

Rola przemocy doświadczonej w dzieciństwie w podejmowaniu samouszkodzeń

Anna Kubiak

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny,
Wydział Zamiejscowy w Poznaniu

Wśród wielu różnych wskazywanych w piśmiennictwie uwarunkowań samouszkodzeń bez intencji samobójczej (non-suicidal self-injury) za ważne uznaje się doświadczaną w dzieciństwie przemoc fizyczną, emocjonalną i wykorzystanie seksualne. Istnieją jednak również dane wskazujące na niewielki związek wskazanych wyżej form przemocy z dokonywaniem samouszkodzeń. Celem artykułu jest przegląd wybranych modeli wiążących przemoc z samouszkodzeniami, a także analiza aktualnych badań empirycznych na temat związków różnych form przemocy z samouszkodzeniami z uwzględnieniem takich zmiennych, jak dysocjacja i wczesnodziecięca separacja, a także swoiste cechy środowiska rodzinnego.

SŁOWA KLUCZOWE:

SAMOUSZKODZENIA, PRZEMOC W DZIECIŃSTWIE, DYSOCJACJA, PSYCHOPATOLOGIA ROZWOJOWA, ŚRODOWISKO RODZINNE

Wprowadzenie

Mimo że badania nad naturą i etiologią samouszkodzeń są prowadzone bardzo intensywnie, to wiele kwestii wciąż pozostaje niejasnych (Prinstein, 2009). Jednym z ważniejszych czynników w etiologii samouszkodzeń jest przemoc doświadczana w dzieciństwie. Piśmiennictwo na temat związków różnych form przemocy i samouszkodzeń jest bardzo bogate, jednak dane na temat jakości

i natury tego związku nie zawsze są jasne. Celem niniejszego artykułu jest przegląd wybranych koncepcji teoretycznych, a także analiza aktualnych badań empirycznych na temat związków różnych form przemocy z samouszkodzeniami oraz roli zmiennych, jaką w tych związkach odgrywają m.in. dysocjacja, wczesnodziecięca separacja i swoiste cechy środowiska rodzinnego.

Samouszkodzenia bez intencji samobójczej – charakterystyka zjawiska

Można przyjąć, że samouszkodzenia bez intencji samobójczej (*non-suicidal self-injury*, NSSI) to celowe i samodzielne uszkodzanie ciała (np. cięcie się, przypalanie, uderzanie), które zwykle prowadzi do wywołania ran, zasinienia lub doświadczania bólu. Zachowanie to zostało podjęte w celach nieaprobowanych społecznie, a osoba oczekiwała, że fizyczne szkody (konsekwencje tego zachowania) będą co najwyżej umiarkowane (por. Simeon, Favazza, 2001; Suchańska, 1998; Walsh, 2006; Walsh, Rosen, 1988). Ta definicja powstała w trakcie przygotowań nowej wersji klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-5 (Shaffer, Jacobson, 2009), gdzie zaproponowano wyodrębnienie samouszkodzeń bez intencji samobójczej jako osobnej jednostki nozologicznej. Mimo że ostatecznie NSSI nie otrzymały statusu samodzielnej jednostki, to proponowana definicja została tu przytoczona ze względu na stosunkowo nowe spojrzenie na to zagadnienie. Z definicji wynika, że z grupy zachowań określanych jako samouszkodzenia bez intencji samobójczej zostały wyłączone takie zachowania jak *piercing*, tatuowanie czy bolesne zabiegi kosmetyczne (tzw. samouszkodzenia usankcjonowane kulturowo, por. Favazza, 1996), jak również lekkie uszkodzenia ciała (takie jak obgryzanie paznokci czy wyciskanie zmian skórnych). Niedawno zaproponowany termin *non-suicidal self-injury* wyraźnie oddziela samouszkodzenia od samobójstw, co jest szczególnie istotne, gdyż podstawowym kryterium rozróżnienia między samobójstwami a samouszkodzeniami jest intencja (chęć przerwania samoświadomości vs chęć zachowania życia; Minge, Minge, 2006)¹.

Szacuje się, że młodzież dokonująca samouszkodzeń stanowi około 7,5% (Hilt, Nock, Lloyd-Richardson, Prinstein, 2008), 15–20% (Heath, Schaub, Holly, Nixon, 2009), 37% (Yates, Luthar, Tracy, 2008) populacji ogólnej, a liczba ta jest większa, gdy mowa o samouszkodzeniach nastolatków z populacji klinicznej – 40–60% (Messner,

1 Dawniej samouszkodzenia były postrzegane jako samobójstwa częściowe (Jackson, 1957, za: Suchańska, 1998).

Fremouw, 2008). W przypadku samouszkodzeń wśród młodych dorosłych są to szacunki rzędu 4% (Briere, Gil, 1998), 4–38% (Heath i in. 2009) populacji ogólnej i 21% (Briere, Gil, 1998) lub 38–67% (Heath i in., 2009) populacji klinicznej. Według Whitlock i in. (2006) większość badanych zaczęła okaleczać się w okresie dorastania (ok. 12 r.ż.), jednak 39% osób wskazało, że pierwszy akt samouszkodzenia miał miejsce dopiero po 17 r.ż.

Piśmiennictwo na temat samouszkodzeń jest również bardzo bogate w opisy funkcji, jakie te zachowania pełnią, a badacze podejmują różne próby ich uporządkowania (Babiker, Arnold, 2002; Klonsky, 2007; Lloyd-Richardson, Nock, Prinstein, 2009; Nock, 2009; Nock, Prinstein, 2004; Suyemoto, 1998; Wycisk, 2004, 2006). Klonsky (2007, 2009) wskazuje na 13 funkcji, które mogą pełnić samouszkodzenia, m.in. regulację afektu, samokaranie, zapobieganie dysocjacji lub samobójstwu, wywieranie wpływu na innych, tworzenie więzi z innymi, poszukiwanie stymulacji i wyodrębnianie granic interpersonalnych, spośród których największe wsparcie empiryczne mają dwie pierwsze z wymienionych (Klonsky, Glenn, 2008; Klonsky, Olino, 2008). Szczególnie interesująca z punktu widzenia tematyki tego artykułu może być klasyfikacja zaproponowana przez Babiker i Arnold (2002), które na podstawie doświadczeń pracy terapeutycznej z osobami okaleczającymi się wyodrębniły pięć głównych kategorii funkcji:

- 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
- związane z Ja (przywrócenie poczucia autonomii i kontroli nad ciałem, tworzenie okazji do zaopiekowania się sobą).

O tych funkcjach będzie mowa dalej. Bodaj najbardziej przejrzystego podziału, obejmującego właściwie wszystkie wymienione wyżej funkcje, dokonali Nock i Prinstein (2004, 2005; por. Nock, Prinstein, Sterba, 2009). Choć zostały one ujęte na stosunkowo ogólnym poziomie, to taki sposób ujęcia pozwala na łatwe ich uporządkowanie. Badacze wskazują na cztery główne kategorie funkcji:

- automatyczne związane ze wzmocnieniem pozytywnym (np. dostarczenie sobie stymulacji),
- automatyczne związane ze wzmocnieniem negatywnym (np. redukcję napięcia),
- społeczne związane ze wzmocnieniem pozytywnym (np. chęć zwrócenia na siebie uwagi),
- społeczne związane ze wzmocnieniem negatywnym (np. ucieczkę od wymagań otoczenia).

W piśmiennictwie wskazuje się na wiele pochodzących z różnych obszarów czynników ryzyka, które sprzyjają samouszkodzeniom lub są uznawane za ich źródło (Babiker, Arnold, 2002). Wymieniane są m.in. wczesna separacja od rodziców (Nixon, Heath, 2009), nieprawidłowe relacje z rodzicami, doświadczenie emocjonalnego i fizycznego zaniedbania i traumy (Gratz, 2006; van der Kolk, 1991; Yates, 2004), doświadczenie przemocy – zwłaszcza wykorzystania seksualnego (Babiker, Arnold, 2002; Hermann, 2000), dysregulacja emocjonalna (Chapman, Gratz, 2007), doświadczenie dysocjacji, aleksytymia i mniejsza świadomość emocji (Nixon i in., 2009; Gratz, 2006), zaburzenia psychiczne, takie jak lęk, depresja, zaburzenia odżywiania, uzależnienia. Walsh (2006) na podstawie przeglądu piśmiennictwa (m.in. Gratz, 2001; Gardner, Cowdry, 1985, za: Walsh, 2006) zaproponował biopsychospołeczny model samouszkodzeń, który składa się z pięciu aspektów niewystępujących niezależnie, ale w różny sposób powiązanych ze sobą. Pierwszy – środowiskowy – obejmuje takie czynniki, jak śmierć rodzica lub opiekuna, rozłąka z rodzicem, rozwód rodziców lub umieszczenie dziecka poza domem, doświadczenie zaniedbania lub krzywdzenia emocjonalnego, fizycznego i seksualnego, tzw. unieważniające środowisko. Aspekt biologiczny związany jest z dysfunkcją układu limbicznego jako przyczyną powtarzalnych samouszkodzeń i trudności z regulacją emocji (Gardner, Cowdry, 1985, za: Walsh, 2006). Obniżone stężenie serotoniny może sprzyjać zachowaniom impulsywnym, w tym samouszkodzeniom i agresji (por. Auerbach i in., 2014). W kontekście związku między samouszkodzeniami a dysregulacją systemu opioidowego stawia się dwie hipotezy – tzw. uzależnieniową i bólową. Zgodnie z tą pierwszą przypuszcza się, że normalny endogenny system opioidowy został trwale przestymulowany przez częste podejmowanie samouszkodzeń w celu uwolnienia się od negatywnych emocji (Grossman, Siever, 2001, por. Haines, Williams, Brain, Wilson, 1995; Sandman, Hetrick, Taylor, Chicz-DeMet, 1997; Sandman, Touchette, Lenjavi, Marion, Chicz-DeMet, 2003). U takiej osoby obserwuje się tzw. reakcję odstawienia i wzrastającą tolerancję na endorfiny. Hipoteza bólowa odnosi się do zmniejszonej wrażliwości na ból, co może się wiązać z brakiem negatywnej informacji zwrotnej w systemie opioidowym lub nadprodukcją opioidów. Poznawczy aspekt modelu Walsh (2006) dotyczy interpretacji zdarzeń z życia codziennego oraz swoistych stylów poznawczych, związanych na przykład z irracjonalnym obwinianiem siebie lub nierealistycznymi oczekiwaniami wobec siebie, ale też swoistymi myślami pojawiającymi się przed aktem samouszkodzenia. Aspekt behawioralny opisuje zachowania, które poprzedzają, towarzyszą i następują po samouszkodzeniach. Na przykład mogą to być konflikty, niepowodzenia, izolacja, nadużywanie substancji psychoaktywnych, zachowania przygotowujące do samouszkodzeń (planowanie, gdzie i w jaki sposób dokona się samouszkodzenia) czy zachowania pojawiające się po akcie samouszkodzenia (zaopiekowanie się sobą, zaśnieć lub powrót do codzienności). Ostatni, afektywny, aspekt opisywanego

modelu dotyczy doświadczania nieprzyjemnych emocji związanych z samouszkodzeniem. Według Walsh (2006) 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 wpływają na poziom poznawczy, a on na emocje, które zwrótnie mogą wpływać na aspekt poznawczy.

Model Walsh został wybrany i przytoczony ze względu na to, że wyczerpuje i porządkuje większość aspektów związanych z samouszkodzeniami, choć jest mało swoisty dla samouszkodzeń. Istnieją oczywiście także inne, bardziej swoiste modele – np. model popędowy (Daldin, 1988; Doctors, 1981, za: Suyemoto, 1998), model unikania doświadczenia (*experiential aviodance model*, EAM; Chapman, Gratz, Brown, 2006) czy zintegrowany model Nocka (2010). Z punktu widzenia tematyki niniejszej pracy najbardziej interesujące są modele uwzględniające doświadczenie przemocy i dlatego zostaną omówione szerzej.

Związki samouszkodzeń z przemocą w dzieciństwie – zarys teoretyczny

Według Yates (2004) jest kilka czynników, które przyczyniają się do szczególnej relacji między wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie a samouszkodzeniami. Po pierwsze, wykorzystanie seksualne łatwo prowadzi do uruchomienia mechanizmów obronnych w postaci dysocjacji i objawów stresu pourazowego, które z kolei sprzyjają podejmowaniu zachowań redukującym napięcie, a do nich należą samouszkodzenia. Po drugie, wykorzystanie seksualne lokuje traumę bezpośrednio w ciele, a to ono później staje się obiektem samouszkodzeń (por. Kubiak, Sakson-Obada, 2016; Sakson-Obada, 2008). Po trzecie, jeśli bierzemy pod uwagę wykorzystanie seksualne, które miało miejsce w rodzinie, to często poza wykorzystaniem dziecko doświadcza również zaniedbania ze strony rodziców, co jeszcze bardziej utrudnia postrzeganie rodzica jako kogoś, kto kompensuje negatywne skutki wykorzystania².

2 Również wg Tantam i Whitaker (1992, za: Stawicka, 2001a) w przypadku zachowań autodestruktywnych nie sama przemoc jest ważna, co przemoc w szczególnym kontekście patologicznych relacji rodzinnych, które stanowią jeszcze większe ryzyko podejmowania samouszkodzeń.

Zaproponowany przez Yates (2004) model wiążący traumę z samouszkodzeniami uwzględnia różnice w indywidualnym doświadczeniu i dochodzeniu do siebie po traumie, wynikające z momentu w rozwoju dziecka, w którym doświadcza traumy³. Zatem można by przypuszczać, że krzywdzenie będzie szczególnie szkodliwe dla dziecka, które jest w początkowej fazie konstruowania swojego światopoglądu, w porównaniu z dzieckiem, które już rozwinęło stabilny obraz funkcjonowania świata. Yates (2004) proponuje model osadzony w ramach psychopatologii rozwojowej i wyróżnia pięć poziomów, na których przebiega adaptacja lub dochodzi do dezadaptacji: motywacyjny, związany z ustosunkowaniem się do siebie (*attitudinal*), instrumentalny (który w późniejszych tekstach nazywa integratywnym; por. Yates, 2007, 2009), emocjonalny i poznawczy. Zakłócenia na każdym z tych poziomów mogą ostatecznie prowadzić do podejmowania samouszkodzeń. W ramach pierwszego poziomu dziecko jest naturalnie motywowane do poszukiwania i wchodzenia w relacje z innymi. Ma również pozytywne oczekiwania wobec tych relacji, gdyż są one dla niego źródłem przyjemności. W przypadku krzywdzenia dziecko spodziewa się, że ważne dla niego osoby będą albo niedostępne, albo nie będą potrafiły uspokoić dziecka w sytuacji napięciowej. Dlatego prawdopodobnie będzie ono reagowało wycofaniem, agresją lub nieufnością, a to może prowadzić do izolacji. Przemoc może więc uczynić dziecko podatnym na (nad)używanie ciała jako narzędzia do redukcji poczucia izolacji i (w związku z cielesnym aspektem) dawać złudzenie bycia w kontakcie.

Poziom związany z ustosunkowaniem się do siebie dotyczy zdolności tworzenia podstaw poczucia własnej wartości i samooceny. Gdy adaptacja przebiega prawidłowo, dziecko widzi się jako wartościowe i czuje, że jest skuteczne w zabieganiu o troskę i wsparcie od ważnych dla siebie osób. Dziecko, które doświadcza przemocy, nie może eksternalizować tych negatywnych aspektów obrazu opiekuna, które są związane z przemocą, bez jednoczesnej rezygnacji ze swojej rozwojowej potrzeby do postrzegania go pozytywnie. Dlatego by zachować poczucie bezpieczeństwa w relacji z opiekunem, krzywdzone dziecko może uwewnętrzniać poczucie nienawiści i pogardy do siebie, a także przyjmować negatywny obraz siebie. Chroni w ten sposób wyidealizowany, ale przecież rozwojowo potrzebny, obraz opiekuna. Negatywna reprezentacja siebie prowadzi do obwiniania siebie i w konsekwencji do samouszkodzeń (por. funkcję samokarania, np. Klonsky, 2007, Suyemoto, 1998).

3 Autorka obrazuje to w ten sposób, że np. klęska żywiołowa, która będzie znacząca dla ośmiolatka, dla noworodka będzie raczej czynnikiem obojętnym, ale prawdopodobnie będzie on bardziej niż ośmiolatek podatny na inne czynniki (np. rozłąka z rodzicem, utrata rodzica).

Na poziomie instrumentalnym dziecko nabywa kompetencji w uzyskiwaniu wsparcia potrzebnego do skutecznej adaptacji. Przemoc osłabia zdolność dziecka do reflektowania na temat afektywnych stanów innych osób. Rozpoznanie stanu mentalnego rodzica wymagałoby w takim przypadku przyznania, że przejawia on okrutną postawę względem dziecka. Owo rozpoznawanie jest dodatkowo utrudnione ze względu małą spójność i logikę w zachowaniu krzywdzącego rodzica. Przykładem, który podaje badaczka, jest przedstawiana przez samego rodzica sprzeczność motywacji do stosowania przemocy (np. gdy uzasadnia on przemoc dobrem dziecka) z samym zachowaniem (faktyczne sprawianie krzywdy i bólu dziecku). A przecież to właśnie zachowanie rodzica (również werbalne) jest podstawą do wnioskowania o jego stanach mentalnych. Krzywdzone dziecko, które ma trudności z integracją i mentalizacją doświadczenia afektywnego, skłania się częściej do ujawniania afektywnego doświadczenia za pomocą zachowań (samouszkodzeń) niż do refleksji na temat afektu. Agresja skierowana przeciw własnemu ciału może być ściśle związana z niepowodzeniami w mentalizacji, co może zmuszać osoby do radzenia sobie z myślami, przekonaniem i pragnieniami w obszarze fizycznym (cielesnym). Ciało jest używane przez osoby okaleczające się do symbolizowania afektywnego doświadczenia, ponieważ brakuje im kompetencji instrumentalnych do przetwarzania afektywnych treści na poziomie poznawczym (mentalizacja i autorefleksja).

Na poziomie emocjonalnym kompetentne w tym zakresie dziecko posiada silną bazę emocjonalną, która umożliwia elastyczną i efektywną regulację pobudzenia, kontrolę impulsów i adaptację do wymagań środowiska. Przemoc może prowadzić do zakłóceń w rozwoju afektywnym. W pierwszej kolejności sprawia, że dziecko staje się nadwrażliwe na emocjonalne bodźce, szczególnie te, które sygnalizują zagrożenie lub niebezpieczeństwo. Prowadzi także do doświadczania częstszych niż typowe zmian w poziomie pobudzenia. W odpowiedzi na owe zmiany dziecko staje się mniej zdolne do samoopieki. Podsumowując, skłonność do intensywnej emocjonalnej aktywacji połączona z deficytami w samoregulacji oraz mniejszej zdolności kontroli impulsów i samouspokojenia mogą prowadzić do powstania zastępczych dezadaptacyjnych strategii, takich jak samouszkodzenia (por. Yates, 2007 oraz koncepcje dotyczące dysregulacji opioidowej, np. Haines i in., 1995; Sandman i in., 2003).

Wreszcie na ostatnim – relacyjnym – poziomie dziecko nabywa zdolności do rozumienia reguł społecznej wzajemności oraz potrafi tworzyć i podtrzymywać szczerą, empatyczne relacje z innymi⁴. Na te kompetencje silnie wpływają granice

4 Warto zauważyć, że z perspektywy teorii przywiązania więź dziecka z opiekunem jest konieczna, by mogło się ono prawidłowo rozwijać w ogóle, nie tylko w zakresie umiejętności

ja-inni, gdyż ukształtowanie się wzajemnej i empatycznej relacji wymaga jasnego rozumienia, gdzie kończy się ja, a gdzie zaczynają się inni. Krzywdzenie zmniejsza kompetencje relacyjne przez zniekształcenie rodzącego się u dziecka poczucia granic ja-inni. Gdy trudno jest określić granice między ja a innymi, pojawia się lęk, że dojdzie do fuzji z innymi i tym samym do utraty samego siebie. Samouszkodzenia mogą więc być próbą ustanowienia i doświadczania granicy ja-inni (por. funkcje wskazywane przez Babiker, Arnold, 2002).

Yates (2009) kilka lat później przedstawiła inną propozycję modelu, łączącego pewne aspekty z poprzednim (Yates, 2004). Tym razem obejmuje trzy przypuszczalne ścieżki łączące krzywdzenie w dzieciństwie z późniejszymi samouszkodzeniami, a kryteria wyodrębnienia tych ścieżek są dwa – kluczowe systemy oraz rola ciała. Pierwsza ścieżka, tzw. reprezentacyjna, łączy poziom motywacyjny i związany z ustosunkowaniem się do siebie (elementy poprzedniego modelu). Interakcje we wczesnym okresie życia dziecka są podstawą dla kluczowych przekonań dziecka na temat własnej wartości i samoskuteczności, oczekiwań wobec innych co do jakości relacji i opieki. W kontekście krzywdzenia dziecko przejmuje winę za przemoc (w ten sposób tworząc reprezentację ja jako złego) albo ją eksternalizuje (w ten sposób tworzy reprezentację innych jako niebezpiecznych, a ja jako niewarte opieki). Ciało pełni rolę obszaru do wymierzania kary lub udzielania rozgrzeszenia i niesienia ukojenia. Druga ścieżka to ścieżka regulacyjna, gdzie upatruje się, że krzywdzenie w dzieciństwie może zablokować – wspólnie z pierwszą ścieżką lub niezależnie – zdolności do integratywnego, symbolicznego i refleksyjnego przetwarzania afektu. Wczesna opieka i jej jakość ma znaczenie dla rozwijających się u dziecka zdolności do poznawczo-afektywnej integracji, symbolizacji, refleksyjności, a co za tym idzie regulacji. Wrażliwa odpowiedź dorosłego opiekuna na ekspresję emocjonalną dziecka, uczy je, że jego emocje nie będą przytłaczające dla rodzica i że afekt może być współdzielony i możliwy do pomieszczenia. W przypadku przemocy następuje oddzielenie afektu od procesów poznawczych, co może prowadzić do dysocjacji między myśleniem a przeżywaniem emocji. Dlatego przemoc, zwłaszcza gdy pojawia się w kontekście nieprawidłowej opieki, może przyczynić się do utrwalonego wzorca radzenia sobie za pomocą dysocjacji, a ciało staje się pośrednikiem do symbolizowania afektu. A zatem

społecznych (Stawicka, 2001b). Dystans, brak czułości i kontaktu dotykowego z dzieckiem sprawia, że wykształca się więź między dzieckiem i figurą przywiązania, która nie daje poczucia bezpieczeństwa. Tantam i Whittaker (2000, za: Stawicka, 2001a) uznają, że taka deprywacja emocjonalna może być podłożem zachowań autoagresywnych. Rola utraty rodzica i deprywacja upatrywana jest jako znacząca dla autodestrukcji, zarówno wśród ludzi, jak i zwierząt (badania na rezusach prowadzone przez Cross i Harlowa [1965, za: Chachulska, 1988]).

w obrębie tej ścieżki mamy do czynienia ze zmniejszoną zdolnością do refleksji na temat stanów własnych i cudzych, zablokowaną integracją afektu i procesów poznawczych oraz zmniejszoną symbolizacją afektu za pośrednictwem języka, ciało zaś staje się środkiem do symbolizowania afektu (por. poprzedni model, Yates, 2004). Wreszcie trzecia ścieżka – reaktywna, nowa w stosunku do poprzedniego modelu. Tu przemoc w dzieciństwie prowadzi do zmian na poziomie neurobiologicznym, a kluczowym systemem w ramach tej ścieżki jest neuropsychologiczna dysregulacja procesów biochemicznych i neuroendokrynnych, która stanowi podłoże regulacji i reaktywności na stres. Ciało pełni funkcję narzędzia do zmiany biologicznej reaktywności i pobudzenia (por. funkcje automatyczne samouszkodzeń oparte na wzmocnieniu negatywnym i pozytywnym; Nock, Prinstein, 2004).

Pozostając przy wyjaśnieniach neurobiologicznych warto wspomnieć o dwóch ścieżkach rozwoju samouszkodzeń w kontekście historii przemocy (Auerbach i in., 2014). W pierwszej przemoc w dzieciństwie prowadzi do współwystąpienia różnych zaburzeń (depresji, niepokoju, lęku panicznego, zaburzenia osobowości), a te z kolei mają swój udział w pojawieniu się samouszkodzeń. Badacze zaznaczają, że samouszkodzenia współwystępują z różnymi zaburzeniami, nie tylko zaburzeniem osobowości borderline (por. np. Claes, Vandereycken, Vertommen, 2006). Współwystępowanie zaburzeń u nastolatków negatywnie wpływa na funkcjonowanie poznawcze, fizyczne, psychologiczne i behawioralne, co może w niektórych przypadkach zwiększać ogólnie doświadczane napięcie. Niektórzy mogą wówczas wykorzystywać samouszkodzenia jako sposób radzenia sobie z napięciem. W ramach drugiej ścieżki przemoc ma znaczenie dla powstania nieprawidłowości w ciele migdałowatym i ciele modzelowatym, zwiększając prawdopodobieństwo, że młodzież będzie działać impulsywnie. Przemoc według badaczy może zatem zwiększać impulsywność, która z kolei prowadzi do samouszkodzeń (por. np. Glenn, Klonsky, 2010).

Związki samouszkodzeń z przemocą w dzieciństwie – dane empiryczne

W badaniach Zlotnick i in. (1996) z udziałem kobiet stwierdzono, że osoby okaleczające się miały więcej doświadczeń związanych z wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie niż kobiety z grupy kontrolnej. Podobnie w badaniach Frank, Paris i Guzwer (1994) osoby, które okaleczały się, przejawiały wyższe wskaźniki wykorzystania seksualnego w dzieciństwie. Taką samą prawidłowość wykazał Boxer (2010). Z badań Sansone'a, Jacksona i Wiedermana (2007) wynika zaś, że takie doświadczenia

z dzieciństwa, jak zaniedbanie, wykorzystanie seksualne, przemoc fizyczna i emocjonalna, a także bycie świadkiem przemocy, mają związek z samouszkodzeniami w dorosłości. W innym badaniu u studentów z doświadczeniem samouszkodzeń stwierdzono więcej doświadczeń fizycznej przemocy i wykorzystania seksualnego w porównaniu z nieokaleczającymi się rówieśnikami (Di Pierro, Sarno, Perego, Gallucci, Madeddu, 2012). W badaniach Auerbacha i in. (2014) osoby okaleczające się również częściej doświadczały wykorzystania seksualnego niż osoby z grupy kontrolnej, ale – inaczej niż w wyżej cytowanych badaniach – ta prawidłowość nie dotyczyła przemocy fizycznej. W badaniach Swannell i in. (2012) przeciwnie – okazało się, że u kobiet przemoc fizyczna i zaniedbanie zwiększały prawdopodobieństwo samouszkodzeń, u mężczyzn tylko przemoc fizyczna, natomiast wykorzystanie seksualne nie zwiększało prawdopodobieństwa wystąpienia samouszkodzeń ani u kobiet, ani u mężczyzn. Także w badaniach Gratz i Chapmana (2007) przemoc fizyczna w dzieciństwie istotnie różnicowała osoby okaleczające się z osobami bez takich doświadczeń.

We wcześniej cytowanych badaniach Sansone'a i in. (2007), przeprowadzonych w populacji amerykańskiej, zauważono dodatnią korelację częstości samouszkodzeń z liczbą doświadczanych rodzajów przemocy. Częstość podejmowanych samouszkodzeń korelowała dodatnio z liczbą aktów przemocy i zaniedbaniem również w populacji włoskich studentów (Di Pierro, Sarno, Perego, Gallucci, Madeddu, 2012) i chińskich nastolatków (Wan, Chen, Sun, Tao, 2015), a w populacji japońskich studentów cięższe doświadczenia przemocy w dzieciństwie – w porównaniu z osobami nieokaleczającymi się – stwierdzono u osób z doświadczeniem samouszkodzeń (Tresno, Ito, Mearns, 2013). Silne związki między traumą a samouszkodzeniami stwierdzono także wówczas, gdy czas doświadczania przemocy był długotrwały, sprawcą – osoba znana dziecku, a w przypadku wykorzystania seksualnego, jeśli sprawca używał siły i dochodziło do penetracji (Cole, Putnam, 1992, za: Yates 2004). Również takie formy krzywdzenia, gdzie ofiara jest podatna na obwinianie się (zwłaszcza w przypadku kazirodztwa), mogą być szczególnie związane z samouszkodzeniami (Shapiro, 1987, za: Yates, 2004).

Van der Kolk, Perry i Hermann (1991) prowadzili badania podłużne z udziałem dorosłych (18–39 lat). Celem ich badań było sprawdzenie, w jaki sposób doświadczenie traumy w dzieciństwie (przemoc fizyczna, seksualna i bycie świadkiem przemocy domowej) oraz zakłócenia w opiece rodzicielskiej (fizyczne i emocjonalne zaniedbanie, chaos w rodzinie i znaczące rozłąki z opiekunami) są związane m.in. z próbami samobójczymi i samouszkodzeniami. Wyniki analiz pokazały, że zarówno przemoc fizyczna i wykorzystanie seksualne w dzieciństwie, jak również zaniedbanie

i rozłąka z opiekunami są silnie skorelowane z próbami samobójczymi i samouszkodzeniami, zaś same wyobrażenia na temat samobójstwa nie były związane z traumą czy zaniedbaniem. Ze wszystkich rodzajów traumy wykorzystanie seksualne było najsilniej związane z zachowaniem autodestruktywnym. W pierwszej części badań zaniedbanie przez rodziców było predyktorem samouszkodzeń, ale nie prób samobójczych, choć w drugiej części okazało się być predyktorem wszystkich badanych zachowań autodestruktywnych. Z kolei bycie świadkiem przemocy w rodzinie wiązało się z próbami samobójczymi, a nie z samouszkodzeniami. Badacze wyjaśniają to w ten sposób, że trauma dziecięca przyczynia się do samouszkodzeń, a zakłócenia w opiece rodzicielskiej je podtrzymują.

W badaniach Yates, Carlson i Egelanda (2008) jednym z celów było przeanalizowanie udziału wykorzystania seksualnego i przemocy fizycznej oraz fizycznego zaniedbania w przewidywaniu samouszkodzeń, a także identyfikacja ścieżek rozwojowych i mechanizmów, w których przemoc w dzieciństwie może przyczynić się do samouszkodzeń. Wykorzystanie seksualne w dzieciństwie okazało się być predyktorem powtarzających się samouszkodzeń, podczas gdy przemoc fizyczna okazała się bardziej istotna dla sporadycznego okaleczania się. Na te zależności nie miały wpływu takie czynniki ryzyka wskazywane w piśmiennictwie, jak np. status socjoekonomiczny, dysfunkcje rodzinne czy bycie świadkiem przemocy wobec drugiego rodzica.

Ciekawe badanie dotyczące subiektywnego postrzegania przyczyn samouszkodzeń przeprowadziły Babiker i Arnold (2002). Aż 2/3 badanych kobiet upatrywało źródeł samouszkodzeń wyłącznie w doświadczeniach z dzieciństwa, a 25% – zarówno w przeżyciach z dzieciństwa, jak i dorosłości, wskazując na wykorzystanie seksualne (49%), zaniedbanie opieki (49%), krzywdzenie emocjonalne (43%), przemoc fizyczną (25%) czy rozłąkę (25%)⁵.

Istnieją jednak dane stawiające pod znakiem zapytania powyższe doniesienia z badań. Klonsky i Moyer (2008) przeprowadzili metaanalizę dotyczącą wielkości związku między wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie a samouszkodzeniami i odkryli relatywnie słaby związek tych dwóch zmiennych. Wykorzystanie w dzieciństwie wyjaśniało jedynie 5% wariacji w rozwoju samouszkodzeń. Trudno zatem sądzić, by odgrywało ono główną rolę w rozwoju tych zachowań lub ich podtrzymywaniu. Te dwie zmienne są związane, ponieważ są skorelowane z tymi samymi czynnikami. Jednocześnie w niektórych przypadkach wykorzystanie seksualne w dzieciństwie może przyczyniać się do samouszkodzeń przez pośredniczące zmienne, takie jak

5 Pozostałe doświadczenia z okresu dzieciństwa to brak komunikacji (27%), choroba rodzica lub alkoholizm (17%) i inne (19%).

depresja, niepokój, pogarda względem samego siebie, o których wiadomo, że wiążą się zarówno z wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie, jak i z samouszkodzeniami. Na podstawie tej analizy można uznać, że wykorzystanie seksualne w dzieciństwie powinno być uznane za czynnik ryzyka samouszkodzeń. Wcześniej podobną metaanalizę przeprowadzili Neuman, Houskamp, Pollock i Briere (1996; poza samouszkodzeniami i zachowaniami samobójczymi badali też inne zmienne) i dla samouszkodzeń uzyskali wielkość efektu w przedziale od małego do przeciętnego.

Maniglio (2011) dokonał przeglądu kilku metaanaliz, dochodząc do podobnych wniosków. Choć związek między wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie a samobójstwami, samouszkodzeniami lub myślami o samouszkodzeniach jest istotny statystycznie, to oscyluje między małym a umiarkowanym⁶. Wielkość i typ próby miały znaczenie dla różnic. W próbach wywodzących się z populacji klinicznej związek samouszkodzeń z przemocą był większy niż w próbach z populacji ogólnych. Może to oznaczać, że gdy badania odbywają się z udziałem osób z populacji klinicznych, to nie są w nich uwzględniane dobrze przystosowane jednostki, które przeżyły wykorzystanie seksualne, ale nie szukają pomocy psychologicznej, nie są hospitalizowane i potrafią funkcjonować w populacji ogólnej. Również wielkość próby miała znaczenie – w badaniach z większą liczbą badanych ($N > 125$) siła efektu była mniejsza niż w badaniach w mniejszych próbach. Według Maniglio (2011) takie rezultaty analizy mogą wynikać również ze słabej metodologii tych badań. Znaczna ich część nie uwzględniała innych czynników (biologicznych, społecznych lub psychologicznych), które zwiększałyby ryzyko podejmowania samouszkodzeń, a to właśnie one mogłyby lepiej wyjaśniać ryzyko samouszkodzeń czy zachowań samobójczych u osób z doświadczeniem seksualnego wykorzystania, niż doświadczenie przemocy samo w sobie. Wielu badaczy podjęło takie badania. W dalszej części opisane zostaną wybrane badania uwzględniające inne wskazywane wcześniej czynniki ryzyka.

Środowisko rodzinne i poczucie obcości wobec rodzica

Martin, Bureau, Cloutier i Lafontaine (2011) przeprowadzili badania, których celem było ustalenie związków między cechami środowiska unieważniającego a rozważaniem na temat samouszkodzeń (bez faktycznych aktów samouszkodzeń) oraz

6 Istnieją też badania, które tego związku nie potwierdzają, np. w badaniach Weismoore i Esposito-Smythers (2010) stwierdzono brak związku przemocy w dzieciństwie i samouszkodzeń.

rozważaniem, któremu towarzyszą akty samouszkodzenia, a następnie porównanie z grupą kontrolną. W zakresie pojęcia *środowisko unieważniające*⁷ mieściły się takie zmienne, jak: brak opieki rodzicielskiej, kontrola rodzicielska, poczucie obcości wobec rodziców, nierozwiązane przywiązanie do rodziców, przemoc fizyczna i wykorzystanie seksualne. Sprawdzano również, czy istnieją różnice płciowe w zakresie mierzonych zmiennych. Zarówno u osób, które przejawiały wyłącznie myśli o samouszkodzeniach, jak i u tych, które przejawiały również takie czyny, zauważono uboższe relacje z rodzicami i więcej fizycznej przemocy niż w przypadku osób bez doświadczeń samouszkodzenia. Dwie pierwsze grupy nie różniły się od siebie w zakresie ojcowskiej i matczynej opieki, nierozwiązanego przywiązania i poczucia obcości wobec rodzica. W przypadku różnic płciowych zauważono, że w grupie kobiet istnieją takie same zależności jak przedstawione wyżej. U mężczyzn natomiast nie dostrzeżono różnic w zakresie ojcowskiej opieki, kontroli i historii wykorzystania seksualnego.

Poczucie obcości było też badane przez Yates, Tracy i Luthar (2008). Badaczki uzyskały wyniki potwierdzające przyjętą w badaniach hipotezę, że postrzegany krytycyzm rodzicielski wiąże się z podwyższonymi wskaźnikami samouszkodzeń, a poczucie obcości wobec rodziców wyłania się jako istotna zmienna pośrednicząca, szczególnie w grupie chłopców. Postrzegany rodzicielski krytycyzm jest predyktorem samouszkodzeń, zaś poczucie alienacji wobec rodziców okazało się być istotnym czynnikiem wyjaśniającym te związki.

Bureau i in. (2010) analizowali udział swoistych wymiarów, takich jak postrzeganie rodzica jako niedostępnego, złość na niedostępność rodzica, strach w sytuacji braku opieki i ochrony, nadmierna kontrola, poczucie obcości, zaufanie, komunikacja, opieka w badanym związku wczesnodziecięcej relacji dziecko-rodzic i samouszkodzenia. Młodzi dorośli z doświadczeniami samouszkodzeń częściej postrzegali rodzica jako niedostępnego, doświadczali strachu związanego z rezygnacją z ról rodzicielskich, odczuwali większą kontrolę wywieraną przez rodziców i przejawiali większe poczucie obcości wobec rodziców niż osoby bez doświadczeń samouszkodzeń. Opisali również swoich rodziców jako mniej dbających, mniej godnych

7 Warto przypomnieć w tym miejscu teorię Linehan (1993, za: Klonsky i Glenn, 2009) o unieważniającym środowisku jako kontekście powstawania samouszkodzeń. Rodzice, którzy nieprawidłowo wywiązują się z roli rodzicielskiej, mogą tworzyć środowisko unieważniające dla przeżyć dziecka, a to z kolei obniża zdolność dziecka do samoregulacji podczas doświadczenia stresu i niepokoju, a w jeszcze dalszej konsekwencji potencjalnie wiedzie do dezadaptacyjnych sposobów radzenia sobie (samouszkodzeń).

zaufania, trudniejszych w komunikacji w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej⁸. Osoby z doświadczeniem samouszkodzeń otrzymywały mniej rodzicielskiej opieki i więcej kontroli ze strony rodzica w porównaniu z grupą kontrolną⁹. Jeśli chodzi o udział relacji rodzic–dziecko w przewidywaniu samouszkodzeń, to strach i poczucie obcości okazały się ich jedynymi znaczącymi predyktorami. Choć takie wymiary nie powinny być uważane za wskaźniki przemocy rodzicielskiej, to z pewnością są wskaźnikami dysregulacji w obrębie relacji rodzic–dziecko. Można przypuszczać, że uczucie strachu i poczucie obcości powstają w kontekście zagrożenia ze strony rodziców lub w sytuacji wysoce nietypowych zachowań rodziców. Dla kobiet prawidłowość była taka sama jak w ogólnych analizach (czyli strach i poczucie obcości jako predyktory samouszkodzeń), zaś u mężczyzn żaden z wymiarów nie był związany z samouszkodzeniami. Dodatkowo u kobiet uboga komunikacja w relacji z rodzicami również była predyktorem samouszkodzeń, co wskazywałoby, że jest to ważny czynnik w rozwoju samouszkodzeń u kobiet, ale nie u mężczyzn.

Pozostając przy komunikacji, Hilt, Nock, Lloyd-Richardson i Prinstein (2008) przeprowadzili badania podłużne z udziałem dzieci i nastolatków w wieku 10–14 lat, dotyczące m.in. związku postrzeganych przez nich relacji z rodzicami i samouszkodzeń. Badano, czy podejmowanie samouszkodzeń zmienia postrzeganą jakość relacji z obojgiem rodziców, niejako sprawdzając skuteczność jednej z funkcji samouszkodzeń – społecznej związanej ze wzmocnieniem pozytywnym (Nock, 2004). Jedną z inspiracji do tych badań były badania Goulda i in. (1998), w których uboga komunikacja z ojcami była predyktorem samobójstw wśród nastolatków, ale – co ciekawe – uboga komunikacja z matką już nie. Nastolatki z doświadczeniem samouszkodzeń w porównaniu z osobami nieokaleczającymi się gorzej postrzegały relacje z rodzicami. Zauważono też istotny statystycznie wzrost w jakości relacji z ojcem u osób okaleczających się, gdy porównano wyniki zebrane w pierwszym etapie badania, z tymi, które uzyskano po 11 miesiącach. Według badaczy ten wynik może stanowić potwierdzenie społecznego wzmocnienia pozytywnego jako

8 Choć badacze dopuszczają, że na takie rezultaty może wpływać sposób zbierania danych, tj. że samoopis bazujący na wspomnieniach może zniekształcać spostrzeganie badanych, to jednak uważają, że z klinicznego punktu widzenia ważne jest ustalenie, w jaki sposób badani aktualnie spostrzegają daną relację, a nie jaka jest obiektywna ocena tego, co zdarzyło się w przeszłości, ponieważ to aktualny pogląd osoby badanej przypuszczalnie najbardziej wpływa na wybór takich sposobów radzenia sobie jak samouszkodzenia (Bureau i in., 2010).

9 Podobne wyniki uzyskała Baetens (2013), gdzie autorytarny styl rodzicielski (wysoka kontrola i niski poziom wsparcia) wiązał się z samouszkodzeniami i związek ten był istotny statystycznie.

funkcji samouszkodzeń. Dodatkowo stwierdzono, że na relację z ojcem mogą bardziej wpływać sytuacyjne czynniki w porównaniu z relacjami z matkami, gdyż te pozostały względnie stałe przez cały czas trwania badania dla wszystkich osób badanych.

Wczesnodziecięca separacja, dysocjacja, aleksytymia, objawy stresu pourazowego

Gratz, Conrad i Roemer (2002) prowadziły badania z udziałem studentów nad związkiem samouszkodzeń oraz wykorzystaniem seksualnym i przemocą fizyczną w dzieciństwie, a także zaniedbaniem, uwzględniając też takie czynniki, jak rozłąka z rodzicem, utrata rodzica, postrzegana jakość przywiązania do opiekuna i dysocjacja. U kobiet najważniejszym predyktorem samouszkodzeń okazała się dysocjacja, a w dalszej kolejności pozabezpieczne przywiązanie, wykorzystanie seksualne i emocjonalne zaniedbanie. U mężczyzn była to również dysocjacja, jednak najważniejsza okazała się rozłąka w dzieciństwie.

We cytowanych już wcześniej badaniach van der Kolka i in. (1991) osoby, które doświadczyły przedłużającej się rozłąki z opiekunami, a także te osoby, które nie miały wspomnień o sobie jako kimś wyjątkowym czy kochanym przez opiekunów, były najmniej zdolne (w okresie między pierwszym i drugim etapem badania) do wykorzystania zasobów pochodzących z relacji z opiekunem (por. Yates, 2004), by kontrolować samouszkodzenia¹⁰. Natomiast u osób z doświadczeniem wykorzystania seksualnego dysocjacja wiązała się z konkretną formą samouszkodzeń – cięciem się. Wyniki potwierdzające związek dysocjacji i samouszkodzeń uzyskano też w innych badaniach (Noll, Horowitz, Bonanno, Trickett, Putnam, 2003; Zweig-Frank, Paris, Guzwer, 1994). W badaniach Yates, Carlson i Egelanda (2008) dysocjacja okazała się istotnym mediatorem związku między wykorzystaniem seksualnym w dzieciństwie a powtarzalnymi samouszkodzeniami. Zaś Swannell i in. (2012) odkryli, że w związku przemocy w dzieciństwie – w szczególności fizycznej – z samouszkodzeniami u kobiet częściowo może pośredniczyć dysocjacja, aleksytymia oraz obwinianie się, a u mężczyzn dysocjacja i obwinianie się.

¹⁰ Co ciekawe, mowa tu o badaniach podłużnych, trwających dwa lata, gdzie około połowa badanych uczestniczyła w terapii. W tym czasie tylko osoby z doświadczeniami wykorzystania seksualnego w dzieciństwie, trudną separacją z rodzicami czy historią zaniedbywania przez rodziców kontynuowały samouszkodzenia.

Pavio i McCulloch (2004) przeprowadziły badanie, którego celem było sprawdzenie, czy aleksytymia jest zmienną pośredniczącą między krzywdzeniem w dzieciństwie a samouszkodzeniami u studentek. Stwierdziły, że 41% badanych dokonywało samouszkodzeń, z których najczęstszą formą było cięcie się. Analiza regresji wsparta proponowany model dla wszystkich typów krzywdzenia poza wykorzystaniem seksualnym. Ta ostatnia zmienna nie była w sposób istotny związana z aleksytymią, gdy w analizach była brana pod uwagę osobno. Wyniki zatem wskazują na powiązanie między historią molestowania w dzieciństwie a samouszkodzeniami wśród studentek, a aleksytymia może pośredniczyć w tej relacji. W badaniach Zlotnick i in. (1996) poziomy aleksytymii i dysocjacji były wyższe u osób okaleczających niż w grupie kontrolnej.

Bornalova, Tull, Gratz, Levy i Lejuez (2011) sprawdzali, czy objawy stresu pourazowego wyjaśniają związek między przemocą w dzieciństwie (fizyczną lub emocjonalną), wykorzystaniem seksualnym a samouszkodzeniami i próbami samobójczymi. Zarówno samouszkodzenia, jak i próby samobójcze były związane z przemocą fizyczną i wykorzystaniem seksualnym, lecz tylko wykorzystanie seksualne było związane swoiście z wymienionymi zachowaniami autodestruktywnymi, zaś z emocjonalnym krzywdzeniem związane były tylko próby samobójcze. Z wykorzystaniem seksualnym i przemocą fizyczną wiązały się też objawy stresu pourazowego oraz trudności w kontroli zachowań impulsywnych w sytuacji stresu. W badaniach Shenka, Noll i Cassarly (2010) tylko objawy stresu pourazowego były zmienną pośredniczącą w związku samouszkodzeń i przemocy. Gratz i Chapman (2007) natomiast zauważyli w swoich badaniach, że czynnikiem różniącym istotnie osoby okaleczające się od osób bez takich doświadczeń była dysregulacja emocjonalna.

Na zakończenie tej analizy wspomniane zostaną badania Auerbacha i in. (2014). Sprawdzali oni rolę trzech potencjalnych korelatów samouszkodzeń u nastolatków: różnych form przemocy w dzieciństwie, współwystępowania zaburzeń psychicznych i braku kontroli hamowania. Wśród osób okaleczających się liczba rozpoznanych zaburzeń psychicznych korelowała dodatkowo z przemocą we wczesnym dzieciństwie i brakiem kontroli hamowania, zaś w grupie osób nieokaleczających się większe współwystępowanie zaburzeń było związane z wyższą niezdolnością do kontroli hamowania. Obie grupy nie różniły się poziomem kontroli hamowania, choć osoby okaleczające się cechowała większa liczba rozpoznanych zaburzeń psychicznych. Współwystępowanie zaburzeń psychicznych częściowo pośredniczy w relacji między przemocą w dzieciństwie i samouszkodzeniami, ale brak kontroli hamowania nie. Prawidłowość zauważona w tych badaniach jest taka, że przemoc może być predyktorem współwystępowania różnych zaburzeń, a te z kolei mogą być predyktorem

częstości samouszkodzeń. Te wyniki są spójne z wnioskami z metaanaliz Klonsky'ego i Moyer (2008) oraz Maniglio (2011) na temat statusu przemocy w dzieciństwie i jej roli w podejmowaniu samouszkodzeń.

Omówienie

Wyłaniający się na podstawie tej analizy obraz zagadnienia jest niejednoznaczny, gdyż wyniki badań niejednokrotnie okazują się sprzeczne. Niekiedy badacze uzyskują wyniki wskazujące na związek samouszkodzeń z daną formą przemocy, w innych badaniach takiego rezultatu nie ma. Badano różne grupy wiekowe (nastolatki, dorośli), różne były też wielkości prób i rodzaje populacji i te dwie ostatnie miały, jak się okazało znaczenie, jeśli chodzi o rozbieżności w uzyskiwanych wynikach (Maniglio, 2011). Czasami badano same zależności między różnymi formami przemocy w dzieciństwie, a czasem uwzględniano również inne zmienne ważne dla związku przemocy z samouszkodzeniami. Z przytoczonych analiz badań szczególnie wyłaniają się dysocjacja i poczucie obcości wobec rodziców jako zmienne mające znaczenie w relacji przemoc w dzieciństwie–samouszkodzenia.

Ważne wyjaśnienie można też wyprowadzić z modelu Yates (2004). Ten sam moment w rozwoju może przynieść różne rezultaty w zakresie adaptacji u różnych osób (ekwifinalność), jak również różne wzorce wczesnej adaptacji mogą skutkować tym samym rezultatem (ekwipotencjalność). Samouszkodzenia nie powstają przecież jako bezpośrednia konsekwencja przemocy.

Gdyby spojrzeć na problem z perspektywy różnorodnych funkcji samouszkodzeń, to można zauważyć, że w wielu z nich występuje nieswoisty komponent redukcji napięcia (por. Wycisk, 2006). W modelu unikania doświadczenia (*experiential avoidance model*; Chapman, Gratz, Brown, 2006) uznaje się, że podejmowanie samouszkodzeń jest wzmacniane, ponieważ dzięki temu zachowaniu osoba redukuje niepożądane emocje (poprzez ucieczkę od nich). Badacze wskazują, że czynniki sprzyjające takiemu właśnie funkcjonowaniu tego mechanizmu to niska tolerancja napięcia, trudności w regulacji pobudzenia i wysoka pobudliwość emocjonalna. Odnosząc te spostrzeżenia do problematyki tego artykułu, czynniki proponowane przez Chapmana, Gratz i Browna (2006) chociaż wiążą się samouszkodzeniami, to przecież nie muszą być konsekwencją wyłącznie przemocy w dzieciństwie. Równie ciekawym z punktu widzenia dyskusji nad niejednoznacznością związku samouszkodzeń z przemocą w dzieciństwie jest model Nocka (2010). Badacz proponuje zintegrowany teoretyczny model, w którym wyróżnia czynniki dystalne (na przykład

genetyczne predyspozycje do silnego emocjonalnego reagowania czy doświadczenie przemocy lub zaniedbania w dzieciństwie, wrogość w rodzinie, krytycyzm), ale też czynniki intra- i interpersonalne (np. doświadczanie silnych emocji, wyższego negatywnego pobudzenia oraz niską tolerancję na doświadczanie napięcia, ubogie umiejętności komunikacyjne). Te ostatnie nie są swoiste tylko dla przemocy doświadczanej w dzieciństwie. Trzeba też pamiętać o wskazywanych w piśmiennictwie czynnikach chroniących. W przypadku samouszkodzeń są to na przykład właściwa ekspresja emocji, wsparcie w rodzinie, społeczna sieć wsparcia czy dostęp do profesjonalnej pomocy psychologicznej (Juhnke, Granello, Granello, 2014; Klonsky, Glenn, 2009). Przynajmniej niektóre z nich mogą potencjalnie pełnić rolę czynnika chroniącego przed samouszkodzeniami u osób doświadczających przemocy.

Magnilio (2011) w swoich wnioskach po analizie wielu prac dotyczących wykorzystania seksualnego w dzieciństwie i samouszkodzeń twierdzi, że wykorzystanie seksualne powinno być uznane za ogólny nieswoisty czynnik ryzyka dla samobójstw i samouszkodzeń, nie zaś za przyczynę rozwoju samouszkodzeń. Przepuszczalnie można by ten wniosek uogólnić na pozostałe formy przemocy. Rola przemocy w dzieciństwie nie jest zatem do końca jasna, co oznacza, że badania w tym zakresie powinny być kontynuowane.

E-mail autorki: akubiak1@swps.edu.pl.

Bibliografia

- Auerbach, R. P., Kim, J. C., Chango, J. M., Spiro, W. J., Cha, C. B., Esterman, M., Gold, J., Nock, M. K. (2014). Adolescent nonsuicidal self-injury: Examining the role of child abuse, comorbidity, and disinhibition. *Psychiatry Research*, 220, 579–584.
- Babiker, G., Arnold, L. (2002). *Autoagresja. Mowa zranionego ciała*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Baetens, I. (2013). Non-Suicidal Self-Injury in Adolescence: Interplay between Psychological Distress and Parenting. Niepublikowana praca doktorska napisana pod kierunkiem prof. Laurence Claes. Pobrane z: <https://lirias.kuleuven.be>.
- Bornoalova, M., Tull, M., Gratz, K., Levy, R., Ljuej, C. (2011). Extending models of deliberate self-harm and suicide attempts to substance users: Exploring the roles of childhood abuse, posttraumatic stress, and difficulties controlling impulsive behavior when distressed. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3(4), 349–359.

- Boxer, P. (2010). Variations in Risk and Treatment Factors Among Adolescents Engaging in Different Types of Deliberate Self-Harm in an Inpatient Sample. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(4), 470–480.
- Briere, J., Gil, E. (1998). Self-Mutilation in Clinical and General Population samples: Prevalence, Correlates, and Functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609–620.
- Bureau, J.-F., Martin, J., Freynet, N., Poirier, A. A., Lafontaine, M.-F., Cloutier, P. (2010). Perceived Dimensions of Parenting and Non-suicidal Self-injury in Young Adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(5), 484–494.
- Chachulska, T. (1988). Ręce matki – ciało dziecka. W: H. Olechnowicz (red.), *U źródeł rozwoju dziecka* (s. 115–123). Warszawa: Nasza Księgarnia.
- Chapman, A., Gratz, K., Brown, M. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The Experiential Avoidance Model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371–94.
- Claes, L., Vandereycken, W., Vertommen, H. (2006). Pain experience related to self-injury in eating disorder patients. *Eating Behaviors*, 7(3), 204–213.
- Di Pierro, R., Sarno, I., Perego, S., Gallucci, M., Madeddu, F. (2012). Adolescent non-suicidal self-injury: the effects of personality traits, family relationships and maltreatment on the presence and severity of behaviours. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(9), 511–520.
- Favazza, A. (1996). *Bodies Under Siege*. Londyn: The Johns Hopkins University Press.
- Gould, M., Shaffer, D., Fisher, P., Garfinkel, R. (1998). Separation/divorce and child and adolescent completed suicide. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(2), 155–62.
- Glenn, C., Klonsky, D. (2010). A Multimethod Analysis of Impulsivity in Nonsuicidal Self-Injury. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(1), 67–75.
- Gratz, K. (2001). Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal Of Psychopathology And Behavioral Assessment*, 23(4), 253–263.
- Gratz, K. L. (2006). Risk Factors for Deliberate Self-Harm Among Female College Students: The Role and Interaction of Childhood Maltreatment, Emotional Inexpressivity, and Affect Intensity/Reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 238–250.
- Gratz, K., Conrad, S., Roemer, L. (2002). Risk factors for deliberate self-harm among college students. *Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128–140.
- 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.

- Grossman, R., Siever, L. (2001). Impulsive Self-Injurious Behaviors. *Neurobiology and Psychopharmacology*. W: D. Simeon, E. Hollander (red.), *Self-Injurious Behaviors. Assessment and Treatment* (s. 117–148). Waszyngton: American Psychiatric Association Publishing.
- 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: M. Nixon, N. Heath (red.), *Self-Injury in Youth. The Essential Guide to Assessment and Intervention* (s. 9–27). Nowy Jork: Routledge.
- Hermann, J. (2000). *Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E., Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal Study of Nonsuicidal Self-Injury Among Young Adolescents: Rates, Correlates, and Preliminary Test of an Interpersonal Model. *The Journal of Early Adolescence*, 28(3), 455–469.
- Juhnke, G., Granello, P., Granello, D. (2011). *Suicide, Self-Injury, and Violence in the Schools: Assessment, Prevention and Intervention Strategies*. New Jersey: Willey and Sons.
- 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*, 31(3), 215–219.
- Klonsky, D., Glenn, C. (2009). Psychosocial Risk and Protective Factors. W: M. Nixon, N. Heath (red.), *Self-Injury in Youth. The Essential Guide to Assessment and Intervention* (s. 9–27). Nowy Jork: Routledge.
- 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.
- Klonsky, D., Moyer, A. (2008). Childhood sexual abuse and non-suicidal self-injury: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 192(3), 166–170.
- Klonsky, D., Olino, T. (2008). Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: A latent class analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 22–27.
- Kubiak, A., Sakson-Obada, O. (2016). Nawykowe samouszkodzenia a Ja cielesne. *Psychiatria Polska*, 50(1), 43–54.

- Lloyd-Richardson, E., Nock, M., Prinstein, M. (2009). Functions of Adolescent Nonsuicidal Self-Injury. W: M. Nixon, N. Heath (red.), *Self-Injury in Youth. The Essential Guide to Assessment and Intervention* (s. 29–41). Nowy Jork: Routledge.
- Maniglio, R. (2011). The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury: Child sexual abuse and self-injury. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 124(1), 30–41.
- Martin, J., Bureau, J.-F., Cloutier, P., Lafontaine, M.-F. (2011). A Comparison of Invalidating Family Environment Characteristics Between University Students Engaging in Self-Injurious Thoughts and Actions and Non-Self-Injuring University Students. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(11), 1477–1488.
- 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: A. Suchańska, J. Wycisk (red.), *Samouszkodzenia: istota, uwarunkowania, terapia* (s. 31–44). Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- 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. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78–83.
- 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.
- Noll, J., Horowitz, L., Bonanno, G., Trickett, P., Putnam, F. (2003). Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: results from a prospective study. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(12), 1452–71.
- Osuch, E., Payne, G. (2009). Neurobiological Perspectives on Self-Injury. W: M. Nixon, N. Heath (red.), *Self-Injury in Youth. The Essential Guide to Assessment and Intervention* (s. 79–110). Nowy Jork: Routledge.
- Paivio, S., McCulloch, Ch. (2004). Child Abuse, Self Destructive Behavior, Undergraduate Students, Females, Psychological Evaluation, Sexual Abuse, Correlation, Emotional Response, Personality Problems, Higher Education. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 28(3), 339–354.

- 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.
- 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.
- Sansone, R. A., Jackson, J., Wiederman, M. W. (2007). Childhood abuse and non-suicidal self-harm behavior in adulthood among the mothers of children in psychiatric treatment. *Archives of Women's Mental Health*, 10(1), 35–36.
- Shaffer, D., Jacobson, C. (2009). Proposal to the DSM-V childhood disorder and mood disorder work groups to include non-suicidal self-injury (NSSI) as a DSM-V disorder. American Psychiatric Association. Pobrane z: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
- Simeon, D., Favazza, A. (2001). Self-Injurious Behaviors. Phenomenology and Assessment. W: D. Simeon, E. Hollander (red.), *Self-Injurious Behaviors. Assessment and Treatment* (s. 1–23). Waszyngton: American Psychiatric Association Publishing.
- Suchańska, A. (1998). *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- 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.
- Shenk, C. E., Noll, J. G., Cassarly, J. A. (2010). A Multiple Mediation Test of the Relationship Between Childhood Maltreatment and Non-suicidal Self-Injury. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(4), 335–342.
- Stawicka, M. (2001a). Autodestruktywność dziecięca – zarys zjawiska. *Forum Oświatowe*, 2(25), 75–89.
- Stawicka, M. (2001b). Teoria więzi w wyjaśnianiu autodestruktywności. *Forum Oświatowe*, 2(25), 93–109.
- Swannell, S., Martin, G., Page, A., Hasking, P., Hazell, Ph., Taylor, A., Protani, M. (2011). Child maltreatment, subsequent non-suicidal self-injury and the mediating roles of dissociation, alexithymia and self-blame. *Child Abuse & Neglect*, 36(7), 572–584.

- Tresno, F., Ito, Y., Mearns, J. (2013). Risk factors for nonsuicidal self-injury in Japanese college students: The moderating role of mood regulation expectancies. *International Journal of Psychology*, 48(6), 1009–1017
- van der Kolk, B., Perry, J. C., Hermann, J. (1991). Childhood Origins of Self-Destructive Behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1665–1671.
- Walsh, B., Rosen, P., (1988). *Self-mutilation: theory, research, and treatment*. Nowy Jork: The Guilford Press.
- Walsh, B. (2006). *Treating Self-Injury: A Practical Guide*. Nowy Jork: The Guilford Press.
- Whitlock, J. L., Powers, J. L., Eckenrode, J. (2006). The virtual cutting edge: Adolescent self-injury and the Internet. *Developmental Psychology*, 42(3), 407–17.
- Wan, Y., Chen, J., Sun, Y., Tao, F. (2015). Impact of Childhood Abuse on the Risk of Non-Suicidal Self-Injury in Mainland Chinese Adolescents. *PLOS ONE*, 10(6) :e0131239.
- Weismore, J. T., Esposito-Smythers, C. (2010). The Role of Cognitive Distortion in the Relationship Between Abuse, Assault, and Non-Suicidal Self-Injury. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 281–290.
- Wycisk, J. (2004). *Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Wycisk, J. (2006). Psychologiczne funkcje samouszkodzeń umiarkowanych. W: A. Suchańska, J. Wycisk (red.), *Samouszkodzenia: istota, uwarunkowania, terapia* (s. 45–58). Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
- Yates, T. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behavior: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24, 35–74.
- Yates, T. M. (2007). The Developmental Consequences of Child Emotional Abuse: A Neurodevelopmental Perspective. *Journal of Emotional Abuse*, 7(2), 9–34.
- Yates, T. (2009). Developmental pathways from child maltreatment to nonsuicidal self-injury. W: M. Nock (red.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (s. 117–137). Waszyngton: American Psychological Association Publishing.
- Yates, T. M., Carlson, E. A., Egeland, B. (2008). A prospective study of child maltreatment and self-injurious behavior in a community sample. *Development and Psychopathology*, 20(2).
- Yates, T. M., Tracy, A. J., Luthar, S. S. (2008). Nonsuicidal self-injury among “privileged” youths: Longitudinal and cross-sectional approaches to developmental process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 52–62.

Zweig-Frank, H., Paris, J., Jaswant, G. (1994). Psychological risk factors for dissociation and self-mutilation in female patients with borderline personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 39(5), 259–264.

The role of childhood abuse in non-suicidal self-injury

Alongside various factors there are certain forms of childhood abuse, i.e. physical, emotional and sexual abuse regarded as important in the etiology of non-suicidal self-injury (NSSI). However, there is also evidence for a limited link between these forms of abuse and NSSI. The aim of this article is to review certain models explaining the link between childhood abuse and NSSI, and analyze current empirical research on the relationship between different forms of abuse and NSSI. Factors such as dissociation, early childhood separation, as well as specific features of the family environment also will be taken into account.

KEYWORDS:

NON-SUICIDAL SELF-INJURY, CHILDHOOD ABUSE, DISSOCIATION, DEVELOPMENTAL PSYCHOPATHOLOGY, FAMILY ENVIRONMENT

Cytowanie:

Kubiak, A. (2016). Rola przemocy doświadczonej w dzieciństwie w podejmowaniu samouszkodzeń. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 15(2).



Artykuł jest dostępny na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska.