no i pomyślałam, pomyślałam wtedy, że no to jest śmieszne. Na pewno nie odchodzi w całej idei pomagania sobie przez cięcie się, więc uznałam, że może jednak spróbuję trochę bardziej. I wydaje mi się, że jak spróbowałam trochę bardziej, to wtedy tak za pierwszym razem, zdaje się, że pomyślałam, że o cholera, to naprawdę działa, no jakoś tak.

A pamięta pani bardziej szczegółowo ten moment, w którym pani pomyślała sobie, że spróbuje jeszcze bardziej?

Nie. Pamiętam, że, że, że to były okolice nadgarstka i pamiętam właśnie jak to, jak to robiłam, ale, że, że właściwie mam taką obraz żyletki i swojego nadgarstka i w sumie tu myśl właśnie że działałam, a jak tak działałam, no i to tak tylko (szepem)

A przypomina sobie pani, co doprowadziło do tego?

Ym, to, to, to wtedy jeszcze, jeszcze była faza eksperymentalna, to jeszcze nie było z powodu jakiś takich trudnych, trudnych momentów (...) A że chyba dosyć szybko się przyzwyczajałam do małych dawek, więc tak w sumie, w sumie dosyć szybko przeszłam do, do takich większych. Znaczą jak zaczęłam się lekko drapać, to, to, to, to później miałam lekką, taką małą przerwę, bo pomyślałam sobie" o jejku, jejku w co ja się pakuję", no ale to już wtedy niestety zauważyłam, że to jednak trochę pomaga, więc ta moja przerwa była taka w sumie krótka była dosyć i bardzo szybko w sumie zaczęłam przechodzić do trochę cięższych

kalibrów (...)no właśnie i tak w sumie, w sumie najczęściej, najczęściej się cięłam właśnie w takich trudnych momentach i to jest chyba, chyba dosyć oczywiste, że, że, że na początku robiłam to z ciekawości, to strasznie, straszne banały, na początku robiłam to raczej z ciekawości, a później zaczęłam sobie w ten sposób radzić z trudniejszymi momentami. (...)

Wspomniała pani też, że zaczęła przechodzić do cięższych form. A panięta pani jakieś zdarzenie z ty związane?

To było tak, tak, Pamiętam, że, że wtedy właśnie pokłóciłam się z tym moim przyszłym, niedoszłym chłopakiem właśnie. Tak się dosyć ostro z nim pokłóciłam i wtedy właśnie pocięłam się tak dosyć wyraźnie, naprawdę dosyć głęboko. Trzeba było to bandażować i podejrzewam, powinno być szyte, no ale, ale nie było, zostało mi po tym paskudna dosyć blizna.

A pamięta pani coś szczególnego odnośnie tego momentu? Jak do niego doszło?

To chyba, chyba było mniej więcej tak samo, no że, że, że, że kłótnia była mnie bardzo ciężkim momentem emocjonalnie i pomyślałam sobie, że, że, że właśnie to, to, to jest strasznie trudne do zniesienia te wszystkie emocje we mnie i, że, że to mnie w jakiś taki sposób z jednej strony rozładuje z drugiej strony będzie to czymś co, co sprawi, że skupię się na czymś innym i właśnie ból fizyczny będzie łatwiejszy do zniesienia niż te wszystkie nieprzyjemne emocje (pauza) Mam wrażenie, że strasznie nieprecyzyjnie odpowiadam na pani pytania, ale naprawdę nie mogę odpowiedzieć więcej, bo zupełnie nic innego nie przychodzi mi do głowy (pauza)

Czy pamięta pani moment, w którym sobie pani zdała z tego sprawę?

To, to, to, niewątpliwie, ten pierwszy moment, kiedy zauważyłam, że to faktycznie działa. Tak. Bo to, ja to traktowałam bardzo instrumentalnie i, i, i właśnie to miało do tego służyć to miał być jakiś sposób radzenia sobie z nieznośnością sytuacji i, i, i właśnie kiedy, kiedy okazało się, że tak no to faktycznie działa, to, to, to wtedy okazało się, że tak do tego właśnie będzie używany. I do tego miało być i do tego było później używane (pauza).

(wywiad 7)

Źródło: wyniki badań własnych

Na podstawie analizy materiału z wywiadów wyróżniono powtarzające się w wypowiedziach osób badanych typowe okoliczności wzbudzające chęć samouszkodzenia lub faktyczne uszkodzenie własnego ciała. Przedstawione zostały w Tabeli 32.

Tab. 32 Okoliczności i sytuacje wzbudzające chęć samouszkodzenia

Nieprzyjemne wspomnienia (np. o poczuciu upokorzenia)	Konflikty (kłótnia z chłopakiem, rodzicami, rodzeństwem)	Poczucie odręczenia Poczucie niezrozumienia Poczucie niesprawiedliwości
Złamanie obietnicy danej sobie	Rozstanie z chłopakiem	Kumulacja napięcia
Przekroczenie norm	Rozwód rodziców	
Niespełnienie własnych oczekiwań	Utrata bliskich	Emocje niezależne od czynnika spustowego
Rozczarowanie sobą/ zbyt wysokie wymagania wobec siebie		
Rozbieżność Ja idealne vs realne		
Porażka		Skrajne sytuacje, gdy inne sposoby nie dawały rady
Gonitwa myśli dotyczących ciała		
Konfrontacja z ciałem		
Sytuacje oceny (egzamin, matura, pierwsza zła ocena w szkole)		

Źródło: wyniki badań własnych

Powody te można podzielić na kilka szerszych kategorii. Pierwsza z nich to powody związane z Ja, na przykład doświadczenie rozczarowania sobą, niespełnienie lub przekroczenie własnych standardów, doświadczenie porażki lub rozbieżności idealnego wyobrażenia o sobie z postrzeganą rzeczywistością. Ma to związek szczególnie z takimi obszarami jak ciało oraz osiągnięcia szkolne. Kolejna kategoria to konflikty z bliskimi osobami (rodzice, rodzeństwo, partner życiowy) oraz utrata bliskich (przyjaciół, rozstanie z partnerem, rozwód rodziców). Motywy te pojawiły się w większości wywiadów. Następną grupę można by określić jako grupę motywów związanych z poczuciem osamotnienia, w skład której wchodziłoby poczucie odrębnienia, niezrozumienia czy poczucie niesprawiedliwości. Osoby badane wspominały też o doświadczaniu silnych emocji bez wyraźnego czynnika spustowego lub sytuacjach, w których inne sposoby radzenia sobie nie redukowały napięcia. Warto jednak zaznaczyć, że wyodrębnione kategorie niekoniecznie pochodzą z jednego poziomu klasyfikacji. Przykładem może być taka sytuacja przytaczana w wywiadzie 1, gdzie osoba badana co prawda wskazuje na rozwód rodziców jako powód podejmowania samouszkodzeń, to jednak przytoczone dalej słowa (dotyczące właśnie tej sytuacji) pokazują, że bardziej bezpośrednim czynnikiem spustowym może być poczucie osamotnienia. *„Konkretnego zdarzenia nie pamiętam, ale im się czułam bardziej samotna, im, nie wiem, im no głównie to właśnie z powodu jakiejś tam mojej samotności, bo był taki czas, że czułam, że i ojciec mnie zostawiał i moja mama się ode mnie odsuwa i, i, i no. I tak nie radziłam sobie z tym”* (wywiad 1). Również reakcje otoczenia na samouszkodzenia – osób bliskich – takie jak krzyk, brak zrozumienia, wściekłość, obrażanie lub obcych – obojętność, wzbudzanie wstydu i poczucia winy mogą pogłębiać poczucie niezrozumienia.

Ważnym czynnikiem sprzyjającym podejmowaniu samouszkodzeń, a jednocześnie dla nich specyficznym jest fakt doświadczania bólu i widok krwi. Na podstawie zebranych danych można stwierdzić, że przypuszczalnie istnieje grupa osób, dla których wartością jest ból oraz grupa, dla której ważne jest pojawienie się krwi podczas samouszkodzenia lub blizn (Tab. 33).

Tab. 33 Dane z wywiadów

Często rozdrapuję różne dziwne rzeczy, które znajdują na ciele. Jakies strupki zdzieram. Tak, nie wiem, czy to jest na tle nerwowym, czy to inaczej można nazwać, ale w właśnie to mnie w jakiś sposób też uspokaja. Też inaczej myślę jak właśnie jakieś takie dziwne rzeczy, jakieś skaleczenia zadrapania mi się dzieją, bo właśnie ból u mnie powoduje coś takiego, że mój rozum jakoś tak trzeźwiej patrzy na to wszystko. Przy wykonywaniu tatuaży też właśnie ja się tak bardziej oczyszczam, uspokajam. (...) no i zdecydowanie wolę też taki ból niż jakieś psychiczne problemy, bo wtedy za bardzo to tłumię w sobie i to wychodzi tak, że no nie wychodzi najlepiej. Co ja może jest w tym też coś dziwnego, bo, bo strasznie mi się, nie wiem lubię widok krwi i jakiś takich dziwnych skaleczeń.

(wywiad 1)

O, że jeszcze tu, że wydaje mi się, że ja nie jestem masochistką, w sensie nie ma we mnie jakiegoś takiego czegoś, no, że na przykład cięłam się dla przyjemności, tylko właśnie cięłam się dlatego, bo ten ból był bardziej znośny niż inny ból. Więc to chyba wręcz przeciwnie niż, niż u masochistów. Ale wydaje mi się, ponieważ mogę, mogę zrozumieć ludzi, którzy czerpią przyjemność z czerpania bólu, bo jest to, jest w tym jakiś taki dosyć patologiczne, ale jednak rys jakiegoś takiego, jakiejś takiej afirmacji życia i, i, i, i witalności i w ogóle, że skoro człowiek jest w stanie zrobić sobie krzywdę i nadal żyje, a z resztą przecież no ta pulsująca krew, prawda, jakieś takie jednak dowody na to, że człowiek żyje (...).

(wywiad 7)

- **Powiedziałas też, że ważnym było to, żeby była krew,**

- Yhm.

- **że im więcej krwi tym lepiej. A czy pamiętasz jakiś moment, w którym o tym pomyślałaś w taki sposób?**

- No myślę, że wtedy w trakcie, w sensie jak szukałam i dłużałam tak daleko aż się nie pojawi krew.

- **A pamiętasz taki konkretny moment, w którym to odkryłaś? (pauza)**

- Yhm... No nie wiem. Myślę to była integralna część tej czynności. Że wiedziałam to od razu jak zaczęłam to robić. O to chodzi.

(wywiad 3)

- **że nie chodzi o to, żeby bolało, tylko chodzi o symbol.**

- Znaczy no, ja od samego początku, ja tego nie robiłam, po to żeby, żeby mnie to zabiło, bo to, jak mówiłam, to co mnie w ogóle popchnęło, to był widok, nawet nie, nie tyle odczucie bólu, tylko widok po prostu jakiejś tam czerwonej, czerwonego zadrapania na rękę i to może nie było może, aż tak, nie wiem, zwerbalizowane czy świadome, ale... no, no to... jakby to, no, mniej lub bardziej jasne było od początku chyba, można powiedzieć, że ten ból nie jest jakimś głównym celem.

(wywiad 2)

Źródło: wyniki badań własnych

Z drugiej strony analiza danych pozwala wysunąć przypuszczenie, że nie jest to regułą i osoby z nawykowymi samouszkodzeniami mogą nie postrzegać krwi jako wartości towarzyszącej samouszkodzeniom. Przykładem może być badana, która najczęściej przejawiała samouszkodzenia bezwiednie, czyli nie zdawała sobie sprawy z ich podejmowania w trakcie uszkodzania ciała, tylko dopiero po fakcie (obgryzanie paznokci, drapanie skórek). „*To było tak, że po prostu spanikowałam, więc próbowałam gdzieś indziej, bo tu mi, nie widziałam krwi, więc próbowałam dalej. I w momencie, kiedy się przecięłam w innym miejscu, ni dużym, może, nie wiem, jeden centymetr długości, nie wiem, niewiele, ale do mnie dotarło co ja robię, że to jest krew, że ja próbuję zrobić coś strasznego, czy dla mnie to jest straszne, jak nie patrzeć, na odebranie sobie życia, czy w ogóle pocięcie się, dla mnie to jest absurdałne i głupie. I wtedy stwierdziłam, że to jest abs., że to jest chore, po prostu, że ja tego nie zrobię, to jest dla mnie największym absurdem całej sytuacji, stwierdziłam, że nie mogę tego robić, ponieważ żyłotka jest brudna i wda mi się zakażenie, więc jakby nie patrzeć, to tylko gorzej na tym wyjdę, więc ja ją po prostu odłożyłam, schowałam tak jak była, żeby nikt nie widział, żeby nie było i poszłam do pokoju i siedziałam i znowu płakałam*”(wywiad 3).

Uzupełnieniem danych pochodzących z wywiadu są dane kwestionariuszowe dotyczące sposobu przeżywania bólu. Analiza danych pochodzących z kwestionariusza bólu Melzacka (1975) wykazała, że jeśli chodzi o jakość doświadczanego bólu, to osoby badane opisywały go najczęściej rwący, przeszywający, kłujący lub ostry. Pojedyncze osoby wskazywały na pozostałe możliwe opcje do wyboru: skurczowy, gryzący, uciążliwy, ciężki, rozsadzający, wyczerpujący, powodujący mdłości, straszliwy i bezlitosny. Jeśli chodzi o określenie „gorący”, to część odpowiedziała twierdząco, część nie. Przypuszczalnym wyjaśnieniem takiego rozkładu odpowiedzi jest fakt, że część osób wskazujących na to określenie przejawiało formę przypalania się.

Tab. 34 Dane z wywiadów

Albo raczej, nie wiem, zacznijmy od momentu zanim się potnę, to jest taki narastający, narastający stres i takie, znaczy stres to może jest złe słowo, ale takie napięcie emocjonalne i takie straszne, straszne negatywne emocje we mnie jakieś takie się kłębiące i trudne do sprecyzowania nawet, ciężko mi powiedzieć, jakie to są konkretne typy emocji. I one po prostu narastają, narastają, w ogóle ciężko mi jest ująć jakiś konkretny moment, kiedy one się tak pogłębiać, że już nie jestem w stanie sobie z nimi radzić tak w normalny sposób, no zaczynają narastać, narastać, narastać, aż w pewnym momencie po prostu jakoś wewnętrznie uznaję, że już dłużej tak nie wytrzymam i się tnę. No i potem ten efekt nie jest taki, nie wiem, w jednej sekundzie, że ok pocięłam się i jest super błogość, tylko, nie wiem, to jest takie, takie katharsis trochę, bo często albo w trakcie cięcia się, albo potem też płaczę i takie rzeczy, ale jak już się potem trochę uspokoję, to po prostu czuję taki spokój wewnętrzny i to się potem utrzymuje przez kilka, zależy od okresu, czy jest dobry, czy jest lepszy czy gorszy, ale też się utrzymuje, przez jakieś, nie wiem, kilka tygodni, kilka dni, kilka godzin (uśmiech). I... i wtedy nie wiem, no myślę, że, tak jak mówię, terapia jakoś mi pomogła, ale no... znaczy ciężko mi jakoś ten moment ująć, bo to..., znaczy, ja w tym momencie nie sądzę, żeby to był jakiś konkretny moment, kiedy to się stało, to jest bardziej, znaczy ja to widzę bardziej jako taki proces po prostu.

Mogłaby pani sobie przypomnieć właśnie jakiś taki konkretny moment dotyczący np. tej sytuacji zerwania tej znajomości?

Znaczy to jest schemat ogólnie(uśmiech), kiedy te emocje już narastają tak, że się ich nie da wytrzymać to jest ogólnie mniej więcej taki sam, więc (śmiech), nie ważne czy jest jakaś bezpośrednia przyczyna czy jej nie ma, że po prostu one rosną, rosną, rosną i w końcu nie wytrzymuję. Zaczynam, no po prostu jestem w stanie się rozplakać nawet, nie wiem, na ulicy (śmiech). No nie wiem, no częściej płaczę i jakoś tak, aż w pewnym momencie jakoś tak no sięgam po tę żyłkę i to jest, no i się tnę. I jakoś, to naprawdę ciężko jest mi wyodrębnić jakieś emocje, bo to jest po prostu taki, taki no, kłębek (śmiech), że naprawdę ja nie jestem w stanie ich po prostu oddzielić i nazwać każdej konkretnie po kolei. Jeżeli chodzi o jakieś zewnętrzne objawy, no to właśnie jest płacz, wręcz szloch, można powiedzieć. Kiedy są takie gorsze momenty, takie naprawdę, naprawdę gorsze, chociaż teraz się jakby nie zdarzają, bo dostałam doraźne tabletki od lekarza (śmiech), że na uspokojenie, więc mogę to zdusić w zarodku, można powiedzieć, ale no to jest coś takiego, że po prostu, potrafię usiąść na ziemi i się kiwać w jedną i drugą stronę i się drapać. To jest zazwyczaj potem jak się potnę, więc, znaczy bezpośrednio, nie jakieś tam kilka godzin, tylko bezpośrednio, jeszcze z nie do końca zasklepionymi ramami czy raną i po prostu taki bardzo zwierzęcy wyraz tych emocji, ale to się bardzo rzadko, znaczy kilka razy się zdarzyło w całym życiu, można powiedzieć i ... tak jak mówię teraz dostaję, znaczy (uśmiech), kiedy czuję, że coś takiego, że jest ryzyko, że coś takiego... czuję, że jest ryzyko czegoś takiego, to po prostu mogę wziąć tą tabletkę na uspokojenie, więc... Nie mogę powiedzieć, że sobie z tym poradziłam, ale (śmiech) przynajmniej zapobiegam.

(wywiad 2)

Jakby ja tą sytuację widzę w ten sposób, że jest jakby narastające takie pobudzenie, napięcie, szloch taki

wręcz płacz strasznie taki intensywny, więc jestem wyczerpana jakby fizycznie i psychicznie tym bardziej. Potem przychodzi ten pomysł na to, żeby w ten... samouszkodzenia to jest jakby sposób, w ten sposób sobie z tym poradzić. I, i to jest na chwilę jakaś ulga i uspokojenie. No a potem przychodzi totalne zmęczenie, bo wraca też no jakby to zmęczenie psychofizyczne z wcześniejszego etapu. Więc

myślę sobie, że po prostu mogło być tak, że, no nie wiem, że zasypiałam. Może nie, nie z nożyczkami w rękę, ale... więc coś musiało się wydarzyć, że je odkładałam, ale myślę, że zmęczenie chyba tak samą sobą, nie wiem i tym co się dzieje, byłoby takim sygnałem czy, czy, no powodującym, że to się kończy po prostu.
(wywiad 3)

A powiedziała pani, że było później do tego używane. A pamięta pani jakież zdarzenie, albo moment w którym było inaczej?

Ymm...(pauza) Nie chyba, chyba jak już nauczyłam się w ten sposób sobie radzić to, to, to nie, nie robiłam, nie próbowałam radzić sobie inaczej. Myślę, że, że, że, wiem, że po prostu, no nie wiem, było mi jakoś tak strasznie źle, no to, to tak oczywiście nosiła z sobą cały czas żyletkę, no to, to wtedy zamykałam się w łazience i, i, i tyle i w sumie wydaje mi się, że do momentu, kiedy, kiedy zaczęło mi się poprawiać i kiedy, kiedy przestałam odczuwać potrzebę zrobienia tego to, to, to robiłam to w każdej takiej trudnej sytuacji. Natomiast momentu, kiedy już przestałam kompletnie nie pamiętam i naprawdę nie wiem, kiedy to dokładnie było i w ogóle nic, nic, nic nie pamiętam w związku z tym. No właśnie i tak w sumie, w sumie najwięcej, najwięcej się cięłam właśnie w takich trudnych momentach i to jest chyba, chyba dosyć oczywiste, że, że, że na początku robiłam to z ciekawości, to strasznie, straszne banały, na początku robiłam to raczej z ciekawości, a później zaczęłam sobie w ten sposób radzić z trudniejszymi momentami.
(wywiad 7)

A pamięta pani coś szczególnego odnośnie tego momentu? Jak do niego doszło?

- To chyba, chyba było mniej więcej tak samo, no że, że, że, że kłótnia była mnie bardzo ciężkim momentem emocjonalnie i pomyślałam sobie, że, że, że właśnie to, to, to jest strasznie trudne do zniesienia te wszystkie emocje we mnie i, że, że to mnie w jakiś taki sposób z jednej strony rozładuje z drugiej strony będzie to czymś co, co sprawi, że skupię się na czymś innym i właśnie ból fizyczny będzie łatwiejszy do zniesienia niż te wszystkie nieprzyjemne emocje (pauza)

Czy pamięta pani moment, w którym sobie pani zdała z tego sprawę?

- To, to, to, niewątpliwie, ten pierwszy moment, kiedy zauważyłam, że to faktycznie działa. Tak. Bo to, ja to traktowałam bardzo instrumentalnie i, i, i właśnie to miało do tego służyć to miało być jakiś sposób radzenia sobie z nieznośnością sytuacji i, i, i właśnie kiedy, kiedy okazało się, że tak no to faktycznie działa, to, to, to wtedy okazało się, że tak do tego właśnie będzie używany. I do tego miało być i do tego było później używane (pauza)

Ymm...(pauza) Nie chyba, chyba jak już nauczyłam się w ten sposób sobie radzić to, to, to nie, nie robiłam, nie próbowałam radzić sobie inaczej. Myślę, że, że, że, wiem, że po prostu, no nie wiem, było mi jakoś tak strasznie źle, no to, to tak oczywiście nosiła z sobą cały czas żyletkę, no to, to wtedy zamykałam się w łazience i, i, i tyle i w sumie wydaje mi się, że do momentu, kiedy, kiedy zaczęło mi się poprawiać i kiedy, kiedy przestałam odczuwać potrzebę zrobienia tego to, to, to robiłam to w każdej takiej trudnej sytuacji. Natomiast momentu kiedy już przestałam kompletnie nie pamiętam i naprawdę nie wiem, kiedy to dokładnie było i w ogóle nic, nic, nic nie pamiętam w związku z tym.

Źródło: wyniki badań własnych

W kontekście problematyki tej pracy oraz pytania o skuteczność samouszkodzeń jako sposobu radzenia sobie z napięciem, ważne jest, co osoby badane mówią o przeżywanym napięciu. Z jednej strony radzenie sobie ze stresem za pomocą samouszkodzeń zdaje się przebiegać poza świadomością osoby badanej bezwiednie (Tabela 35), z drugiej jest to świadomie podjęta strategia poradzenia sobie z napięciem (Tabela 34). Niektórzy badani wskazują na cykliczność samouszkodzeń jako sposobu radzenia sobie z napięciem. Kumulowanie się tego napięcia może trwać przez kilka miesięcy i kiedy osiągnie punkt kulminacyjny i staje się niemożliwe do zniesienia, to wówczas osoba dokonuje aktu samouszkodzenia, co powoduje spadek napięcia (Tabela 34, wywiad 2). Jeśli chodzi o doświadczane emocje, to żadna z osób nie wskazała na pozytywne emocje towarzyszące

samouszkodzeniom. Osoby badane deklarowały, że tuż przed samouszkodzeniem czują pustkę bezradność, desperację niepokój, napięcie, złość, poczucie winy, poczucie krzywdy, kłębiące emocje. Tuż po natomiast – ulgę.

Tab. 35 Dane z wywiadów

Wspomniała też pani, że często, że zdrapuje, zdziera "strupki zdzieram".

- Yhm

- A pamięta pani jakiś szczególny czas, w którym tak było i jak to, jak to, gdyby pani mogła więcej szczegółów podać?

- Znaczą jak już zaczęłam zwracać uwagę, to zauważyłam, że to w takich stresujących sytuacjach, nawet te, znaczą teraz skubię rękę, co po prostu jest jakoś tak, nie wiem, bezwiednie przychodzi. Przy maturach, przy różnego typu egzaminach. (chrząknięcie) Yhm... tak jak byłam młodsza to obgryzałam paznokcie, teraz mi udało się to przestać, ale jednak ten nawyk takiego zajęcia rąk mi pozostał i właśnie no jak coś takiego się dzieje to, to robię to mimowolnie i nie wiem czemu.

Bo czasami on lubi zadawać pytania niby logiczne w taki nielogiczny sposób, że nie wiadomo o co chodzi, to wtedy to też, powodowało trochę, trochę stresu i właśnie no zdrapywania różnych rzeczy z ciała. Yhm... W tym roku jeszcze mieliśmy praktyki terenowe, które też były straszne, ale bez egzaminu. Ale były, To był taki już okres czasu trwania tych praktyk, przygotowywania, znaczą przygotowywania nie, już samego trwania praktyk, który był dla mnie bardzo stresujący, bardzo irytujący, bo były strasznie przygotowane i na pewno to się wiązało z tym, że gdzieś tam coś drapałam mimowolnie. Reszta takich sytuacji, no na pewno ich było wiele, ale po prostu nie pamiętam, bo dopiero jakiś czas na to zwracam uwagę. Nigdy tego nie wiązałam z tym, ale od pewnego czasu po prostu zwracam na to uwagę.

Powiedziała pani tom nie w jakimś stop..., a jakiś sposób uspokaja,

- Yhm.

- mówiąc o zdzieraniu strupków. A pamięta pani jakieś zdarzenie, albo moment, w którym pani sobie to uświadomiła?

- To był chyba przełom, jak dostałam się na studia. Znaczą szczególnie ten pierwszy rok, bo wtedy się dużo działo, było dużo zmian i koniec, później pod koniec tego roku ja się wyprowadziłam z domu i to tak, nie wiem, w tym momencie jakoś, nie umiem pani podać konkretnej daty, ale to był jakoś no ten przełom. Stopniowo gdzieś to do mnie tam docierało właśnie zauważyłam, że przestałam obgryzać, co stwierdziłam no to chyba dobrze, to znaczą, że jednak mam jakąś tam samokontrolę i że może, nie wiem, inaczej reaguję na stres, no i zaczęłam myśleć nad tym w jaki inny sposób mogę odreagowywać, bo obgryzanie paznokci też było bezwiedne. Po prostu w pewnym momencie, znaczą ja wiedziałam, że to robię, ale no odruchowo. O jej nie wiem zauważyłam, że nie mam już połowy paznokcia albo krew gdzieś tam sobie siurka. No i było tak: cholera znowu, znowu i tok. Przestałam obgryzać to też tak definitywnie jak się dostałam na studia. No w tym momencie widać wszedł jakiś zastępstwo tego.

(wywiad 1)

Źródło: wyniki badań własnych

Ważnym spostrzeżeniem wynikającym z analizy materiału jest to, że przypuszczalnie część osób okaleczających się potrafi odroczyć moment samouszkodzenia, co pokazuje, że mają jakąś kontrolę nad tych zachowaniem. Przesłanki do tego wniosku przedstawione zostały w Tabeli 37.

Tab. 36 dane z wywiadów

A czy pamięta pani jakąś sytuację, w której było inaczej, czyli powiedziała pani, że jak te emocje narastają, narastają to zwykle wtedy pani się tnie w pewnym momencie, A czy pamięta pani jakąś sytuację, kiedy było inaczej?

- *Ja mogę odwlekać jakby ten punkt kulminacyjny, ale... no nie wiem, doświadczenie moje jak do tej pory mówi, że (uśmiech) jeszcze sobie z tym nie poradziłam, że prędzej czy później dojdę do tego znowu. Tylko kwestią jest kiedy, jak długo uda mi się to odwlec (...)*

No i nie wiem, od tamtej pory po prostu jakoś jeszcze, powiedzmy panuję nad emocjami na tyle. Nie wiem, to nie jest jakaś decyzja, czy jakieś moment, że decyduję, że przestanę się ciąć, tylko po prostu nie mam, nie wiem, takiej wewnętrznej... znaczy potrzebę mama (uśmiech) można powiedzieć, ale...tym bardziej, że teraz mam trochę problemów, ale jakby jeszcze jestem w stanie się jej oprzeć. Tak jak temu impulsowi, ale nie wiem jeszcze jak długo. (pauza)

- **A pamięta pani jakiś moment albo okres, w którym tak było właśnie jak pani powiedziała?**

- *Znaczy jak?*

- **Że może się pani oprzeć?**

- *Znaczy to zawsze jakby poprzedza, pojawia się. Bezpośrednio potem jak się potnę to nie ma takiej potrzeby i to przez jakiś czas trwa. Potem to się zaczyna zmieniać (uśmiech) i ta potrzeba narasta, narasta, narasta i ja się jej zaczynam jej opierać, aż... no i tak się opieram, opieram, opieram i po prostu w pewnym momencie nie jestem w stanie się już dłużej opierać i... i takie kółko w sumie.*

(wywiad 2)

- *Nie pamiętam (cicho) Zawsze jest sam ten powód. Później żeby sobie z tym radzić zaczęłam ustalać inne granice dla... ale i tak słyszę takie wołanie, żeby to zrobić... I wtedy to wołanie jest już dnem. I próbuję się powstrzymać. I czasem się, i zwykle się udaje, ostatnio (cicho) więc.*

- **Powiedziała pani, że zwykle się udaje powstrzymać to wołanie.**

- *Nie wołanie. Żeby nie iść krok dalej.*

Powiedziała też pani, że był taki czas, kiedy nosiła żyletkę cały czas ze sobą, żeby dawała pani poczucie bezpieczeństwa. Czy mogłaby pani mi jakoś podać więcej szczegółów dotyczących tego okresu kiedy tak było? Albo kiedy tak było jeszcze bardziej niż zwykle.

- *To było coś nad czym sama decyduje, że to się dzieje w moim życiu. Jeśli nie mogłam nad czymś panować, to właśnie potrzebowałam takiej poczuci, poczucia, że ja mogę wpłynąć na swoje życie, jakoś. Mimo, że negatywnie, to chciałam mieć taką możliwość kontroli i jednocześnie ucieczki, od czegoś co mi się nie podoba. Że coś mi nie wychodzi jakiś..., to były jakieś błahostki. (pauza) Bo zawsze zbierałam negatywne spojrzenia, nawet jeśli ich nie było. (pauza) I wtedy źle się czułam, taka gorsza. (pauza) I wtedy takie, nie wiem, poczucie, że ona jest, dawało mi takie, nie wiem jak to nazwać, takie uczucie... (pauza) Właśnie nie umiem określić tego uczucia wtedy. (pauza)*

(wywiad 8)

Źródło: wyniki badań własnych

W dwóch wywiadach pojawił się charakterystyczny motyw „użalania się nad sobą”, tj. wyobrażania sobie, że inni w końcu zauważą cierpienie lub też powtarzania sobie, że jest się niekochanym i opuszczonym jako sprzyjający podejmowaniu samouszkodzeń (Tabela 38).

Tab. 37 Dane z wywiadów

Tylko, że takie, to jest takie trochę stłumienie w sobie, bo ja bym chciała mu powiedzieć, że mnie to boli, że irytuje mnie, że mnie ciągle krytykuje, że mi mówi, że jestem taka, nawet takie głupie żarty, że jestem czarną owcą w rodzinie, ja wiem, że to są żarty, że on mnie kocha, ale mnie to strasznie rusza. I w tym momencie pojawia się zawsze taka myśl: "a co by było, gdyby mnie zabrakło?" I tak myślałam parę razy, często też na przykład jak rodzice się kłócili. Na przykład ja nie wiedziałam, co się dzieje więc też była może myśl, że może jakby mnie nie było to byłoby lepiej. Było kombinowanie, że może bym coś zrobiła. Tylko, że zawsze to było takie myślenie, co by było gdyby. I to się do tego ograniczało. To jest, moje myślenie o skończeniu ze sobą, że tak powiem, zawsze kończy się na tym, że ja nie umieram, że ja jestem w szpitalu i nagle są wszyscy bliscy wokół mnie i jest fajnie. A potem jest fajnie, no. Nie ma tego momentu,

że naprawdę mogę umrzeć. Nie biorę tego pod uwagę, więc myślę, że nie są to takie do końca myśli samobójcze
(wywiad 6)

(...) no i siedziałam w swoim pokoju cały dzień i było mi już tam za mało przestrzeni w czterech ścianach. No i tak, powiedzmy, od myśli do myśli na zasadzie nikt mnie nie lubi, nikt mnie nie kocha i wtedy jakoś tak bardziej we mnie zaświtał pomysł, że skoro tak, to ja się zamknę w jakimś klasztorze, albo czymś takim i, i nie będzie problemu. I wtedy, no oczywiście, że nie, nie, nie czułam tej opcji, chciałam tam jakieś życie społeczne prowadzić

Pamięta pani jak do tego doszło?

- To zawsze wychodziło tak, że, nie wiem, wieczorny, nazwijmy to, rachunek sumienia, ale to w cudzym słowie. Właśnie jak nie mogłam spać najczęściej, to, co się zdarzyło dzisiaj, co jutro, bla bla bla i... i znowu nikt mnie nie kocha, i znowu jestem sama, kolejny dzień minął i tego typu i, i zawsze to się kręciło tak samo.

(wywiad 5)

Źródło: wyniki badań własnych

Kolejnym ważnym czynnikiem, niejednokrotnie pojawiającym się w różnych wywiadach, jest negatywny sposób myślenia o sobie w ogóle, nielubienie siebie (przesłanki podane są w Tabeli 38) czy niechęć do wyglądu swojego ciała (Tabela 39). Negatywny stosunek do siebie, niska samoocena, pogłębiania przez krytykę bliskich, surowa ocena poczucie bycia gorszym od innych, brak przekonania o własnych możliwościach to charakterystyczne i powtarzalne w wywiadach motywy.

Tab. 38 dane z wywiadów

No zawsze w takich momentach się nasila taki wewnętrzny strumień myśli bardzo negatywnych dotyczących siebie, ale co konkretnie, to też nie jestem w stanie sobie przypomnieć, można powiedzieć, ale to zazwyczaj jest, no nie wiem, jakieś takie obraźliwe wobec siebie chyba, takie deprecjonujące. Znaczący nie wulgarne, ale deprecjonujące po prostu mnie.

Pamięta pani jakieś sytuacje, w której pojawiły się takie deprecjonujące myśli?

Znaczący one się pojawiają zawsze to, tylko, w takich momentach one się nasilają, jest taki silny strumień, po prostu taka mantra w głowie, można powiedzieć, a jeżeli chodzi o takie myśli to są automatycznie, już praktycznie i za (uśmiech), nie wiem, jak coś mi się nie uda, dostanę złą ocenę z kolokwium (uśmiech) jak, nie wiem, kurcze, ucieknij mi tramwaj (uśmiech) czy coś takiego równie głupiego, albo, nie wiem, powiem coś głupiego albo z kimś się nie dogadam czy coś w tym stylu.

(wywiad 2)

No, generalnie bardzo siebie nie lubiłam, w ogóle. To znaczy... ymm, zanim to zrobiłam nie lubiłam siebie za to, co tam było przyczyną tego... co robiłam, a później, no.. niby przez chwilę było mi fajnie, ale potem sobie myślałam, że.. że to jest jednak strasznie głupie, i że ja w ogóle jestem okropnie głupia, i.. no i na dodatek brzydka i w ogóle tam, nieogarnięta. Emm, no.. tak, głównie, jakbym, jakbym miała to jakoś tam nazwać yy.. dzisiaj, nie, nawet nie dzisiaj, wtedy też wiedziałam, że ja.. ja po prostu bardzo siebie nie lubiłam wtedy. Tak w ogóle, za nic. I...emm... no i jeszcze nie pomagał mi ten fakt, że niby byłam zdolnym dzieckiem, a..a przecież wcale nic z tym nie robiłam tak naprawdę. To znaczy wtedy mi się tak wydawało, bo teraz wiem, że.. no właściwie, no na tyle na ile... bo jestem trochę leniem, ale na tyle, na ile mogłam, i na tyle, na ile mi się chciało, to i tak sporo robiłam z tym faktem, i mogło być gorzej. Ale, ale wtedy bardzo siebie nie lubiłam, tak w ogóle, po prostu. Za to jak wyglądam, i za to jaka jestem i za to że.. czasami miałam jakieś dziwne poczucie humoru, które nie zawsze wszyscy rozumieli, i wtedy czułam się jak.. no nie wiem... czułam się dziwnie, bo.. nikt nie czuje się fajnie, jak ktoś nas nie rozumie. Próbowalam być śmieszna, a mi nie zawsze wychodziło. Znaczący, no właśnie.. [stłumiony śmiech]

(...)miałam wejść do sali z pedagogami zz.. tam z mojego wydziału, i miałam zagrać przez nimi tamm.. jakieś kilka utworów i jakieś gamy w ogóle, i... weszłam tam i uświadomiłam sobie, że.. że kompletnie.. jakby, nie umiem tego ująć.. ale.. że.. to, co umiem, i to na jakim jestem poziomie, to nawet jeśli zagram najlepiej jak dziś potrafię, to i tak jakby nie jest to to, co chciałabym osiągnąć, to znaczy, że, że.. mam kompletnie inne wyobrażenia o tym, co.. co chciałabym sobą gdzieś przedstawić, i że niestety średnio to wychodzi, ymmm, no i potem.. jeszcze okazało się, że nie zagrałam na 100% mojego tamtego dnia, więc... więc to to był chyba taki najtrudniejszy moment, kiedy sobie uświadomiłam, że.. mm... że stawianie sobie poprzeczki wysoko nie zawsze popłaca, bo byłam sobą strasznie.. ale to bardzo, zawiedziona i... tak. (...) znaczy, jeśli tak mówimy ogólnie, to jaa...ja bardzo siebie nie lubiłam przez naprawdę długi czas, znaczy przez ładnych parę lat. Emm.. właśnie za to, że.. że dziś byłam zbyt leniwa, żeby zrobić coś, co uważałam, że było bardzo ważne. Może było, właściwie nie wiem. Emm.. albo za to, że gdzieś tam... się.. że tak powiem, wygłupiłam i, i że, że tam... zrobiłam coś, czego nie powinnam była robić.. chociaż to akurat zdarzało mi się rzadko. Mmm, tak mam.. yymm.. naj.. najbardziej siebie nie lubiłam, kiedy nie spełniałam swoich własnych oczekiwań. I to chyba jakby zamyka temat, w dość, dość.. zgrabny sposób. Bo zawsze, kiedy.. kiedy dochodziłam do wniosku, że coś powinnam była zrobić lepiej, albo coś powinnam była jakoś tam inaczej rozwiązać, albo... albo że w ogóle powinnam była się tym zająć, a tego nie zrobiłam, to wtedy.. to wtedy siebie nie lubiłam.

(wywiad 9)

No ale jeszcze tak właśnie sobie pomyślałam, że, że, że kurczę, taki typowy sposób nielubienia siebie, ale jednak mogło, nie wiem, mógł mi się przytrafić się, przydarzyć się coś lepszego, no mogłam mieć anoreksję chociażby, prawda, to bym teraz nie musiała, nie wiem, zmagać się z nadwagą, która w sumie nie przeszkadza mi jakoś szczególnie, ale jednak wolałabym jej nie mieć, prawda. Ja sobie zamiast nie wiem, uładniać (śmiech) ciało, to ja je sobie szpeciłam i kurczę, źle trafiłam, naprawdę źle trafiłam to był zły wybór (...). No, było mi szalenie niewygodnie z tym, że oni [rodzice – przyp. AK] są tacy nieszczęśliwi. Ja naprawdę chciałam żeby, żeby zostawili mnie w spokoju, po prostu w sensie nie przejmowali się mną i, nie wiem, zajęli się swoim życiem i, nie wiem, mieli jeszcze inne udane dzieci, a ja byłam nieudana, więc proszę mnie spisać na straty i się mną więcej nie przejmować i w ogóle. No. A oni się niestety przejmowali, w ogóle bardzo się przejmowali, zwłaszcza mama strasznie się przejmowała. No a ja nie chciałam, żeby się przejmowała, bo ja nie chciałam tego robić mojej mamie, żeby ona się, się musiała tak strasznie przejmować, ale tak się trochę nie dało.

(wywiad 7)

Powiedziała pani, że napadają panią takie impulsy. Czy przypomina pani sobie jakiś szczególny dzień, kiedy tak się zdarzyło?

-To się zdarza zawsze jak mi się coś nie udaje. Jak chce coś zrobić dobrze i się staram a później nic nie wychodzi.

-A może pani podać jakiś konkretny przykład?

-No to... no najczęściej takie myśli dopadają mnie w związku z uczelnią. Jak się uczę i nic nie wychodzi. Jednocześnie mam wrażenie, że nie wychodzi, bo nie wierzę, że mi może wyjść. Bo nie wierzę, że mi też się może coś udać.

(wywiad 8)

Źródło: wyniki badań własnych

Ciało z kolei postrzegane jest fragmentarycznie (np. „za grube”, „za małe”), często wskutek porównań z rówieśnikami lub z wizerunkiem kreowanym w mediach, czy też po usłyszeniu nieprzyjemnych uwag na temat ciała od rówieśników. Badane zauważają też, że kluczowym dla pojawienia się samouszkodzeń był okres dojrzewania i zmiany, które zachodziły wówczas w ciele.

Tab. 39 dane z wywiadów

Powiedziała pani, że jak miała pani 13 lat, zaczęła kaleczyć się na ręce żyletką.

A czy pamięta pani jakiś szczególny moment, w którym tak było? I jak do niego doszło, jak on przebiegał?

Ja zaczęłam wtedy gimnazjum. To był generalnie chyba bardzo trudny okres taki psychiczny, zaczął mi się, zaczęło mi się zmieniać ciało, pamiętam były jakieś też (chrząknięcie) pierwsze kontakty z chłopcami (chrząknięcie), chyba jakieś niepowodzenia wtedy też, z tego co pamiętam i...i jakoś to tak mogło być, natomiast teraz kiedy o tym pomyślę, wydaje mi się, że dużą rolę odgrywało też wtedy zwrócenie na siebie uwagi rodziców. (...)Tak, pamiętam, to były wakacje, szłam z szóstej klasy do pierwszej gimnazjum. Zaczęły mi rosnąć piersi, zaczęłam tyć. (pauza) ymm... tak.

(wywiad4)

Później był taki etap, głównie gimnazjum, końcówka liceum, że człowiek uważał, że jest mniej atrakcyjny od rówieśników, a bo są takie a nie inne elementy ciała, które nie wyglądają tak jak powinny. (...) to coś takiego na zasadzie... męczenie ciała, nie to nazwać, jakieś takie ściskanie, uderzenia, coś takiego, nie wiem, nie umiem tego inaczej nazwać. Jeśli chodzi o samookaleczanie jako tako, to często o tym myślałam i to w ciągu ostatnich lat, ale to było zawsze na zasadzie, że może sobie coś zrobić, to ktoś w końcu zauważy, że coś jest nie tak, albo się zainteresuje. (...) Jak byłam, znaczy, to było coś takiego, że ja bardzo szybko zaczęłam dojrzewać. Czyli piersi, jakieś takie, takie, że inaczej wyglądałam niż koleżanki. Koleżanki były chudziutkie, a ja zawsze byłam większa, więc to wszystko zaczęło inaczej, że tak powiem, rosnąć. I oczywiście koledzy w tamtym okresie dość złośliwi są. Pamiętam, że na..., to było jakoś po zajęciach, na boisku od podstawówki tam się spotykałam ze znajomymi, kolega chciał sobie pomacać... I wtedy się strasznie zdenerwowałam i prawie go uderzyłam go w twarz, to potem chodził, że mu zęba wybiłam i że krew czyje. (...) Znaczący ogólnie to jest taki okres właśnie bardziej gimnazjum, liceum, ale był taki epizod w podstawówce... Znaczący ja nigdy nie zwracałam na to uwagi, że ja mam nogi grubsze od koleżanek. U nas to jest genetycznie, wiem bo mama ma takie, dziadek ma takie, wszyscy po prostu w całej rodzinie mają takie nogi a nie inne. Boże jak ja tak siebie słucham, to po prostu to jest takie płytkie, ale dobra, mówić trzeba to mówić. A... ja siedziała, ludzie się z tego śmieją jak opowiadam, ale(śmiech) siedziałam na zajęciach, to była biologia, wtedy jeszcze przyroda, już nie pamiętam, biologia albo przyroda czy coś takiego i siedziałam noga na nogę w spódniczce, ja w ogóle przestałam spódniczki od tego momentu nosić, mama mnie zmuszała czasami, i kolega stwierdził, że mam tydy, cytuję: "ale ty masz tydy". I od tego czasu, po prostu, nie chciałam nosić spódniczek, nie chciałam wychodzić na plażę, no owszem, głupio leżeć na plaży w spodniach, więc się leżało w kostiumie kąpielowym, ale to był, mam wrażenie taki moment, że zaczęło do mnie docierać, że ze mną coś jest nie tak. No i tak już potem poszło, poszło, potem było gimnazjum, koleżanki, a miałam w ogóle połączone gimnazjum z liceum, więc wiadomo jak licealistki się ubierają, a są ubrane w legginsy, jakieś fajne buty na obcasie, tuniki, więc to jest wszystko ładnie podkreślone, dopasowane. Chłopcy też się za nimi oglądają, a my takie te gimnazjalistki, jeszcze z podstawówki dopiero co, więc te sweterki wybierane przez mamę, więc nie zawsze są takie jakbyśmy chciały. I tak się patrzyło też na, miałam takie koleżanki w klasie, które super ubrane, po prostu też jak dziewczyny starsze i też była taka myśl, że może też mogłabym tak wyglądać, tylko jak to zrobić. Tylko, że, to było tak, że ja wtedy jeszcze mieszkałam w swoim rodzinnym mieście, więc były przyjaciółki, więc nie przejmowałam się tym. A potem się przeprowadziłam, znalazłam się w całkiem obcym otoczeniu, nikogo nie miałam, bo moja mama była wtedy w ciąży, więc była bardziej zainteresowana i ciężą i sobą i tatą, a ja jakoś ten okres, no to był, to była druga gimnazjum, więc jakoś, jakoś się na bok odsuwałam. No i tam koleżanki wszystkie w gimnazjum umalowane, a ładnie ubrane, pomimo tego, że mundurki jeszcze już wtedy obowiązywały, ale to zawsze się coś kombinowało. a ja byłam taka odrzucona, bo to tata, a to przyjechała stamtąd a nie stamtąd, a bez makijażu, tak to zaczęło od tego momentu chyba się tak brać.

Wybieranie spodni? Wszystkie koleżanki noszą rurki, ja nakładam rurki, nie mogę się w nie wbić, i to nie dlatego, że mam takie a nie inne uda, tylko właśnie tydki. No nie są, nie jestem w stanie zazwyczaj włożyć spodni w nogi. Amm... i to, zakupy zazwyczaj zabijają kobietę jeśli nie może znaleźć, ale potem się wracało do domu i są zdjęcia w internecie, można obejrzeć jak modelki wyglądają na wybiegu, jest takie porównywanie się w pewnym momencie. Do, w którym momencie do mnie dotarło bardziej, nie wiem, nie potrafię powiedzieć, pamiętam tylko, że w pewnym momencie nie wytrzymałam i siedziałam, płakałam na łóżku, takie i miałam nadzieję, że jak będę bić te nogi i będę je tak jakby gniesć to nagle zniknie ta, ta część z nich, one staną się zgrabniejsze. Zastanawiałam się czy jakby wziąć nożyczki i obciąć kawałek nogi i potem zszyć to igłą i nitką, czy to by tak dało się. Amm... No pomysłów było sporo. Oczywiście to się kończyło zazwyczaj na płaczu i takim bez...bezzadnym uderzeniu w te nogi, ale nic więcej tak

(wywiad 6)

(...)no, to były głównie takie momenty, kiedy em.. warto też nadmienić, że wtedy też miałam ogromne kompleksy, emm odnośnie.. znaczy może nie ogromne, ale miałam kompleksy odnośnie mojego ciała i twierdziłam, że jestem nie taka i w ogóle.. a to tu mam coś za grube, tu mam coś za chude, tu mam coś niekształtne i tak dalej, (...) Kiedy doszłam do wniosku, że moje ciało nie jest takie, jakie powinno być?.. yym... [pauza] No tutaj, to w ogóle chyba jest... yy generalnie trudno wytyczyć jakiś konkretny dzień i moment, ale.. no ale, były takie chwile, kiedy tamm....co jest chyba naturalne zresztą, jak na to dziś tak patrzę, [pociągnięcie nosem] zaczęłam porównywać siebie z moimi koleżankami, i z jakimiś tam starszymi koleżankami, ii.. z ludźmi, których mijałam na ulicach, [głębszy wdech] i z ludźmi, których widziałam w telewizji, i w innych w ogóle tam jakichś medialnych sytuacjach, no ii... zaczęłam widzieć różnicę, no i jak się zorientowałam, że generalnie.. pożądane są większe piersi, to chciałam bardzo mieć większe piersi, i jak się dowie.. znaczy, jak się zorientowałam, że pożądany jest płaski brzuch, to bardzo chciałam mieć płaski brzuch, no i... tak to wyglądało.. to znaczy.. [stłumiony śmiech] nie powiem pani... jakiegoś konkretnego dnia, kiedy stwierdziłam, że.. nie wiem... zobaczyłam moją koleżankę w.. tam, nie wiem, w stroju kąpielowym, i powiedziałam, że w ogóle ja w takim razie jestem beznadziejna, em, tak nie było. Yy, ale.. no jakoś tam powoli dochodziłam do tej... akurat wydaje mi się, że w tym, w tej kwestii to tutaj nie pomogła mi moja mama, boo.. bo moja mama też ma kompleksy.. to znaczy.. chyba nadal je ma... odnośnie swojego ciała, bo zawsze twierdzi, że jest za gruba i że tam coś jej zwisa, a tu coś tam, i w ogóle i w ogóle, i to chyba trochę, troszkę od niej zaczerpnęłam. Jakby, mm.. oczywiście to, to wyszło też samo z siebie, boo.. emm bo chyba w ogóle jest taki moment, kiedyś tam w życiu człowieka, kiedy się zaczyna zastanawiać nad tym, jak powinno to wszystko wyglądać, nie tylko, jeśli mówimy o ciele, ale w ogóle, emm.. no i ja zaczęłam się zastanawiać, no i wtedy zaczęłam obserwować te różnice, no i na dodatek obserwowałam, jak to moja mama nieszczególnie ze swojego ciała jest zadowolona.

(wywiad 9)

(...) no i też myślałam, że nie jestem zbyt atrakcyjna i to jest też główny powód, dla którego byłam wtedy sama. No więc to jeszcze było, była taka myśl, że skoro to moje ciało jest powodem, jednym z powodów tego nieszczęścia, to, to i tak można je zniszczyć, więc wtedy jakby no... znaczy tej konkretnej nocy dość brutalnie się potraktowałam (uśmiech). no i właśnie głów...głównie z tego powodu, taki mniej więcej był ten tok myśli. (...)Więc z jednej strony miałam świadomość, że zdarza się, że się komuś podobam, ale chciałam się podobać od strony osobowości, a nie tylko fizycznie i, i może, może to też było tak, że właśnie, nie chciałam, żeby ludzie czy tam chłopacy widzieli jakąś ładną osobę, figurę, tylko... no żeby po prostu się zainteresowali czymś głębiej. Y, i też właśnie po tamtej nocy z tym... no to co tam wcześniej opisywałam, po tamtym czasie częściej się już zdarzało właśnie, takie, nie wiem, napady jakby, że, że właśnie, żeby zniszczyć to ciało. W ten sposób (cicho).

Pamięta pani jakiś taki szczególny, szczególne zdarzenie, w którym, tak jak pani powiedział, chciała pani zniszczyć ciało?

Y... No była też jedna taka noc, gdzie właśnie, dosyć ostro zaczęłam się drapać. I zaczęło się właśnie z taką myślą, żeby, żeby się jakoś tam zniszczyć, a potem, potem pamiętam, że, bo mi zawsze jest zimno (uśmiech) i pamiętam, że wtedy, po tym czymś tam, po tym drapaniu się, we wszystkich tych miejscach, czyli przewie wszędzie było mi ciepło, więc to też było o tyle przyjemne (...)Natomiast wtedy, w tamtym cza..., w tamtych czasach, to ,to było raczej tak, że, no właśnie tam się też myśli krążyły wokół tego jednego tematu, np. to ,że jestem nieatrakcyjna, czy tam jakoś odnośnie tej fizyczności. I, i niby tam się niby, niby skakałam w różne tego aspekty, ale cały czas drażnienie jednego, więc i, i później nie było żadnego takiego czynnika z zewnątrz, który jakoś by to... wyłączył, zastopował. Nikt nie wchodził nigdy do pokoju, a już tym bardziej nie w nocy. Nie wiem. No po prostu nic się nie działo, co by to przerwało. (pauza) tak ręką - stres...

(wywiad 5)

Źródło: wyniki badań własnych

Bardzo ważnym fragmentem wypowiedzi jednej z osób badanych jest ten, gdzie wyjaśnia ona powody, dla których przestała się kaleczyć. Z tej wypowiedzi wynika, że znalezienie innych strategii (w tym przypadku pozytywne przewartościowanie) może sprzyjać rezygnacji z samouszkodzeń jako sposobu radzenia sobie z napięciem. Co ważne,

owo pozytywne przewartościowanie dotyczyło własnej osoby, tj. postrzegania siebie w lepszym niż wcześniej świetle.

Tab. 40 Dane z wywiadów

: yy.. powiedziała pani: „potem trochę dojrzałam, zmądrzałam i przestałam to robić”

O: uhum

P: a czy pamięta pani więcej szczegółów z tego właśnie, mm, okresu? Jak do tego doszło, jak to przebiegało?

O: ehmm, no to dla mnie samej jest zagadka, bo ..yy... jakoś po prostu pewnego dnia uznałam, że to jest kompletnie bez sensu, i że to... sobą nic nie przedstawia, i do niczego nie prowadzi, no i jakoś tak.. [cichy śmiech] nie wiem, trudno mi jest odpowiedzieć na to pytanie, bo nieszczęśliwie.., to znaczy nie pamiętam żadnego przełomowego momentu, po prostu... tak jak powiedziałam, wydaje mi się, że, że chyba zaszła we mnie jakaś tam drobna zmiana, gdzieś tam w głowie, coś się przełączyło, i .. i pomyślałam sobie, że skoro to nie ma sensu, to po co to robić. I że chyba... naprawdę lepiej sobie zjeść, nie wiem, tabliczkę czekolady, która, dobra, niech tam pójdzie mi w tyłek, ale przynajmniej będzie mi przyjemnie, a nie będę się musiała znowu strasznie nie lubić. Bo przecież.. tak jak już mówiłam, to było zamknięte koło.. ponieważ, to znaczy, ja niby siebie nie lubiłam, potem sobie robiłam „ała”, yyy.. a potem znowu siebie nie lubiłam, bo byłam.. no.. bo wiedziałam, że moje robienie sobie krzywdy jest.. nienormalne, znaczy, no dobra, nienormalne – głupie słowo, w każdym razie że że no.. do niczego nie prowadzi, tak. I po prostu, pewnego dnia stwierdziłam, że.. że nie ma sensu. (...) mimo, że do dzisiaj się borykam z pewnymi tam jakimiś pomysłami, pod tytułem, że właśnie „nie pracujesz” albo „nic nie robisz”, a przecież miałaś grać dzisiaj, a przecież miałaś się nauczyć na coś tam, emm, to jednak, to jednak ta moja akceptacja siebie jest noo.. na.. niewiarygodnie wyższym poziomie niż niż.. wtedy tam kiedyś, te ładne 6 lat temu, myślę. (...) no i nadal jestem świadoma, że powinnam robić więcej, ale już.. już nie mam do siebie tak wielkich pretensji jak niegdyś, to myślę, że.. że wszystko wyszło mi na dobre, i jak to mówią – wszystko dobre, co się dobrze kończy, także nie mam jakiegoś szczególnego żalu do tego, że tak to wyglądało, jak wyglądało. Emm. Ale nadal tego nie rozumiem (stłumiony śmiech) To tyle chyba.

(wywiad 9)

Źródło: wyniki badań własnych

Podsumowując, analiza treści wypowiedzi osób badanych na temat samouszkodzeń oraz okoliczności ich podejmowania w sposób znaczący może uzupełnić analizę ilościową, co zostanie przedstawione w kolejnym rozdziale.

Rozdział 5.

Interpretacja wyników

Hipoteza, mówiąca o tym, że osoby nawykowo okaleczające będą częściej niż osoby nieokaleczające przejawiały temperament charakterystyczny dla II typu alkoholizmu (tj. wysokie poszukiwanie nowości, niskie unikanie szkody, niska zależność od nagrody) nie potwierdziła się. Osoby okaleczające się nie różniły się od osób z grupy kontrolnej na wymiarze poszukiwania nowości czy uzależnienia od nagrody. Jeśli chodzi o przewidywany niższy poziom unikania szkody u osób okaleczających się w porównaniu do osób nieokaleczających się to hipoteza nie tylko nie potwierdziła się, ale okazało się, że jest odwrotnie. Na podstawie tego badania można wnioskować, że osoby okaleczające się charakteryzują się większym pesymizmem oraz mają większą skłonność do rozpamiętywania przykrych sytuacji niż osoby nieokaleczające. Osoby te są również bardziej męczliwe, mniej odporne na stres i mają mniej energii niż osoby bez doświadczeń samouszkodzeń. Te wyniki potwierdzałyby inne dane o mniejszej tolerancji na stres i napięcie u osób okaleczających się niż osób bez takich doświadczeń (Nock i Mendes, 2008). W zakresie dwóch pozostałych podwymiarów – lęku przed niepewnością oraz lęku społecznego – obie grupy nie różniły się.

Hipoteza o wyższym u osób okaleczających się poziomie transsytuacyjnego napięcia, tj. napięcia doświadczanego w różnych sytuacjach również nie została potwierdzona. Wyniki badań wskazują, że osoby okaleczające się nie różnią się częstością i siłą doświadczanego napięcia od osób nieokaleczających się. Przywołując w tym miejscu ponownie badania Nocka i Mendes (2008) może to oznaczać, że wyjściowo osoby podejmujące samouszkodzenia nie różnią się od osób nieokaleczających się pod względem doświadczanego napięcia. Jeśli jednak już go doświadczą, to trudniej jest im to napięcie tolerować. Należy też zauważyć, że narzędzie służące do pomiaru napięcia składało się z względnie uniwersalnych sytuacji (na przykład czekanie na wyniki egzaminu, zrobienie czegoś niestosownego, itp.), dlatego, że kierowane było do populacji ogólnej. Z przypadkowych wypowiedzi osób okaleczających się na temat tego narzędzia wynika, że choć te sytuacje wydają się być reprezentatywne dla ogólnej populacji, jeśli chodzi o doświadczanie napięcia, to nie są one reprezentatywne, jeśli chodzi o sytuacje napięciowe, w których podejmowane są samouszkodzenia. Te ostatnie podejmowane są często w sytuacjach skrajnych, a te nie mogły znaleźć się w kwestionariuszu kierowanym do osób z

populacji ogólnej. Swoistym potwierdzeniem tego wniosku jest brak zaznaczenia odpowiedzi „Robię sobie krzywdę (biję się, kaleczę”) jako sposobu radzenia sobie z napięciem przez niektóre osoby, które zrekrutowane zostały do badań w ramach doboru celowego, mimo że z innych danych wynikało, że podejmują samouszkodzenia.

Nie potwierdziła się również hipoteza o wyższym progu wrażliwości na ból u osób okaleczających się w porównaniu z nieokaleczającymi się. Obie grupy nie różniły się progiem wrażliwości na ból. Jest to dość zaskakujący wynik, gdyż większość wyników badań wskazuje na wyższe progi bólu u osób okaleczających się. Jedno z możliwych wyjaśnień jest takie, że kluczowym dla podejmowania samouszkodzeń jest nie próg, a poziom tolerancji na ból. W kontekście takich wyników interesujące wydają się wyniki badań Franklina i Aarona (2012), które wskazują, że dysregulacja emocjonalna koreluje ze zmniejszoną percepcją bólu zarówno u osób okaleczających się jak i niemających takich doświadczeń, ale brak takiej zależności, jeśli chodzi o tolerancję bólu. Dysregulacja emocjonalna może częściowo wyjaśniać związek między tolerancją bólu a samouszkodzeniami, ale nie progu wrażliwości na ból (op. cit.). W badaniach w ramach niniejszej pracy nie badano jednak progu tolerancji na ból, a jedynie próg wrażliwości na ból.

Hipoteza o różnicach w zakresie sposobu doświadczania ciała została potwierdzona. Osoby okaleczające się uzyskały wyniki istotnie wyższe od osób z grupy kontrolnej we wszystkich wymiarach. Oznacza to, że te osoby w porównaniu z osobami nie podejmującymi samouszkodzeń mają większą trudność w interpretacji własnych emocji oraz swoich stanów fizycznych, mają mniejszą kontrolę emocji oraz stanów fizycznych, charakteryzują się mniej ustaloną tożsamością, przejawiają bardziej negatywne emocje do ciała, w mniejszym stopniu chronią swoje ciało oraz doświadczają mniejszego komfortu w relacji bliskości fizycznej. Co ciekawe osoby okaleczające się uzyskały wyższy wynik niż osoby nieokaleczające się zarówno na skali „Podwyższony próg doznań” jak i „Obniżony próg doznań”. Oznacza to, że w zależności od sytuacji osoby te są albo bardziej wrażliwe albo bardziej niewrażliwe na doznania fizyczne w porównaniu do osób z grupy kontrolnej.

Hipoteza, że osoby nawykowo okaleczające się przejawiają mniejszą kontrolę hamowania niż osoby nieokaleczające również nie potwierdziła się, gdyż obie grupy nie różniły się od osób okaleczających się ani liczbą prawidłowo zahamowanych reakcji ani długością czasu nieudanego hamowania reakcji na bodziec, a te były wskaźnikami kontroli hamowania. Hipoteza dotycząca większego wpływu negatywnych emocji na zmniejszenie kontroli hamowania u osób okaleczających się niż u osób nieokaleczających się nie tylko nie została potwierdzona, ale prawidłowość okazała się być odwrotna. Osoby okaleczające się po wzbudzeniu negatywnych emocji zwiększyły poprawność udzielanych odpowiedzi przed spadkiem nastroju, co wskazywałoby na większą kontrolę hamowania po wzbudzeniu negatywnych emocji. Brak takich różnic w grupie osób nieokaleczających się. Jest to wynik

zaskakujący, gdyż spodziewano się odwrotnej prawidłowości (Glenn i Klonsky, 2010). Z drugiej strony można by wyjaśnić ten rezultat w taki sposób, że obniżony nastrój jest dla osób okaleczających sygnałem, by zwiększyć ostrożność i uważność, gdyż obniżenie nastroju prowadzić może do pojawienia się chęci, by się okaleczyć. Oczywiście nie musi oznaczać to, że podczas badania osoby okaleczające się poczuły chęć, by pod wpływem nieprzyjemnych wspomnień i konfrontacji z rozbieżnością Ja idealne versus realne (składowe procedury wzbudzania emocji negatywnych) dokonać aktu samouszkodzenia. Raczej może być tak, że takie zwiększanie ostrożności zostało wyuczone wskutek uprzednich (poza laboratoryjnych doświadczeń). Badanie kwestionariuszowe temperamentu nie wskazało różnic między grupami pod względem impulsywności (będącej przejawem kontroli hamowania). Również analiza wypowiedzi osób okaleczających się pokazuje, że potrafią one odraczać, a tym samym kontrolować moment okaleczenia się. Zwiększenie owej ostrożności wskutek obniżenia nastroju jest jednak tylko pewną hipotezą. Wyniki tych badań należy traktować bardzo ostrożnie, raczej w kategoriach inspiracji do dalszych badań ze względu na bardzo małą liczebność próby. Z drugiej strony ważne wydaje się spostrzeżenie McLoskey i jej współpracowników (2010), którzy wskazują na rozbieżność warunków laboratoryjnych, gdzie ma miejsce behawioralny pomiar zachowań impulsywnych (tj. wykonanie zadania) oraz ważnych czynników kontekstowych i afektywnych nieobecnych podczas badań laboratoryjnych.

Potwierdzeniem większej kontroli hamowania po wzbudzeniu emocji jest fakt, że osoby okaleczające się miały mniejszą amplitudę P300 w porównaniu z sytuacją sprzed wzbudzenia emocji, co można zinterpretować jako zwiększone zautomatyzowanie reakcji, a to jest zgodne z większą liczbą poprawnych wyhamowań reakcji w sytuacji po wzbudzeniu emocji. Różnice między grupami wystąpiły tylko w zakresie latencji komponentu N100 (będącego wskaźnikiem rozpoznania bodźca) w sytuacjach reagowania na bodźce bez dźwięku (tj. reakcje proste) zarówno przed i po wzbudzeniu emocji. W obu warunkach osoby nieokaleczające się mają krótszą latencję niż osoby z grupy badawczej. Istotnie statystycznie różnice wystąpiły też w zakresie latencji komponentu N100 w sytuacji udanego zahamowania reakcji (choć tylko w warunkach po wzbudzeniu emocji) - tu również u osób nieokaleczających się latencja jest krótsza niż u okaleczających się. Dłuższe latencje komponentu N100 u osób z nawykowymi samouszkodzeniami można zinterpretować jako mniejszą dostępność bodźca lub też niższy stopień wzbudzenia danego schematu (por. Dimoska i inni, 2000). Można by postawić hipotezę, że uwaga z zadania została częściowo przekierowana na przykre wspomnienia, które badani mieli przywołać, choć gdyby tak było, to różnice w latencji N100 przypuszczalnie wystąpiłyby też pod wpływem wzbudzenia emocji.

Podsumowując – najważniejszym rezultatem badań zrealizowanych w ramach tego projektu jest wskazanie na to, które czynniki mogą podtrzymywać nawykowy charakter

samouszkodzeń. Okazuje się, że w badanej próbie nie są to ani wyższy próg wrażliwości na ból, ani zwiększone doświadczanie napięcia w porównaniu z osobami nieokaleczającymi, ani temperament typowy dla alkoholizmu II typu (czyli wysokie poszukiwanie nowości, niskie unikanie szkody i niska zależność od nagrody). Nie jest to również zmniejszona kontrola hamowania, co potwierdzone zostało za pomocą czterech narzędzi pomiarowych: na poziomie behawioralnym (czasy nieudanych reakcji i liczba poprawnych wyhamowań), fizjologicznym (dłuższe latencje N100 i mniejsze amplitudy P300 wskazujące na zautomatyzowanie reakcji) oraz deklaratywnym (wyniki kwestionariusza i dane z wywiadów, choć dane z wywiadów są niereprezentatywne). To, co różni osoby okaleczające się od nieokaleczających się w badanej próbie, to mniej dojrzały sposób doświadczania własnego ciała. Mniejsza zdolność do kontroli i interpretacji stanów fizycznych czy emocji, mniej ustalona tożsamość fizyczna, mniejszy komfort doświadczania ciała w relacji bliskości fizycznej i w końcu niska zdolność do ochrony ciała szczególnie mogą sprzyjać temu, że osoba będzie swoje ciało kaleczyć. Również czynniki specyficzne wyłącznie dla samouszkodzeń – krew, ból i blizny – niebędące swoistym „produktem ubocznym” aktu samouszkodzenia, a niejednokrotnie, jak to wynika z wypowiedzi osób badanych – będące jednym z celów samym w sobie lub środkiem do osiągnięcia celu, jakim jest zmniejszenie napięcia (por. Glenn i Klonsky, 2010) mogą mieć znaczenie dla podtrzymywania samouszkodzeń.

Bardzo ważnym rezultatem tych badań jest potwierdzenie pewnej prawidłowości, którą znaleźć można w literaturze przedmiotu. Jako pierwotny czynnik spustowy większość badanych wskazała w wywiadach na uprzednio posiadaną wiedzę o samouszkodzeniu jako sposobie radzenia sobie z napięciem. Wyniki te potwierdzają tezę Walsh (2006), że przedstawiane w mediach filmy czy teledyski z motywem samouszkodzeń, znane osoby opowiadające o swoim doświadczeniu z samouszkodzeniami, fora i strony internetowe a także wpływy środowiskowe, grup rówieśniczych sprzyjają zainteresowaniu samouszkodzeniami. Według autora (op. cit.) zwykle to znajomi wprowadzają nastolatków w samouszkodzenia. Walsh zaznacza jednak, że nie jest to tylko przejaw mody czy poszukiwanie uwagi. Zwykle tym młodym ludziom brakuje umiejętności radzenia sobie ze stresem i napięciem, a samouszkodzenia umożliwiają ich zmniejszenie. Jest bardziej prawdopodobne, że młodzież będzie się okaleczać, gdy ich koledzy i koleżanki też tak robią (Heilbron, Prinstein, 2012, Swanell i in. (2010). Whitlock, Powers i Eckenrode (2006) zauważają, że czaty i fora internetowe łączą osoby okaleczające się, stanowiąc swoistą grupę wsparcia dla tych osamotnionych w swoim problemie, ale jednocześnie mogą normalizować i zachęcać do samouszkodzeń. Rezultaty analizy treści osób okaleczających się przeprowadzonej w ramach niniejszych badań, mimo że mało reprezentatywne, to zdają się potwierdzać tę tezę.

Kluczowe z punktu widzenia wykształcenia się nawyku radzenia sobie z napięciem za pomocą samouszkodzeń jest odkrycie, że samouszkodzenia pomagają owo napięcie zmniejszać. Tym co przypuszczalnie pozwala korzystać z takiej strategii radzenia sobie i sprzyja zautomatyzowaniu tej strategii jest niedojrzały lub mniej dojrzały w stosunku do osób bez takich doświadczeń sposób doświadczania ciała, a także – na to wskazują dane z wywiadu – niechęć lub nienawiść do siebie. Optymistycznym rezultatem tych badań są wyniki analizy skupień przeprowadzonej na całej badanej próbie. Wynika z nich, że w grupie młodych dorosłych osoby starsze w bardziej dojrzały sposób doświadczają ciała oraz mają niższy poziom napięcia transytuacyjnego. Może to oznaczać, że z wiekiem sposób doświadczania ciała się zmienia i staje się dojrzały. Z drugiej strony, jak wspomniano przy okazji analizy treści wypowiedzi osób badanych, pozytywne przewartościowanie własnej osoby, tj. postrzeganie siebie w lepszym świetle może być czynnikiem powodującym zaprzestanie podejmowania samouszkodzeń. Dane o znaczącej roli ciała mają dużą wartość aplikacyjną, gdyż mogą być podstawą do zaprojektowania interwencji (w ramach terapii osób okaleczających się) skupiającej się na rozwoju Ja cielesnego i akceptacji siebie.

Bibliografia

- American Psychological Association (2007). *Standardy dla testów stosowanych w psychologii i pedagogice*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Babiker G., Arnold L. (2002). *Autoagresja. Mowa zranionego ciała*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bohus, M., Limberger, M., Ebner, U., Glocker, F., Schwarz, B., Wernz, M., and Lieb, K. (2000). Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Research Neuroimaging*. 95(3), 251-60.
- Bresin, K., & Gordon, K. H. (2013). Changes in negative affect following pain (vs. nonpainful) stimulation in individuals with and without a history of nonsuicidal self-injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(1), 62–66. doi:10.1037/a0025736
- Briere, J., Gil, E. (1998). Self-Mutilation in Clinical and General Population samples: Prevalence, Correlates, and Functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), October.
- Brown, M., Comtois, K., Linehan, M. (2002). Reasons for Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198-202.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Ciężki, J. (2003). Ciało jako obiekt operacji plastycznych (niepublikowana praca magisterska). UMCS, Lublin.
- Chachulska T. (1988). Ręce matki – ciało dziecka. W: Olechnowicz H. (red.) *U źródeł rozwoju dziecka* (s.115- 123). Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Chybicki, M. (2007). *Analiza treści blogów adolescentów dokonujących samookaleczeń*. Niepublikowana praca magisterska napisana pod kierunkiem prof. dr hab. Władysława Jacka Paluchowskiego. Wrocław: Uniwersytet Wrocławski.

- Claes, L., Vanderycken, W., Vertommen, H., (2004). Family environment of eating disordered patients with and without self-injurious behaviors. *European Psychiatry* 19, 494-498.
- Claes, L., Vanderycken, W., Vertommen, H., (2005). Self-care Versus Self-Harm: Piercing, Tattooing and Self-Injuring in Eating-Disorders. *European Eating Disorders Review*. 13, 11-18.
- Claes, L., Vandereycken, W., Vertommen, H. (2006). Pain experience related to self-injury in eating disorder patients. *Eating Behaviors*, 7(3), 204-213.
- Claes, L., Vandereycken, W., Vertommen, H. (2007). Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences*, 42(3), 611-621.
- Claes, L, Vandereycken, W., Vertommen, H. (2005). Clinical assessment of self-injurious behaviors: an overview of rating scales and self-reporting questionnaires. (183-209). W: Columbus, A. (red.). *Advances In Psychology Research*. New York: Nova Science Publishers.
- Clarke, L., Whittaker, M. (1998). Self-mutilation: culture, contexts and nursing responses. *Journal of Clinical Nursing*. 7: 129-137.
- Connors, R. (1996) Self-Injury In Trauma Survivors: 1. Functions and Meanings. *American Journal of Orthopsychiatry*. 66(2), 197–206.
- COPE. *International Journal of Behavioral Medicine* , 4 (1), 92-100.
- Cross, L. (1993). Body and Self in Feminine Development: Implications for Eating Disorders and Delicate Self-mutilation. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 57(1), 41-68.
- Dellinger-Ness, L., Handler, L. (2007). Self-injury, gender, and loneliness among college students. *Journal of College Counseling*.
- Dimoska, A., Johnstone, S. J., Chiswick, D., Barry, R. J., & Clarke, A. R. (2007). A Developmental Investigation of Stop-Signal Inhibition: Dissociating Low- and Higher-Frequency Activity in the Event-Related Potential. *Journal of Psychophysiology*, 21(2), 109–126.
- D'Onofrio, A. (2007). *Adolescent Self-Injury A Comprehensive Guide for Counselors and Health Care Professionals*. New York: Springer Publishing Company.

- Eckhardt A. (1998). *Autoagresja*. Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
- Edelson, S.M., (1984). Implications of sensory stimulation in self-destructive behavior. *American Journal of Mental Deficiency*. Sep;89(2):140-145.
- Ellis, R. (2002). *A Feminist Qualitative Study of Female Self-mutilation*. Virginia, niepublikowana praca magisterska.
- Favazza, A. (1996). *Bodies Under Siege*. London: The Johns Hopkins University Press.
- Franken, R. (2005). *Psychologia motywacji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Gedye, A. (1991). Extreme self-injury attributed to frontal lobe seizures. *American Journal of Mental Retardation*. Jul; 94(1):20-26.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2010). A multimethod analysis of impulsivity in nonsuicidal self-injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(1), 67–75.
- Grossman, R., Siever, L. (2001). Impulsive Self-Injurious Behaviors. *Neurobiology and Psychopharmacology*. In: Simeon, D., Hollander, E. (red.). *Self-Injurious Behaviors. Assessment and Treatment*. (s. 117- 148). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Gratz, K., Chapman, A. (2007) The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(1), 1-14.
- Gratz, K.L. (2001). Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment*. 23(4), 253-263.
- Grossman, R., Siever, L. (2001). Impulsive Self-Injurious Behaviors. *Neurobiology and Psychopharmacology*. In: Simeon, D., Hollander, E. (ed.). *Self-Injurious Behaviors. Assessment and Treatment*. (s. 117- 148). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Haines, J., Brain, K., Wilson, G. (1995). The Psychophysiology of Self-Mutilation. *Journal of Abnormal Psychology*. 104 (3), 471-489.
- Haines, J., Williams, C. L., Brain, K. L., Wilson, G. V. (1995). The psychophysiology of self-mutilation. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(3), 471-489

- Heath, N., Schaub, K., Holly, S., Nixon, M. (2009). *Self-Injury Today. Review of Population and Clinical Studies in Adolescents*. W: Nixon, M., Heath, N. (red.). *Self-Injury in Youth. The Essential Guide to Assessment and Intervention*. (s.9-27). New York: Routledge.
- Hilt, L., Cha, C., Nolen-Hoeksema, S. (2008). Nonsuicidal self-injury in young adolescent girls: moderators of the distress-function relationship. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 63-71.
- Hornowska, E. (2003). *Temperamentalne uwarunkowania zachowania*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Hornowska, E., Paulchowski (2004). Kulturowa adaptacja testów psychologicznych. W: Brzeziński, J. (red.). *Metodologia badań psychologicznych. Wybór tekstów*. (s. 151-191). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Johnson, V. (1992). *Od jutra nie piję*. Warszawa: IPZiT.
- Juzwin, K. (2004). An Assessment Tool for Self-Injury: The Self-Injury Self-Report Inventory (SISRI). W: Levitt, J., Sansone, R., Cohn, L. (red.) *Self-Harm Behavior and Eating Disorders* (s.105-118). New York: Brunner-Routledge.
- Kamarajan, C., Porjesz, B., Jones, K. A., Choi, K., Chorlian, D. B., Padmanabhapillai, A., Begleiter, H. (2004). The role of brain oscillations as functional correlates of cognitive systems: a study of frontal inhibitory control in alcoholism. *International Journal of Psychophysiology*, 51(2), 155–180.
- Klonsky, D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review* 27, 226-239.
- Klonsky, D., Glenn, C. (2008). Assessing the Functions of Non-Suicidal Self-Injury: Psychometric Properties of the Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS). *Journal of Psychopathological Behavior Assessment*.
- Klonsky, D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research* 166, 260-268.
- Klara Kochańska: Zobacz co sobie robię – o zjawisku samookaleczania się kobiet. Niepublikowana praca semestralna. Źródło: bi.gazeta.pl/im/3/3662/m3662353.pdf
- Kopeć, D. (1999) *Zachowanie autoagresywne osób z niepełnosprawnością intelektualną*. Poznań: Poznańska Drukarnia Naukowa.

- Kubacka-Jasiecka, D. (1975). *Funkcjonowanie społeczne osób agresywnych i samoagresywnych. Studium kliniczne*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2006). *Agresja i autodestrukcja z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń Ja*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Laye-Gindhu, A., Schonert-Reichl, K. (2005), "Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the "Whats" and "Whys" of Self-Harm". *Journal of Youth and Adolescence*, 34, 447–457.
- Ludäscher, P., Greffrath, W., Schmahl, C., Kleindienst, N., Kraus, A., Baumgärtner, U., Magerl, W., Treede, R.-D., Bohus, M. (2009). A cross-sectional investigation of discontinuation of self-injury and normalizing pain perception in patients with borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(1), 62-70.
- Linehan, M.M., Comtois, K.A., Brown, M.Z., Heard, H.L., Wagner, A. Suicide Attempt Self-Injury Interview (SASII): development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury.
- Lloyd-Richardson, E., Nock, M., Prinstein, M. (2009). Functions of Adolescent Nonsuicidal Self-Injury. W: Nixon, M., Heath, N. (red.). *Self-Injury in Youth. The Essential Guide to Assessment and Intervention*. (s.29-41). New York: Routledge.
- Logan, G. D., Cowan, W. B., & Davis, K. A. (1984). On the ability to inhibit simple and choice reaction time responses: a model and a method. *Journal of Experimental Psychology: Human Perception and Performance*, 10(2), 276.
- Logan, G. D., Schachar, R. J., & Tannock, R. (1997). Impulsivity and inhibitory control. *Psychological Science*, 8, 60-64.
- Lynam, D. R., Miller, J. D., Miller, D. J., Bornovalova, M. A., & Lejuez, C. W. (2011). Testing the relations between impulsivity-related traits, suicidality and non-suicidal self-injury: A test of the incremental validity of the UPPS model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2, 151-160.
- Matsumoto, T., Yamaguchi, A., Asami, T., Okada, T., Yoshikawa, K., Hirayasu, Y. (2005). Characteristics of self-cutters among male inmates: Association with bulimia and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 59 (3), 319–326.
- Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. [Abstrakt] *Pain*, 1(3), 277-299.

- Messner, J., Fremouw, W. (2008). A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28, 162-178.
- Minge, N., Minge, K. (2006). Samobójstwo a samookaleczenia. W: Suchańska, A., Wycisk, J. (red.) *Samouszkodzenia: istota, uwarunkowania, terapia*. (s. 31-44). Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Niedtfield, I., Kirsch, P., Schulze, L., Herpertz, S. C., Bohus, M., & Schmahl, C. (2012). Functional Connectivity of Pain-Mediated Affect Regulation in Borderline Personality Disorder. (C. Soriano-Mas, Ed.) *PLoS ONE*, 7(3), e33293.
- Nock M.K., Holmberg, E.B., Photos, V.I., Michel, B.D. (2007). Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview: Development, reliability, and validity in an adolescent sample. *Psychological Assessment*. 19(3), 309-317.
- Nock, M., Prinstein, M. (2004). A Functional Approach to the Assessment of Self-Mutilative Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 72(5), 885-890.
- Nock, M., Prinstein, M. (2005). Contextual Features and Behavioral Functions of Self-Mutilation Among Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*. 114(1), 140-146.
- Nock, M.K., Prinstein, M.J., Sterba, S.K. (2009). Revealing the form and function of self-injurious thoughts and behaviors: A real-time ecological assessment study among adolescents and young adults. *Journal of Abnormal Psychology*. 118(4), 816-27.
- O'Connor, R., Sheehy, N. (2002). *Zrozumieć samobójcę*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Osuch, E., Payne, G. (2009). Neurobiological Perspectives on Self-Injury. W: Nixon, M., Heath, N. (red.). *Self-Injury in Youth. The Essential Guide to Assessment and Intervention*. (s.79-110). New York: Routledge.
- Paluchowski, W.J. (2012). Model mieszanych metod, czyli o przyczynach i skutkach pewnej metodologicznej rewolucji. *Przegląd Psychologiczny*, 55(2), 113-128.
- Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B., Nutzinger, D. (2002). Self-injurious behavior in women with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159 (3), 408-11.
- Prinstein, M. (2008). Introduction to the Special Section on Suicide and Nonsuicidal Self-injury: A review of unique challenges and important directions for self-injury science. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1-8.

- Russ, M., Clark, C., Cross, L., Kemperman, I. (1996). Pain and self-injury in borderline patients: Sensory decision theory, coping strategies, and locus of control. *Psychiatry Research*, Vol 63(1), Jun, 1996. pp. 57-6.
- Russ, M.J., Campbell, S.S., Kakuma, T., Harrison, K., Zanine, E. (1999) EEG theta activity and pain insensitivity in self-injurious borderline patients. *Psychiatry Research*, 89(3):201-14.
- Sandman, C.A., Hetrick, W., Taylor, D.W., Chicz-DeMet, A. (1997). Dissociation of POMC peptides after self-injury predicts responses to centrally acting opiate blockers. *Regulatory Peptides*. 102 (2), 182-199.
- Sandman, C.A., Touchette, P., Lenjavi, M., Marion, S., Chicz-DeMet, A. (2003) Beta-Endorphin and ACTH are dissociated after self-injury in adults with developmental disabilities. *American Journal on Mental Retardation*. 108 (60), 414-424.
- Schachar, R. J., Tannock, R., & Logan, G. D. (1993). Inhibitory control, impulsiveness, and attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*, 13, 721-739.
- Shah, J., & Higgins, E. T. (2001). Regulatory concerns and appraisal efficiency: The general impact of promotion and prevention. *Journal of Personality & Social Psychology*, 80, 693-705.
- Simeon, D., Favazza, A. (2001). Self-Injurious Behaviors. Phenomenology and Assessment. W: Simeon, D., Hollander, E. (red.). *Self-Injurious Behaviors. Assessment and Treatment*. (s. 1-23).
- Stein, D., Simeon, D. (2001). Compulsive Self-Injurious Behaviors. Simeon, D., Hollander, E. (ed.). *Self-Injurious Behaviors. Assessment and Treatment*. (s. 1-23). Washington: American Psychiatric Publishing.
- Suchańska, A. (1998a). *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Suchańska, A. (1998b). Problem intencjonalności zachowań autodestruktywnych. W: Waligóra, B. (red.). *Elementy psychologii klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Sutton, J. (2007). *Healing the Hurt Within*. Oxford: How To Content.
- Suyemoto, K., MacDonald, M. (1995). Self-Cutting in Female Adolescents. *Psychotherapy*. 32(1).
- Suyemoto, K. (1998). The Functions of Self-mutilation. *Clinical Psychology Review*. 18(5), 531-554.
- Sakson-Obada, O. (2009). *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*. Warszawa: Wydawnictwo Difin.

- Sęk, H. (2001). Potoczna wiedza o stresie a naukowe koncepcje stresu i radzenia sobie. *Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Radzenie sobie ze stresem w różnych dziedzinach życia”*, Wisła, 11-13 05.
- Stawicka, M. (2001). Autodestruktywność dziecięca – zarys zjawiska. *Forum Oświatowe 2 (25)*, 75-89.
- Strelau, J., Jaworowska, A., Wrześniewski, K., Szczepaniak, P. (2005). *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Sutton, J. (2007). *Healing the Hurt Within*. Oxford: How To Content.
- Symons, F., Harper, V., McGrath, P., Breau, L., Bodfish, J. (2009). Evidence of increased non-verbal behavioral signs of pain in adults with neurodevelopmental disorders and chronic self-injury. *Research in Developmental Disabilities*, Vol 30(3), May, 2009. pp. 521-528.
- Szechiński, M., Sidorowicz, S. (2007). Próg wrażliwości na ból w zaburzeniu depresyjnym. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 16 (1), 37-41.
- Verbruggen, F., Logan, G. D., & Stevens, M. A. (2008). STOP-IT: Windows executable software for the stop-signal paradigm. *Behavior Research Methods*, 40(2), 479-483.
- Verbruggen, F., & Logan, G. D. (2009). Models of response inhibition in the stop-signal and stop-change paradigms. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 33, 647-661.
- Walsh B., Rosen P., (1988). *Self-mutilation: theory, research, and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Walden de Gałuszko, K. (2007). Psychologiczne aspekty bólu i jego leczenia. *Medycyna Paliatywna w Praktyce 1 (2)*, 66-70.
- Walsh, B. (2006). *Treating Self-Injury: A Practical Guide*. New York: The Guilford Press.
- Winters, C. (2005). *Self-Mutilation in a Male Adolescent Inpatient Population*. The Ohio State Univeristy. (materiały niepublikowane).
- Wrześniewski, K. (2000). Style a strategie radzenia sobie ze stresem. W: Heszen-Niejodek, I., Ratajczak, Z. (red.) *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: Uniwersytet Śląski.
- Wycisk, J. (2001). Autodestruktywność i jej kulturowa akceptacja w perspektywie współczesnej teorii Ja. *Forum Oświatowe 2 (25)*, 111-127.

- Wycisk, J. (2004). *Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Wycisk, J. (2006). Psychologiczne funkcje samouszkodzeń umiarkowanych. W: Suchańska, A., Wycisk, J. (red.) *Samouszkodzenia: istota, uwarunkowania, terapia*. (s. 45-58). Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Wycisk, J. (2001). Autodestruktywność i jej kulturowa akceptacja w perspektywie współczesnej teorii Ja. *Forum Oświatowe*, 2(25), 111-127.
- Yates, T. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review* 24, 35-74.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik 1

KWESTIONARIUSZ SYTUACJI NAPIĘCIOWYCH

Anna Kubiak (2011)

Zaznacz swoją płeć: Kobieta Mężczyzna

Podaj swój wiek:

Instrukcja wypełniania kwestionariusza:

Kwestionariusz Sytuacji Napięciowych składa się z 20 różnych sytuacji. Poniżej podano zasadę, według której należy udzielać odpowiedzi w tym kwestionariuszu.

1. Po zapoznaniu się z sytuacją, wyobraź sobie, że ona Ciebie dotyczy lub że w niej uczestniczysz. Jeśli doświadczyłeś/aś kiedyś takiej sytuacji, możesz odwołać się do swoich wspomnień.

2. Następnie zaznacz na podanej skali stopień, w jakim poczuł(a)byś napięcie w każdej z tych sytuacji.

Napięcie rozumiane jest tu jako nieprzyjemny stan, który może być związany z emocjami lub myślami; to inaczej dyskomfort, poczucie spięcia, nerwowość lub nieprzyjemne pobudzenie. Niekiedy może być doświadczany w ciele.

0 – oznacza brak napięcia

10 – oznacza tak silne napięcie, że trudno je sobie wyobrazić

3. Na koniec zastanów się, jak byś się zachował(a) w takiej sytuacji. Możesz zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi lub wpisać własną (w specjalnie wyznaczonym do tego miejscu).

W taki sam sposób odpowiedz na pozostałe pytania.

SYTUACJA 1. Okazuje się, że nie możesz zrealizować ważnych dla Ciebie planów, gdyż coś stało na przeszkodzie.

1.1. Jak silnego napięcia doświadczasz w tej sytuacji?

Zaznacz kółkiem odpowiednią dla Ciebie liczbę.

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

0 – brak napięcia

10 – tak silne napięcie, że trudno je wytrzymać

1.2. Co robisz, jeśli znajdziesz się w takiej sytuacji?

Możesz zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi.

- ☐ Nic nie robię
- ☐ Próbuję jakoś rozwiązać, zmienić tę sytuację
- ☐ Zamartwiam się, czuję nieprzyjemne emocje (np. strach, niepokój, smutek, poczucie winy, wstyd, złość)
- ☐ Szukam wsparcia u innych
- ☐ Unikam tej sytuacji lub dystansuję się (nie myślę o tej sytuacji, robię coś innego, niezwiązanego z tą sytuacją)
- ☐ Robię coś, co sprawia mi przyjemność (np. jem słodkie, piję alkohol, zapalam papierosa, słucham muzyki)
- ☐ Wyobrażam sobie, że komuś robię krzywdę (np. wyżywam się na kimś, biję, kaleczę)
- ☐ Robię komuś krzywdę (np. wyżywam się na kimś, uderzam, kaleczę)
- ☐ Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i jest dobrze
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i wszystko się źle skończyło
- ☐ Staram się spojrzeć na tę sytuację inaczej, bardziej pozytywnie
- ☐ Inne

1.3. Jeśli powyżej zaznaczyłeś/aś „INNE”, napisz, co konkretnie robisz.

.....
.....

SYTUACJA 2. Masz do zrobienia zbyt wiele rzeczy naraz.

2.1. Jak silnego napięcia doświadczasz w tej sytuacji?

Zaznacz kółkiem odpowiednią dla Ciebie liczbę.

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

0 – brak napięcia

10 – tak silne napięcie, że trudno je wytrzymać

2.2. Co robisz, jeśli znajdziesz się w takiej sytuacji?

Możesz zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi.

- ☐ Nic nie robię
- ☐ Próbuję jakoś rozwiązać, zmienić tę sytuację
- ☐ Zamartwiam się, czuję nieprzyjemne emocje (np. strach, niepokój, smutek, poczucie winy, wstyd, złość)
- ☐ Szukam wsparcia u innych
- ☐ Unikam tej sytuacji lub dystansuję się (nie myślę o tej sytuacji, robię coś innego, niezwiązanego z tą sytuacją)
- ☐ Robię coś, co sprawia mi przyjemność (np. jem słodczyce, piję alkohol, zapalam papierosa, słucham muzyki)
- ☐ Wyobrażam sobie, że komuś robię krzywdę (np. wyzywam się na kimś, biję, kaleczę)
- ☐ Robię komuś krzywdę (np. wyzywam się na kimś, uderzam, kaleczę)
- ☐ Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i jest dobrze
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i wszystko się źle skończyło
- ☐ Staram się spojrzeć na tę sytuację inaczej, bardziej pozytywnie
- ☐ Inne

2.3. Jeśli powyżej zaznaczyłeś/aś „INNE”, napisz, co konkretnie robisz.

.....
.....

SYTUACJA 3. Nie wiesz, jaka jest ocena wykonanego przez Ciebie zadania, a od tej oceny wiele zależy.

3.1. Jak silnego napięcia doświadczasz w tej sytuacji?

Zaznacz kółkiem odpowiednią dla Ciebie liczbę.

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

0 – brak napięcia

10 – tak silne napięcie, że trudno je wytrzymać

3.2. Co robisz, jeśli znajdziesz się w takiej sytuacji?

Możesz zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi.

- ☐ Nic nie robię
- ☐ Zamartwiam się, czuję nieprzyjemne emocje (np. strach, niepokój, smutek, poczucie winy, wstyd, złość)
- ☐ Szukam wsparcia u innych
- ☐ Unikam tej sytuacji lub dystansuję się (np. nie myślę o tej sytuacji, robię coś innego, niezwiązanego z tą sytuacją)
- ☐ Robię coś, co sprawia mi przyjemność (np. jem słodkie, piję alkohol, zapalam papierosa, słucham muzyki)
- ☐ Wyobrażam sobie, że komuś robię krzywdę (np. wyzywam się na kimś, biję, kaleczę)
- ☐ Robię komuś krzywdę (np. wyzywam się na kimś, uderzam, kaleczę)
- ☐ Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i jest dobrze
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i wszystko się źle skończyło
- ☐ Staram się spojrzeć na tę sytuację inaczej, bardziej pozytywnie
- ☐ Inne

3.3. Jeśli powyżej zaznaczyłeś/aś „INNE”, napisz, co konkretnie robisz.

.....
.....

SYTUACJA 4. Czekasz przed salą egzaminacyjną na egzamin.

4.1. Jak silnego napięcia doświadczasz w tej sytuacji?

Zaznacz kółkiem odpowiednią dla Ciebie liczbę.

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

0 – brak napięcia

10 – tak silne napięcie, że trudno je wytrzymać

4.2. Co robisz, jeśli znajdziesz się w takiej sytuacji?

Możesz zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi.

- ☐ Nic nie robię
- ☐ Próbuję jakoś zmierzyć się z tą sytuacją
- ☐ Zamartwiam się, czuję nieprzyjemne emocje (np. strach, niepokój, smutek, poczucie winy, wstyd, złość)
- ☐ Szukam wsparcia u innych
- ☐ Unikam tej sytuacji lub dystansuję się (np. nie myślę o tej sytuacji, robię coś innego, niezwiązanego z tą sytuacją)
- ☐ Robię coś, co sprawia mi przyjemność (np. jem słodczyce, piję alkohol, zapalam papierosa, słucham muzyki)
- ☐ Wyobrażam sobie, że komuś robię krzywdę (np. wyzywam się na kimś, biję, kaleczę)
- ☐ Robię komuś krzywdę (np. wyzywam się na kimś, uderzam, kaleczę)
- ☐ Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i jest dobrze
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i wszystko się źle skończyło
- ☐ Staram się spojrzeć na tę sytuację inaczej, bardziej pozytywnie
- ☐ Inne

4.3. Jeśli powyżej zaznaczyłeś/aś „INNE”, napisz, co konkretnie robisz.

.....
.....

SYTUACJA 5. W ostatniej chwili dowiadujesz się, że musisz zrobić coś ważnego.

5.1. Jak silnego napięcia doświadczasz w tej sytuacji?

Zaznacz kółkiem odpowiednią dla Ciebie liczbę.

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

0 – brak napięcia

10 – tak silne napięcie, że trudno je wytrzymać

5.2. Co robisz, jeśli znajdziesz się w takiej sytuacji?

Możesz zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi.

- ☐ Nic nie robię
- ☐ Próbuję jakoś rozwiązać, zmienić tę sytuację
- ☐ Zamartwiam się, czuję nieprzyjemne emocje (np. strach, niepokój, smutek, poczucie winy, wstyd, złość)
- ☐ Szukam wsparcia u innych
- ☐ Unikam tej sytuacji lub dystansuję się (np. nie myślę o tej sytuacji, robię coś innego, niezwiązanego z tą sytuacją)
- ☐ Robię coś, co sprawia mi przyjemność (np. jem słodczyce, piję alkohol, zapalam papierosa, słucham muzyki)
- ☐ Wyobrażam sobie, że komuś robię krzywdę (np. wyzywam się na kimś, biję, kaleczę)
- ☐ Robię komuś krzywdę (np. wyzywam się na kimś, uderzam, kaleczę)
- ☐ Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i jest dobrze
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i wszystko się źle skończyło
- ☐ Staram się spojrzeć na tę sytuację inaczej, bardziej pozytywnie
- ☐ Inne

5.3. Jeśli powyżej zaznaczyłeś/aś „INNE”, napisz, co konkretnie robisz.

.....
.....

SYTUACJA 6. Zrobiłeś/aś coś niedozwolonego.

6.1. Jak silnego napięcia doświadczasz w tej sytuacji?

Zaznacz kółkiem odpowiednią dla Ciebie liczbę.

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

0 – brak napięcia

10 – tak silne napięcie, że trudno je wytrzymać

6.2. Co robisz, jeśli znajdziesz się w takiej sytuacji?

Możesz zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi.

- ☐ Nic nie robię
- ☐ Próbuję jakoś rozwiązać, zmienić tę sytuację
- ☐ Zamartwiam się, czuję nieprzyjemne emocje (np. strach, niepokój, smutek, poczucie winy, wstyd, złość)
- ☐ Szukam wsparcia u innych
- ☐ Unikam tej sytuacji lub dystansuję się (np. nie myślę o tej sytuacji, robię coś innego, niezwiązanego z tą sytuacją)
- ☐ Robię coś, co sprawia mi przyjemność (np. jem słodkie, piję alkohol, zapalam papierosa, słucham muzyki)
- ☐ Wyobrażam sobie, że komuś robię krzywdę (np. wyzywam się na kimś, biję, kaleczę)
- ☐ Robię komuś krzywdę (np. wyzywam się na kimś, uderzam, kaleczę)
- ☐ Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i jest dobrze
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i wszystko się źle skończyło
- ☐ Staram się spojrzeć na tę sytuację inaczej, bardziej pozytywnie
- ☐ Inne

6.3. Jeśli powyżej zaznaczyłeś/aś „INNE”, napisz, co konkretnie robisz.

.....
.....

SYTUACJA 7. Czekasz na ważne dla Ciebie wyniki (np. egzaminu, badań medycznych, rozmowy o pracę).

7.1. Jak silnego napięcia doświadczasz w tej sytuacji?

Zaznacz kółkiem odpowiednią dla Ciebie liczbę.

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

0 – brak napięcia

10 – tak silne napięcie, że trudno je wytrzymać

7.2. Co robisz, jeśli znajdziesz się w takiej sytuacji?

Możesz zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi.

- ☐ Nic nie robię
- ☐ Zamartwiam się, czuję nieprzyjemne emocje (np. strach, niepokój, smutek, poczucie winy, wstyd, złość)
- ☐ Szukam wsparcia u innych
- ☐ Unikam tej sytuacji lub dystansuję się (np. nie myślę o tej sytuacji, robię coś innego, niezwiązanego z tą sytuacją)
- ☐ Robię coś, co sprawia mi przyjemność (np. jem słodkie, piję alkohol, zapalam papierosa, słucham muzyki)
- ☐ Wyobrażam sobie, że komuś robię krzywdę (np. wyzywam się na kimś, biję, kaleczę)
- ☐ Robię komuś krzywdę (np. wyzywam się na kimś, uderzam, kaleczę)
- ☐ Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i jest dobrze
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i wszystko się źle skończyło
- ☐ Staram się spojrzeć na tę sytuację inaczej, bardziej pozytywnie
- ☐ Inne

7.3. Jeśli powyżej zaznaczyłeś/aś „INNE”, napisz, co konkretnie robisz.

.....
.....

SYTUACJA 8. Zrobiłeś/aś coś wbrew swoim przekonaniom i zasadom.

8.1. Jak silnego napięcia doświadczasz w tej sytuacji?

Zaznacz kółkiem odpowiednią dla Ciebie liczbę.

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

0 – brak napięcia

10 – tak silne napięcie, że trudno je wytrzymać

8.2. Co robisz, jeśli znajdziesz się w takiej sytuacji?

Możesz zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi.

- ☐ Nic nie robię
- ☐ Próbuję jakoś rozwiązać, zmienić tę sytuację
- ☐ Zamartwiam się, czuję nieprzyjemne emocje (np. strach, niepokój, smutek, poczucie winy, wstyd, złość)
- ☐ Szukam wsparcia u innych
- ☐ Unikam tej sytuacji lub dystansuję się (np. nie myślę o tej sytuacji, robię coś innego, niezwiązanego z tą sytuacją)
- ☐ Robię coś, co sprawia mi przyjemność (np. jem słodczyce, piję alkohol, zapalam papierosa, słucham muzyki)
- ☐ Wyobrażam sobie, że komuś robię krzywdę (np. wyzywam się na kimś, biję, kaleczę)
- ☐ Robię komuś krzywdę (np. wyzywam się na kimś, uderzam, kaleczę)
- ☐ Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i jest dobrze
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i wszystko się źle skończyło
- ☐ Staram się spojrzeć na tę sytuację inaczej, bardziej pozytywnie
- ☐ Inne

8.3. Jeśli powyżej zaznaczyłeś/aś „INNE”, napisz, co konkretnie robisz.

.....
.....

SYTUACJA 9. Jesteś w grupie osób i czujesz się przez nie ignorowany/a.

9.1. Jak silnego napięcia doświadczasz w tej sytuacji?

Zaznacz kółkiem odpowiednią dla Ciebie liczbę.

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

0 – brak napięcia

10 – tak silne napięcie, że trudno je wytrzymać

9.2. Co robisz, jeśli znajdziesz się w takiej sytuacji?

Możesz zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi.

- ☐ Nic nie robię
- ☐ Próbuję jakoś rozwiązać, zmienić tę sytuację
- ☐ Zamartwiam się, czuję nieprzyjemne emocje (np. strach, niepokój, smutek, poczucie winy, wstyd, złość)
- ☐ Szukam wsparcia u innych
- ☐ Unikam tej sytuacji lub dystansuję się (np. nie myślę o tej sytuacji, robię coś innego, niezwiązanego z tą sytuacją)
- ☐ Robię coś, co sprawia mi przyjemność (np. jem słodczyce, piję alkohol, zapalam papierosa, słucham muzyki)
- ☐ Wyobrażam sobie, że komuś robię krzywdę (np. wyzywam się na kimś, biję, kaleczę)
- ☐ Robię komuś krzywdę (np. wyzywam się na kimś, uderzam, kaleczę)
- ☐ Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i jest dobrze
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i wszystko się źle skończyło
- ☐ Staram się spojrzeć na tę sytuację inaczej, bardziej pozytywnie
- ☐ Inne

9.3. Jeśli powyżej zaznaczyłeś/aś „INNE”, napisz, co konkretnie robisz.

.....
.....

SYTUACJA 10. Pokłóciłeś/aś się z ważną dla Ciebie osobą.

10.1. Jak silnego napięcia doświadczasz w tej sytuacji?

Zaznacz kółkiem odpowiednią dla Ciebie liczbę.

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

0 – brak napięcia

10 – tak silne napięcie, że trudno je wytrzymać

10.2. Co robisz, jeśli znajdziesz się w takiej sytuacji?

Możesz zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi.

- ☐ Nic nie robię
- ☐ Próbuję jakoś rozwiązać, zmienić tę sytuację
- ☐ Zamartwiam się, czuję nieprzyjemne emocje (np. strach, niepokój, smutek, poczucie winy, wstyd, złość)
- ☐ Szukam wsparcia u innych
- ☐ Unikam tej sytuacji lub dystansuję się (np. nie myślę o tej sytuacji, robię coś innego, niezwiązanego z tą sytuacją)
- ☐ Robię coś, co sprawia mi przyjemność (np. jem słodczyce, piję alkohol, zapalam papierosa, słucham muzyki)
- ☐ Wyobrażam sobie, że komuś robię krzywdę (np. wyzywam się na kimś, biję, kaleczę)
- ☐ Robię komuś krzywdę (np. wyzywam się na kimś, uderzam, kaleczę)
- ☐ Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i jest dobrze
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i wszystko się źle skończyło
- ☐ Staram się spojrzeć na tę sytuację inaczej, bardziej pozytywnie
- ☐ Inne

10.3. Jeśli powyżej zaznaczyłeś/aś „INNE”, napisz, co konkretnie robisz.

.....
.....

SYTUACJA 11. Rywalizujesz z inną osobą o coś ważnego dla Ciebie.

11.1. Jak silnego napięcia doświadczasz w tej sytuacji?

Zaznacz kółkiem odpowiednią dla Ciebie liczbę.

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

0 – brak napięcia

10 – tak silne napięcie, że trudno je wytrzymać

11.2. Co robisz, jeśli znajdziesz się w takiej sytuacji?

Możesz zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi.

- ☐ Nic nie robię
- ☐ Próbuję jakoś zmierzyć się z tą sytuacją
- ☐ Zamartwiam się, czuję nieprzyjemne emocje (np. strach, niepokój, smutek, poczucie winy, wstyd, złość)
- ☐ Szukam wsparcia u innych
- ☐ Unikam tej sytuacji lub dystansuję się (np. nie myślę o tej sytuacji, robię coś innego, niezwiązanego z tą sytuacją)
- ☐ Robię coś, co sprawia mi przyjemność (np. jem słodkie, piję alkohol, zapalam papierosa, słucham muzyki)
- ☐ Wyobrażam sobie, że komuś robię krzywdę (np. wyzywam się na kimś, biję, kaleczę)
- ☐ Robię komuś krzywdę (np. wyzywam się na kimś, uderzam, kaleczę)
- ☐ Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i jest dobrze
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i wszystko się źle skończyło
- ☐ Staram się spojrzeć na tę sytuację inaczej, bardziej pozytywnie
- ☐ Inne

11.3. Jeśli powyżej zaznaczyłeś/aś „INNE”, napisz, co konkretnie robisz.

.....
.....

SYTUACJA 12. Inni mają wobec Ciebie oczekiwania, którym nie jesteś w stanie sprostać.

12.1. Jak silnego napięcia doświadczasz w tej sytuacji?

Zaznacz kółkiem odpowiednią dla Ciebie liczbę.

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

0 – brak napięcia

10 – tak silne napięcie, że trudno je wytrzymać

12.2. Co robisz, jeśli znajdziesz się w takiej sytuacji?

Możesz zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi.

- ☐ Nic nie robię
- ☐ Próbuję jakoś rozwiązać, zmienić tę sytuację
- ☐ Zamartwiam się, czuję nieprzyjemne emocje (np. strach, niepokój, smutek, poczucie winy, wstyd, złość)
- ☐ Szukam wsparcia u innych
- ☐ Unikam tej sytuacji lub dystansuję się (np. nie myślę o tej sytuacji, robię coś innego, niezwiązanego z tą sytuacją)
- ☐ Robię coś, co sprawia mi przyjemność (np. jem słodczyce, piję alkohol, zapalam papierosa, słucham muzyki)
- ☐ Wyobrażam sobie, że komuś robię krzywdę (np. wyzywam się na kimś, biję, kaleczę)
- ☐ Robię komuś krzywdę (np. wyzywam się na kimś, uderzam, kaleczę)
- ☐ Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i jest dobrze
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i wszystko się źle skończyło
- ☐ Staram się spojrzeć na tę sytuację inaczej, bardziej pozytywnie
- ☐ Inne

12.3. Jeśli powyżej zaznaczyłeś/aś „INNE”, napisz, co konkretnie robisz.

.....
.....

SYTUACJA 13. Zrobiłeś/aś coś niestosownego przy innych.

13.1. Jak silnego napięcia doświadczasz w tej sytuacji?

Zaznacz kółkiem odpowiednią dla Ciebie liczbę.

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

0 – brak napięcia

10 – tak silne napięcie, że trudno je wytrzymać

13.2. Co robisz, jeśli znajdziesz się w takiej sytuacji?

Możesz zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi.

- ☐ Nic nie robię
- ☐ Próbuję jakoś rozwiązać, zmienić tę sytuację
- ☐ Zamartwiam się, czuję nieprzyjemne emocje (np. strach, niepokój, smutek, poczucie winy, wstyd, złość)
- ☐ Szukam wsparcia u innych
- ☐ Unikam tej sytuacji lub dystansuję się (np. nie myślę o tej sytuacji, robię coś innego, niezwiązanego z tą sytuacją)
- ☐ Robię coś, co sprawia mi przyjemność (np. jem słodczyce, piję alkohol, zapalam papierosa, słucham muzyki)
- ☐ Wyobrażam sobie, że komuś robię krzywdę (np. wyzywam się na kimś, biję, kaleczę)
- ☐ Robię komuś krzywdę (np. wyzywam się na kimś, uderzam, kaleczę)
- ☐ Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i jest dobrze
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i wszystko się źle skończyło
- ☐ Staram się spojrzeć na tę sytuację inaczej, bardziej pozytywnie
- ☐ Inne

13.3. Jeśli powyżej zaznaczyłeś/aś „INNE”, napisz, co konkretnie robisz.

.....
.....

SYTUACJA 14. Masz poczucie natłoku myśli i/lub uczuć.

14.1. Jak silnego napięcia doświadczasz w tej sytuacji?

Zaznacz kółkiem odpowiednią dla Ciebie liczbę.

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

0 – brak napięcia

10 – tak silne napięcie, że trudno je wytrzymać

14.2. Co robisz, jeśli znajdziesz się w takiej sytuacji?

Możesz zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi.

- ☐ Nic nie robię
- ☐ Próbuję jakoś rozwiązać, zmienić tę sytuację
- ☐ Zamartwiam się, czuję nieprzyjemne emocje (np. strach, niepokój, smutek, poczucie winy, wstyd, złość)
- ☐ Szukam wsparcia u innych
- ☐ Unikam tej sytuacji lub dystansuję się (np. nie myślę o tej sytuacji, robię coś innego, niezwiązanego z tą sytuacją)
- ☐ Robię coś, co sprawia mi przyjemność (np. jem słodkie, piję alkohol, zapalam papierosa, słucham muzyki)
- ☐ Wyobrażam sobie, że komuś robię krzywdę (np. wyzywam się na kimś, biję, kaleczę)
- ☐ Robię komuś krzywdę (np. wyzywam się na kimś, uderzam, kaleczę)
- ☐ Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i jest dobrze
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i wszystko się źle skończyło
- ☐ Staram się spojrzeć na tę sytuację inaczej, bardziej pozytywnie
- ☐ Inne

14.3. Jeśli powyżej zaznaczyłeś/aś „INNE”, napisz, co konkretnie robisz.

.....
.....

SYTUACJA 15. Odniosłeś/aś niepowodzenie w ważnej dla ciebie dziedzinie.

15.1. Jak silnego napięcia doświadczasz w tej sytuacji?

Zaznacz kółkiem odpowiednią dla Ciebie liczbę.

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

0 – brak napięcia

10 – tak silne napięcie, że trudno je wytrzymać

15.2. Co robisz, jeśli znajdziesz się w takiej sytuacji?

Możesz zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi.

- ☐ Nic nie robię
- ☐ Próbuję jakoś zmierzyć się z tą sytuacją
- ☐ Zamartwiam się, czuję nieprzyjemne emocje (np. strach, niepokój, smutek, poczucie winy, wstyd, złość)
- ☐ Szukam wsparcia u innych
- ☐ Unikam tej sytuacji lub dystansuję się (np. nie myślę o tej sytuacji, robię coś innego, niezwiązanego z tą sytuacją)
- ☐ Robię coś, co sprawia mi przyjemność (np. jem słodczyce, piję alkohol, zapalam papierosa, słucham muzyki)
- ☐ Wyobrażam sobie, że komuś robię krzywdę (np. wyzywam się na kimś, biję, kaleczę)
- ☐ Robię komuś krzywdę (np. wyzywam się na kimś, uderzam, kaleczę)
- ☐ Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i jest dobrze
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i wszystko się źle skończyło
- ☐ Staram się spojrzeć na tę sytuację inaczej, bardziej pozytywnie
- ☐ Inne

15.3. Jeśli powyżej zaznaczyłeś/aś „INNE”, napisz, co konkretnie robisz.

.....
.....

SYTUACJA 16. Wykonujesz ważne zadanie pod presją czasu.

16.1. Jak silnego napięcia doświadczasz w tej sytuacji?

Zaznacz kółkiem odpowiednią dla Ciebie liczbę.

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

0 – brak napięcia

10 – tak silne napięcie, że trudno je wytrzymać

16.2. Co robisz, jeśli znajdziesz się w takiej sytuacji?

Możesz zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi.

- ☐ Nic nie robię
- ☐ Próbuję jakoś rozwiązać, zmienić tę sytuację
- ☐ Zamartwiam się, czuję nieprzyjemne emocje (np. strach, niepokój, smutek, poczucie winy, wstyd, złość)
- ☐ Szukam wsparcia u innych
- ☐ Unikam tej sytuacji lub dystansuję się (np. nie myślę o tej sytuacji, robię coś innego, niezwiązanego z tą sytuacją)
- ☐ Robię coś, co sprawia mi przyjemność (np. jem słodkie, piję alkohol, zapalam papierosa, słucham muzyki)
- ☐ Wyobrażam sobie, że komuś robię krzywdę (np. wyzywam się na kimś, biję, kaleczę)
- ☐ Robię komuś krzywdę (np. wyzywam się na kimś, uderzam, kaleczę)
- ☐ Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i jest dobrze
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i wszystko się źle skończyło
- ☐ Staram się spojrzeć na tę sytuację inaczej, bardziej pozytywnie
- ☐ Inne

16.3. Jeśli powyżej zaznaczyłeś/aś „INNE”, napisz, co konkretnie robisz.

.....
.....

SYTUACJA 17. Masz wrażenie, że sprawy wymykają ci się z rąk.

17.1. Jak silnego napięcia doświadczasz w tej sytuacji?

Zaznacz kółkiem odpowiednią dla Ciebie liczbę.

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

0 – brak napięcia

10 – tak silne napięcie, że trudno je wytrzymać

17.2. Co robisz, jeśli znajdziesz się w takiej sytuacji?

Możesz zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi.

- ☐ Nic nie robię
- ☐ Próbuję jakoś rozwiązać, zmienić tę sytuację
- ☐ Zamartwiam się, czuję nieprzyjemne emocje (np. strach, niepokój, smutek, poczucie winy, wstyd, złość)
- ☐ Szukam wsparcia u innych
- ☐ Unikam tej sytuacji lub dystansuję się (np. nie myślę o tej sytuacji, robię coś innego, niezwiązanego z tą sytuacją)
- ☐ Robię coś, co sprawia mi przyjemność (np. jem słodczyce, piję alkohol, zapalam papierosa, słucham muzyki)
- ☐ Wyobrażam sobie, że komuś robię krzywdę (np. wyzywam się na kimś, biję, kaleczę)
- ☐ Robię komuś krzywdę (np. wyzywam się na kimś, uderzam, kaleczę)
- ☐ Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i jest dobrze
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i wszystko się źle skończyło
- ☐ Staram się spojrzeć na tę sytuację inaczej, bardziej pozytywnie
- ☐ Inne

17.3. Jeśli powyżej zaznaczyłeś/aś „INNE”, napisz, co konkretnie robisz.

.....
.....

SYTUACJA 18. Za chwilę masz wystąpić przed większą grupą ludzi.

18.1. Jak silnego napięcia doświadczasz w tej sytuacji?

Zaznacz kółkiem odpowiednią dla Ciebie liczbę.

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

0 – brak napięcia

10 – tak silne napięcie, że trudno je wytrzymać

18.2. Co robisz, jeśli znajdziesz się w takiej sytuacji?

Możesz zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi.

- ☐ Nic nie robię
- ☐ Próbuję jakoś zmierzyć się z tą sytuacją
- ☐ Zamartwiam się, czuję nieprzyjemne emocje (np. strach, niepokój, smutek, poczucie winy, wstyd, złość)
- ☐ Szukam wsparcia u innych
- ☐ Unikam tej sytuacji lub dystansuję się (np. nie myślę o tej sytuacji, robię coś innego, niezwiązanego z tą sytuacją)
- ☐ Robię coś, co sprawia mi przyjemność (np. jem słodczyce, piję alkohol, zapalam papierosa, słucham muzyki)
- ☐ Wyobrażam sobie, że komuś robię krzywdę (np. wyzywam się na kimś, biję, kaleczę)
- ☐ Robię komuś krzywdę (np. wyzywam się na kimś, uderzam, kaleczę)
- ☐ Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i jest dobrze
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i wszystko się źle skończyło
- ☐ Staram się spojrzeć na tę sytuację inaczej, bardziej pozytywnie
- ☐ Inne

18.3. Jeśli powyżej zaznaczyłeś/aś „INNE”, napisz, co konkretnie robisz.

.....
.....

SYTUACJA 19. Czujesz się pobudzony (np. zaniepokojony lub rozzłoszczony) bez wyraźnego powodu.

19.1. Jak silnego napięcia zwykle doświadczasz w takiej sytuacji?

Zaznacz kółkiem odpowiednią dla Ciebie liczbę.

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

0 – brak napięcia

10 – tak silne napięcie, że trudno je wytrzymać

19.2. Co robisz, jeśli znajdziesz się w takiej sytuacji?

Możesz zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi.

- ☐ Nic nie robię
- ☐ Próbuję jakoś rozwiązać, zmienić tę sytuację
- ☐ Szukam wsparcia u innych
- ☐ Unikam tej sytuacji lub dystansuję się (np. nie myślę o tej sytuacji, robię coś innego, niezwiązanego z tą sytuacją)
- ☐ Robię coś, co sprawia mi przyjemność (np. jem słodczyce, piję alkohol, zapalam papierosa, słucham muzyki)
- ☐ Wyobrażam sobie, że komuś robię krzywdę (np. wyżywam się na kimś, biję, kaleczę)
- ☐ Robię komuś krzywdę (np. wyżywam się na kimś, uderzam, kaleczę)
- ☐ Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i jest dobrze
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i wszystko się źle skończyło
- ☐ Staram się spojrzeć na tę sytuację inaczej, bardziej pozytywnie
- ☐ Inne

19.3. Jeśli powyżej zaznaczyłeś/aś „INNE”, napisz, co konkretnie robisz.

.....
.....

SYTUACJA 20. Czujesz się zmartwiony/a (zasmucony/a) bez wyraźnego powodu.

20.1. Jak silnego napięcia zwykle doświadczasz w takiej sytuacji?

Zaznacz kółkiem odpowiednią dla Ciebie liczbę.

0 — 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7 — 8 — 9 — 10

0 – brak napięcia

10 – tak silne napięcie, że trudno je wytrzymać

20.2. Co robisz, jeśli znajdziesz się w takiej sytuacji?

Możesz zaznaczyć dowolną liczbę odpowiedzi.

- ☐ Nic nie robię
- ☐ Próbuję jakoś rozwiązać, zmienić tę sytuację
- ☐ Szukam wsparcia u innych
- ☐ Unikam tej sytuacji lub dystansuję się (np. nie myślę o tej sytuacji, robię coś innego, niezwiązanego z tą sytuacją)
- ☐ Robię coś, co sprawia mi przyjemność (np. jem słodczyce, piję alkohol, zapalam papierosa, słucham muzyki)
- ☐ Wyobrażam sobie, że komuś robię krzywdę (np. wyzywam się na kimś, biję, kaleczę)
- ☐ Robię komuś krzywdę (np. wyzywam się na kimś, uderzam, kaleczę)
- ☐ Wyobrażam sobie, że robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Robię sobie krzywdę (np. biję się, kaleczę się)
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i jest dobrze
- ☐ Wyobrażam sobie, że już ta sytuacja minęła i wszystko się źle skończyło
- ☐ Staram się spojrzeć na tę sytuację inaczej, bardziej pozytywnie
- ☐ Inne

20.3. Jeśli powyżej zaznaczyłeś/aś „INNE”, napisz, co konkretnie robisz.

.....
.....

Załącznik 2

Szanowni Państwo!

Nazywam się Anna Kubiak i jestem doktorantką w Instytucie Psychologii UAM w Poznaniu. Zwracam się do Państwa z prośbą o udział w badaniach psychologicznych, potrzebnych do mojej pracy doktorskiej. Badanie za pomocą niniejszego kwestionariusza dotyczy sytuacji potencjalnie budzących napięcie, w jakich mogą znaleźć się ludzie oraz możliwych zachowań w takich sytuacjach. Udział w badaniu nie wiąże się z jakimikolwiek dającymi się przewidzieć niedogodnościami lub zagrożeniem.

Niniejsze badanie jest anonimowe i jest pierwszym etapem całego mojego projektu badawczego. Proszę jedynie o podanie niezbędnych danych demograficznych. Dołożę wszelkich starań, aby Państwa odpowiedzi i dane były właściwie zabezpieczone. **W sytuacji wyrażenia zgody na dalsze badanie i pozostawienia przez Państwa swoich danych kontaktowych, niniejsze badanie przestaje być anonimowe, lecz staje się poufne. Oznacza to, że choć będzie istniała możliwość zidentyfikowania przeze mnie autora odpowiedzi i wyników, to Państwa dane osobowe nie zostaną nikomu ujawnione.** Wyniki tych badań analizowane będą wyłącznie jako element grupy. Będzie to zatem analiza statystyczna, a nie diagnostyczna.

Aby zachować zasadę anonimowości nie zbieram pisemnej zgody, a zgodę ustną traktuję jako wiążącą. Wyrażacie Państwo świadomą zgodę na uczestnictwo w badaniach w opisanej wyżej formie, przystępując do tego badania. Państwa udział w badaniu jest dobrowolny i w każdym momencie (nawet po rozpoczęciu badania) można się z niego wycofać bez podawania powodu. Także po zakończonym badaniu można poprosić o usunięcie z bazy Państwa wyników i danych.

Jeżeli macie Państwo jakiegokolwiek pytania dotyczące Państwa roli w prowadzonym badaniu, chętnie na nie odpowiem zarówno przed jak i w trakcie badania. W niektórych przypadkach, ze względu na cel badań, osoba badająca może poprosić, aby poczekać na odpowiedź do końca badania. Jeżeli jakaś informacja jest dla Państwa ważna dla podjęcia decyzji o udziale i nie otrzymanie potrzebnej informacji, można w takiej sytuacji odmówić udziału w badaniu.

Wyniki będą prezentowane wyłącznie na poziomie danych grupowych, a dostęp do wyników surowych będę mieć ja (mgr Anna Kubiak, *Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań, e-mail: ankubiak@amu.edu.pl*) oraz promotor mojej pracy, prof. dr hab. Władysław J. Paluchowski (*Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, ul. Szamarzewskiego 89, 60-568 Poznań, tel.: (48 61) 829 23 50, e-mail: paluchja@amu.edu.pl*). Jeżeli jesteście Państwo zainteresowani wynikami mojej pracy, to proszę o kontakt: **ankubiak@amu.edu.pl**

Dziękuję za współpracę!

Ze względu na troskę o jakość badań proszę zachować tę informację.

Załącznik 3

Poniżej podano dwa twierdzenia oraz możliwe odpowiedzi. Proszę, zaznacz krzyżykiem lub kółkiem prawdziwą dla Ciebie odpowiedź.

1. Zdarza mi się celowo (nieprzypadkowo) kaleczyć lub uszkadzać swoje ciało albo zadawać ból ciału z innych powodów niż medyczne, kosmetyczne (np. depilacja) lub estetyczne (np. tatuaże, kolczyki).

NIE

TAK

2. W przeszłości zdarzało mi się celowo (nieprzypadkowo) kaleczyć lub uszkadzać swoje ciało albo zadawać ból ciału z innych powodów niż medyczne, kosmetyczne (np. depilacja) lub estetyczne (np. tatuaże, kolczyki).

NIE

TAK

UWAGA: Jeśli przy którymkolwiek twierdzeniu zaznaczyłaś/eś TAK, przejdź do dalszej części kwestionariusza. Jeśli przy obu twierdzeniach zaznaczyłaś/eś NIE, możesz zakończyć wypełnianie kwestionariusza.

INWENTARZ PYTAŃ DOTYCZĄCYCH SAMOUSZKODZEŃ CIAŁA – I CZĘŚĆ (Anna Kubiak, 2011)

: _____ Wiek: _____

Poniżej znajdują się pytania dotyczące różnych zachowań powodujących uszkodzenie własnego ciała, ewentualnego doświadczania bólu podczas tych zachowań, częstości ich podejmowania oraz momentu pojawienia się ich w ciągu życia. Proszę, odpowiedz na te pytania zgodnie z Twoimi doświadczeniami. W sytuacji, gdy odpowiedzi są już podane, zaznacz krzyżykiem albo kółkiem prawdziwą dla Ciebie odpowiedź. Jeśli przy pytaniu podane jest wolne miejsce, wpisz własną odpowiedź.

Lp.	Czy kiedykolwiek CELOWO (nieprzypadkowo) zachowałeś/eś się w któryś z podanych niżej sposobów? (Zaznacz krzyżykiem lub kółkiem te zachowania, które Ciebie dotyczą)	Kiedy ostatni raz to się zdarzyło?								Określ, mniej więcej, ile razy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy tak zrobiłeś/eś? (np. 1, 5, 10, 30, 100, etc.)	Ile miałeś/eś lat, gdy pierwszy raz tak zrobiłeś/eś?	Twoje zachowanie było zaplanowane czy spontaniczne?		Twoje zachowanie było świadome (wiedziałeś/aś, że tak robisz) czy bezwiedne (dopiero po fakcie, zorientowałeś/aś się co się stało)?		Czy czujesz lub czułeś/eś ból, gdy tak robisz lub zrobiłeś/eś? (Zaznacz krzyżykiem lub kółkiem odpowiednią kratkę lub wpisz odpowiedź)		
1.	Gryzienie swojego ciała.	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu 6-ciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej			zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:
2.	Rozdrapywanie ran i/lub zmian skórnych.	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej			zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:
3.	Drapanie lub szorowanie skóry do jej uszkodzenia lub zranienia.	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej			zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:

Lp.	Czy kiedykolwiek CELOWO (nieprzypadkowo) zachowałeś/eś się w któryś z podanych niżej sposobów? (Zaznacz krzyżykiem lub kółkiem te zachowania, które Ciebie dotyczą)			Kiedy ostatni raz to się zdarzyło?						Określ, mniej więcej, ile razy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy tak zrobiłeś/eś? (np. 1, 5, 10, 30, 100, etc.)	Ile miałeś/eś lat, gdy pierwszy raz tak zrobiłeś/eś?	Twoje zachowanie było zaplanowane czy spontaniczne?		Twoje zachowanie było świadome (wiedziałeś/aś, że tak robisz) czy bezwiedne (dopiero po fakcie, zorientowałeś/aś się co się stało)?		Czy czujesz lub czułeś/eś ból, gdy tak robisz lub zrobiłeś/eś? (Zaznacz krzyżykiem lub kółkiem odpowiednią kratkę lub wpisz odpowiedź)		
4.	Bicie się.	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej			zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:
5.	Uderzanie głową i/lub innymi częściami ciała o coś innego (np. ścianą, stół).	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej			zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:
6.	Cięcie skóry na swoim ciele.	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej			zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:
7.	Szczypanie swojego ciała.	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej			zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:
8.	Przypalanie ciała i/lub dotykane gorących przedmiotów.	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej			zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:

Lp.	Czy kiedykolwiek CELOWO (nieprzypadkowo) zachowałeś/eś się w któryś z podanych niżej sposobów? (Zaznacz krzyżykiem lub kółkiem te zachowania, które Ciebie dotyczą)			Kiedy ostatni raz to się zdarzyło?						Określ, mniej więcej, ile razy w ciągu ostatnich sześciu miesięcy tak zrobiłeś/eś? (np. 1, 5, 10, 30, 100, etc.)	Ile miałeś/eś lat, gdy pierwszy raz tak zrobiłeś/eś?	Twoje zachowanie było zaplanowane czy spontaniczne?		Twoje zachowanie było świadome (wiedziałeś/aś, że tak robisz) czy bezwiedne (dopiero po fakcie, zorientowałeś/aś się co się stało)?		Czy czujesz lub czułeś/eś ból, gdy tak robisz lub zrobiłeś/eś? (Zaznacz krzyżykiem lub kółkiem odpowiednią kratkę lub wpisz odpowiedź)		
9.	Wrywanie włosów, brwi lub rzęs (nie w celach kosmetycznych).	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej			zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:
10.	Kłucie swojego ciała.	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej			zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:
11.	Złamanie kończyny.	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej			zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:
12.	Inne (wpisz, jakie):	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej			zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:
13.	Inne (wpisz, jakie):	TAK	NIE	Dziś	W tym tygodniu	W tym miesiącu	W ciągu sześciu miesięcy	W tym roku	Jeszcze dawniej			zaplanowane	spontaniczne	świadome	bezwiedne	TAK	NIE	To zależy/ Inne:

INWENTARZ TWIERDZEŃ DOTYCZĄCYCH SAMOUSZKODZEŃ CIAŁA– CZĘŚĆ II

(David E. Klonsky, 2008)

Instrukcja:

Inwentarz ten został przygotowany, aby pomóc nam lepiej zrozumieć doświadczenia związane z samouszkodzeniami ciała bez intencji samobójczej. Poniżej znajduje się lista twierdzeń, które mogą, choć nie muszą, odnosić się do Twoich doświadczeń z samouszkodzeniami. Proszę ocenić, w jakim stopniu te twierdzenia Ciebie dotyczą:

- Zakreśl 0, jeżeli twierdzenie **Ciebie nie dotyczy**
- Zakreśl 1, jeśli twierdzenie **częściowo Ciebie dotyczy**
- Zakreśl 2, jeżeli twierdzenie zdecydowanie **Ciebie dotyczy**

Dokonując samouszkodzeń...		<u>Odpowiedź</u>		
1.	... uspokajam się	0	1	2
2.	... zaznaczam granicę między sobą a innymi	0	1	2
3.	... wymierzam sobie karę	0	1	2
4.	... daję sobie powód, by o siebie zadbać (przez pielęgnację ran)	0	1	2
5.	...zadaję sobie ból, przez co przerywam uczucie odrętwienia	0	1	2
6.	... unikam impulsu do podjęcia próby samobójczej	0	1	2
7.	... robię coś, by poczuć ekscytację lub euforię	0	1	2
8.	... tworzę więź z rówieśnikami	0	1	2
9.	... pokazuję innym rozmiar mojego bólu psychicznego	0	1	2
10.	... sprawdzam, czy jestem w stanie znieść ból	0	1	2
11.	... tworzę fizyczny znak tego, że czuję się okropnie	0	1	2
12.	... odgrywam się na kimś	0	1	2
13.	... dowodzę sobie, że jestem osobą samowystarczalną	0	1	2
14.	... rozładowuję skumulowane we mnie napięcie emocjonalne	0	1	2
15.	... pokazuję swoją odrębność od innych	0	1	2
16.	... wyrażam złość na siebie za swoją bezwartościowość lub głupotę	0	1	2
17.	... powoduję obrażenia fizyczne, którymi łatwiej się zająć niż moim bólem psychicznym	0	1	2
18.	... próbuję poczuć cokolwiek, nawet jeśli jest to ból fizyczny	0	1	2
19.	... reaguję na myśli samobójcze, nie podejmując jednak próby samobójczej	0	1	2
20.	... dostarczam sobie lub innym rozrywki, robiąc coś ekstremalnego	0	1	2

Dokonując samouszkodzeń...**Odpowiedź**

21.	... dopasowuję się do innych	0	1	2
22.	... szukam pomocy lub troski u innych	0	1	2
23.	... pokazuję, że jestem twardy/a lub silny/a	0	1	2
24.	... udowadniam sobie, że mój ból psychiczny jest prawdziwy	0	1	2
25.	... mszczę się na innych	0	1	2
26.	...udowadniam sobie, że nie muszę polegać na innych	0	1	2
27.	... zmniejszam niepokój, frustrację, złość lub inne przytłaczające mnie emocje	0	1	2
28.	... ustanawiam barierę między sobą a innymi	0	1	2
29.	... reaguję na uczucie niezadowolenia lub wstrętu odczuwanego do siebie	0	1	2
30.	... pozwalam sobie skupić się na leczeniu ran, co może zaspokajać lub dawać satysfakcję	0	1	2
31.	... upewniam się, czy wciąż żyję, kiedy czuję, że nie jestem realny/a	0	1	2
32.	... przerywam myśli samobójcze	0	1	2
33.	... testuję swoje granice w sposób podobny jak przy skoku ze spadochronem lub innych sportach ekstremalnych	0	1	2
34.	... tworzę znak przyjaźni lub więzi z przyjaciółmi lub najbliższymi	0	1	2
35.	... powstrzymuję bliską osobę przed odejściem lub porzuceniem mnie	0	1	2
36.	... udowadniam, że jestem w stanie znieść ból fizyczny	0	1	2
37.	... daję wyraz odczuwanego bólu psychicznego	0	1	2
38.	... próbuję skrzywdzić bliską mi osobę	0	1	2
39.	... dowodzę swojej niezależności i autonomii	0	1	2

(Opcjonalne) W polu poniżej, proszę podaj wszelkie stwierdzenia, które, w odniesieniu do Ciebie są trafniejsze niż te wymienione powyżej:

(Opcjonalne) W polu poniżej, proszę podaj wszelkie stwierdzenia, które, w Twoim odczuciu, powinny zostać dodane do powyższej listy, nawet jeśli nie zawsze odnoszą się do Ciebie:

Załącznik 4

Numer osoby badanej _____

1. Godzina badania: _____

2. Temperatura ciała: _____

3. Temperatura otoczenia: _____

4. Czy w ciągu ostatniej doby spożywała Pani napój z kofeiną? TAK NIE

5. Ile godzin temu? _____

6. Czy w ciągu ostatniej doby brała pani leki przeciwbólowe? TAK NIE

7. Ile godzin temu? _____

8. Proszę podać pierwszy dzień obecnego cyklu miesięcznego: _____

9. Gdyby miała Pani określić swój nastrój na skali od 0 do 10, gdzie 0 to bardzo silne nieprzyjemne emocje, a 10 to bardzo silne przyjemne emocje, to jak by Pani go określiła?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Załącznik 5

Numer osoby badanej: _____

PRE

1. Gdyby miała Pani określić swój nastrój na skali od 0 do 10, gdzie 0 to bardzo silne nieprzyjemne emocje, a 10 to bardzo silne przyjemne emocje, to jakby go Pani teraz określiła?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

POST

2. Gdyby miała Pani określić swój nastrój na skali od 0 do 10, gdzie 0 to bardzo silne nieprzyjemne emocje, a 10 to bardzo silne przyjemne emocje, to jakby go Pani teraz określiła?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Załącznik 5

Samouszkodzenia – sędziowanie dla stopnia samouszkodzenia

Proszę, dokonaj oceny podanych niżej 22 form samouszkodzeń umiarkowanych, biorąc pod uwagę dwa kryteria.

Pierwsze kryterium to stopień uszkodzenia ciała, tj. na ile dana forma jest szkodliwa dla ciała, oceniany na 2-stopniowej skali: lekkie i ciężkie. Jeśli trudno jest jednoznacznie określić przynależność danej formy do kategorii, zaznacz tę kategorię, która jest bliższa Twojej ocenie i potraktuj te kategorie jakby brzmiały tak: "raczej lekkie" i "raczej ciężkie".

Drugie kryterium to stopień aprobaty społecznej, tj. na ile dana forma samouszkodzenia jest społecznie akceptowana. To kryterium również oceniane jest na 2-stopniowej skali (aprobowane społecznie, nieaprobowane społecznie). Podobnie jak w poprzedniej sytuacji, w przypadku trudności w jednoznacznym przypisaniu danej formy do kategorii, wskaż tę kategorię, która jest bliższa Twojej ocenie i potraktuj te kategorie jakby brzmiały tak: "raczej aprobowane społecznie" i "raczej nieaprobowane społecznie".

Samouszkodzenie rozumiane jest jako CELOWE (nieprzypadkowe) kaleczenie lub uszkodzanie swojego ciała albo zadawanie bólu swojemu ciału z innych powodów niż medyczne, kosmetyczne (np. depilacja) lub estetyczne (np. tatuaże, kolczyki)

Załącznik 6

1. Wymień cztery cechy wyglądu lub charakteru, których nie masz, a które bardzo chciał(a)byś posiadać:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

2. Wymień cztery cechy wyglądu lub charakteru, których nie masz, a które według Ciebie samej/ samego lub Twojego otoczenia powinnaś/ powinien posiadać:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

3. Zaznacz KRZYŻYKIEM na podanej skali, jak daleko Ci jest do posiadania każdej z tych cech (**1- bardzo blisko, 7 – bardzo daleko**). Zaznacz KÓŁKIEM na tej samej skali jak ważne jest dla Ciebie posiadanie każdej z tych cech (**1 – bardzo ważne, 7 – mało ważne**).

- | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

- | | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

4. Proszę, przypomnij sobie jakąś konkretną sytuację, w której chciałeś/ chciałaś zachować się zgodnie z najważniejszą dla siebie cechą, ale Ci się to nie udało. Opisz tę sytuację ze szczegółami.

5. Przypomnij sobie teraz jakąś bardzo stresującą sytuację z Twojego życia, która wywołała w Tobie silne uczucie złości, wściekłości lub wstydu. Proszę, opisz tę sytuację bardzo szczegółowo – co wtedy robiłeś/eś, kto z Tobą był, co myślałeś/eś, jakich wrażeń z poziomu ciała doświadczałeś/eś, itp. Spróbuj, opisując tę sytuację, przywołać takie same wrażenia i emocje, jakich doświadczyłeś/eś w tamtej sytuacji.

Załącznik 7

OŚWIADCZENIE OSOBY BADANEJ zgoda na udział w badaniu pilotażowym

Nazwisko i imię osoby badanej

.....

Wiek

Niniejszym oświadczam, że zostałam szczegółowo poinformowana o sposobie przeprowadzenia badania i moim w nim udziale. Rozumiem, na czym polega to badanie i do czego potrzebna jest moja zgoda.

Zostałam poinformowana, że mogę odmówić uczestnictwa w badaniu w każdym momencie realizacji projektu badawczego.

Wyrażam świadomą zgodę na uczestnictwo w badaniu.

Kierownik projektu: mgr Anna Kubiak (ankubiak@amu.edu.pl)

Osoba badająca: dr Marta Karbowa

.....
podpis osoby badającej

.....
podpis osoby badanej

Poznań,
data

Załącznik 8

INFORMACJA O WARUNKACH BADANIA PILOTAŻOWEGO

Szanowny Panie¹⁸!

Nazywam się Anna Kubiak i jestem doktorantką w Instytucie Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Pragnę zaprosić Pana do udziału w badaniu pilotażowym, który jest etapem przygotowującym do przeprowadzenia badań właściwych w ramach mojej pracy doktorskiej.

Celem tego badania jest sprawdzenie metody wywiadu i trening dla osoby badającej przed właściwym badaniem. Badanie przeprowadzane będzie indywidualnie, co oznacza, że podczas badania w pokoju obecny będzie tylko Pan oraz osoba badająca (dr Marta Karbowa). Badanie ma charakter nagrywanej za pomocą dyktafonu rozmowy na temat Pana doświadczeń związanych z radzeniem sobie ze stresem. Pytania będą dość otwarte i to Pan zdecyduje o tym, ile zechce Pan powiedzieć. Będzie Pan również mógł odmówić udzielenia odpowiedzi na którekolwiek z pytań bez konieczności podawania powodu odmowy.

Nagranie zostanie zniszczone po zakończeniu etapu pilotażu, a sama rozmowa jest poufna, co oznacza, że osoba badająca zobowiązuje się do zachowania jej w tajemnicy i tylko ona ma dostęp do nagrania. Po zakończonym badaniu pani Karbowa będzie konsultować ze mną przebieg badania, ale tylko pod kątem techniki wywiadu, w celu lepszego przygotowania wywiadu w badaniach właściwych. Nie będziemy rozmawiać o treści rozmowy. Czasem podczas omawiania części technicznej może (ale nie musi) być konieczne zacytowanie jakiegoś zdania lub jego fragmentu z Pana wypowiedzi. Jeśli będą takie treści, które mają zostać wyłącznie między Panem a osobą badającą, to proszę je wskazać. Osoba badająca pod koniec badania zapyta Pana, czy są takie treści. W badaniu pilotażowym bierze udział kilka osób, więc te ewentualne fragmenty zdań wykorzystane podczas mojej konsultacji z osobą badającą będą anonimowe.

Udział w badaniu może, choć nie musi, wywołać nieprzyjemne emocje lub dyskomfort, gdyż może Pan poruszyć wątki osobiste. Z tego względu po zakończeniu badania będzie Pan miał możliwość opowiedzenia o swoich przeżyciach i refleksjach w rozmowie z osobą badającą.

Czas trwania wywiadu to około dwie godziny. Pana udział w badaniu jest dobrowolny i w każdym momencie (nawet po rozpoczęciu badania) można się z niego wycofać bez podawania powodu. Jeżeli ma Pan jakiegokolwiek pytania dotyczące Pana roli w prowadzonym badaniu, chętnie na nie odpowiem. Osobą odpowiedzialną za przestrzeganie warunków opisanych w niniejszej informacji jestem ja, Anna Kubiak.

Ze względu na troskę o jakość badań proszę zachować tę informację.

Z wyrazami szacunku

Anna Kubiak

Miejsce badania:

Instytut Psychologii UAM
ul. Szamarzewskiego 89
60-568 Poznań
Bud. AB, pokój 105

¹⁸ Dla kobiet stworzono wersję identyczną merytorycznie.

Załącznik 9

Centralne pytanie badawcze (CRQ; Wengraf, 2001)

Jaki jest mechanizm radzenia sobie z napięciem u osoby badanej?

Pytania wywiedzione z teorii (Theory Questions):

4. W jaki sposób osoba badana radzi sobie z napięciem?
5. Od czego to zależy (sytuacje/ okoliczności/ stresory)?
6. Jaka jest efektywność radzenia sobie z napięciem (kwestia redukcji napięcia/ kwestia ewentualnego rozwiązania sytuacji stresowej)?

*Jak wiesz tematem, który mnie interesuje jest radzenie sobie z napięciem. Za chwilę poproszę cię, żebyś opowiedział(a) **swoją**¹⁹ historię radzenia sobie z napięciem; wszystkie te zdarzenia i doświadczenia (z nimi związane), które są dla ciebie ważne, (jak to wszystko przebiegało, aż do teraz). Możesz zacząć od dowolnego takiego momentu, np. takiego, który **ty** uważasz za początek tej historii. Daj sobie tyle czasu na tę opowieść, ile potrzebujesz. (Mamy na to ok 30-45 minut). Będę cię słuchać i jeśli nasuną mi się jakieś pytania, to je sobie zapiszę i zadam je później, jak już skończysz opowiadać. W trakcie twojej opowieści nie będę ci przerywać.*

¹⁹ Słowa wyróżnione pogrubioną czcionką to te, na które powinien zostać położony akcent w zdaniu.

Załącznik 10

Powiedziałeś... [słowa osoby badanej]. **Czy pamiętasz coś więcej/szczególnie/ konkretne...** [słowo z tabeli]. **Jak do tego wszystkiego doszło?**

Nienarracyjne, ale zbliżające do wywołania narracji		Najlepsze do wywoływania narracji
▪ Myśli (Mys) ▪ emocje/ uczucia (Em) ▪ obrazy (Obr) z tamtego czasu/ momentu lub jeśli osoba badana nie można sobie przypomnieć myśli/emocje/uczucia/obrazy pojawiające się później niż w tamtym momencie lub pojawiające się teraz	▪ sytuacja (Syt) ▪ czas (Cz) ▪ okres (Okr) ▪ przykład (Przy)	▪ moment (Mom) ▪ dzień (Dz) ▪ zdarzenie (Zd) ▪ incydent (Inc)

UWAGA: GIN/ opisy:

- ✓ pytać o uszczegółowienie (*moment/zdarzenie, gdy jeszcze bardziej niż zwykle...*);
- ✓ pytać o wyjątek (*moment/zdarzenie, gdy inaczej niż zwykle...*);
- ✓ pytać o konkretny moment, kiedy osoba badana tak (=słowa osoby badanej) pomyślała/ doszła do takiego wniosku/ uświadomiła sobie/ etc.

INFORMACJA O DRUGIM ETAPIE BADAŃ WŁAŚCIWYCH ZAPROSZENIE DO BADANIA

Szanowna Pani!

Nazywam się Anna Kubiak i przygotowuję rozprawę doktorską w Instytucie Psychologii Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu. Kilka miesięcy temu wzięła Pani udział w drugim etapie badań prowadzonych w ramach mojej pracy doktorskiej. Teraz pragnę zaprosić Panią do ostatniej części.

Tym razem badanie odbędzie się za pomocą dwóch metod: aparaturowej *oraz wywiadu*²⁰. *Badanie za pomocą wywiadu przeprowadzane będzie indywidualnie, co oznacza, że podczas badania w pokoju obecna będzie tylko Pani oraz osoba badająca (dr Marta Karbowa)*. Podczas badania za pomocą elektroencefalografu, poza mną, obecna będzie również inna osoba przeprowadzająca badanie (pracownik Instytutu Psychologii UAM).

Pierwsza część to badanie za pomocą elektroencefalografu (EEG) w celu pomiaru elektrycznej aktywności mózgu. Badanie będzie polegało na wykonywaniu zadań dwojakiego rodzaju. Dwa z nich będą dotyczyły rozróżniania kształtów i reagowania na nie, a jedno związane będzie z koncentracją na sobie i wybranych przez siebie wspomnieniach. Podczas wykonywania tych zadań, będzie Pani miała założony na głowie specjalny czepek z elektrodami rejestrującymi aktywność mózgu. Jest to badanie całkowicie bezbolesne i nie zagraża zdrowiu ani życiu. *Druga część badania będzie miała charakter nagrywanej za pomocą dyktafonu rozmowy na temat Pani doświadczeń związanych z samouszkodzeniami. Pytania będą dość otwarte i to Pani zdecyduje o tym, ile zechce Pani powiedzieć. Będzie Pani również mogła odmówić udzielenia odpowiedzi na którekolwiek z pytań bez konieczności podawania powodu odmowy.*

Udział w badaniu może, choć nie musi, wywołać nieprzyjemne emocje lub dyskomfort, gdyż może Pani poruszyć wątki intymne i osobiste. Z tego względu po zakończeniu każdej z obu części badania będzie Pani miała możliwość opowiedzenia o swoich przeżyciach i refleksjach w rozmowie z osobą badającą.

Termin spotkania, podobnie jak w pierwszym etapie, ustalony będzie indywidualnie. Zarówno pierwsza jak i *druga część badania będą trwały po około dwie godziny. Między badaniami przewidziana jest 20-minutowa przerwa, w trakcie której będzie możliwość skorzystania z napojów (wody, kawy lub/i herbaty) oraz poczęstunku.*

Pani udział w badaniu jest dobrowolny i w każdym momencie (nawet po rozpoczęciu badania) można się z niego wycofać bez podawania powodu. Także po zakończonym badaniu można poprosić o usunięcie z bazy Pani wyników i danych. Jeżeli ma Pani jakiegokolwiek pytania dotyczące Pani roli w prowadzonym badaniu, chętnie na nie odpowiem zarówno przed jak i w trakcie badania. W niektórych przypadkach, ze względu na cel badań, mogę poprosić, aby poczekać na odpowiedź do końca badania. Jeżeli jakaś informacja jest dla Pani ważna dla podjęcia decyzji o udziale i nie otrzyma Pani potrzebnej informacji, można w takiej sytuacji odmówić udziału w badaniu. W ramach podziękowania za udział w obu częściach badania otrzyma

²⁰ Zdania lub fragmenty zdań napisane kursywą oznaczają, że ta informacja została przedstawiona jedynie osobom z grupy badawczej.

Pani dwa bony upominkowe do sieci Empik o łącznej wartości 80 zł. Udział w badaniu nie wiąże się z poniesieniem żadnych kosztów finansowych (poza kosztami dojazdu do Instytutu Psychologii UAM).

Zebrane dane osobowe i kontaktowe będą poufne, co oznacza, że zobowiązuję się do nieujawniania ani nieudostępniania ich nikomu. Dołożę wszelkich starań, aby Pani odpowiedzi i dane były właściwie zabezpieczone. Wszelkie dane mogące pomóc w ewentualnej identyfikacji konkretnej osoby zostaną zatarte lub zmienione. Po zebraniu danych nie będzie możliwa identyfikacja konkretnej osoby, wyniki analizowane będą wyłącznie jako element grupy. Będzie to zatem analiza statystyczna, a nie diagnostyczna. Pani odpowiedzi zostaną oddzielone od danych identyfikacyjnych i będą przechowywane osobno przez okres pięciu lat w Instytucie Psychologii UAM. Po tym czasie wszystkie dane zostaną zniszczone.

W przypadku wprowadzenia ewentualnych zmian w procedurze lub zmiany warunków badania, będzie Pani każdorazowo o nich poinformowana i ponownie zapytana o zgodę na udział w badaniu. Osobą odpowiedzialną za przestrzeganie warunków opisanych w niniejszej informacji jestem ja, Anna Kubiak.

Jeśli jest Pani zainteresowana udziałem w ww. badaniu, proszę o kontakt telefoniczny 502-35-95-17 lub na adres mailowy: ankubiak@amu.edu.pl.

Ze względu na troskę o jakość badań proszę zachować tę informację.

Z wyrazami szacunku

Anna Kubiak

Miejsce badania:

Instytut Psychologii UAM

ul. Szamarzewskiego 89

60-568 Poznań

Bud. AB, pokój 105

Bud. E, Laboratorium Badania Działań i Poznania

Załącznik 12

OŚWIADCZENIE OSOBY BADANEJ zgoda na udział w I²¹ etapie badań właściwych

Nazwisko i imię osoby badanej

.....

Wiek

Adres zamieszkania:

.....

Niniejszym oświadczam, że zostałam szczegółowo poinformowana o sposobie przeprowadzenia badań i moim w nich udziale.

Rozumiem, na czym polegają badania i do czego potrzebna jest moja zgoda.

Zostałam poinformowana, że mogę odmówić uczestnictwa w badaniach w każdym momencie realizacji projektu badawczego.

Wyrażam świadomą zgodę na uczestnictwo w badaniach.

Kierownik projektu (badacz):

.....

.....

podpis badacza

.....

podpis osoby badanej

.....,

miejsowość data

²¹ Taką samą wersję stworzono dla badania w II etapie.

INSTRUKCJA DO ZADANIA Z SYGNAŁEM STOP (stop signal task)

Za chwilę zobaczysz występujące w losowej kolejności kształty - koła i kwadraty. Twoim zadaniem jest odpowiedzieć na te kształty tak szybko i poprawnie, jak to możliwe, zgodnie z następującymi zasadami:

(1) naciśnij lewy klawisz, gdy zobaczysz koło²²;

(2) naciśnij prawy klawisz, gdy zobaczysz kwadrat;

(3) w niektórych przypadkach tuż po ujrzeniu dowolnego kształtu usłyszysz krótki dźwięk, który jest sygnałem, że nie należy naciskać, żadnego klawisza. Czasami dźwięk będzie pojawiał się tak szybko, że z łatwością uda Ci się powstrzymać od reakcji. Innym razem dźwięk pojawi się tak późno, że trudno będzie Ci nie zareagować. Ważne jednak, byś nie czekała na pojawienie się dźwięku, ponieważ wówczas komputer również czeka, by go zaprezentować.

Teraz przejdziesz do części próbnej, w której będziesz mogła sprawdzić, jak to działa.

Naciśnij spację, gdy będziesz gotowa.

²² W połowie przypadków osoby miały odwrotne znaczenie klawiszy, żeby uniknąć wpływu ręczności.