

Lidia Wiśniewska-Nogaj

Uniwersytet Mikołaja-Kopernika

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6039-3948>

Zachowania autoagresywne w percepcji młodych kobiet. Rola wsparcia ze strony środowiska szkolnego

ABSTRAKT: Zachowania autoagresywne występują głównie u nastolatków, szczególnie kobiet i są sposobem m.in. na rozładowanie napięcia czy poradzenie sobie z emocjami. Celem badań własnych było poznanie opinii młodych kobiet na temat autoagresji, szczególnie oceny skuteczności pomocy i działań profilaktycznych w ramach edukacji szkolnej. Uzyskane wyniki potwierdzają doniesienia z literatury przedmiotu na temat niskiej skuteczności systemu wsparcia i słabych relacji rodzinnych kobiet prezentujących zachowania autoagresywne. Szczególnie istotne wydaje się poczucie osamotnienia w radzeniu sobie z problemami czy brak oparcia w rodzicach zaobserwowany w tej grupie. Ponadto większość z kobiet dokonujących samookaleczeń doznała multiwiktyimizacji. Na podstawie analizy uzyskanych wyników można założyć, że w szkołach, do których uczęszczały badane, brakowało zajęć poświęconych okresowi dorastania czy rozwijaniu umiejętności zaradczych. Artykuł kończą rozważania na temat roli szkoły zarówno w profilaktyce zachowań autoagresywnych, jak i w zakresie interwencji w momencie ich wystąpienia.

SŁOWA KLUCZOWE: autoagresja, samouszkodzenia, szkoła, edukacja.

Podziękowania

Chciałabym wyrazić serdeczne podziękowania Pani Annie Zawitowskiej za pomoc w przeprowadzeniu badań.

Kontakt:	Lidia Wiśniewska-Nogaj lidiaw@umk.pl
Jak cytować:	Wiśniewska-Nogaj, L. (2020). Zachowania autoagresywne w percepcji młodych kobiet. Rola wsparcia ze strony środowiska szkolnego. <i>Forum Oświatowe</i> , 32(1), 59–75. https://doi.org/10.34862/fo.2020.1.4
How to cite:	Wiśniewska-Nogaj, L. (2020). Zachowania autoagresywne w percepcji młodych kobiet. Rola wsparcia ze strony środowiska szkolnego. <i>Forum Oświatowe</i> , 32(1), 59–75. https://doi.org/10.34862/fo.2020.1.4

Okres późnej adolescencji i wczesnej dorosłości, to czas intensywnych zmian rozwojowych, które dla wielu osób stają się kryzysem na tyle silnym, że wykracza on poza normatywnie przeżywane trudności. Takie zadania, jak kształtowanie własnej tożsamości, redefiniowanie relacji z rówieśnikami i dorosłymi czy akceptacja zmian zachodzących w ciele (Brzezińska i in., 2016), mogą przyczynić się do poczucia utraty kontroli nad życiem i skutkować trudnościami w radzeniu sobie. Podejmowanie działań destruktywnych, w tym działań autoagresywnych, staje się niekiedy próbą uporania się z nową, nieznaną rzeczywistością (Wycisk & Ziółkowska, 2010).

YACHOWANIA AUTOAGRESYWNE – KWESTIE DEFINICYJNE

W literaturze przedmiotu zachowania autodestrukcyjne określane są mianem autoagresji, zachowań autodestruktywnych czy autodestruktywności (por. Pawłowska i in., 2016; Radziwiłłowicz & Lewandowska, 2017; Ziółkowska & Wycisk, 2019) i takie terminy będą synonimicznie stosowane w dalszej części pracy. Przez wiele lat autoagresja traktowana była nie jako oddzielna kategoria diagnostyczna, ale jako przejaw innych zaburzeń, np. zaburzeń osobowości typu *borderline* (Kądziała-Olech i in., 2015). Jednak dzięki sugestiom wielu badaczy i klinicystów (por. Lenkiewicz i in., 2017; Wycisk & Ziółkowska, 2010) w 2013 roku do klasyfikacji diagnostycznej DSM-5 wprowadzono kategorię NSSI („samouszkodzenia bez intencji samobójczych”, z ang. *non-suicidal self-injury*). NSSI definiowane są jako: „celowe samouszkodzenie tkanki ciała bez intencji samobójczych w celach, które nie są usankcjonowane społecznie” (Pawłowska i in., 2016, s. 30).

Analizując definicję NSSI, warto podkreślić tutaj dwa aspekty. Pierwszy z nich dotyczy związku między działaniem autoagresywnym a samobójstwem (Halicka & Kiejna, 2018). Jak zauważają badacze, między samobójstwem a samookaleczeniem istnieje zasadnicza różnica związana z intencją: „Samobójstwo ma zakończyć dotychczasową linię życiową, natomiast celem samookaleczenia jest regulacja silnie negatywnych emocji, złagodzenie bólu psychicznego lub komunikacja przeżywanego cierpienia” (Kądziała-Olech i in., 2015, s. 766). Jednak u około 40% adolescentów dokonujących samookaleczeń i leczonych psychiatrycznie pojawia się przynajmniej jedna próba samobójcza (tamże). Wielu badaczy traktuje również NSSI jako najsilniejszy predyktor myśli i prób samobójczych (Makowska & Gmitrowicz, 2018).

Związek między NSSI a samobójstwem jest złożony: np. niektóre czynniki ryzyka są wspólne dla obu zjawisk (tamże). Nie można więc uznać, że jeśli pojawiają się samookaleczenia, nie dojdzie do zamachu samobójczego także w grupie osób, która nie korzysta z pomocy psychologicznej czy psychiatrycznej. Ponadto istnieje wiele danych empirycznych wskazujących na większe ryzyko współwystępowania samookaleczeń u dzieci i młodzieży z innymi zaburzeniami, w tym rozwojowymi (Kądziela-Olech i in., 2015). Drugi aspekt prowadzonych rozważań teoretycznych związanych z definicją NSSI dotyczy problemu stosunku do własnego ciała u osób dokonujących samookaleczeń. Uznaje się, że „zamierzone samookaleczenie własnego ciała wiąże się nierozzerwalnie z nieprawidłowym doświadczeniem własnej fizyczności” (Radziwiłłowicz & Lewandowska, 2017, s. 285). U osób dokonujących samookaleczeń występuje brak zadowolenia z niego, a nawet odczuwanie „obrzydzenia czy nienawiści” (tamże). Autoagresja to działania skierowane wobec ciała – a właściwie przeciwko niemu – i nieakceptowane społecznie. Warto podkreślić, że wraz z rozpowszechnieniem różnych form *body art* (niekiedy w skrajnych postaciach, np. skaryfikacji, przypalania etc.) zmianie uległo pojęcie normatywności takich działań (Lenkiewicz i in., 2017). Jednak mimo podobieństw w zakresie motywacji między osobami dokonującymi autoagresji a np. tatuującymi się (Nowak, 2012), różnią się one między sobą m.in. stosunkiem do własnego ciała. Osoby dokonujące samookaleczeń mają negatywny obraz własnego ciała, tatuujący – raczej pozytywny. Często satysfakcja z ciała wzrasta po dokonaniu tatuazu. Mimo dyskusji teoretyków i badaczy nad związkiem między *body art* a NSSI, nie można traktować tych zjawisk jako tożsamych.

CZYNNIKI RYZYKA I MOTYWACJA DO PODEJMOWANIA ZACHOWAŃ AUTOAGRESYWNYCH

Zachowania autodestrukcyjne mają zazwyczaj swój początek w okresie adolescencji, trwają wiele lat i najczęściej obejmują wielokrotne epizody autoagresji (Nixon i in., 2008; Pawłowska i in., 2016). Większość badaczy jest zgodna, że częściej występują u dziewcząt niż u chłopców (Pawłowska i in., 2016), choć niektórzy uważają, że częstotliwość ich występowania zależy od wieku i formy okaleczenia (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Makowska & Gmitrowicz, 2018). Wśród przyczyn zachowań autoagresywnych u dzieci i młodzieży badacze (Pawłowska i in., 2016) wymieniają przede wszystkim trudne doświadczenia z okresu dzieciństwa. Mogą one obejmować zarówno różne formy zaniedbania, jak i nieprawidłowe relacje z rodzicami, w tym wykształcenie pozabezpieczanych form przywiązania (Stawicka, 2008). Istotny jest również brak reakcji na emocjonalne potrzeby dziecka, a także wyśmiewanie jego prób poszukiwania kontaktu czy ukojenia (Klonsky & Muehlenkamp, 2007). W niesprzyjających warunkach domowych dziecko nie ma okazji do nauczenia się samoregulacji, a dodatkowo często jest obserwatorem dezadaptacyjnych form radzenia sobie wśród osób najbliższych, np. sięgania po alkohol czy prezentowania własnie zachowań autoagresywnych w reakcji na stres (Suchańska, 1998). Istotną rolę w etiologii NSSI odgrywa strata rodziców (zarówno w wyniku ich śmierci, jak i np. poprzez

rozwód, chorobę psychiczną i związaną z nią emocjonalną niedostępnością), szczególnie „niejednoznaczna strata” (por. Goldenberg & Goldenberg, 2006), np. kiedy opiekun fizycznie jest obecny, ale nie jest dostępny psychicznie. Ponadto czynnikiem ryzyka dla rozwoju autoagresji jest choroba dziecka, przede wszystkim przewlekła czy wymagająca inwazyjnego leczenia, gdyż może ona doprowadzić do trudności w odbiorze i doświadczeniu własnego ciała (Stawicka, 2008). Zwraca się także uwagę na przeżywane poczucie beznadziejności i doświadczenie różnych form przemocy (Pawłowska i in., 2016). Badania przeprowadzone przez Fundację Dajemy Dzieciom Siłę w grupie 822 uczniów między 13. a 17. rokiem życia pokazały, że doświadczenie przemocy, szczególnie wielu jej form, zwiększa 7-krotnie ryzyko samookaleczenia się, a podejmowania prób samobójczych 25-krotnie, zwłaszcza w grupie dziewcząt (Makaruk & Malinowska-Cieślik, 2019). Multiwiktyimizację uznaje się więc za jeden z czynników ryzyka występowania zachowań autoagresywnych (por. Włodarczyk & Wójcik, 2019). Samookaleczenie może wynikać także z doświadczonej traumy i być formą jej odtworzenia: „Jednostka w ten symboliczny sposób stara się zdystansować, oddalić panujący w jej wnętrzu chaos emocjonalny od zdarzenia traumatycznego. Fenomen ten nazywany jest zespołem odtwarzania traumy (z ang. *trauma reenactment syndrome*)” (Radziwiłłowicz & Lewandowska, 2017, s. 295).

Analizując motywy podejmowania działań autodestruktywnych, badacze wymieniają m.in.: próbę zmniejszenia odczuwanego emocjonalnego napięcia i poradzenia sobie z przeżywanymi trudnościami, ucieczkę od sytuacji trudnych czy odpowiedzialności, a także zwrócenie uwagi na siebie i przeżywane trudności czy ukaranie siebie (Lenkiewicz i in., 2017; Pawłowska i in., 2016). Zachowania autoagresywne często współwystępują z innymi formami ryzykownych zachowań, takimi jak zaburzone wzorce odżywiania czy stosowanie substancji psychoaktywnych (Pawłowska i in., 2016).

Konsekwencje samookaleczeń (Wycisk & Ziółkowska, 2010) można podzielić na natychmiastowe i długofalowe. Do pierwszej kategorii zalicza się np. ból odczuwany z uwagi na zadaną ranę czy konieczność jej opatrzenia, a także doświadczane emocje (np. ulga, wstyd, poczucie beznadziejności) czy bezpośrednie reakcje społeczne (np. ignorowanie, wyśmianie). Z kolei konsekwencje długofalowe to nie jedynie problem pozostałych blizn, ale np. ryzyko braku wykształcenia dojrzałych form radzenia sobie i regulacji emocji.

Wycisk i Ziółkowska (2010) tworząc portret osoby dokonującej samookaleczeń, zwracają uwagę na trudności w samoregulacji, aleksytymię, przeżywanie wielu negatywnych emocji, niskie umiejętności zaradcze i tendencję do działań impulsywnych (por. Klonsky & Muehlenkamp, 2007). Osoby te odbierają siebie jako bezwartościowe, a swoje ciało jako złe i wymagające kary. Dominują u nich pesymizm, silna potrzeba perfekcjonizmu, tendencja do generalizowania doświadczeń i interpretacji ich w kategoriach porażki oraz niski poziom kompetencji społecznych.

AUTOAGRESJA WŚRÓD NASTOLATKÓW – EPIDEMIOLOGIA ZJAWISKA

Stopień powszechności występowania zachowań autodestrukcyjnych jest nieznan, gdyż wiele z tych działań nie jest ujawnianych. Według różnych szacunków problem ten dotyczy od kilku do kilkunastu procent osób w populacji nieklinicznej oraz nawet do 50% pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie (Radziwiłłowicz & Lewandowska, 2017). Pawłowska wraz z zespołem przeprowadziła badania w grupie 5685 osób (70% dziewcząt i 30% chłopców) uczących się w liceach na terenie Lublina i Zamościa. Samouszkodzeń dokonywało 13,7% badanych, częściej dziewczęta (15,74%) niż chłopcy (6,92%). Około połowa wszystkich osób dokonujących samookaleczeń miała 17 lat – w tym wieku występowały one najczęściej. Statystycznie istotnie częściej w grupie osób prezentujących zachowania autoagresywne (u obu płci) pojawiały się myśli, plany i próby samobójcze. Ponadto w grupie tej (zarówno u chłopców, jak i dziewcząt) odnotowano wcześniejszą inicjację alkoholową, częstsze upijanie się, sięganie po środki psychoaktywne (w tym marihuanę, amfetaminę, LSD, dopalacze). Młodzież dokonująca zachowań autodestrukcyjnych częściej od młodzieży, która nie prezentowała takich zachowań:

- » wagarowała i uciekała z domu,
- » miała gorszą sytuację rodzinną: rodzina niepełna, rodzice (jedno lub oboje) są uzależnieni od alkoholu,
- » padała ofiarami przemocy psychicznej i fizycznej, zarówno ze strony rówieśników, jak i dorosłych. Dziewczynki wykazujące zachowania autoagresywne częściej doświadczały także przemocy seksualnej.

Motywy współwystępujące z podejmowaniem autoagresji to poczucie bezradności, odrzucenia, osamotnienia, winy, a także nieporozumienia z rodzicami i rówieśnikami, trudności szkolne, chęć zemsty, odczuwana złość oraz działanie pod wpływem środków psychoaktywnych, impulsu czy namowy ze strony kolegów. Ten ostatni motyw był istotny tylko w grupie chłopców. U chłopców spośród wymienionych motywów najsilniejszy wpływ okazały się mieć poczucie bezradności, winy, złość i trudności szkolne, a u dziewczynek: poczucie bezradności, odrzucenia, osamotnienia i nieporozumienia z rodzicami.

Wyniki omówionych powyżej badań pokazują, że problem autoagresji jest stosunkowo częsty w grupie adolescentów. Stanowi on wyzwanie nie tylko dla systemu opieki medycznej czy rodziny, ale także dla nauczycieli i systemu edukacji, zwłaszcza że wczesna diagnoza i interwencja uznawane są za kluczowe. Skoro w jednej klasie szkolnej mogą znajdować się osoby, które dokonują samookaleczeń, oraz te, które tego nie robią, podjęcie odpowiednich działań profilaktycznych jest trudne (m.in. z uwagi na zróżnicowany poziom proponowanych oddziaływań) (Szymańska, 2012). Jednocześnie brak interwencji może przekładać się na to, że autoagresja stanie się jedną formą radzenia sobie oraz że dojdzie do jej rozpowszechnienia i popularyzacji w całej grupie.

W literaturze przedmiotu stosunkowo niewiele prac poświęconych jest opiniom na temat samookaleczeń czy ocenie form pomocy. Badania własne opisane poniżej

stanowią próbę wypełnienia tej luki. Opisywane dalej wyniki badań są też podstawą do podjęcia rozważań, jak w systemie edukacji pomóc młodym i jaka jest rola nauczycieli.

BADANIA WŁASNE – CEL I METODA

Celem badań własnych było poznanie opinii osób w okresie późnej adolescencji i wylaniającej się dorosłości na temat autoagresji, przyczyn takich działań i możliwych form pomocy, w szczególności oceny działań w ramach edukacji szkolnej. Badania miały formę eksploracyjną.

Osoby badane były rekrutowane poprzez media społecznościowe i fora internetowe, w tym skupiające osoby zainteresowane psychologią i pomocą psychologiczną. Na początku otrzymywały one link do ankiety w zamkniętym Systemie Badań Ankietowych. Po przejściu na stronę startową badań, ale przed przystąpieniem do ich wypełniania, wyświetlana była informacja o tym, że badania dotyczą problemu samookaleczeń i adresowane są do osób młodych, do 24. roku życia. W informacji wstępnej podkreślono, że badania mogą wywołać negatywne emocje, a badani mają prawo w każdym momencie do rezygnacji lub nieudzielania informacji. W razie pytań czy wątpliwości mogli oni kontaktować się mailowo z osobą odpowiedzialną za projekt. Badani byli informowani, że badania są dobrowolne i anonimowe. Dopiero po wyrażeniu zgody na wzięcie w nich udziału osoby badane mogły je kontynuować. Łącznie ankieta została wypełniona przez 373 osoby, z czego 262 odpowiedzi były kompletne¹. Do dalszych analiz uwzględniono jedynie 222 odpowiedzi, a wyłączenia i ich zasadność zostały omówione poniżej. Jedno z pierwszych pytań dotyczyło tego, czy osoba teraz lub w przeszłości dokonywała zachowań autoagresywnych. Na podstawie tej zmiennej wyodrębniono trzy grypy: składające się kolejno z: 1) osób, które samookaleczają się (N=6); 2) osób, które samookaleczały się w przeszłości, ale obecnie tego nie robią (N=61) oraz 3) osób, które nigdy nie samookaleczały się (N=195). Z uwagi na małą liczebność pierwszej grupy dane pochodzące od tych osób zostały wyłączone. Z kolei ze względu na dużą dysproporcję między płciami z analiz wyłączono dane uzyskane od mężczyzn (N=16 osób), a ze względu na cel badania także dane kobiet w późniejszych okresach rozwojowych (tj. po 25. roku życia, N= 18).

Dalszym analizom poddano więc dane pochodzące od 222 kobiet między 17. a 24. rokiem życia w dwóch grupach. Grupa osób, które dokonywały samookaleczeń, ale już tego nie robią, w dalszych analizach nazywana jest grupą kliniczną (*ex-NSSI*) i w jej skład wchodzi 57 osób, a grupa osób, które nigdy nie dokonywały samookaleczeń, to grupa kontrolna (*non-NSSI*) składająca się z 165 osób.

Wypełniany przez badane kwestionariusz składał się z kilku grup pytań:

- 1) dane socjodemograficzne – wiek, wykształcenie (rozumiane jako najwyższy ukończony stopień w momencie wypełniania ankiety) i miejsce zamieszkania,

¹ Uzyskane dane zostały także wykorzystane w niepublikowanej pracy licencjackiej A. Zawitowskiej (2017). Zachowania autodestrukcyjne a psychospołeczne funkcjonowanie młodych dorosłych. Badania empiryczne. Toruń: Uniwersytet Mikołaja Kopernika.

- 2) system wsparcia – ocena sytuacji rodzinnej i systemu wsparcia,
- 3) autoagresja – opinie na temat zachowań autoagresywnych i form pomocy.

Niektóre z pytań skierowane były jedynie do jednej grupy (kontrolnej lub klinicznej), co zostało podkreślone w prowadzonych dalej analizach.

WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH – OPIS I ANALIZA

Grupa kliniczna składała się z 57 kobiet w wieku 19–24 lata (średnia 21,51; SD=1,47), w skład grupy kontrolnej weszło 165 kobiet między 17. a 24. rokiem życia (M=21,48; SD=1,48). Większość badanych z obu grup mieszkała w mieście (tab.1).

Tabela 1. Miejsce zamieszkania osób badanych

Miejsce zamieszkania	Grupa kliniczna (<i>ex</i> -NSSI)		Grupa kontrolna (<i>non</i> -NSSI)	
	N	%	N	%
Wieś	14	24,6	55	33,3
Małe miasto	12	21,1	40	24,2
Duże miasto	31	54,4	70	42,4

Większość badanych miała wykształcenie średnie (grupa kliniczna: N=77,2; 22,8%; grupa kontrolna – 117; 70,9%), Pozostałe badane to osoby z wykształceniem wyższym (gr. kliniczna: N=13; 22,8%; gr. kontrolna: N=48; 29,1%).

Jak wspomniano wcześniej, za czynniki ryzyka rozwoju zachowań autoagresywnych uznaje się złą sytuację rodzinną i brak adekwatnego wsparcia. Uzyskane wyniki pokazują, że kobiety, które nigdy nie dokonywały samookaleczeń, oceniły swoją sytuację rodzinną jako lepszą (tab. 2). Prawie 3/4 badanych (74%) z tej grupy opisało ją jako bardzo dobrą lub dobrą. W grupie klinicznej takich ocen dokonała niewiele ponad połowa badanych (54,4%). Młode kobiety, które prezentowały zachowania autoagresywne, prawie dwukrotnie częściej oceniały swoją sytuację rodzinną jako złą lub jako ani złą, ani dobrą.

Tabela 2. Ocena sytuacji rodzinnej według badanych

Sytuacja rodzinna	Grupa kliniczna (<i>ex</i> -NSSI)		Grupa kontrolna (<i>non</i> -NSSI)	
	N	%	N	%
Bardzo dobra	9	15,8	60	36,4
Dobra	22	38,6	62	37,6
Ani dobra, ani zła	20	35,1	32	19,4
Zła	6	10,5	9	5,5
Bardzo zła	-	-	2	1,2

Kobiety, które nie dokonywały samookaleczeń mają – w swoim odczuciu – więcej możliwości uzyskania wsparcia od kobiet z grupy klinicznej (tab. 3). Szczególnie istotne różnice widać w ocenie pomocy ze strony rodziców. Ponadto kobiety, które w przeszłości dokonywały autoagresji, jako drugie najważniejsze źródło wsparcia wymieniają pomoc udzielaną samemu sobie, co może potęgować poczucie, że w sytuacji trudnej nie mają do kogo się zwrócić, a oparcie znajdują jedynie w sobie.

Tabela 3. System wsparcia badanych kobiet

Osoby, na które badane „mogą liczyć” w sytuacjach trudnych	Grupa kliniczna (<i>ex</i> -NSSI)		Grupa kontrolna (<i>non</i> -NSSI)		Różnice między grupami (test Manna- Whitneya)	
	M	SD	M	SD		
Mama	3,70	1,32	4,52	0,93	0,001	*
Tata	2,86	1,64	3,68	1,49	0,001	*
Rodzeństwo	3,21	1,41	3,50	1,46	0,141	
Dziadkowie	2,54	1,60	3,34	1,55	0,002	*
Koledzy/koleżanki	3,44	1,21	3,59	0,99	0,513	
Dalsza rodzina	1,81	1,08	2,43	1,20	0,001	*
Nauczyciele/ wychowawcy/wykładowcy	1,67	0,93	1,96	1,08	0,071	
Tylko pomoc samemu sobie	3,49	1,45	3,18	1,48	0,155	
Inne osoby	2,07	1,18	2,51	1,32	0,028	*

skala likertowska (1 – całkowicie się nie zgadzam, 5 – zupełnie się zgadzam)

Różnice zarysowane zostały także w percepcji zjawiska autoagresji. Kobiety, które dokonywały samookaleczeń, silniej odbierają takie działania jako sposób na rozładowanie napięcia. Raczej nie uznają ich za sposób wyrażania siebie, akt odwagi czy modę (tab. 4). Kobiety z grupy kontrolnej uważają, że może to być próba zwrócenia na siebie uwagi.

Tabela 4. Postrzeganie autoagresji według badanych

Czym jest samookaleczanie się	Grupa kliniczna (<i>ex</i> -NSSI)		Grupa kontrolna (<i>non</i> -NSSI)		Różnice między grupami (test Manna- Whitneya) i ich istotność (*)	
	M	SD	M	SD		
Jest sposobem na radzenie sobie ze stresem	2,56	1,32	2,19	1,39	0,045	*
Jest metodą karania się	2,88	1,55	2,69	1,38	0,416	
Jest rozładowaniem napięcia	3,11	1,47	2,68	1,34	0,043	*
Jest aktem odwagi	1,37	0,92	1,71	1,15	0,017	*
Jest zwróceniem uwagi na swoją osobę	2,96	1,44	3,82	1,27	0,001	*

Jest sposobem na rozładowanie gniewu	3,05	1,48	2,67	1,32	0,079	
Jest metodą na poczucie bólu	2,56	1,45	3,09	1,39	0,016	*
Jest sposobem na wyrażenie siebie	1,23	0,54	1,69	0,95	0,001	*
Jest modą	1,58	0,96	2,38	1,32	0,001	*

skala likertowska (1 – całkowicie się nie zgadzam, 5 – zupełnie się zgadzam)

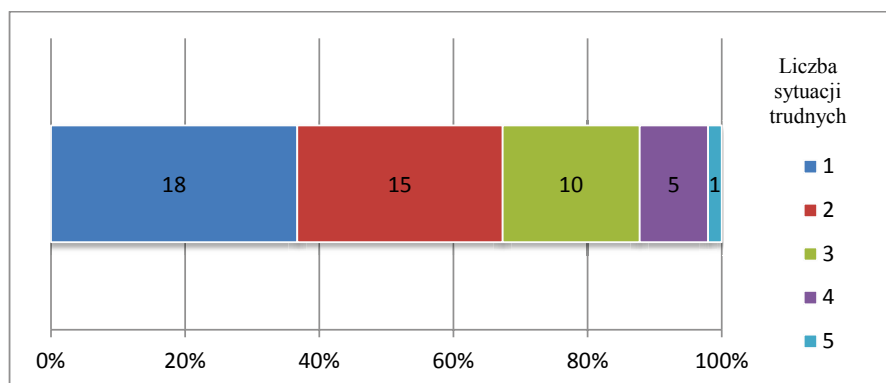
Jako przyczyny pojawienia się samouszkodzeń wymienia się m.in. trudne doświadczenia z okresu dzieciństwa. Znalazło to potwierdzenie w wynikach badań. Prawie 86% kobiet wchodzących w skład grupy klinicznej doświadczyło przynajmniej jednego negatywnego zdarzenia w swoim życiu (N=49). Najczęściej było to zaniedbanie ze strony rodziców lub strata osoby bliskiej (tab. 5).

Tabela 5. Negatywne doświadczenia życiowe w grupie klinicznej

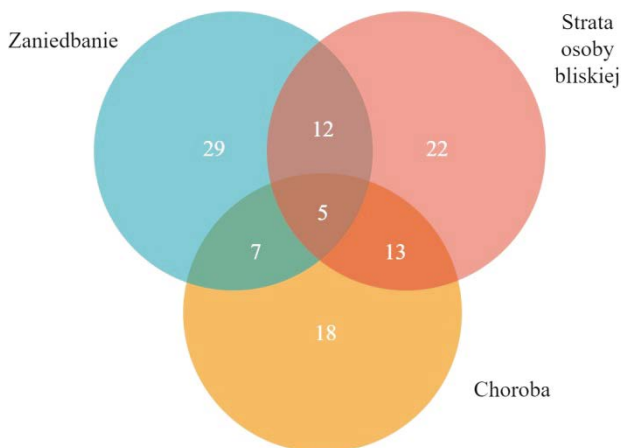
Doświadczenie	N	%
Przemoc fizyczna	15	26,3
Zaniedbanie ze strony rodziców	22	38,6
Wykorzystanie seksualne	5	8,8
Strata bliskiej osoby	29	50,9
Długotrwała choroba własna lub kogoś bliskiego	18	31,6
Rozłąka z rodzicem np. na skutek rozwodu	14	24,6

% w odniesieniu do całej grupy klinicznej (N=57)

Jednak znamienne wydaje się, że większość badanych z grupy klinicznej (63,27%) przeżyła dwa lub więcej negatywne doświadczenia życiowe (rys. 1).



Rysunek 1. Multiwiktyimizacja kobiet z grupy klinicznej



Rysunek 2. Współwystępowanie trudnych sytuacji wśród badanych w grupie klinicznej

Najczęściej współwystępowało zaniedbanie, strata osoby bliskiej i choroba (rys. 2). Spośród badanych 5 osób (8,77% kobiet z grupy klinicznej) doświadczyło wszystkich trzech form krzywdzenia, z kolei 12 osób (21,05%) zaniedbania i straty osoby bliskiej, 7 (12,28%) zaniedbania i choroby, a 13 (22,81%) zaniedbania i straty osoby znaczącej.

Osoby badane, które w przeszłości dokonywały autoagresji, mogły opowiedzieć, czym były dla nich zachowania autodestruktywne. W większości w wypowiedziach badane wskazywały na trudności w radzeniu sobie ze stresem i regulacją negatywnych emocji. Samookaleczenie było dla nich sposobem na:

- » odreagowanie złości, agresji, frustracji, napięcia,
- » uspokojenie i wyciszenie się,
- » zwrócenie uwagi na siebie,
- » ucieczkę przed problemami,
- » ukaranie się.

Badane podkreślały także, że autoagresja była formą uzależnienia, głupotą, błędem czy pomyłką, ale także wyrazem nieradzenia sobie z wyzwaniami okresu dorastania, problemami w szkole czy życiu. Niektóre wypowiedzi podkreślały, że autoagresja była „ratunkiem” przed popełnieniem samobójstwa, bo pozwalała na to, aby poczuć ulgę.

Uznaje się, że szybka interwencja przy pojawieniu się zachowań autoagresywnych może pomóc osobie w rozwinięciu dojrzałych form radzenia sobie ze stanami napięcia i umożliwić zaniechanie działań autodestrukcyjnych. Także badane twierdziły, że osoby dokonujące samookaleczeń powinny szukać pomocy. Zarysowane zostały jednak różnice między grupami – kobiety z grupy kontrolnej były silniej przekonane o konieczności poszukiwania pomocy od kobiet z grupy klinicznej.

Tabela 6. Konieczność poszukiwania pomocy przez osoby dokonujące autoagresji według badanych

Zachowanie autoagresywne jako wymagające poszukiwania pomocy	Grupa kliniczna (<i>ex</i> -NSSI)		Grupa kontrolna (<i>non</i> -NSSI)	
	N	%	N	%
Tak	48	84,2	161	97,6
Nie	1	1,8	2	1,2
nie wiem	8	14	2	1,2

Mimo przekonania o konieczności poszukiwania pomocy, większość badanych w obu grupach nie zna instytucji, które mogą taką pomoc zaoferować (tab.7).

Tabela 7. Znajomość instytucji oferującej pomoc osobom dokonującym samookaleceń wśród badanych

Znajomość instytucji oferujących pomoc	Grupa kliniczna (<i>ex</i> -NSSI)		Grupa kontrolna (<i>non</i> -NSSI)	
	N	%	N	%
Tak	11	19,3	25	15,2
Nie	46	80,7	140	84,8

Okazuje się, że młode kobiety, które dokonywały samookaleceń rzadko poszukują pomocy – jedynie około 1 na 5 badanych (N=13; 22,8%) szukała wsparcia, najczęściej korzystając z zasobów internetu (tab. 8).

Tabela 8. Formy pomocy, z których korzystały badane (N=13)

Źródła pomocy	Liczba osób	Liczba źródeł pomocy	Liczba osób
Pedagog	6	1	6
Psycholog szkolny	3	2	4
Rodzice	7	3	1
Wychowawcy/nauczyciele	1	4	2
Fora internetowe	8	5	0

*osoby mogły wybrać dowolną liczbę źródeł pomocy

Co ciekawe, dla trzech osób sieć wirtualna była jedynym źródłem pomocy. Analizując liczbę form pomocy, po którą sięgały badane, można zauważyć, że porównywalna liczba osób sięgała zarówno po jedną formę, jak i po wiele form (tab. 8). Ocena skuteczności uzyskanej pomocy dokonana przez badane nie napawa optymizmem – wprawdzie dla nieznacznej większości oferowane działania okazały się pomocne (61,6%), jednak 30,8% oceniło je jako nieskuteczne, a 7,7% jako zdecydowanie nieskuteczne. Należy jednak pamiętać, że pomocy poszukiwała stosunkowo mała grupa (N=13).

Tabela 9. Skuteczność pomocy według badanych z niej korzystających

Ocena skuteczności uzyskanej pomocy	N	%
Zdecydowanie skuteczna	2	15,4
Skuteczna	6	46,2
Nieskuteczna	4	30,8
Zdecydowanie nieskuteczna	1	7,7

Następnie zapytano badane, czy w ich szkołach odbyły się zajęcia poświęcone problemom okresu dorastania lub radzenia sobie ze stresem. Ponad 1/3 osób w każdej z grup nie pamiętała, czy takie zajęcia miały miejsce. Co ciekawe, więcej kobiet z grupy klinicznej (47,7%) od kobiet z grupy kontrolnej (38,8%) deklarowało, że w ich szkołach takie działania nie były podejmowane. Być może zajęcia takie były więc czynnikiem chroniącym.

Tabela 10. Zajęcia w szkołach dotyczące radzenia sobie czy okresu dorastania

Zajęcia w szkołach	Grupa kliniczna (ex-NSSI)		Grupa kontrolna (non-NSSI)	
	N	%	N	%
Odbyły się	8	14	44	26,7
Nie odbyły się	27	47,4	64	38,8
Nie pamiętam	22	38,6	57	34,5

Badane, które pamiętały, że takie zajęcia się odbyły, poproszono o ich ocenę (tab. 11). Obie grupy oceniły zajęcia podobnie – jako przeciętne (gr. kliniczna $M=3,25$; gr. kontrolna $M=3,20$).

Tabela 11. Ocena zajęć według badanych

Ocena zajęć	Grupa kliniczna (ex-NSSI)		Grupa kontrolna (non-NSSI)	
	N	%	N	%
Bardzo zła	1	12,5	-	-
Zła	1	12,5	9	20,5
Ani zła, ani dobra	2	25,0	21	47,7
Dobra	3	37,5	10	22,7
Bardzo dobra	1	12,5	4	9,1
M	3,25		3,20	
SD	1,28		0,88	

KU SYNTEZIE – Dyskusja i implikacje badań

Opinie na temat zjawiska autoagresji w grupie kontrolnej i klinicznej wskazują na niewielkie różnice w jego percepcji. Uzyskane wyniki potwierdzają doniesienia z literatury przedmiotu na temat słabego systemu wsparcia i gorszych relacji rodzinnych kobiet prezentujących zachowania autoagresywne. Szczególnie istotne wydaje się poczucie osamotnienia w radzeniu sobie z problemami czy brak oparcia w rodzicach. W życiu kobiet z grupy klinicznej miały miejsca trudne wydarzenia, a większość doznała multiwiktyimizacji². Zachowania autodestruktywne były więc formą radzenia sobie z emocjami, stresem czy napięciem, a nawet traktowano je jako uzależnienie. Z perspektywy czasu zostały one ocenione przez badane jako błąd czy pomyłka. Mimo przekonania o konieczności szukania pomocy przez osoby prezentujące zachowania autodestruktywne, większość kobiet dokonująca autoagresji nie robiła tego. Pasywność w tym zakresie mogła wynikać z braku znajomości osób czy instytucji oferujących pomoc lub informacji od innych o stosunkowo niskiej jej efektywności. Dla ponad 1/3 kobiet, które szukały wsparcia, uzyskana pomoc nie była skuteczna, a często jedynym źródłem oparcia był internet.

Jedynie 14% kobiet, które w przeszłości dokonywały autoagresji, i 26,7% badanych, które nigdy nie prezentowały takich działań, pamiętało, aby w ich szkołach odbyły się zajęcia poświęcone okresowi dorastania czy rozwijaniu umiejętności zaradczych. W obu grupach zostały one ocenione podobnie – jako ani złe, ani dobre. Uzyskane wyniki potwierdzają potrzebę psychoedukacji i działań profilaktycznych prowadzonych również na terenie placówek oświatowych.

Zaprezentowane wyniki badań nie są wolne od ograniczeń związanych np. ze sposobem zbierania danych czy skupieniem się jedynie na jednej płci. Jednak pozwalają na wysnucie kilku wniosków, które mogą być przydatne dla oddziaływań praktycznych.

W literaturze przedmiotu (Wycisk & Ziółkowska, 2010; Baranowska, 2015) zwraca się uwagę na to, że środowisko szkolne jest – obok środowiska rodzinnego – istotne dla przeciwdziałania autoagresji czy podjęcia interwencji w sytuacji zaobserwowania wystąpienia takich zachowań. Glennon, Viola i Blakely (2020) zauważają jednak, że wielu pracowników szkoły ma poczucie braku wiedzy i kompetencji oraz niskie poczucie własnej skuteczności w podejmowanych działaniach. Autorzy ci proponują, aby objąć szkoleniami poświęconymi autoagresji personel szkoły po to, aby zapewnić mu konkretne narzędzia do pracy z uczniem samookaleczającym się i zwiększyć pewność siebie wychowawców i nauczycieli co do podejmowanych działań. Trudno nie zgodzić się z propozycją Wycisk i Ziółkowskiej (2010), że działania na terenie szkoły powinny odbywać się dwutorowo – z jednej strony niezwykle ważna jest profilaktyka i psychoedukacja, z drugiej – interwencja w sytuacji wystąpienia zachowania niepożądanego. Można założyć, że pierwsze oddziaływania powinny być skierowane do jak najszerszej społeczności – zarówno uczniów, jak i personelu szkoły. O ile

2 Niestety, pytanie dotyczące trudnych zdarzeń skierowane było tylko do grupy klinicznej. Wydaje się, że w przyszłych badaniach warto porównać częstość występowania takich wydarzeń w obu grupach.

bowiem zasadne wydaje się, aby na terenie szkoły istniały zespoły kryzysowe, do których można kierować ucznia w sytuacji np. autoagresji, o tyle równie istotne jest, aby każdy pracownik szkoły miał podstawową wiedzę, czym są samookaleczenia (ich istota, rola, przebieg,) i jak komunikować się z uczniem, który prezentuje niepokojące zachowania. Niejednokrotnie to właśnie od pierwszej rozmowy zależeć będzie powodzenie interwencji. Podstawowe zasady komunikacji z uczniem, który dokonał autoagresji, obejmują (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Wycisk & Ziółkowska, 2010; Ziółkowska & Wycisk, 2016):

- » stworzenie spokojnej atmosfery życzliwego zainteresowania bez przesadnych oznak współczucia, ale z szacunkiem dla osoby,
- » powstrzymanie się od oceny, potępienia, ale też normalizowania czy minimalizowania znaczenia autoagresji,
- » zapewnienie równowagi między „za dużo” a „za mało” współczucia czy troski.

Przykładowa wypowiedź mogłaby przyjąć formę: „Opowiedz mi o swojej autoagresji i o tym, czym ona dla Ciebie jest / jakie ma dla Ciebie znaczenie”.

Szczególnie istotny jest klimat emocjonalny szkoły. Ważna jest więc atmosfera szacunku i dyskrecji, a także wspierająca, a nie potępiająca postawa nauczyciela czy wychowawcy. Warto zwrócić uwagę na to, aby uczeń, który dokonał autoagresji:

- » nie czuł się potępiany, przesłuchiwany,
- » nie obawiał się, że jego przykład zostanie zaprezentowany na forum klasy czy szkoły,
- » nie został zmuszony (poprzez np. szantaż emocjonalny) do złożenia obietnic, które trudno będzie mu spełnić, np. że „nigdy więcej tego nie zrobi”. Takie działania mogą jedynie doprowadzić do tego, że uczeń będzie nadal się okaleczał, jednocześnie bardziej dbając o to, aby nikt tego nie zauważył.

Pierwsza rozmowa ma na celu skłonienie go do podjęcia trudu pracy nad sobą i zmiany dezadaptacyjnych form zachowania – dlatego jest tak istotna. Ani nadmierne współczująca postawa, ani postawa odrzucająca, nie są uznawane za korzystne. Podkreśla się znaczenie spokoju i opanowania czy nieoceniającego współczucia, ale przede wszystkim: „przeniesienie punktu ciężkości z autodestruktywnego zachowania (które zwykle najbardziej skupia uwagę otoczenia), na osobę nastolatka, jego doświadczenia, motywy i aktualnie przeżywane trudności” (Ziółkowska & Wycisk, 2016, s. 193).

Jak wspomniano wcześniej, Ziółkowska i Wycisk (2016) zwracają uwagę, że w szkole powinny funkcjonować zespoły kryzysowe składające się z osób przeszkolonych i tak zorganizowane, aby zawsze któryś z członków zespołu był obecny. Warto tutaj podkreślić, że szkoła nie jest miejscem, w którym powinny odbywać się długotrwałe oddziaływania psychoterapeutyczne, a jedynie działania interwencyjne czy prewencyjne. Nie bez znaczenia jest też kontakt z rodzicami ucznia i nawiązanie z nimi współpracy.

Oprócz interwencji szkolne oddziaływania obejmować powinny prewencję, m.in. w zakresie rozwijania umiejętności związanych z radzeniem sobie z emocjami czy ze stresem, a także przekazywanie rzetelnych informacji na temat okresu dorastania

i trudności mogących wystąpić na tym etapie życia. Równie ważna jak treść jest forma przekazu, dostosowana do grupy, angażująca i zwiększająca konkretne kompetencje ucznia. Inne oddziaływania mogą obejmować np. wgląd w sytuację rodzinną ucznia czy profilaktykę przemocy rówieśniczej. Biorąc pod uwagę uwarunkowania autoagresji, szkoła może być jedynym miejscem, w którym uczeń uzyska wsparcie, również informacyjne dotyczące np. tego, gdzie udać się po pomoc.

BIBLIOGRAFIA

- Baranowska, A. (2015). Zachowania autodestrukcyjne wśród młodzieży. *Pedagogika Społeczna*, XIV 4(58), 97–116.
- Brzezińska, A. I., Appelt, K., Ziółkowska, B. (2016). *Psychologia rozwoju człowieka*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne .
- Goldenberg, H., & Goldenberg, I. (2006). *Terapia rodzin*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Glennon, S. D., Viola, S. B., & Blakely, A. O. (2020). Increasing school personnel's self-efficacy, knowledge, and response regarding nonsuicidal self-injury in youth. *Psychology in the Schools*, 57(1), 135–151. DOI: <https://doi.org/10.1002/pits.22300>.
- Halicka, J., & Kiejna, A. (2018). Non-suicidal self-injury (NSSI) and suicidal: criteria differentiation. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 27(2), 257–261.
- Kądziela-Olech, H., Żak, G., Kalinowska, B., Wągrocka, A., Perestret, G., & Bielawski, M. (2015). Częstość zamierzonych samookaleceń bez intencji samobójczych – Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) wśród uczniów szkół ponadpodstawowych w odniesieniu do płci i wieku. *Psychiatria Polska*, 49(4), 765–778. DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/psychiatriapolska.pl/online-first/3>.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-injury: a research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045–1056. DOI: <https://doi.org/10.1002/jclp.20412>.
- Lenkiewicz, K., Racicka, E., & Bryńska, A. (2017). Samouszkodzenia – miejsce w klasyfikacji zaburzeń psychicznych i mechanizmy kształtujące: Przegląd badań. *Psychiatria Polska*, 51(2), 323–343. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/PP/62655>.
- Makaruk, K., & Malinowska-Cieślik, M. (2019). Czynniki rodzinne i zachowania autodestrukcyjne związane z multiwiktyimizacją wśród dzieci i młodzieży w Polsce, *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 18(3), 157–176. Pobrano z: <http://dzieckokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/740>.
- Makowska, I., & Gmitrowicz, A. (2018). Samookaleczenia bez intencji samobójczej a zachowania samobójcze. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 18(2), 173–179. DOI: <https://doi.org/10.15557/PiPK.2018.0020>.
- Nixon, M. K., Cloutier, P., & Jansson, S. M. (2008). Nonsuicidal self-harm in youth: A population-based survey. *Canadian Medical Association Journal*, 178(3), 306–312. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.061693>.
- Nowak, R. (2012). Psychologiczne aspekty tatuowania się. *Roczniki Psychologiczne*, 15(2), 87–104.

- Pawłowska, B., Potemska, E., Zygo, M., Olajossy, M., & Dziurzyńska, E. (2016). Rozpowszechnienie samouszkodzeń dokonywanych przez młodzież w wieku od 16 do 19 lat. *Psychiatria Polska*, 50(1), 29–42. DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/36501>.
- Radziwiłłowicz, W., & Lewandowska, M. (2017). Od traumatycznych wydarzeń i dysocjacji do Ja cielesnego i objawów depresji – w poszukiwaniu syndromu autodestruktywności u młodzieży dokonującej zamierzonych samookaleczeń. *Psychiatria Polska*, 51(2), 283–301. DOI: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/36501>.
- Stawicka, M. (2008). *Autodestruktywność dziecięca w świetle teorii przywiązania*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Suchańska, A. (1998). *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Szymańska, J. (2012). *Programy profilaktyczne: Podstawy profesjonalnej psychoprophylaktyki*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
- Włodarczyk, J., & Wójcik, Sz. (2019). Skala i uwarunkowania przemocy rówieśniczej. Wyniki Ogólnopolskiej diagnozy krzywdzenia dzieci w Polsce. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 18(3), 9–35. Pobrano z: <http://dziekokrzywdzone.fdds.pl/index.php/DK/article/view/741/592>.
- Wycisk, J., Ziółkowska, B. (2010). *Młodzież przeciwko sobie: Zaburzenia odżywiania i samouszkodzenia – jak pomóc nastolatkom w szkole*. Warszawa: Difin.
- Ziółkowska, B., & Wycisk, J. (2016). Zachowania autodestruktywne: Planowanie działań interwencyjnych na terenie szkoły – pytania, uwarunkowania, procedury... (s. 175–198). W: P. Prüfer (red.). *Na krawędzi: Reperkusje zachowań ryzykownych w relacji do ciała*. Gorzów Wielkopolski: Wydawnictwo im. Jakuba z Paradyża.
- Ziółkowska, B., & Wycisk, J. (2019). *Autodestruktywność dzieci i młodzieży*. Warszawa: Difin.

**AUTO-AGGRESSIVE BEHAVIOURS AS PERCEIVED BY YOUNG WOMEN.
THE ROLE OF SUPPORT OF THE SCHOOL ENVIRONMENT**

ABSTRACT: Auto-aggressive behaviours are mostly common in teenagers, especially women, and are a method of inter alia relieving tension or coping with emotions. The aim of this study was to find out the opinions of young women on auto-aggression, in particular on the evaluation of the effectiveness of help and preventive measures within school education. The results of the study confirm findings from the source literature about the low effectiveness of the support system and poor family relations of women with auto-aggressive behaviours. Especially important is a feeling of loneliness in coping with problems, or lack of parental support observed in this group. Furthermore, the majority of self-harming women were victims of multiple victimizations.

Based on the analysis of the results of this study, it can be assumed that the schools that the subjects attended lacked classes in adolescence or in developing coping skills. The paper ends with reflections on the role of school both in preventing auto-aggressive behaviours and taking measures when they appear.

KEYWORDS: autoaggression, self-harm, education, school.