

Autoagresja - samobójstwo na raty?

Słowa kluczowe: autoagresja, samouszkodzenia, profilaktyka, osobowość

Streszczenie: Problem autoagresji, w przeciwieństwie do agresji skierowanej na zewnątrz, jest traktowany marginalnie przez społeczeństwo i w dalszym stopniu postrzegany jako objaw choroby lub patologii. Ofiary agresji i przemocy ze strony innych mają także znacznie większą szansę na empatyczne zrozumienie i pomoc niż ofiary samouszkodzeń. Działanie wymierzone przeciwko sobie spotyka się więc często z lekceważeniem i niechęcią.

Autoagresja jest działaniem skierowanym przeciwko samemu sobie, w sposób pośredni bądź bezpośredni, ale nie jest zjawiskiem demonstrowanym przez ofiary, a przeciwnie samouszkodzenia są ukrywane, więc otoczenie zewnętrzne (rodzice, nauczyciele, pracownicy opieki) ma niewielkie szanse by podjąć skuteczną interwencję i szybką terapię.

Samo określenie granic zjawiska autoagresji też jest trudne do ustalenia gdyż obejmuje zachowania zarówno powszechnie uznawane za normalne - związane z trendami mody (piercing, tatuaże, drastyczne diety itp.), które powodują jednak pewne deformacje ciała i mogą być przejawem zaburzeń psychicznych, jak i działania uważane za patologiczne.

W kontekście profilaktyki należy zauważyć iż zachowania autodestrukcyjne podejmowane są przez osoby w naszym bliskim otoczeniu, żyjące w „normalnych” domach, uczęszczające do szkół, którym jednak czegoś z życia brakuje, nie czują się szczęśliwe, nie radzą sobie z własnymi problemami i nie potrafią prosić innych o pomoc. Badania nad osobami dokonującymi samookaleczeń wykazują, że szczególnie często zachowania te występują w przypadku powiązania silnych konfliktów w środowisku z silnymi emocjami o zabarwieniu negatywnym: frustracja, gniew, poczucie winy, wstyd. W grupie młodzieży zachowania autoagresywne czterokrotnie częściej dotyczą dziewcząt.

Wpis na blogu Mrówki z 29 marca 2010

...W tej chorej walce z samą sobą, stanęłam po złej stronie. Zamiast przewycięzać słabości - niszczę siebie, z wściekłą irytacją opluwam swoje imię, z bezsilną rezygnacją zabijam w sobie resztki człowieka. Stanęłam po złej stronie - sama sobie jestem wrogiem...

Obraz siebie jest integralnym składnikiem osobowości, w dużej mierze decydującym o samopoczuciu, jakości kontaktów z innymi, stosunku do otaczającej rzeczywistości oraz o efektywności działania i wykorzystania własnych możliwości. Na obraz siebie składa się wiele elementów: znajomość siebie, swoich myśli, uczuć, wartości, przekonań, cech, postaw, zamierzeń i dążeń. Obraz siebie to wyznacznik zachowania jednostki, pozwalający kierować swoim życiem, kontrolować i selekcjonować swoje zachowanie, stawać się jego autorem. Na jego podstawie tworzy się poczucie własnej wartości i samoakceptacja (K. Malinowska, 2007, s.86-87). Sposób odbioru własnej osoby, rozumienia siebie jest równie ważny jak rozumienie otoczenia i zjawisk w nim zachodzących i współdecyduje o przystosowaniu i funkcjonowaniu społecznym. Niska samoświadomość, zaburzony lub niedostatecznie

zdefiniowany obraz siebie przyczynia się do izolacji, utraty więzi z innymi ludźmi a w konsekwencji może spowodować utratę sensu życia i stanowić motywację do zachowań autodestrukcyjnych (B. Hołyst, 1991). „Tylko wówczas bowiem, gdy poznamy samego siebie, odkryjemy i zrozumiemy swoje zależności ze światem zewnętrznym, nie musimy negować związku swojego świata wewnętrznego ze światem zewnętrznym”(B. Hołyst, 1991, s. 216).

Różne nurty, teorie psychologiczne i koncepcje osobowości prezentują definicje obrazu siebie. Jedne w ujęciu węższym - jako wiedzy samego o sobie, inne w szerszym – zawierającym elementy opisowe, wartościujące i normatywne. Pogląd A. Kępińskiego stanowi kwintesencję ujęć teoretycznych (cyt. za: K. Malinowska, 2007, s.87-88) – „...dla prawidłowego funkcjonowania człowieka ważne jest, aby jego obraz siebie był stabilny, o jasnym kolorycie i zgodny z rzeczywistością. Według niego widzimy siebie oczyma innych ludzi oraz własnymi, a te dwa spojrzenia nierzadko stoją w sprzeczności, dlatego człowiek nigdy nie wie, jaki jest naprawdę.”

Skoro zatem przystosowanie łączy się ściśle z obrazem siebie – zgodnością własnej percepcji z doświadczeniem oraz integracją poszczególnych elementów tego obrazu to oznacza iż nieprzystosowanie, którego jedną z form stanowią zachowania autodestrukcyjne, to zaburzenie struktury i/lub treści obrazu siebie.

Zdaniem B. Pastwy-Wojciechowskiej agresja i autoagresja - silne formy zachowań autodestrukcyjnych, to zachowania funkcjonalne i celowe, a zatem przystosowawcze. W toku indywidualnego rozwoju kształtuje się koncepcja własnej osoby oraz struktura *Ja* wraz z potrzebami *Ja* – czyli naturalnymi dążeniami do podtrzymania i potwierdzenia podstawowych elementów systemu *Ja* – poczucia własnej wartości, kontroli i tożsamości, na którą składa się poczucie: odrębności, ciągłości własnego „Ja”, wewnętrznej treści i spójności.

Jeśli zatem potrzeby *Ja* w okresie rozwoju nie zostaną zaspokojone to zaburzeniu ulega poczucie bezpieczeństwa i pewności. Sytuacja taka sprzyja stałej koncentracji na problemach *Ja* oraz nasila i określa konieczność bezwzględного zaspokojenia pierwszoplanowych potrzeb odnoszących się do: potwierdzania i podnoszenia poczucia własnej wartości, poczucia kontroli i umacniania tożsamości. Rozwija się szczególne nastawienie – odnoszenie do własnego *Ja* różnorodnych wydarzeń środowiska, interpretowania ich jako podważających koncepcję własnej osoby, zagrażających wytworzonemu obrazowi świata

Podjęte przez jednostkę środki służące do zaspokojenia potrzeb *Ja*: obrony lub ekspansji *Ja* mogą przybierać różne formy irracjonalne, nieakceptowane społecznie czy wręcz patologiczne.

Zachowania agresywne i autoagresywne można nazwać obronnymi, ukierunkowanymi na obronę *Ja* – w tym poczucie własnej tożsamości, wartości i kontroli - mającymi bronić *Ja* przed destrukcją czy załamaniem psychicznym.

Zachowania agresywne o charakterze przystosowawczym mogą stanowić odpowiedź – reakcję na napływające informacje zagrażające jednostkowej koncepcji własnego *Ja*, mogą być inicjowane przez osoby dążące do potwierdzenia swego *Ja*, mogą też służyć zwiększeniu własnej mocy. Strategie samoagresywne mają aspekt sprawczy – pozwalają na aktywną obronę własnych interesów w swoim środowisku. Prawie każdy akt samoniszczenia pełni rolę zarówno obronną, jak i przystosowawczą w sensie realizacji, wcielania w życie ważnych, zinternalizowanych wartości i norm przyjętych od osób znaczących (B. Pastwa-Wojciechowska, 2010).

O ile agresja (fizyczna, psychiczna, seksualna) jest problemem dość szeroko komentowanym, prowadzone są liczne badania, poszukuje się strategii działania, programów naprawczych itp. o tyle jedna z form agresji – autoagresja wydaje się problemem nieco pomijanym, a niezwykle istotnym dla profilaktyki szkolnej zważywszy na eksponowany wcześniej obraz siebie, a właściwie w kontekście profilaktyki okres budowy obrazu siebie i nabywania tożsamości, który przypada na czas nauki w szkole.

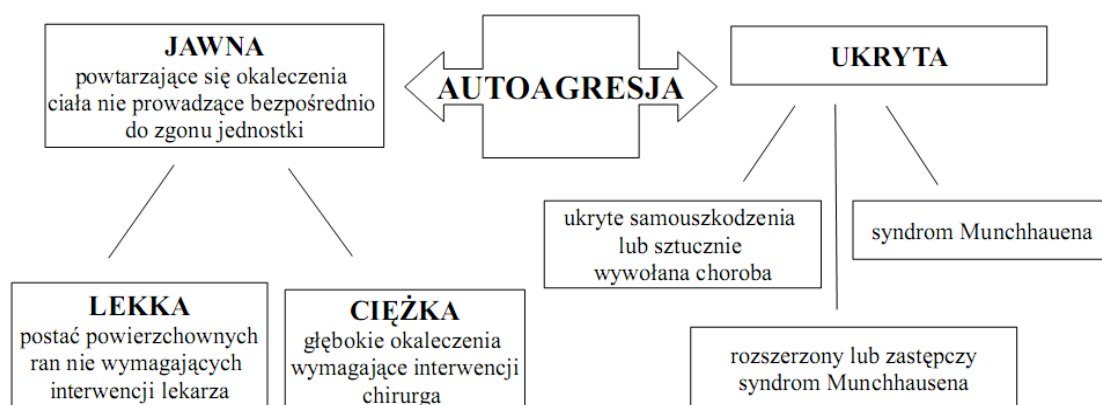
Samo zjawisko autoagresji nie jest kulturowo nowe. Zachowania autoagresywne w kulturach prymitywnych stanowiły część rytuałów plemiennych, zabiegów medycznych – „upuszczanie” krwi lub praktyk religijnych – np. biczowanie się jako akt odkupienia grzechów. Choć na tego typu praktyki nie ma dzisiaj przyzwolenia społecznego to nie jest to tożsame z zaniechaniem zachowań autoagresywnych. To co z pewnością uległo zmianie to granica między tym co jest przez daną społeczność uważane za normalne, akceptowalne, a tym co odbierane jest jako forma patologii lub zachowań o charakterze chorobowym.

Autoagresja - zjawisko o złożonym charakterze - to działanie lub szereg działań mających na celu spowodowanie psychicznej albo fizycznej szkody. Jednostka z różnych przyczyn atakuje samą siebie, co powoduje oprócz fizycznych obrażeń, również i pogłębienie istniejących psychicznych problemów.

Różne są kryteria klasyfikacji zachowań autodestrukcyjnych. Ze względu na prawdopodobieństwo wystąpienia szkody, wyodrębniamy mocne formy autodestrukcji – czyli bezpośrednio zagrażające zdrowiu i życiu, formy łagodne oraz takie, które potencjalnie szkodzą, ale też przynoszą różne korzyści. Według Słownika Psychologicznego do mocnych form autoagresji należą: samobójstwo, samookaleczenia, uzależnienia (od substancji aktywnych) oraz autoagresywne formy odżywiania (anoreksja i bulimia). Łagodne formy to

uprawianie hazardu, zakupoholizm, uzależnienie od sieci. Zachowania autodestrukcyjne, które mogą nam czasem przynosić korzyści to: samoutrudnianie czyli rzucanie sobie kłód pod nogi lub sztywne uporczywe zachowania. Te ostatnie rodzaje zachowań zalicza się do autodestrukcji pośredniej, gdzie istnieje dystans między zachowaniem a jego szkodliwymi skutkami (seryjne niepowodzenia i porażki na własne życzenie, bezradność i rezygnacja z działania, zachowania ryzykowne i impulsywne, uleganie pokusom, zaniedbania np. zdrowotne). Czasem przynoszą one doraźne korzyści, ale gdy uruchamiane są bez względu na koszty – stają się autodestrukcją.¹

Rys. 1. Formy autoagresji.



źródło: opracowanie własne

Przyczyny autoagresywnego zachowania badacze przedmiotu łączą głównie z przemocą doświadczaną w dzieciństwie. Traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa, wszelkie zdarzenia i przeżycia związane z przemocą a odczuwane przez jednostkę jako zagrażające życiu mogą decydować o wystąpieniu urazu psychicznego i prowadzić od pojedynczych epizodów często nie kojarzonych z tymi doświadczeniami aż do zaburzeń osobowości. Skutki urazu mogą utrzymywać się bardzo długo i zależą od siły, czasu trwania oraz indywidualnej percepcji jednostki i jej emocjonalnego zaangażowania Kryteria zespołu stresu pourazowego PTSD (Post Traumatic Stress Disorders) zostały w 1980r. Wprowadzone do amerykańskiego systemu klasyfikacji zaburzeń psychiatrycznych (A. Lipowska-Teutsch, 1998, s. 49).

Złożony pourazowy zespół stresu opisała w 7 punktach J. Lewis Herman - przez reakcję na uraz należy rozumieć „...całą gamę stanów psychosomatycznych [...] obejmującą zarówno krótkotrwałe reakcje stresowe, które mijają samorzutnie i nie kwalifikuje się do

¹<http://www.charaktery.eu/slownik-psychologiczny/A/132/Autodestrukcja/> (05.05.2010)

leczenia, jak i klasyczny, czyli prosty pourazowy zespół stresu oraz złożony syndrom długotrwałego, wielokrotnie powtarzającego się urazu”(J. Lewis Herman,, 1998, s.130).

Z uwagi na wyczerpujący opis syndromu, który dla praktyki szkolnej może okazać się dość istotny przytaczam go w całości za J. Mazur (2002, s. 70-72).

1. Zmiany w sferze emocjonalnej, w tym:

- uporczywa dysforia,
- ustawiczne myśli samobójcze,
- skłonność do samookaleczenia,
- wybuchowość lub skrajne hamowanie gniewu
- kompulsywność lub skrajne zahamowania w sferze seksualnej

2. Zmiany w świadomości:

- amnezja w związku z traumatycznymi przeżyciami,
- przejściowe zmiany dysocjacji,
- depersonalizacja,
- ponowne przeżywanie zdarzeń traumatycznych w postaci objawów wtargnięcia lub ruminacji

3. Zmiany w postrzeganiu siebie, w tym:

- poczucie bezradności albo paraliżu inicjatywy
- wstyd, poczucie winy i samoobwinianie,
- poczucie skalania albo stygmatyzacji,
- poczucie kompletnej odmienności od innych (może to być poczucie własnej wyjątkowości lub dotkliwej samotności, przekonanie o braku zrozumienia ze strony otoczenia lub zdehumanizowane poczucie tożsamości),

4. Zmiany w postrzeganiu prześladowcy:

- obsesyjna koncentracja na związku z prześladowcą,
- nierealistyczne przypisywanie prześladowcy obsesyjnej władzy,
- idealizacja albo paradoksalna wdzięczność,
- poczucie, że związek z prześladowcą jest wyjątkowy,
- akceptacja systemu przekonań lub racjonalizacji prześladowcy

5. Zmiany w relacjach z innymi, w tym:

- izolowanie się i wycofanie,
- zerwanie intymnych związków z innymi,
- powtarzające się poszukiwanie wybawiciela (może występować na przemian z izolacją i wycofaniem)

- trwały brak zaufania,
 - nieskuteczne próby samobójcze
6. Zmiany w systemie wartości:
- utrata wiary dającej otuchę,
 - poczucie beznadziejności i rozpacz,
 - utrata wiary w innych ludzi

Traumatyczne doświadczenia z dzieciństwa nie zawsze związane są z przemocą, może to być uraz, który został zinterpretowany przez jednostkę jako zagrażający życiu. I tak może nim być: bicie dziecka, poniżanie go, ignorowanie jego potrzeb, co prowadzi do zaburzeń w sferze emocjonalnej i w konsekwencji do autoagresji. Niewłaściwe postawy rodzicielskie (odrzućenie, zaniedbanie, nadopiekuńczość, nadmierne wymagania), trudna sytuacja ekonomiczna, bezrobocie, problemy alkoholowe – sprzyjają pojawieniu się tego zaburzenia. Powodem może być również brak rodziców: śmierć, rozwód, pobyt w domu dziecka, szpitalu.

Przyczyny mogą mieć podłoże biochemiczne, mogą być związane z chorobami wrodzonymi (np. syndrom Retta, autyzm, syndrom Lascha–Nyhana) i nabytymi, tj. chroniczne zapalenie mózgu, kiła układu nerwowego oraz uszkodzenia mózgu przez szkodliwe substancje, a także w zespołach depresyjnych i w przebiegu nagłych stanów podniecenia psychoruchowego, w chorobach psychicznych (np. schizofrenii). Do zachowań autodestrukcyjnych zaliczyć można także: zaburzenia łaknienia (bulimia, anoreksja, otyłość), nałogi, obgryzanie paznokci i opuszków palców, przymus uszkodzania skóry (drapanie, rozdrapywanie ran, gryzienie warg) oraz przymus wrywania sobie włosów (z brwi, rzęs, z głowy, a następnie niejednokrotnie zjadanie ich) (E. Sawaściuk, 2/2003).

U dzieci młodzieży najczęściej wynika z:

- problemów z nieradzeniem sobie z otoczeniem (szczególnie w szkole, w domu) oraz trudności w relacjach z otoczeniem, z grupą rówieśniczą,
- problemów domowych – rozwód, alkoholizm, kłótnie z rodzicami (najczęstsza przyczyna podawana przez pedagogów),
- niewłaściwych postaw rodzicielskich (odrzućenia, zaniedbania, nadopiekuńczości, nadmiernych wymagań), trudnej sytuacji ekonomicznej,
- urazów spowodowanych w dzieciństwie (B. Paździor, 2/2007).

Autoagresja jest sposobem wyrażania traumatycznych przeżyć emocjonalnych, ekspresją tych doświadczeń, o których nie sposób zapomnieć, ale i nie sposób nazwać słowami czy wyrazić myślą. Zachowania autoagresywne stanowią metodę radzenia sobie z uczuciami, które w odbiorze jednostki przejmują nad nią kontrolę: gniew, żal, pustka, izolacja, nienawiść czy poczucie winy. Własne ciało staje się realnym polem do wyrażenia tych uczuć, a tym samym zwiększa się poczucie kontroli nad nimi. Akty samouszkodzeń mogą służyć różnym celom, nie tylko wyrażeniu uczuć, ale także próbą odzyskania kontroli nad własnym życiem lub sposobem samoukarania a także ochrony przed powracającymi wspomnieniami.

Samouszkodzenie – to akt polegający na celowym zadawaniu bólu i/lub ran swojemu ciału, pozbawiony jednakże intencji samobójczej, nawet więcej przypisuje mu się charakter samozachowawczy chroniący niejednokrotnie przed dokonaniem samobójstwa.

Aktom samoagresji zazwyczaj nie towarzyszy ból fizyczny. Organizm ludzki wytwarza w takich sytuacjach neuropeptydy – substancje o właściwościach zbliżonych do opium, które skutecznie wygłuszają emocje, co sprawia iż sam akt przebiega raczej nieświadomie. Trudno ocenić skalę, zasięg i częstotliwość zachowań autoagresywnych gdyż dane epidemiologiczne są dalece nieprecyzyjne. Rozpiętość zjawiska podawana przez badaczy waha się od 400 do 1400 na 100 000 rocznie, przy czym przynajmniej 1 osoba na 600 dokonuje aktu samouszkodzenia wymagającego w konsekwencji leczenia szpitalnego (G. Babiker, L..Arnold, 2002, s. 27-28).

Jednostki dokonujące samouszkodzeń na ogół kryją ten fakt przed światem zewnętrznym, przedstawiając swoje obrażenia jako efekty jakiegoś wypadku, przypadkowości, nieuwagi dlatego informacja o zjawisku dociera bardzo późno lub wcale do najbliższych osób nawet tych z rodziny. Wyjaśnienia dotyczące obrażeń i lekceważenie tego faktu przez samą ofiarę powoduje że lekarze, nauczyciele czy pracownicy socjalni nie przywiązują do tego zbyt dużej wagi.

Trudność w oszacowaniu skali zjawiska wynika także z tego iż prowadzone badania obejmują stosunkowo różne zachowania: w jednych badaniach autoagresja obejmuje wachlarz zachowań łącznie z przedawkowaniem używek czy leków w innych skupia się wyłącznie na podcinaniu żył pomijając szereg innych zachowań.

Co do tendencji większość badaczy jest zgodna - tendencje do autoagresji i samookaleczania występują czterokrotnie częściej u nastoletnich dziewcząt niż u chłopców. Więcej zachowań autoagresywnych przejawiały ponadto osoby wychowywane przez jednego z rodziców, niepewne swojej orientacji seksualnej, molestowane seksualnie i fizycznie

(Wyniki analizy badaczy brytyjskich publikuje pismo „British Medical Journal”). Badania naukowców z Uniwersytetu w Oxfordzie (badania przeprowadzone na grupie około 6 tys. uczniów w wieku 15-16 lat z 41 szkół w Anglii) dowodzą iż około 7% badanych nastolatków dokonało aktu samookaleczenia w roku poprzedzającym badania, ale leczenia szpitalnego wymagał tylko niewielki odsetek pacjentów. Najczęstszymi wyabstrahowanymi zachowaniami autodestrukcyjnymi były: zadawanie ran ciętych (65 proc.) i przedawkowanie leków (ponad 30 proc.).

Wśród czynników, które miały bezpośredni wpływ na próby autoagresji u nastolatków, badacze wymieniają akty autoagresji wśród przyjaciół i członków rodzin, nadużywanie narkotyków, depresję, lęk, impulsywność i niską samoocenę.²

Badania S. Lipińskiego (2002r.) przeprowadzone na grupie dziewcząt w wieku 15-18 lat wskazują na ogólnie wysokie (wyższe niż u chłopców w analogicznym wieku) skłonności do agresji psychologicznej. Mimo niewielkiej rozpiętości wyników potwierdzone zostały wyższe skłonności do zachowań autoagresywnych w grupie dziewcząt wychowywanych w rodzinach niepełnych (S. Lipiński, 2005, s. 161-177).

D. Borecka-Biernat zwraca uwagę na jeszcze jeden aspekt występowania autoagresji – „sytuację trudną” czyli taką w której wewnętrzna równowaga sytuacji (układ zadań, czynności podmiotu i warunków) zostaje zachwiana tak, że normalny przebieg aktywności podstawowej zostaje zakłócony i prawdopodobieństwo realizacji zadań na poziomie normalnym staje się mniejsze (T. Tomaszewski, 1978, s. 32). Do takiej kategorii sytuacji trudnych autorka zalicza sytuację ekspozycji społecznej, która przy pewnym układzie i właściwościach struktur poznawczych osobowości jednostki nabiera cech sytuacji zagrożenia. Obecność innych stanowi źródło osobistego zagrożenia jednostki w związku ze spostrzeganiem przez nią, że jest oceniana przez innych, i antycypowaniem negatywnej oceny własnej osoby i/lub czynności w realizację których jest osobiście zaangażowana. Taka sytuacja – kontaktów i oceny społecznej w przypadku doświadczenia negatywnej oceny ze strony innych stanowi zagrożenie dla obrazu własnego „Ja” (D. Borecka-Biernat, 2000, s.34-35).

Zagrożenie własnej osoby podnosi poziom lęku. D. Kubacka-Jasiecka (1975) dokonała analizy emocji pobudzających do czynności agresywnych. Niezależnie od kierunku agresji badani wykazywali emocjonalny typ reagowania na sytuacje trudne i koncentracja na obronie własnego „Ja”. Autorka dokonała charakterystyki pojawiających się emocji i ich przyporządkowania pod kątem współwystępowania z reakcją agresywną lub samoagresywną.

² Dział Badań Centrum Informacji Naukowej IPZ, Serwis 151 z 2002-11-27 (05.05.2010)

Wyniki badań wskazują, iż stan emocjonalny poprzedzający zachowania agresywne wiązany jest z ogólnym poczuciem zagrożenia, któremu towarzyszy silny niepokój i niezwykle silne napięcie, które ulega redukcji po dokonaniu aktu agresji. Akty samoagresji poprzedza silny, trudny subiektywnie do zniesienia stan napięcia i lęku oraz niepokój przed utratą akceptacji.

Poziom lęku, jak twierdzi K. Pospiszyl³ (1981) stanowi element kluczowy – osiowy wyznacznik skłonności do autoagresji i to zarówno w sensie jego przerostu jak i deficytu. Podobne wnioski wyprowadził M. Kosewski⁴ (1977) – samoagresja związana jest z występowaniem lęku i gniewu, przy czym jednocześnie mogą się one ujawniać w różnych proporcjach. Formy agresji, których podłoże stanowi lęk, są mniej lub bardziej bezpośrednie i jawne.

Niektórzy autorzy w następujący sposób podsumowują funkcje samouszkodzeń:

1. Funkcje związane z radzeniem sobie i przetrwaniem

- regulacja napięcia i lęku
- radzenie sobie z gniewem

2. Funkcje związane z Ja

- wzmożenie poczucia autonomii i kontroli
- wzmożenie poczucia kontaktu z rzeczywistością

3. Funkcje związane z radzeniem sobie z traumatycznymi doświadczeniami

- ponowne, w sposób symboliczny, przeżywanie urazu
- przypominanie innym o przeżytych urazach

4. Funkcje związane z karaniem własnej osoby

- karanie siebie, zwłaszcza za nieaprobowane impulsy seksualne
- karanie innych, w tym prześladowcy
- oczyszczenie

5. Funkcje dotyczące relacji z innymi ludźmi

- komunikacja
- karanie innych
- wywieranie wpływu na zachowania innych (C. Żechowski, I. Namysłowska, 2008, s. 647–657).

Jest oczywiste, że w niektórych przypadkach funkcje należące do jednej kategorii pojawiają się w nieco odmiennym aspekcie w innych kategoriach.

³Dotyczy badań na grupie niedoszłych samobójców i grupie mężczyzn popełniających samouszkodzenia w warunkach izolacji więziennej

⁴Badania zachowań samoagresywnych młodocianych przestępców osadzonych w więzieniu

Istotę problemu autoagresji, odczucia jej towarzyszące i funkcje oddają wypowiedzi osób dokonujących samouszkodzeń zaczerpnięte z forów internetowych lub wywiadów z pacjentami. Kompilacji takiej dokonała M. Sitarczyk (2010).

1. Funkcje związane z radzeniem sobie i przetrwaniem

„Sznuty powstrzymują mnie przed odebraniem sobie życia i umożliwiają radzenie sobie z bólem i udręką, które nachodzą mnie od czasu do czasu”

2. Regulacja napięcia i lęku

„Muszę się ciąć, bo czuję, że zaraz zwariuję, jakbym był jakąś bombą zegarową, która za chwilę wybuchnie i wiem, że jak się potnę, to z miejsca będzie mi lepiej”

3. Radzenie sobie z gniewem

„Tnę się, zamiast atakować innych. Widząc krew wypływającą z nacięć na mojej skórze, czuję odprężenie, znika frustracja i złość.

4. Wzmoczenie poczucia autonomii i kontroli

„Okaleczanie ciała dawało mi poczucie większej kontroli, jakbym to ja rządziła ciałem, a nie ono mną”

5. Okazja do zaopiekowania się sobą

„Gdy pielęgnuję swe oparzenia, to czuję, że mam powód kochać siebie, jakbym mówiła sobie: dobrze, już dobrze”

6. Demonstrowanie własnych doświadczeń

„Chciałam się pociąć, żeby móc zobaczyć swój wewnętrzny ból. W końcu te lata zadawanej mi męczarni dały jakiś efekt. Oto co mi zrobili”

7. Karanie się

„Okaleczam się za to, że jestem taka samolubna i że mało staram się być inna”

8. Oczyszczenie

„Czułam, że razem z krwią wypływa ze mnie wszystko co złe”

9. Karanie prześladowcy

„Gdy się tnę, to wydaje mi się, jakbym robiła to jemu, draniowi”

10. Komunikacja

„Chciałam, żeby ktoś zapytał mnie, dlaczego to robię. Wtedy mogłabym opowiedzieć o swojej przeszłości”

11. Karanie innych (M. Sitarczyk, 2010).

„Nigdy nie powiedziałam ojcu nawet słowa o tym, co mi zrobił. Ale on nienawidzi moich bliźni. Są dla niego jak wyrzut sumienia – nie może udawać, że nic się nie stało albo że mnie to nie boli.”

Wiele zachowań około-agresywnych ma swoje źródło w lansowaniu kanonów piękna, w czym duży udział mają media. Zjawisko narażania zdrowia i życia w celu sprostanienia ideałom lansowanym przez kulturę masową jest wyraźnie widoczna wśród młodzieży, która jest szczególnie wrażliwa na to, jak jest postrzegana i oceniana. Dążenie za wszelką cenę do sprostanienia ideałom lansowanym przez modę powoduje iż racjonalnych uzasadnień poszukuje się dla działań, które szkodzą zdrowiu (operacje plastyczne korygujące „defekty” natury, drastyczne diety, tatuaże, wybielanie lub nadmierne opalanie skóry, sporty ekstremalne itp.), aby tylko podnieść swoją atrakcyjność pod względem fizycznym. Jak pisze Z. Melosik, żyjemy w społeczeństwie konsumpcji, w którym [...] ludzie coraz częściej postrzegani są przez pryzmat swoich ciał (Z. Melosik, 2003 s. 78). Wyznacznikiem pozycji i poglądów jest wygląd zewnętrzny, a tożsamość staje się niewidocznym elementem wnętrza człowieka (K. Gal., 2006, s. 269).

Jak pomóc?

- wyjaśniać przyczyny,
- pomagać zrozumieć,
- pomagać znaleźć uznanie
- docenić wagę problemu.

Wielu autorów i znawców problemu sugeruje potrzebę wprowadzania do szkół edukacji na temat zdrowia psychicznego, która dotykałaby zagadnień min. samooceny, depresji, lęku oraz potrzebę wprowadzania w szkołach rutynowych testów przesiewowych, które pomogłyby wykrywać dzieci z największymi predyspozycjami do zachowań autoagresywnych, jednak podstawę powinno stanowić zainteresowanie problemami dziecka, rozmowa, poczucie bezpieczeństwa.

Jednostki, u których zauważono objawy autoagresji powinny być objęte diagnozą i terapią psychologiczną. Dobrze byłoby gdyby terapią objęte były nie tylko same dzieci czy młodzież, ale także ich najbliższych, gdyż najczęściej problem jest rozległy i dotyka całej rodziny.

Ważne jest także, aby o autoagresji rozmawiać, informować środowisko szkolne o przejawach, formach samouszkodzeń i możliwościach pomocy. Autoagresja może okazać się bardziej powszechna niż to się nam wydaje.

Bibliografia

1. Babiker G., Arnold L. (2002), *Mowa zranionego ciała*, GWP, s. 27-28
2. Borecka-Biernat D. (2000), *Zachowania młodzieży w sytuacji kontaktu społecznego*, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, s. 32
3. Gal K. (2006), *Zachowania autoagresywne młodzieży w wieku wczesnej adolescencji w kontekście kultury masowej*, [w:] M. Gwoździcka-Piotrowka, A. Zduniak (red) *Bezpieczeństwo jako wartość*, t.1, Wyd. Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, Piotrków Trybunalski, s. 269
4. Hołyst B. (1991), *Przywrócenie życiu*, PWN, Warszawa
5. Kępiński A. (1977), *Lęk*, PZWL, Warszawa
6. Lewis Herman J. (1998), *Przemoc. Uraz psychiczny powrót do równowagi*, GWP, Gdańsk, s. 130
7. Lipiński S. (2005), *Syndrom agresji u dziewcząt wychowywanych przez samotne matki* [w:] T. Sołtysiak (red.) *Zagrożenia w wychowaniu i socjalizacji młodzieży oraz możliwości ich przezwyciężania*, Wyd. Akademii Bydgoskiej, 2005, s. 161-177
8. Lipowska-Teutsch A. (1998), *Wychować, wyleczyć, wyzwolić*, PARPA, s. 49
9. Malinowska K. (2007), *Realny i idealny obraz siebie u osób po próbach samobójczych*, *Annales* vol. XX, UMCS, s. 86-87
10. Mazur J. (2002), *Przemoc w rodzinie. Teoria i rzeczywistość*, Wyd. Akademickie Żak, Warszawa, s. 70-72
11. Melosik Z. (2003), *Kultura jako element socjalizacji*, [w:] Z. Kwieciński, B. Śliwerski (red) *Pedagogika* t.2, PWN, Warszawa, s. 78
12. Pastwa-Wojciechowska B., *Agresja i autoagresja*, <http://psychologia.univ.gda.pl/materialy/AGRESJA> (05.05.2010)
13. Paździor B. (2007), *Naciąć się na życie – autoagresja*, *Biuletyn Ogólnopolski PSPP* nr2
14. Sawaściuk E. (2003), *Autoagresja*, *Niebieska Linia* nr 2
15. Sitarczyk M. (2010), *Kiedy życie boli*, *Materiały pokonferencyjne (VI Konferencja Naukowa, PPP, Zamość, 2010)*
16. Tomaszewski T. (1978) [w:] D. Borecka-Biernat, *Zachowania młodzieży w sytuacji kontaktu społecznego*, Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, 2000, s. 32
17. Żechowski C., Namysłowska I. (2008), *Kulturowe i psychologiczne koncepcje samouszkodzeń*, *Psychiatria Polska*, 2008, tom XLII, nr 5, s. 647–657
18. <http://www.charaktery.eu/slownik-psychologiczny/A/132/Autodestrukcja/> (05.05.2010)