



Aleksandra Lukasek

Akademia Nauk Stosowanych WSGE
im. A. De Gasperi

E-mail: aleksandra.lukasek@wsge.edu.pl

ORCID: orcid.org/0000-0001-7053-3521

Agnieszka Chwierut

Akademia Nauk Stosowanych WSGE
im. A. De Gasperi

E-mail: achwierut@op.pl

DOI: doi.org/10.13166/awsge/187760

SAMOOKALECZENIA WŚRÓD MŁODZIEŻY LICEALNEJ

SELF-MUTILATION AMONG HIGH SCHOOL YOUTH

Streszczenie: Artykuł został poświęcony problematyce samookaleczeń wśród młodzieży licealnej przebywającej w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie. Podjęte badania miały na celu poznanie zjawiska samookaleczeń, jej symptomów, uwarunkowań oraz następstw wśród wymienionej grupy. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego w grupie reprezentującą wybraną populację.

SŁOWA KLUCZOWE: autodestruktywność, samookaleczenie, samozranienie, samouszkodzenie, autoagresja

Abstract: The article is devoted to the issue of self-mutilation among high school students staying in the Mazowiecki Neuropsychiatry Center in Józefów. The undertaken research was aimed at understanding the phenomenon of self-mutilation, its symptoms, conditions and consequences among the above-mentioned group. The study used the method of diagnostic survey in a group representing a selected population.

KEYWORDS: self-destructiveness, self-mutilation, self-injuring, self-harm, self-aggression

WPROWADZENIE

Współczesna rzeczywistość podlega nieustannym zmianom, za którymi trudno jest nadążyć, a zwłaszcza młodym ludziom wkraczającym w okres dorosłości. Młodzi ludzie w niej egzystujący dążą do znalezienia swojego miejsca, w którym będą czuli się dobrze i bezpiecznie. Niestety wielu z nich często boryka się z licznymi problemami wieku dorastania. Jedni rozwiązują swoje kłopoty poprzez ucieczkę w nałogi, tj. alkohol, narkotyki. Drudzy nie mogą poradzić sobie z trudną sytuacją, dokonują aktów samookaleczeń. W skrajnych sytuacjach dochodzi do prób samobójczych. Samookaleczenia młodzieży budzą silne emocje, zarówno u rodziców, jak również nauczycieli, pedagogów. Niewątpliwie stanowią poważne zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia danej jednostki. Najogólniej rzecz biorąc, pojęcie samouszkodzenie odnosi się do *nieakceptowanych kulturowo i społecznie zachowań, pozbawionych intencji samobójczej, polegających na celowym naruszeniu ciągłości tkanek własnego ciała* (B. Ziółkowska, 2010, s. 94).

Samookaleczenia (samozranienie, samouszkodzenie (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s.14). zaliczane są do zachowań autoagresywnych, które u danej jednostki występują o zróżnicowanej częstotliwości oraz różnym stopniu nasilenia (cyt. za D. Jęczmińska, 2022)s.14). Warto podkreślić, iż dla wielu badaczy owe zachowania stanowią zagadkę wzbudzającą liczne kontrowersje. Są czymś niezrozumiałym, niepojętym i nienaturalnym (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s.13). Niektórym osobom może się wydawać, iż autoagresja występuje wyłącznie w środowisku więźniów, recydywistów bądź w grupie osób chorych psychicznie (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s.13). Niestety okazuje się, że zjawisko samookaleczenia to problem, który coraz częściej dotyczy osób nieletnich.

Celem niniejszego artykułu jest poznanie zjawiska samookaleczeń wśród młodzieży licealnej przebywającej w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie oraz zaprezentowanie postulatów, które mogą przyczynić się do planowania i wdrażania działań profilaktycznych.

POJĘCIE SAMOOKALECZENIA, PODZIAŁ I FORMY SAMOUSZKODZEŃ

Według klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 samookaleczenia to *nieakceptowane społecznie, celowe uszkodzenia ciała, wywołujące krwawienie, zasinienie lub ból, podejmowane w celu redukcji dyskomfortu psychicznego* (D. Jęczyńska, 2022, s.32). To objaw wielu zaburzeń psychicznych, a zwłaszcza depresji (<https://lustro.org/samookaleczenie>, 2023).

Według W. Walsh *samookaleczenie stanowi uszkodzenie własnego ciała, które nie jest akceptowane społecznie, a jest wykonywane w celu zmniejszenia dyskomfortu psychicznego i zakomunikowania o nim* (W. Walsh, 2014 s. 20). Nasilone samookaleczenia mogą spełniać kryteria zaburzenia określonego jako samookaleczenia bez intencji samobójczych (non – suicidal self – injury, NSSI) (B. Remberk, 2020, s. 551). Często jednak samookaleczenia uznawane są za objaw, który może występować w przebiegu różnych zaburzeń natury psychicznej bądź trudności o nasileniu subklinicznym (B. Remberk, 2020, s. 551).

Definiując samouszkodzenia, przedstawiono je z innymi formami zachowań mających charakter autodestrukcyjny:

1. Udoskonalenie ciała – wszelkiego rodzaju operacje plastyczne, przekłuwanie uszu, brwi, warg;
2. Zachowania autodestrukcyjne – zaburzenia łaknienia, nadużywanie substancji psychoaktywnych, ryzykowne zachowania seksualne.
3. Somatyczne przejawy uczuć – zmiany skórne, ból, skłonność do wypadków.
4. Zaburzenia pozorowane – Zespół Münchhausena, symulowana choroba.
5. Samozniszczenia – samobójstwo, przedawkowanie.
6. Marginalne zachowania samouszkodzające – palenie papierosów, ryzykowna jazda samochodem, pracoholizm, uprawianie niebezpiecznych sportów.
7. Samookaleczenia – nacinanie skóry, drapanie, obijanie, przypalanie, uderzenie itp. (G. Babiker, L. Arnold, 2002, s. 25).

We współczesnym świecie samouszkodzenia postrzegane są jako szokujące, niepojęte i odpychające. Celowe uszkodzanie własnego ciała uważa się za coś

złego, niewłaściwego, budzącego zarazem obrzydzenie i wstręt (G. Babiker, L. Arnold, 2002, s. 43). Samookaleczenia mogą być uznawane za jeden z czynników ryzyka zachowań samobójczych (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s.106).

W wielu kulturach okaleczanie ciała jest nośnikiem głęboko symbolicznych treści (cyt. za G. Babiker, 2002, s. 44). W niektórych zaś społeczeństwach samookaleczenia stanowią ważny element praktyk uzdrawiających, np. *na wyspach Pacyfiku otworzenie ciała człowieka ma na celu uwolnienie organizmu od szkodników, które wedle wierzeń znajdują się w jego wnętrzu, powodując chorobę* (cyt. za G. Babiker, 2002, s. 44).

W innych kręgach kulturowych uzdrowiciele nacinają sobie głowy, a członkowie marokańskiego bractwa Hadamasza wierzą, iż samookaleczenie prowadzi do jedności z duchami, jak również do wyleczenia różnorodnych chorób i dolegliwości (cyt. za G. Babiker, 2002, s. 47). Warto nadmienić, iż puszczanie krwi w celach uzdrawiających to tradycja, która obecna jest w Europie od II w. n.e., a która przetrwała aż po XIX wiek. W niektórych zaś obszarach owa tradycja przetrwała do lat 20 – stych XX wieku (cyt.za G. Babiker, 2002, s. 29).

Autoagresja to *działanie lub szereg działań mających na celu spowodowanie psychicznej lub fizycznej szkody* (S. Kozak, 2007, s. 57). Bezpośrednie zachowania autodestrukcyjne głównie dotyczą uszkodzenia tkanek (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s.48). Wyróżnia się podział na autoagresję bezpośrednią (bicie, samookaleczanie samooskarżanie) oraz autoagresję pośrednią, gdzie osoba okaleczająca się wymusza, prowokuje i poddaje się agresji innych (cyt. za S. Kozak, 2007, s. 57). Występuje także podział na autoagresję werbalną i niewerbalną. Autoagresja werbalna dotyczy samooceny, a w zasadzie jej zaniżania poprzez częstą krytykę własnej osoby i swojego zachowania” (cyt. za S. Kozak, 2007, s. 50), zaś autoagresja niewerbalna to zadawanie sobie powierzchownych lub głębokich ran ciętych, wbijanie ostrych przedmiotów w ciało, połykanie ich, polewanie się kwasem, przypalanie, łamanie kości, wycinanie fragmentów własnego ciała itp. (cyt. za S. Kozak, 2007, s. 50).

Uwzględniając stopień zagrożenia dla zdrowia lub życia, typowy wzorzec zachowań, ich powtarzalność i współwystępujące zaburzenia, wyodrębniono następujący podział samouszkodzeń:

1. Samouszkodzenia stereotypowe – specyficzne pod względem formy uszkodzenia ciała, o zróżnicowanym stopniu zagrożenia (od łagodnych

- po poważne, niekiedy zagrażające życiu), typowe dla autyzmu, niepełnosprawności intelektualnej oraz tak zwanych zespołów psychoorganicznych, zwykle mające charakter stałego, wielokrotnego (często rytmicznego) wykonywania autodestruktywnych czynności, np. uderzanie w ciało zaciśniętą pięścią, uderzenie głową o ścianę, bicie, gryzienie, drapanie ciała do krwi, ciągnięcie za uszy, wrywanie włosów z głowy garściami. Niektóre formy stereotypowych samouszkodzeń mogą być charakterystyczne dla danych jednostek samookaleczających się, np. gryzienie dłoni, rąk, przedramion, przygryzanie warg i języka do krwi w zespole Lesha – Nyana.
2. Samouszkodzenia wielkie – izolowane, pojedyncze akty poważnych uszkodzeń ciała, podejmowane pod wpływem impulsu lub są zaplanowane. Mają charakter symboliczny. Skutkują poważnym uszczerbkiem na zdrowiu, kalectwem do końca życia. Zazwyczaj towarzyszą psychozom lub stanom ostrego upojenia alkoholowego, a także transseksualizmowi, np. odcięcie kończyny, autokastracja, pozbawienie się oka, palców.
 3. Samouszkodzenia kompulsywne – są powierzchowne, zwykle wielokrotnie powtarzane w ciągu doby. Mają zrytualizowany charakter. Mogą być powiązane z zaburzeniami zachowania, zaburzeniami obsesyjno – kompulsywnymi, trichotillomanią lub zaburzeniem ruchów stereotypowych. Obejmują takie formy samouszkodzeń jak: ogryzanie paznokci, skubanie, wyciskanie skóry, wrywanie włosów (niekiedy połykanie ich).
 4. Samouszkodzenia impulsywne – są zwykle powierzchowne, epizodyczne (jednorazowe) lub powtarzalne, podejmowane pod wpływem nagłego wzrostu napięcia emocjonalnego. Związane z odczuciem ulgi następującym po dokonaniu aktu samouszkodzenia, często symboliczne. Polegają na nacinaniu skóry, biciu ciała bądź przypalaniu go (cyt. za S. Kozak, 2007, s. 94-95).
 5. Samouszkodzenia jako odrębna jednostka psychopatologii – rozpatrywane w kontekście innych form psychopatologii, a w roku 2005 jedna z badaczy, Jennifer Muehlenkamp zaproponowała kryteria

diagnostyczne dla *syndromu celowych samouszkodzeń* (cyt. za S. Kozak, 2007, s. 96). Do nich należą:

- zaabsorbowanie fizycznym raniem siebie pozbawionym intencji samobójczej;
- niezdolność do powstrzymania impulsu prowadzącego do wyrządzenia sobie krzywdy;
- subiektywnie odbierane jako niepoddające się kontroli odczucie narastającego napięcia, lęku, gniewu, dysforii i ogólnego dystresu poprzedzającego akt zranienia ciała;
- odczucie ulgi, zadowolenia lub uwolnienia się od stanu depersonalizacji, następujące po akcie samouszkodzenia;
- co najmniej pięciokrotne zranienie się, przebiegające według tego samego uogólnionego wzorca;
- niemożność wyjaśnienia samouszkodzeń obecnością: psychozy, transseksualizmu, niepełnosprawności intelektualnej, zaburzeń rozwoju bądź innych warunków medycznych;
- silny dystres lub znaczne zakłócenie funkcjonowania jednostki w sferze społecznej, zawodowej czy innej, spowodowane obecnością samouszkodzeń (cyt. za S. Kozak, 2007, s. 97).

Do najczęstszych form samookaleczeń należą samouszkodzenia umiarkowane impulsywne (cyt. za S. Kozak, 2007, s. 50). W samouszkodzeniach umiarkowanych raniecie ciała dotyczy przede wszystkim rąk, nóg, niekiedy także brzucha, rzadziej głowy, klatki piersiowej lub genitaliów (J. Wycisk, B. Ziółkowska, 2010, s. 98). Wśród najczęściej stosowanych form samookaleczeń umiarkowanych wyróżnia się:

- nacinanie ciała ostrym narzędziem (żyłką, nożykiem, kawałkiem szkła);
- zadawanie sobie ciosów (lub uderzanie ciałem o twarde przedmioty, ściany itp.
- przypalanie skóry papierosem, zapalniczką;
- nakłuwanie ciała szpilkami, agrafkami, pinezkami;
- rozdrapywanie skóry;
- gryzienie;
- szczypanie;

- ogryzanie paznokci i skórek;
- wrywanie włosów (J. Wycisk, B. Ziółkowska, 2010, s. 98).

Osoby dokonujące aktów samookaleczenia używają do tego celu różnorodnych przedmiotów, które mogą spowodować zranienie. Są to: żyletki, noże, nożyczki, scyzoryki, kawałki potłuczonego szkła, cząłki do paznokci, spinacz do papieru, nakrętki, długopisy, ołówki.

Część osób młodych każdorazowo uszkadza się inaczej, a uzależnione jest to od ich stanu uczuć bądź dostępnych środków. Zdarzają się poparzenia wodą lub parą wodną, uderzanie się o ścianę, zadawanie sobie ciosów, rozdrapywanie ran, gryzienie, nakłuwanie, drapanie, wrywanie włosów. Do samo-okaleczeń dochodzi pod wpływem silnego wewnętrznego napięcia, nagłego impulsu (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s. 54).

FUNKCJE SAMOOKALECZEŃ, PRZYCZYNY SAMOOKALECZEŃ

Określenie funkcji samookaleczeń – czyli udzielenie odpowiedzi na pytanie: po co jednostka dokonuje aktów samouszkodzeń? – spotkało się z ogromnym zainteresowaniem wśród wielu badaczy. (m.in. A. Babiker, J. Wycisk). Stało się tak, ponieważ badane pojęcie odnosi się do roli, jaką zachowanie pełni w życiu jednostki, niezależnie od tego, na ile mocno ona sama uświadamia to sobie i w jaki sposób określa motywy swojego zachowania (cyt. za J. Wycisk, B. Ziółkowska, 2010, s. 113). Próbowano określić funkcje samouszkodzeń jako:

- radzenie sobie z przeżyty traumą,
- ponowne doświadczanie urazu,
- stwarzanie okazji do zaopiekowania się sobą,
- wzmocnienie poczucia autonomii,
- karanie prześladowcy,
- ogniskowanie bólu (by lepiej go kontrolować),
- rozładowanie napięcia i lęku,
- ekspresję własnego cierpienia,
- wywieranie wpływu na innych,
- podkreślenie przynależności do danej grupy itp. (cyt. za J. Wycisk, B. Ziółkowska, 2010, s. 113).

Dla wielu młodych ludzi samookaleczenia są jedną z metod radzenia sobie z problemami emocjonalnymi. Nacinanie skóry własnego ciała lub zadawanie sobie innego rodzaju bólu fizycznego tudzież ran, może być odczuwane jako ratowanie sobie życia, a nie jako akt autodestrukcji. Wielu badaczy twierdzi, iż można wyróżnić kilka emocji oraz stanów natury psychicznej, które mogą towarzyszyć aktom samookaleczeń u młodzieży (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s. 85). Wybitny norweski psycholog Svein Overland uważa, iż *samouszkodzenia mogą być formą rytuału wieńczącego dzień, przybierać impulsywną formę, zakończyć się poważnym uszkodzeniem ciała bądź samobójstwem* (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s. 85). Samouszkodzenia mogą pełnić różne funkcje i wynikać z różnych motywacji, co skutkuje mnogością definicji i pojęć opisujących ten proces (I. Makowska, A. Gmitrowicz, s. 173).

Wielość motywów, które podają osoby dokonujące aktów samookaleczeń, próbowano ująć w kategorii powstałe po wyodrębnieniu typów wzmocnień według następującego schematu:

- wzmocnienia pozytywne (dostarczające gloryfikacji w formie dodatkowych odczuć),
- wzmocnienia negatywne (związane z ulgą wynikającą ze zmniejszenia odczuć o charakterze negatywnym),
- wzmocnienia automatyczne (ich źródło leży wewnątrz jednostki, to znaczy w jej umyśle),
- wzmocnienia społeczne (dotyczą funkcjonowania jednostki w danym społeczeństwie, a przede wszystkim w komunikacji interpersonalnej) (I. Makowska, A. Gmitrowicz, 2018, s. 114).

Badania przeprowadzone wśród młodzieży dokonującej aktów samookaleczenia dowiodły, że funkcje automatyczne (intrapsychiczne) są o wiele bardziej powszechne aniżeli funkcje społeczne. Potwierdza to obecna w wielu teoriach naukowych myśl, że *samookaleczenia są niedoskonałą formą regulacji afektu* (I. Makowska, A. Gmitrowicz, 2018, s. 114). W literaturze przedmiotu kładziono nacisk na intrapsychiczne funkcje samouszkodzeń, który może być niewspółmierny w stosunku do ich rzeczywistego znaczenia i prowadzić do umniejszenia wagi pozostałych funkcji samookaleczeń

(I. Makowska, A. Gmitrowicz, 2018, s. 114). Skłaniają ku temu następujące przesłanki:

1. Czynniki aprobaty społecznej może determinować niechęć do przyznawania się, że ranienie jest formą ekspresji, komunikacji z innymi czy wywierania nacisku lub wynika z naśladowania innych osób.
2. Lawinowo wzrastająca liczba młodzieży okaleczającej się (efekt *epidemii* samouszkodzeń) skłania ku analizie społecznych uwarunkowań tego typu aktów autoagresji (I. Makowska, A. Gmitrowicz, 2018, s. 114).

Nie należy pomijać znaczenia społecznych funkcji samouszkodzeń. Mogą one być szczególnie ważne w odniesieniu do nieletnich, którzy eksperymentują ze swoim ciałem. Okaleczanie ciała to forma ekspresji własnego cierpienia, także wówczas, gdy nie jest ujawniona, a wyjawienie jej zwykle spotyka się z silnym oddźwiękiem ze strony otoczenia i może przerodzić się w formę manifestowania własnych potrzeb, tj. potrzeba autonomii i więzi), kontrolowania poczynań innych ludzi czy wywierania nacisków poprzez indukowanie poczucia winy (I. Makowska, A. Gmitrowicz, 2018, s. 115).

Często samouszkodzenia są sposobem na pozbycie się negatywnych emocji. Mogą być metodą radzenia sobie z problemami i utrzymywania się przy życiu wbrew ogromnemu napięciu psychicznemu (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s.91). Do funkcji samookaleczeń należy też regulacja napięcia i lęku (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s.92). Gdy silne uczucia stają się nieznośne, samozranienie może przynieść uspokojenie, wyciszenie i redukcję napięcia psychicznego. Zachowania te mogą mieć istotny wpływ na kształtowanie tożsamości, gdyż:

- postępowanie zgodnie z zewnętrznym wzorcem, idolem bądź kolegą, który cieszy się uznaniem wśród grupy rówieśniczej, może być elementem fazy lustrzanej stanowiącej etap w kształtowaniu się tożsamości;
- przejawienie się zachowań autoagresywnych może służyć budowaniu obrazu siebie w oparciu o cechy charakterystyczne dla kulturowego wzorca męskości, tj. odwaga, wytrzymałość na ból itp. *O ile cechy kojarzone z męskością są dla danej osoby istotne niezależnie od płci – może ona „używać” samookaleczeń dla ich potwierdzenia i wzmacniać w ten*

sposób poczucie własnej wartości” (cyt. za J. Wycisk, B. Ziółkowska, 2010, s. 115);

- okaleczanie ciała – może sprzyjać samookreśleniu dokonaneemu w oparciu o nie oraz przypisywane mu cierpienie, brak samoakceptacji i poczucie zranienia, co jawi się jako dramatyczna dezadaptacyjna próba rozwiązywania kryzysu tożsamości, która jednak do pewnego stopnia pozwala podtrzymać chwiejną strukturę *ja* (cyt. za J. Wycisk, B. Ziółkowska, 2010, s. 116).

Wielu młodym ludziom samookaleczenia daje złudne poczucie, że nad czymś mają władzę, korzystają z autonomii i są panami własnego życia: *Okaleczanie pewnych partii ciała dawało mi poczucie większej kontroli, jakbym to ja rządziła ciałem, a nie ono mną* (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s. 92). Samouszkodzenia mogą być związane z traumatycznymi wydarzeniami z lat poprzednich. Stanowią replikę okoliczności związanych z doznaną kiedyś krzywdą. Samookaleczenia pozwalają ponownie przeżyć uraz lub wynikające z niego cierpienie (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s. 92). Warto przytoczyć wypowiedź jednej z osób samokaleczających się:

Przez całe życie byłam przyzwyczajona do fizycznych męczarni i bez nich czułam strach i osamotnienie, sama więc reaktywowałam przemoc. Okaleczam się czasami, kiedy czuję kompletną pustkę i przerażenie. W takich chwilach mam wrażenie, że tylko to mi pozostaje. To mnie przeraża, ale jednocześnie na swój sposób pociesza (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s. 93).

Samookaleczenia mogą działać jako rodzaj kary, oczyszczenia bądź pokuty (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s. 93):

Okaleczam się za to, że jestem taka samolubna i że za mało staram się być inna. Gdy się poparzę albo potnę, mogę sobie wybaczyć i po użalać się troszkę nad sobą, a nie czuć się ciągle, jak gdybym była najgorszym człowiekiem na ziemi (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s. 93).

Samouszkodzenia mogą pełnić funkcję związaną z komunikacją i relacjami z drugim człowiekiem. W relacji z otoczeniem młody człowiek, który się samookalecza, czuje się nierozumiany, wyalienowany, opuszczony, skrzywdzony i nieważny (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s. 107). W dodatku ma niskie poczucie własnej wartości. Mogą być próbą nawiązania komunikacji międzyludzkiej, w której chodzi o niewerbalną prośbę o pomoc lub wywieranie wpływu na daną jednostkę (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s. 94):

Dzięki temu mogę pokazać sobie samej i innym, jak bardzo się nienawidzę i że naprawdę nie jest ze mną najlepiej (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s. 94).

Młodzi ludzie po dokonaniu samookaleczenia odczuwają ulgę. To dla nich pewnego rodzaju nagroda za doznane wcześniej krzywdy oraz cierpienia. Dzięki takim zachowaniom młody człowiek czuje się znacznie lepiej, ponieważ przenosi cierpienie psychiczne na ból fizyczny (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s. 94). Wówczas odczuwa stan zadowolenia, spokoju, ukojenia po dokonaniu aktu samozranienia. Akt ten daje niczym morfina efekt natychmiastowy (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s. 95).

Samookaleczenia mają złożoną etiologię. Według naukowca Barenta Walsha samouszkodzenie to akt biopsychospołeczny obejmujące wymiar środowiskowy, biologiczny, poznawczy, afektywny oraz behawioralny (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s. 68).

Wymiar środowiskowy dotyczy zdarzenia z przeszłości rodziny osoby dokonującej aktu samookaleczania. Najczęstszą przyczyną autoagresji wśród młodzieży jest uraz psychiczny przeżyty we wczesnym dzieciństwie. Niewłaściwe postawy ze strony rodziców, opiekunów prawnych, tj. odrzucenie, zaniedbanie, trudna sytuacja materialna, bezrobocie i to, co wśród naszych podopiecznych występuje najczęściej – problemy alkoholowe rodziców oraz nadużywanie przez nich substancji psychoaktywnych tudzież narkotyków, sprzyjają pojawieniu się badanego zjawiska, jakim jest samookaleczenie. Powodem może być także utrata rodziców, rozwód, pobyt w placówkach pieczy zastępczej bądź młodzieżowych ośrodkach wychowawczych. Wśród zdarzeń traumatycznych bezpośrednio wpływających na losy dziecka wymieniono również

wykorzystanie seksualne, stosowanie przemocy psychicznej i fizycznej (cyt. za J. Wycisk, B. Ziółkowska, 2010, s. 119).

Coraz częściej bada się związki między wymiarem biologicznym a samouszkodzeniami (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s. 71). Samookaleczenia wiążą się z chorobą schizofrenii. Zjawisko to towarzyszy zaburzeniom snu, zaburzeniom odżywiania i chorobom somatycznym. Osoby, które się samookaleczają mogą mieć zmniejszoną wrażliwość na ból. Spowodowane jest to dysregulacją neurohormonalną związaną z wydzielaniem endorfin (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s. 71). Brak lub deficyt stymulacji bodźcowej, deprywacja sensoryczna sprawia, iż młody człowiek dokonuje aktów autoagresji (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s. 73).

Badacze, tacy jak: G. Babiker, Walsh) odnoszą się do związku między obniżonym poziomem serotoniny a impulsywnymi zachowaniami agresywnymi oraz samouszkodzeniami (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s. 71). Serotonina to jeden z neuroprzekaźników, czyli substancji odpowiedzialnych za przewodzenie impulsów nerwowych do mózgu. Jest neurotransmiterem pośredniczącym w regulowaniu wielu procesów fizjologicznych, tj. sen popęd seksualny, głód, pragnienie, nastroj czy impulsy agresywne (cyt. za J. Wycisk, B. Ziółkowska, 2010, s. 123). Obniżony poziom serotoniny ma związek z depresją, samookaleczaniem, a także zachowaniami samobójczymi (cyt. za J. Wycisk, B. Ziółkowska, 2010, s. 123). Inne badania wskazują na związek pomiędzy niskim poziomem serotoniny a samouszkodzeniami o charakterze kompulsywnym. Reasumując, obniżony poziom serotoniny lub zbyt mała liczba receptorów zdolnych do jego wychwytywania przyczynia się do podejmowania przez jednostki aktów samookaleczeń (cyt. za J. Wycisk, B. Ziółkowska, 2010, s. 123).

Podejmowanie samouszkodzeń ma również związek z poziomem kortyzolu i norepinefryny (noradrenaliny), czyli hormonów uwalnianych podczas silnej reakcji stresowej (cyt. za J. Wycisk, B. Ziółkowska, 2010, s. 124). Osoby, które dokonują samouszkodzeń mogą bardziej reagować na uwalniany pod wpływem stresu kortyzol, a jego poziom spada pod wpływem samouszkodzeń powodując redukcję napięcia emocjonalnego (cyt. za J. Wycisk, B. Ziółkowska, 2010, s. 124), zaś podwyższony poziom norepinefryny, hormonu odpowiedzialnego za stresową reakcję organizmu *walcz lub uciekaj*, wiąże się z większą impulsywnością i tendencją do zachowań autoagresywnych (cyt. za J. Wycisk, B. Ziółkowska, 2010, s. 124). U osób dokonujących

samouszkodzeń, fizjologiczna reakcja na stresujące zdarzenia jest nieadekwatnie silna i łatwo prowadzi do podejmowania tego typu zachowań (cyt. za J. Wycisk, B. Ziółkowska, 2010, s. 124).

Badając przyczyny samouszkodzeń nie można pominąć wymiaru poznawczego. Młodzi ludzie dokonujący aktów samookaleczeń najczęściej mają bardzo niskie poczucie wartości. Myślą o osobie w sposób pejoratywny. Postrzegają się jako osoby bezwartościowe, niegodne miłości i zainteresowania. Wydaje im się też, że są negatywnie oceniani przez grupę rówieśniczą. Ich niskie poczucie wartości i brak wiary we własne możliwości przyczynia się do autodestrukcyjnych zachowań. Ukierunkowanie na właściwy, zarazem pozytywny tok myślenia stanowi jeden z najistotniejszych kroków terapeutycznych młodzieży borykającej się z autoagresją i samouszkodzeniami własnego ciała.

Z wymiarem poznawczym ściśle związany jest wymiar afektywny (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s. 75). Młodym ludziom niejednokrotnie trudno jest uporać się z negatywnymi emocjami, takimi jak złość, lęk, niepewność, napięcie, wszechogarniający smutek, panika, poczucie wstydu, winy, zmartwienie, panika, strach, frustracja, rozczarowanie, dyskomfort, przytłoczenie, uczucie samotności, pustki. Takie emocje najczęściej towarzyszą osobom samookaleczającym się, nieradzącym sobie z problemami dnia codziennego (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s. 75). Często uważa się również, że istotnym problemem jednostek samookaleczających się jest nieumiejętność prawidłowej regulacji własnych stanów afektywnych, deficyt ten ma kluczowe znaczenie, ponieważ regulacja afektu stanowi główny motyw i podstawową funkcję tych zachowań (cyt. za J. Wycisk, B. Ziółkowska, 2010, s. 125). Jednostki dokonujące aktów samouszkodzeń mają trudności w rozpoznawaniu i nazywaniu własnych stanów wewnętrznych. Nie są w stanie określić ich źródła, a tym bardziej nimi kierować (cyt. za J. Wycisk, B. Ziółkowska, 2010, s. 125).

Przyczyn samookaleczeń upatruje się również w działaniach mających bezpośrednio miejsce przed aktem opisywanego zjawiska. Mamy tu do czynienia z wymiarem behawioralnym (nieustające kłótnie, konflikty z rodzicami, nadużywanie substancji psychoaktywnych, izolacja, niepowodzenia szkolne, zachowania przygotowawcze przed samookaleczeniem (dobór narzędzia) (cyt. za D. Jęczmińska, 2022, s. 76). Samookaleczenia, jak już wcześniej wskazano to coraz częstsze zjawisko występujące wśród polskiej młodzieży. Akt ten

uwarunkowany jest wpływem środowiska rodzinnego i szkolnego, następnie – wpływem mediów kładącym silny nacisk na wygląd zewnętrzny lansowany przez celebrytów, a także kontekstem grupy rówieśniczej oraz wewnętrznymi czynnikami psychologicznymi (cyt. za D. Jęczyńska, 2022, s. 76).

Z powyższych danych wynika, iż zjawisko samookaleczenia ma złożoną genezę. Aby go zrozumieć należy uwzględnić historię życia danej jednostki, znaczenie czynników środowiskowych, kulturowo – społecznych, biologicznych, poznawczy, afektywnych oraz behawioralnych.

PROCEDURA BADAWCZA

Badania na temat zjawiska samookaleczenia przeprowadzono w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie, w grupie młodzieży licealnej w przedziale wiekowym od 14 do 17 roku życia. W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego posłużono się techniką ankiety. Narzędziem zastosowanym do wyżej wspomnianych badań jest kwestionariusz ankiety.

Pod względem płci przeważającą część badanych stanowiły dziewczęta (60% badanych). Badania zostały przeprowadzone w okresie od 01.03.2023 r. do 28.04. 2023 roku. Charakterystykę grupy badawczej przedstawia metryczka zawarta w kwestionariuszu ankiety, która obejmuje takie dane jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania będące zmiennymi niezależnymi, zmiennymi ilościowymi i zmiennymi osobowościowymi. W badaniu brało udział 18 dziewcząt i 12 chłopców. Najlicniejszą grupę stanowiły pacjenci w wieku 16 lat (40%).

U każdego pacjenta wystąpiły zachowania autoagresywne. Badani charakteryzują się nadmierną wrażliwością. Mają oni znacznie obniżoną samoocenę. Na co dzień borykają się z licznymi problemami w sferze emocjonalnej, z którymi nie są w stanie sobie poradzić. Przyjmowani pacjenci pochodzą z dysfunkcyjnych rodzin. Po zapoznaniu się z instrukcją, badani przystąpili do rozwiązania podanych im kwestionariuszy.

Głównym problemem badawczym było uzyskanie odpowiedzi na pytanie: Jak wygląda zjawisko samookaleczeń wśród młodzieży licealnej przebywającej w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie?

Na podstawie przeprowadzonych badań postanowiono znaleźć odpowiedzi na następujące pytania szczegółowe:

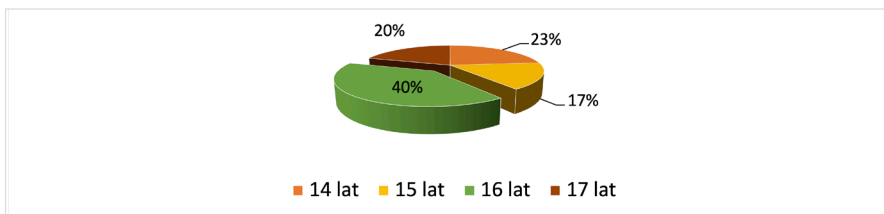
1. Jakie są główne przyczyny samookaleczeń wśród młodzieży licealnej przebywającej w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie?
2. Jaki jest cel samookaleczeń wśród młodzieży licealnej przebywającej w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie?
3. Jakimi narzędziami dokonywane są samookaleczenia wśród młodzieży licealnej przebywającej w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie?
4. W których miejscach na ciele dokonywane są samookaleczenia wśród młodzieży licealnej przebywającej w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie?
5. W jakich miejscach dokonywane są samookaleczenia wśród młodzieży licealnej przebywającej w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie?
6. Jakie są następstwa samookaleczeń wśród młodzieży licealnej przebywającej w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie?

Do wyżej przedstawionych problemów szczegółowych sformułowano następujące hipotezy robocze:

1. Główną przyczyną samookaleczeń wśród młodzieży przebywającej w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii to rozładowanie napięcia spowodowane bólem psychicznym.
2. Cel samookaleczeń wśród młodzieży licealnej przebywającej w Mazowieckim to rozładowanie napięcia spowodowane bólem psychicznym.
3. Samookaleczenia wśród młodzieży licealnej przebywającej w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie dokonywane są głównie żyłkami, nożyczkami.
4. Samookaleczenia wśród młodzieży licealnej przebywającej w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie Głównymi dokonywane na ciele są na przedramieniach.
5. Młodzież licealna przebywająca w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie głównie samookalecza się w łazience w domu.

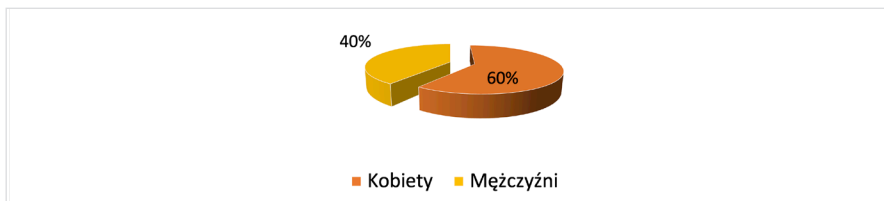
6. Głównym następstwem samookaleczeń wśród młodzieży licealnej przebywającej w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie są trwałe blizny.

DIAGRAM NR 1. *Struktura wieku*



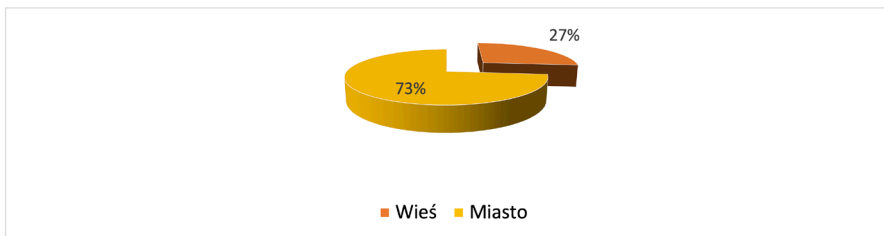
Dane zebrane w tabeli numer 1 dotyczą struktury wieku badanych osób. Przedział wiekowy badanych pacjentów prezentuje się następująco: Osoby w wieku 14 lat stanowiły 23% badanych. 17% to 15 – letni pacjenci. 40% – osoby w wieku 16 lat. Podopieczni w wieku 17 lat to 20% badanych.

DIAGRAM NR 2. *Struktura płci*



Powyższe dane wskazują, iż liczba dziewcząt wynosi 60% badanych, zaś chłopców 40%.

DIAGRAM NR 3. *Struktura ze względu miejsce zamieszkania*

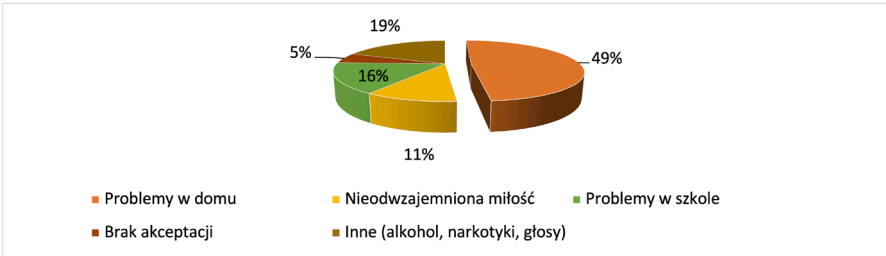


Z powyższych danych wynika, iż 73% badanych pochodzi z miasta. Liczba osób wywodzących się ze wsi to zaledwie 27%.

WYNIKI BADAŃ

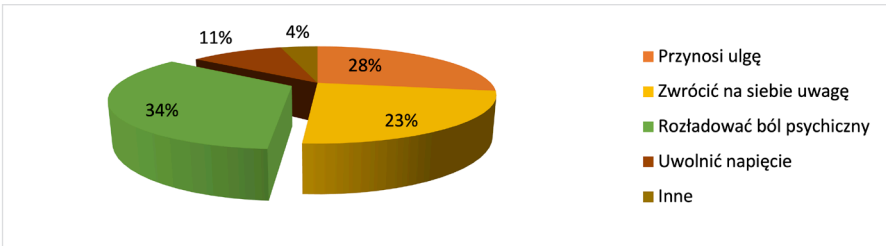
Poniżej zaprezentowano tabele i diagramy, w których zamieszczono procentowe wyniki przeprowadzonych badań własnych.

DIAGRAM NR 4. *Struktura ze względu na podjęcie próby samookaleczenia*



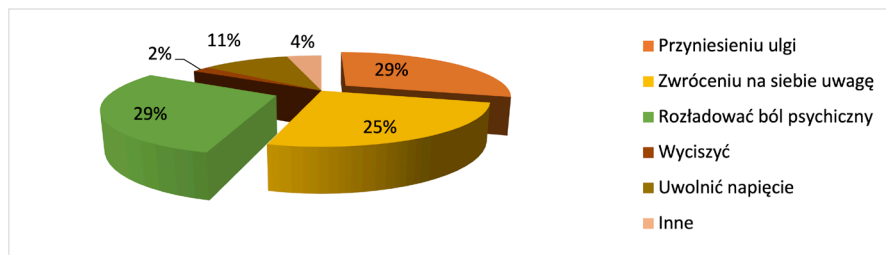
Z danych wynika, iż najwięcej osób, bo aż 49% zaznaczyło, że w przeważającej mierze to problemy w środowisku rodzinnym przyczyniły się do podjęcia przez nich aktów samookaleczenia. 19% badanych odpowiedziało, iż do podjęcia prób samookaleczenia przyczyniły się używki, takie jak: alkohol, narkotyki, dopalacze. 16% ankietowanych wskazało, iż główną przyczyną takiego stanu rzeczy były liczne problemy, niepowodzenia szkolne, z którymi nie mogli sobie poradzić. 11% respondentów stwierdziło, że nieodwzajemniona miłość to główny powód zachowań autodestrukcyjnych, zaś tylko 5% osób wskazało na brak akceptacji ze strony grupy rówieśniczej.

DIAGRAM NR 5. *Struktura ze względu na cel dokonania samookaleczenia*



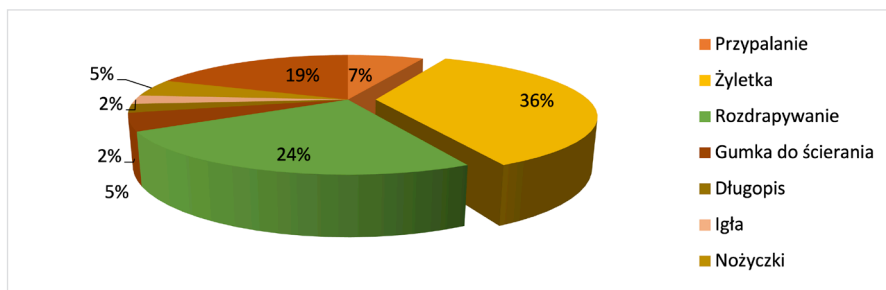
Biorąc pod uwagę celowość zachowań autoagresywnych wśród badanej młodzieży licealnej, 34% spośród ankietowanych uważa, że akt samookaleczenia pomaga im w rozładowaniu bólu psychicznego. 28% badanych stwierdza, iż takie działanie zmniejsza napięcie i przywraca poczucie równowagi psychicznej. 23% badanych próbuje w ten sposób zwrócić na siebie uwagę otoczenia, w którym funkcjonuje tudzież domu rodzinnego, szkoły, placówek opiekuńczych.

DIAGRAM NR 6. *Struktura ze względu na powody jakie nimi kierowały*



Samookaleczenia mają ważne aspekty komunikacyjne. Badania wykazały, że 25% ankietowanych, którzy dokonują aktów samookaleczeń robi to, aby zwrócić w ten sposób na siebie uwagę oczekując realnej pomocy z zewnątrz. Z kolei aż 29% respondentów wskazuje, iż głównym powodem takiego zachowania było zredukowanie bólu emocjonalnego, psychicznego, rozproszenie napięcia i przyniesienie natychmiastowej, lecz krótkotrwałej ulgi.

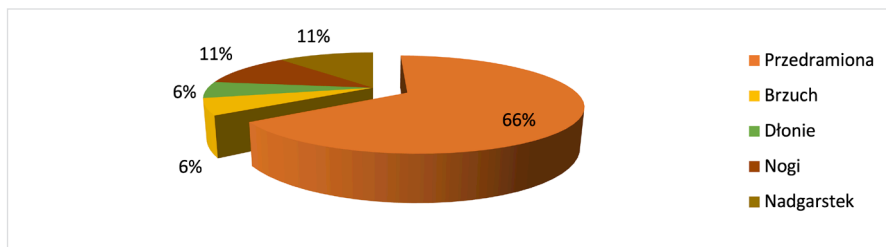
DIAGRAM NR 7. *Struktura ze względu na przedmioty, jakimi dokonano samookaleczenia*



Według powyższych danych, rany na ciele badanych osób (aż 36%) powstały na skutek użycia żyłетки. U 24% ankietowanych dochodziło do ciągnięcia

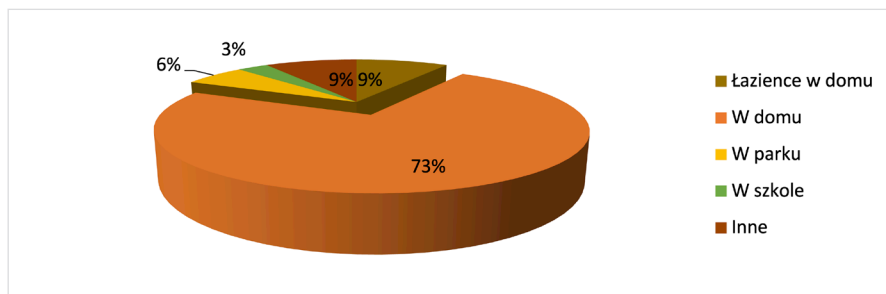
rozdrapywania ran, zaś u 19% – inne tj.: nóż, potłuczone szkło. Natomiast 7% ankietowanych deklaruowało przypalanie. 5% respondentów okaleczali się gumką do ścierania, jak i 5 % dokonywało samookaleczeń nożyczkami. 2% respondentów używało igły jako ostrego narzędzia jako autodestrukcji i następane 2 % okaleczało się długopisem.

DIAGRAM NR 8. *Struktura ze względu na miejsce (na ciele) dokonania samookaleczenia*



Najczęściej uszkodzenia ciała u badanych pojawiają się w miejscach łatwych do ukrycia pod ubraniem. 66% osób dokonuje aktów samookaleczeń na przedramionach. U 11% ankietowanych rany występują w okolicach nadgarstka, następane 11% nóg, 6% badanych zaznaczyło inne miejsca na ciele, takie jak brzuch, również 6% na dłonie.

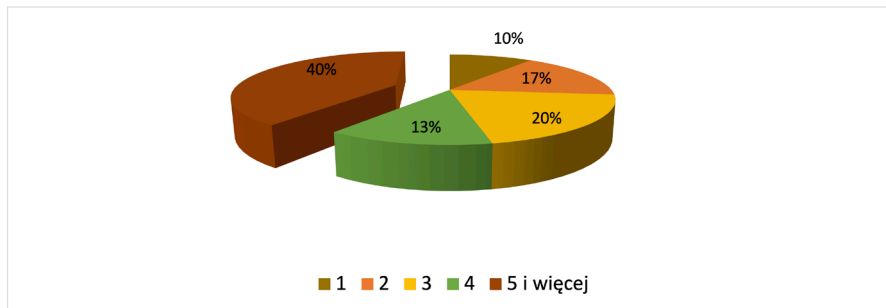
DIAGRAM NR 9. *Struktura ze względu na miejsce dokonania samookaleczenia*



Jak wynika z danych, najczęściej do samookaleczeń dochodzi w domu rodzinnym nastolatka. Tak odpowiedziało aż 73% ankietowanych. 9% badanych wskazało łazienkę, 6% park miejski. Niepokojącym faktem jest także to, że do tego typu zachowań u młodzieży dochodzi w ich placówkach

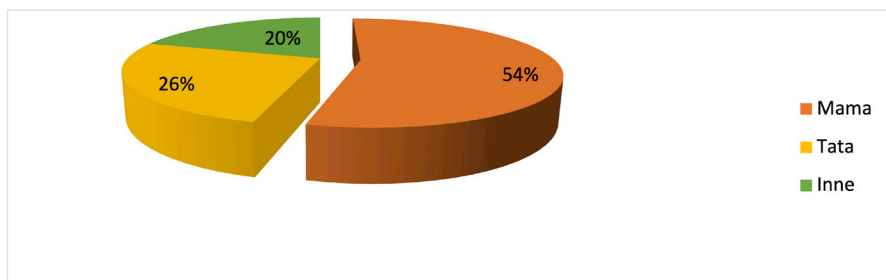
edukacyjnych. 3% ankietowanych na miejsce wskazało szkołę, a pozostałe 9% wskazało inne – u przyjaciela, kolegi w domu, jak również w szpitalu.

DIAGRAM NR 10. *Struktura ze względu na ilość dokonanych samookaleczeń*



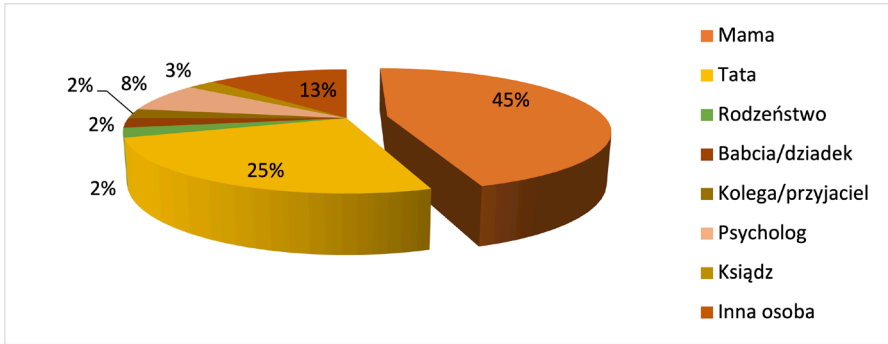
Badając ilość dokonanych samookaleczeń na ciele nastolatka widzimy, iż 40% badanych okaleczało się 5 i więcej razy w ciągu dnia, 20% osób – 3 razy na dobę, 17% spośród badanych ok. 2 razy, 13% nastolatków okaleczało się 4 razy na dobę. U 10% badanych do takich aktów dochodziło co najmniej raz.

DIAGRAM NR 11. *Struktura ze względu na udzielenie pierwszej pomocy*



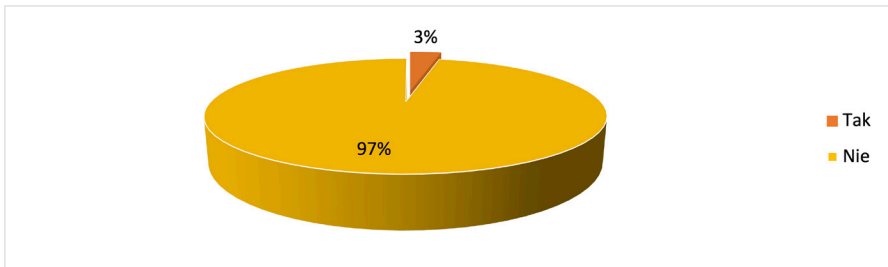
Badani mieli za zadanie odpowiedzieć na pytanie dotyczące osób udzielających pierwszej pomocy po dokonaniu aktu samookaleczenia. Z powyższych danych wynika, iż 54% ankietowanych wskazało własną matkę, a 26% nastolatków taką pomoc otrzymało od ojca. Pozostałym osobom (20% badanych) pierwszej pomocy udzieliły inne osoby, instytucje (babcia, sąsiad, służby medyczne).

DIAGRAM NR 12. *Struktura ze względu na osoby niosące wsparcie*

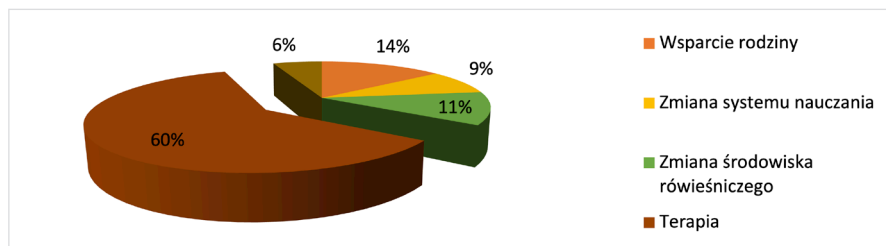


Spośród 30 podopiecznych, którzy dokonali aktów samookaleczenia, 45% jest wspieranych przez własną matkę, 25% z nich czuje oparcie w ojcu biologicznym. 13% ankietowanych może liczyć na pomoc ze strony innych osób tj.: sąsiadów, służby medyczne. 8% badanych wskazuje psychologa jako najważniejszą osobą, która ich wspiera. Tylko 2% badanych dostrzega możliwości pomocy i wsparcia u swoich kolegów, przyjaciół. 3% respondentów wskazało księdza jako niosącego wsparcie. Natomiast kolega i przyjaciel został uznany jako niosący wsparcie w 2%.

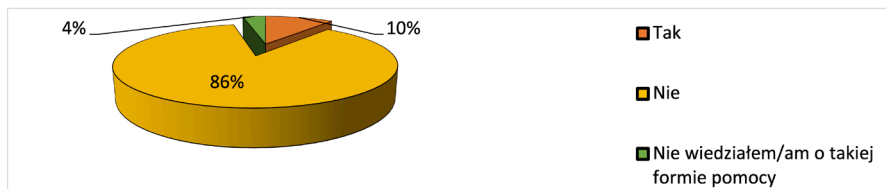
DIAGRAM NR 13. *Struktura ze względu na znaczenie portali społecznościowych*



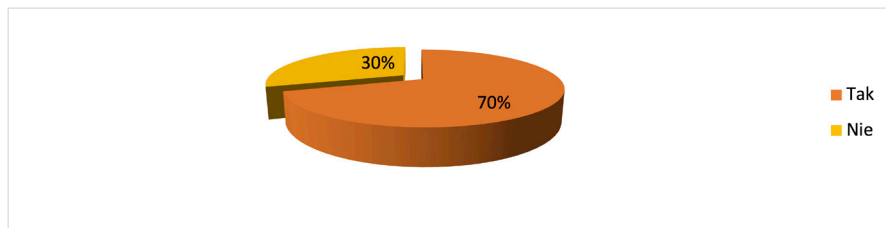
Z przeprowadzonych analiz i badań wynika, że 3% respondentów zamieszczało na portalach społecznościowych zdjęcia oraz filmy w trakcie i po dokonaniu aktów samookaleczenia. 97% nie robiło tego nigdy.

DIAGRAM NR 14. *Struktura ze względu na osoby lub zjawiska w podejmowaniu samookaleczenia*

60% badanych dokonujących samookaleczeń uważa, że terapia byłaby najlepszą i najskuteczniejszą formą pomocy dla nich. 14% ankietowanych oczekiwałoby wsparcia w środowisku rodzinnym. Dla 11% osób wskazana byłaby zmiana grupy rówieśniczej. 9% osób poinformowało o zmianie systemu nauczania w swoich placówkach edukacyjnych, natomiast 6% wskazało na inne formy pomocy.

DIAGRAM NR 15. *Struktura ze względu na korzystanie z telefonu zaufania*

86% badanych nigdy nie korzystało z telefonu zaufania będąc w trudnym położeniu i sytuacji kryzysowej. 10% osób nawiązywało połączenie z konsultantami Telefonu zaufania dla Dzieci i Młodzieży. 4% badanych zaznaczyło, że nie wiedziało o istnieniu takiej formy pomocy.

DIAGRAM NR 16. *Struktura ze względu na wsparcie*

Według 70% badanych osób pobyt w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie okazał się najlepszym rozwiązaniem wobec zaistniałych problemów natury emocjonalnej, z którymi przyszło im się mierzyć. Dla 30% ankietowanych pobyt w ośrodku nie przyniósł oczekiwanych rezultatów.

PODSUMOWANIE

Celem przeprowadzonych badań było poznanie zjawiska samookaleczeń występującego u młodzieży licealnej przebywającej w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie. W badaniach wzięło udział 30 osób w wieku 14 – 17 lat. Dane zbierano na podstawie anonimowego kwestionariusza samodzielnych odpowiedzi składającego się z 16 pytań. Największą grupę spośród badanych stanowiły osoby w wieku 16 lat. Najmniejszą zaś wychowankowie w wieku lat 15 (17%). 73% badanych pochodzi z miasta. 27% respondentów wychowywała się poza obrębem aglomeracji miejskiej.

Analiza wyników badań umożliwiła zweryfikowanie postawionych hipotez.

1. Główną przyczyną samookaleczeń wśród młodzieży przebywającej w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii jest rozładowanie napięcia spowodowane bólem psychicznym.
2. Cel samookaleczeń wśród młodzieży licealnej przebywającej w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii to rozładowanie napięcia spowodowane bólem psychicznym.
3. Samookaleczenia wśród młodzieży licealnej przebywającej w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie dokonywane są głównie żyłkami, nożyczkami.
4. Samookaleczenia wśród młodzieży licealnej przebywającej w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie Głównymi dokonywane są na przedramieniach.
5. Młodzież licealna przebywająca w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie głównie samookalecza się w łazience w domu.
6. Głównym następstwem samookaleczeń samookaleczeń wśród młodzieży licealnej przebywającej w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie są trwałe blizny.

Pierwsza hipoteza zakładała, że jedną z głównych przyczyn samookaleceń wśród młodzieży licealnej przebywającej w Mazowieckim Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie jest rozładowanie napięcia emocjonalnego spowodowanego bólem psychicznym. Do takiego postrzegania decyzji o samookaleczeniu przyznało się 34% respondentów. Ta hipoteza została potwierdzona. Samookaleczenia częściej dokonywane są przez nieletnie dziewczęta. Wśród nich było 60% przedstawicieli płci żeńskiej, a grupa chłopców stanowiła 40% badanych.

Druga hipoteza zakładała, iż rozładowanie napięcia spowodowanego bólem psychicznym stanowi główny cel samookaleceń u badanej młodzieży licealnej. Hipoteza ta również została potwierdzona, a dowiodło tego 29% badanych osób.

Hipotezy nr 3 i 4 zostały potwierdzone. Samookaleceń dokonywano za pomocą żyłek i ostrych narzędzi (36% osób) w okolicach przedramion (66% osób).

Przyczyny samookaleceń u młodzieży najczęściej wynikają z braku umiejętności radzenia sobie z problemami domowymi, takimi jak: kłótnie, przemoc psychiczna, fizyczna, seksualna, rozwód, śmierć rodzica. Badana grupa dokonywała samookaleceń w łazience we własnych domach czego dowodzi hipoteza nr 5. Tak odpowiedziało 73% respondentów. Hipoteza nr 6 została potwierdzona, iż następstwem samookaleceń są trwałe blizny u 36% respondentów, po użyciu żyłki, jak również innych narzędzi tj. nożyczki, przypalanie, które pozostawiają ślady na ciele do końca życia.

Przeprowadzone wyniki badań świadczą również o tym, że hospitalizowana młodzież licealna bardzo rzadko szukała pomocy wśród specjalistów, a główną przyczyną takiegoż stanu rzeczy był wstyd i brak zrozumienia wśród otoczenia, w którym na co dzień funkcjonowali. Ostatnia hipoteza zakładała, że samookaleczenia rozładowują napięcia spowodowane bólem psychicznym. Do takiego postrzegania decyzji o samookaleczeniu przyznało się 34% osób. Ta hipoteza została potwierdzona.

Uzyskane wyniki dają podstawę do dalszej analizy zagadnienia samookaleczenia będącego jedną z metod radzenia sobie z zaistniałymi problemami dla różnych form autoagresji z udziałem większej grupy respondentów.

POSTULATY

1. Terapia osób dokonujących samookaleczeń powinna obejmować całą rodzinę (terapia rodzinna). Z przeprowadzonych badań na terenie Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii w Józefowie wynika, iż obecność tegoż zaburzenia świadczy o głęboko zakorzenionych problemach w środowisku rodzinnym. Działania terapeutyczne powinny obejmować cykliczne sesje z psychoterapeutą bądź z psychiatrą.
2. Rekomendowaną metodą leczenia jest terapia opierająca się na psychoanalizie, która pomaga zrozumieć konflikty i ich powiązanie z całą historią życia jednostki samookaleczającej się. Celem terapii jest zrozumienie i przepracowanie problemów wszystkich pacjentów, docieranie do ich wewnętrznych doświadczeń oraz uczuć.
3. Uczestnictwo młodzieży w spotkaniach grupy wsparcia – osoby samookaleczające się chętniej uczestniczą w spotkaniach z innymi osobami uszkadzającymi własne ciało (G. Babiker, L. Arnold, 2002, s 165) Złagodzenie poczucia izolacji, rozwój umiejętności komunikacyjnych, zdobycie nowego doświadczenia, wzajemnego szacunku, zaufania, empatii, poczucia solidarności i siły płynącej z przynależności do grupy to tylko wybrane korzyści, jakie mogą przynieść jednostce samookaleczającej się w spotkaniach grupy wsparcia (G. Babiker, L. Arnold, 2002, s 165).
4. Wdrożenie zajęć z arteterapii. Prace plastyczne pacjentów stanowią źródło informacji o ich nastrojach, aktualnym stanie emocjonalnym. Celem zajęć jest ułatwienie podopiecznym wyrażania własnych problemów bądź uzewnętrznienie emocjonalnych przeżyć dotąd nieuświadomionych (M. Konopczyński, 2007, s. 266). Uczestnicy zajęć mogą wykonywać swoje prace dowolną techniką starając się, aby jak najgłębiej wyrazić zadany temat. Po zakończeniu tworzenia następuje grupowe omówienie prac pod kierunkiem terapeuty (K. Kuberska-Gaca, A. Gaca, 1986, s.102)
5. Uczestnictwo wychowanków w zajęciach z muzykoterapii. Według badaczki R. Bright *muzykoterapia jest to planowe wykorzystanie muzyki w opiece nad ludźmi mającymi braki natury fizycznej*,

psychicznej i społecznej (W. Szulc, 2005, s.17) Do funkcji i celów terapeutycznych muzykoterapii należą: wzbudzanie pożądanych emocji oraz sterowanie nimi, wzbogacanie osobowości pacjenta poprzez doznania estetyczne, ogólnie korzystne wpływanie na stan psychofizycznego samopoczucia (W. Szulc, 2005, s.17). W teorii naukowej mówi się o koncepcji wychowania muzycznego, w której chodzi o przybliżenie osobom zaburzonym wartości muzycznych i wprowadzenie ich do świata kultury (M. Konopczyński, 2007, s.256). Zajęcia takie grupowe lub indywidualne, które angażują naszą sferę wrażliwości estetycznej, czyli dotykają głęboko wnętrza i emocji a jednocześnie poszerzają wiedzę na temat kultury i sztuki są doskonałą drogą, aby spośród różnego rodzaju zajęć pomogły nam w kształtowaniu osobowości. Odpowiedni dobór muzyki pomoże nam w odpowiedni sposób wykorzystać odpowiednio czas, wyciszyć negatywne emocje i wprowadzić nas w stan spokoju jak również w stan szczęścia, upragnionego przez dorastających młodych ludzi obarczonych problemami emocjonalnymi.

6. Stosowanie terapii z wykorzystaniem dramy. Drama rozwija wyobraźnię wychowanków, uczy współdziałania w grupie, dostrzegania i rozwiązywania problemów. Ponadto eliminuje stres, rozładowuje napięcie emocjonalne, rozwija osobowość, przygotowuje do życia w społeczeństwie. To jedyna metoda dydaktyczno – wychowawcza, która umożliwia głębsze poznanie podopiecznego, jego słabych i mocnych stron (M. Gudro-Homicka, s.18-19).
7. Wprowadzenie zajęć profilaktyczno – informacyjnych na tematy związane z telefonem zaufania i innymi organizacjami pozarządowymi wspierających dzieci i młodzież w kryzysie, aby miały większą moliwość pomocy i radzenia sobie z problemami.
8. Stosowanie farmakoterapii u osób samookaleczających się, u których rozpoznano choroby psychiczne.

BIBLIOGRAFIA

- Apanowicz, J. (2002). *Metodologia ogólna*, Gdynia.
- Babiker, G., Arnold L. (2003). *Autoagresja. Mowa zranionego ciała*, Gdańsk.
- Eckhard A. (1998) *Autoagresja*, Warszawa: W.A.B.
- Jęczmińska, D. (2002). *Blizny, które mówią więcej niż słowo. Samouszkodzenia nastolatków. Zrozum, wesprzyj, pomóż*, Warszawa.
- Konopczyński, M. (2007). *Metody twórczej resocjalizacji. Terapia i praktyka wychowawcza*, Warszawa.
- Kuberska-Gaca, K., Gaca, A. (1986). *Profilaktyka niedostosowania społecznego w szkole*, wyd. I, Warszawa.
- Łobocki, M. (1982). *Metody badań pedagogicznych*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Makowska, I. (2018). Gmitrowicz A., *Samookaleczenia bez intencji samobójczej a zachowania samobójcze*.
- Natanson, T. (1992). *Programowanie muzyki terapeutycznej*, Wrocław.
- Nowakowski, K. (2021). *Cechy psychopatyczne, samoocena i impulsywność a typy agresji u nieletnich*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Ignatianum, Kraków.
- Pilch, T. (1995). *Zasady badań pedagogicznych*, wyd. Żak, Warszawa.
- Radziwiłłowicz, W. (2020). *Autoagresja – samobójstwa i samookaleczenia*, Gdańsk.
- Zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży*, pod red. B. Remberk, (2020) wyd. I, Warszawa.
- Suchańska, A., Wycisk, J. (red.). (2006). *Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia*, Wydawnictwo Naukowe, Poznań.
- Schulc, W. (2005). *Muzykoterapia jako przedmiot badań i edukacji*, Lublin.
- Walsh, B. W. (2014). *Terapia samouszkodzeń*, przeł. M. Kapera, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Wycisk, J., Ziółkowska, B. (2010). *Młodzież przeciwko sobie. Zaburzenia odżywiania i samouszkodzenia – jak pomóc nastolatkom w szkole*, Warszawa.
- Wycisk, J. (2004). *Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne*, Wydawnictwo Naukowe, Poznań.
- Zaczyński, W. (1994). *Praca badawcza nauczyciela*, Warszawa.
- Zielińska, M. (2011). *Analiza behawioralna zachowań autoagresywnych u osób z zaburzeniami rozwoju*, *Psychologia Rozwojowa*, nr 3, s. 39 – 49.

ARTYKUŁY Z CZASOPISM

- Wycisk, J. (2009). Samouszkodzenia umiarkowane u młodzieży. Podstawy prewencji na terenie szkoły, *Ruch Pedagogiczny*, 3 – 4, 5 –20.
- Zielińska, M., (2011). *Analiza behawioralna zachowań autoagresywnych u osób z zaburzeniami rozwoju*, *Psychologia Rozwojowa*, nr 3, s. 39 – 49.