

Wioletta Radziwiłłowicz<sup>1</sup>, Natalia Reszka<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Zakład Psychologii i Psychopatologii Rozwoju, Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego

<sup>2</sup>Studentka V roku psychologii, Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego

# Zachowania autodestruktywne u dziewcząt z rozpoznaniem jadłowstrętu psychicznego

## *Self-destructive behaviours in girls with anorexia nervosa*

### Abstract

**Introduction.** Anorexia nervosa is the most thoroughly described and examined form of eating disorders, however self-destructive behaviours in people suffering from this disorder seldom determined the area of investigative interest. However, the occurrence of self-destructiveness, including suicidal attempts, is quite well substantiated in people suffering from bulimia nervosa.

**Material.** The clinical group consisted of 30 girls with diagnosed anorexia nervosa, and the control group of 30 healthy girls. The average age of the clinical group girls was 16.8, and of the control group girls 18.

**Methods.** The questionnaire of self-destructive behaviours by Juzwin has been applied in investigations.

**Results.** Most forms of self-destructive behaviours appear more often in girls with anorexia nervosa than in healthy girls. Both girls with anorexia nervosa and girls from the control group take actions of direct and indirect self-destructiveness. Symptoms, intensity and most probably self-destructiveness functions are different in both examined groups, however. More than half of the girls suffering from anorexia nervosa manifest self-injury behaviours. The most frequent acts of direct self-destruction include: various manifestations of mutilating one's own skin, impeding wound healing, and suicide attempts. The range of manifested self-destructive behaviours of indirect nature includes: starving oneself, purging behaviours and excessive exercising, being a part of the clinical picture of anorexia nervosa.

**Conclusions.** Various manifestations of self-destructiveness and suicidal attempts often form together the clinical picture of anorexia nervosa and should be taken into account in diagnosis and therapy schemes for people suffering from this disorder. *Psychiatry 2008; 5: 144–155*

**key words:** anorexia nervosa, self-destructive behaviours, adolescence

### Wstęp

Jednym ze sposobów rozwiązywania trudności okresu dorastania jest autodestrukcja, niszcząca wiele obszarów życia i funkcjonowania człowieka. Zachowania autodestruktywne mogą stanowić środki, dzie-

ki którym jednostka zaspokaja potrzeby Ja, potwierdza i umacnia jego niedowartościowane aspekty. Działania te pełnią w przypadku młodej osoby funkcje przystosowawcze oraz adaptacyjno-obronne [1]. Okres dorastania to czas, kiedy kształtują się wyobrażenia o swoim ciele i wyglądzie oraz następują radykalne, mające duże znaczenie dla równowagi psychicznej, zmiany w fizjologii chłopców i dziewcząt. Bardzo często zmiany, jakim podlega ich ciało, wywołują niezadowolenie, lęk, niechęć oraz złość.

### Adres do korespondencji:

dr Wioletta Radziwiłłowicz  
Zakład Psychologii i Psychopatologii Rozwoju  
Instytut Psychologii UG  
ul. Pomorska 68, 80–343 Gdańsk  
tel.: (0 58) 523 43 36  
e-mail: psywr@univ.gda.pl

Z kolei te negatywne emocje mogą znaleźć ujście w aktach autoagresywnych [2].

Ciało jest dla człowieka pewnym rodzajem schronienia, obszarem fizycznym chroniącym Ja przed zagrożeniami czyhającymi w świecie zewnętrznym. Najprościej mówiąc, ciało to granica dzieląca Ja od nie-Ja oraz odróżniająca to, co „przed” i „za” jednostką [3]. Działania autodestruktywne, często uwidaczniające się na tej właśnie granicy, wywołują wśród społeczeństwa lęk, zaskoczenie bądź odrazę. Społeczeństwo nie rozumie osób zadających sobie ból, działających wbrew swojemu zdrowiu i życiu, a coraz więcej młodych ludzi dopuszcza się aktów samobójczych, samookaleczeń i rozmaitych form uszkodzania swojego ciała [4].

Obok bezpośrednich aktów autodestrukcji (samookaleczeń i prób samobójczych) można zaobserwować również wzrost nieostrych, chronicznych form tego zachowania: używanie środków psychoaktywnych, ryzykowny sport, zaniedbania zdrowotne, przepracowywanie się, a także zaburzenia odżywiania się [4].

Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*) jest najbardziej znanym, najdokładniej opisanym i zbadanym przez klinicystów zaburzeniem odżywiania się [5]. Na przestrzeni ostatnich trzydziestu lat zainteresowanie problemem nabrało jeszcze większego znaczenia ze względu na jego znacznie częstsze występowanie oraz wysoką śmiertelność [6]. Dane statystyczne podają, że 5–24% pacjentów z anoreksją umiera z powodu powikłań zdrowotnych lub samobójstwa, które popełnia 2–9% chorych [7].

Osoby cierpiące na jadłowstręt podejmują wiele zachowań autodestruktywnych, a odmowa jedzenia stanowi jedną z wielu form systematycznego samozniszczenia [8]. Anorektyczki zaprzeczają potrzebie jedzenia, zachowaniom kompensacyjnym (stosowaniu środków przeczyszczających, prowokowaniu wymiotów, intensywnym ćwiczeniom) oraz swojemu wyglądowi. Obok powyższych form zaprzeczeń często występują również te dotyczące własnych doświadczeń somatycznych, choroby oraz trudności w relacjach z osobami ważnymi [9]. Zaprzeczają one również istnieniu śmierci oraz jej znaczeniu. Śmierć i umieranie są postrzegane przez chore na wczesnodziecięcym poziomie poznawczym. Często wręcz „bawią się ze śmiercią”, tkwiąc w przekonaniu, że mogą manipulować swoim ciałem tak, jak tylko zechcą, unikając przy tym śmierci. W ich fantazjach umieranie jawi się jako odwracalne lub w ogóle nie dotyczące anorektyczek. W tym przypadku ujawnia się omnipotencja pacjentek manifestowana przez

poczucie wyższości, mocy i przekonanie o byciu nieśmiertelną [10].

Literatura specjalistyczna zawiera niewiele danych dotyczących zachowań samobójczych u osób cierpiących na zaburzenia odżywiania się. Wiadomo, że dłuższy czas trwania tych zaburzeń zwiększa ryzyko podjęcia próby samobójczej [11]. Silnym predyktorem myśli samobójczych u dziewcząt z bulimią jest nasilenie depresyjności. Ponadto niska świadomość emocji i odczuć płynących z ciała, wysoka obsesyjność i tendencja do impulsywnych zachowań zwiększają ryzyko zachowań samobójczych u osób cierpiących na zaburzenia odżywiania się [12, 13]. Nieznacznie więcej osób z bulimią (62%) niż jadłowstrętem (54%) ujawnia myśli samobójcze oraz próby samobójcze (odpowiednio 10% i 9%) [12]. Zachowania samobójcze są częściej związane z bulimią psychiczną z powodu tendencji do impulsywnych zachowań, będącej jednym z objawów charakterystycznych dla bulimii [12–15]. Jak wynika z badań światowych, zachowania samobójcze występują w bulimii psychicznej i typie przeczyszczającym jadłowstrętu psychicznego [11, 12, 15]. Tylko kilku badaczy dowiodło [11], że myśli samobójcze mogą towarzyszyć zarówno bulimii, jak jadłowstrętowi psychicznemu pomimo przekonania anorektyczek o posiadaniu doskonałej wewnętrznej kontroli.

Zachowania samobójcze mogą być rozumiane jako manifestacja niepowodzenia pozytywnej realizacji zadań rozwojowych, obejmujących kształtowanie się tożsamości, seksualności, obrazu ciała i wchodzenia w bliskie relacje. Zachowania samobójcze, a także zaburzenia odżywiania się występujące w wieku młodzieńczym są oznaką rozwojowego załamania, obrazującego niezdolność poradzenia sobie z seksualnie dojrzewającym ciałem [16]. Skutkuje to odrzuceniem przez dorastającego człowieka jej/jego seksualnego ciała. Dorastający człowiek, który podejmuje próbę samobójczą, chce zaatakować (i usunąć) własne ciało, które jest źródłem bólu, lęku albo wstydu. Zaburzenia odżywiania się są również sposobem odrzucenia ciała, które jest obdarzane negatywnymi emocjami, podobnymi do doświadczanych przez osoby po próbach samobójczych.

Zachowania autodestruktywne występują tak samo często (u 37% badanych) w jadłowstręcie, jak bulimii [12]. W innych badaniach przejawiało je więcej pacjentek z jadłowstrętem (41,7%) niż bulimią (34,3%) [11]. Zaburzenia odżywiania się są zatem przejawem autodestruktywności. Samogłodzenie, epizody gwałtownego objadania się wraz z przeczyszczaniem się oraz samouszkodzenia stanowią triadę

wzajemnie powiązanych syndromów autodestruktywności, które są też skojarzone z traumą i również dlatego trudne do wyleczenia. Każdy spośród tych syndromów, nawet jeśli występuje w izolacji, potencjalnie zagraża życiu, a tym bardziej w połączeniu z jadłowstrętem mającym najwyższy współczynnik umieralności wśród zaburzeń psychicznych [17]. Rozważania podjęte w tej pracy dotyczą przejawów i nasilenia zachowań autodestruktywnych pośrednich i bezpośrednich u dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym i dziewcząt zdrowych. Główne pytanie badawcze, jakie sformułowano w trakcie studiowania literatury przedmiotu z zakresu autodestruktywności i jadłowstrętu psychicznego, dotyczy różnic w funkcjonowaniu psychospołecznym dziewcząt chorych na anoreksję oraz dziewcząt zdrowych. Na podstawie danych zawartych w literaturze przedmiotu sformułowano następujące hipotezy badawcze:

- u dziewcząt chorych na jadłowstręt psychiczny występuje większe nasilenie zachowań autodestruktywnych niż u dziewcząt zdrowych;
- dziewczęta z jadłowstrętem częściej podejmują działania z zakresu autodestruktywności bezpośredniej niż pośredniej;
- dziewczęta zdrowe częściej przejawiają zachowania pośrednio autodestruktywne niż bezpośrednio autodestruktywne.

### Material

Grupę kliniczną (JP) stanowiło 30 dziewcząt ze zdiagnozowanym jadłowstrętem psychicznym, natomiast grupę kontrolną (GK) — 30 dziewcząt zdrowych, niekorzystających z pomocy psychologicznej. Badania zostały przeprowadzone wśród uczestniczek grup wsparcia odbywających się w Młodzieżowym Ośrodku Terapeutycznym w Sopocie oraz wśród pacjentek hospitalizowanych na Oddziale Dziecięco-Młodzieżowym Wojewódzkiego Szpitala im. Tadeusza Biliakiewicza w Gdańsku. Do grupy tej należały również dziewczęta leczące się ambulatoryjnie na terenie Trójmiasta.

Grupę kontrolną utworzono na zasadzie doboru wiążanego. Badania zostały przeprowadzone wśród uczniów klas gimnazjalnych, szkół średnich oraz studentów szkół wyższych w Trójmieście.

Najmłodsza osoba badana miała 13 lat, a najstarsza — 22 lata. Średni wiek dziewcząt z grupy klinicznej wynosił 16,8 roku (SD [standard deviation] = 3,1), dziewcząt z grupy kontrolnej — 18 lat (SD = 2,7). Różnica wieku między badanymi grupami jest istotna statystycznie na poziomie tendencji ( $t$ -Studenta = -2,09;  $p < 0,07$ ).

Masa ciała (w grupie klinicznej JP = 45,3; SD = 4,9, w grupie kontrolnej GK = 57,6; SD = 5,4) w sposób istotny statystycznie różnicowała dziewczęta z obu grup ( $t$ -Studenta = -6,64;  $p < 0,05$ ).

Pod względem kolejności urodzenia 13 dziewcząt w grupie klinicznej było pierwszym dzieckiem w rodzinie, 15 — drugim, a 2 z nich były trzecim dzieckiem w rodzinie. W grupie kontrolnej 11 dziewcząt było pierwszym urodzonym dzieckiem w swojej rodzinie, 16 z nich — drugim, a 3 dziewczęta były trzecim dzieckiem w rodzinie. Grupy nie różniły się istotnie statystycznie pod względem kolejności urodzenia ( $t$ -Studenta = 0,021;  $p < 0,05$ ).

W grupie dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym 5 z nich było jedynym dzieckiem w rodzinie, 17 miało jedno rodzeństwo, a 8 miało dwoje rodzeństwa. Grupa kontrolna przedstawiała się pod tym względem następująco: 5 dziewcząt było jedynym dzieckiem, 13 miało jedno rodzeństwo, a 12 z nich miało dwoje rodzeństwa. Różnice międzygrupowe są istotne statystycznie na poziomie tendencji ( $t$ -Studenta = 1,57;  $p < 0,07$ ).

Najczęściej badane dziewczęta (JP — 18 i GK — 20) zamieszkiwały z obojgiem rodziców. Trzy osoby z grupy klinicznej i 3 osoby z grupy kontrolnej mieszkały tylko z matką. W przypadku 6 dziewcząt z grupy klinicznej i 3 z grupy kontrolnej rodzice byli rozwiedzeni, rodzice 2 dziewcząt z grupy kontrolnej żyli w separacji, a jedna osoba z grupy klinicznej wychowywała się w rodzinie zastępczej. Samodzielnie mieszkały 2 dziewczęta z grupy klinicznej i 2 z grupy kontrolnej. Różnice międzygrupowe w zakresie sytuacji rodzinnej badanych osób są nieistotne statystycznie ( $\chi^2 = 4,105$ ;  $p < 0,05$ ).

Grupy badanych dziewcząt nie różniły się pod względem wykształcenia rodziców ( $\chi^2 = 1,343$ ;  $p < 0,05$ ). Rodzice dziewcząt z obu badanych grup najczęściej mieli wykształcenie średnie (JP — 11 matek i 19 ojców oraz GK — 13 matek i 18 ojców), rzadziej wyższe (13 matek i 8 ojców w grupie klinicznej oraz 11 matek i 9 ojców w grupie kontrolnej), natomiast najrzadziej zawodowe (w obu badanych grupach 6 matek i 3 ojców). Żadna z badanych dziewcząt nie miała rodziców z wykształceniem podstawowym. W obu badanych grupach dziewczęta najczęściej oceniały sytuację materialną jako średnią (JP — 9 osób i GK — 10 osób) lub dobrą (JP — 14 osób i GK — 17 osób). Stosunkowo rzadko postrzegały ją jako bardzo dobrą (JP — 3 osoby i GK — 2) lub złą (JP — 4 osoby i GK — 1 osoba). Pomiędzy badanymi grupami nie istnieją różnice istotne statystycznie w ocenie sytuacji materialnej rodziny ( $\chi^2 = 2,34$ ;  $p < 0,05$ ).

## Metody

Kwestionariusz zachowań autodestrukcyjnych — wersja eksperymentalna (SISRI, *Self-Injury Self-Report Inventory*).

Kwestionariusz zachowań autodestrukcyjnych, wykorzystany w badaniu, jest wersją eksperymentalną kwestionariusza opracowanego przez Juzwin [18]. Punktem wyjścia do jego skonstruowania były prace Sansone i Levitta [19], którzy podczas swojej pracy klinicznej zaobserwowali, że wielu pacjentów cierpiących na zaburzenia odżywiania się przejawiało wiele rozmaitych zachowań autodestrukcyjnych w przeszłości, ale również w teraźniejszości. Podczas terapii tych osób ujawniał się fakt podejmowania zachowań autodestrukcyjnych, co często utrudniało i komplikowało dalszą pracę.

Kwestionariusz ten powstał zatem w odpowiedzi na potrzeby klinicystów i terapeutów, którym trudno było zidentyfikować problem autodestrukcji u swoich pacjentów. Na podstawie uzyskanych w nim odpowiedzi jest możliwe zorientowanie się, jaki typ zachowań samouszkodzających przejawia dana jednostka, jak często one występują, czy pozostają pod kontrolą pacjenta, czy też mają charakter impulsywny. Analizując uzyskane dane, terapeuta jest w stanie opracować program interwencyjny w celu udzielenia pomocy osobie jej potrzebującej [20].

Zastosowany w niniejszych badaniach kwestionariusz składa się z 32 pytań zamkniętych, a osoba udzielająca odpowiedzi podaje częstotliwość podejmowanych przez siebie zachowań autodestrukcyjnych, gdzie: 1 oznacza nigdy, 2 — czasem, 3 — często, a 4 — zawsze. Pytania dotyczą autodestrukcji pośredniej (zażywanie substancji psychoaktywnych, intensywne ćwiczenia fizyczne), jak i bezpośredniej (nacinanie skóry, próby samobójcze, wrywanie włosów) [4]. Autorzy, opracowując narzędzie, korzystali z literatury przedmiotu, wywiadów klinicznych oraz własnego doświadczenia zawodowego. Pytania można przydzielić do następujących podgrup: samookaleczenia, zachowania związane z zaburzeniami odżywiania się, zachowania o wysokim poziomie niebezpieczeństwa oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych. Jedno z pytań dotyczy podjęcia próby samobójczej.

Kwestionariusz ten pozwala na badanie osób w okresie adolescencji, ponieważ pytania mają jasną strukturę i nie sprawiają trudności w czytaniu oraz ich zrozumieniu nastolatkom, oraz osobom we wczesnej młodości. Jako że kwestionariusz jest wersją eksperymentalną i został opracowany na potrzeby kliniki, autorzy nie podają współczynników rzetelności oraz trafności psychometrycznej.

## Wyniki

Oszacowano formy i częstość występowania zachowań autodestrukcyjnych u dziewcząt chorych na jądłowstręt psychiczny i dziewcząt z grupy kontrolnej (tab. 1).

Jak wynika z powyższych danych, ponad połowa dziewcząt z jądłowstrętem psychicznym raniła się do krwi, cięła się i kaleczyła. Takie formy autodestruktywności występowały bardzo rzadko u dziewcząt z grupy kontrolnej. Niemal 1/4 dziewcząt z jądłowstrętem raniła się, zanim ktoś inny je zranił. Ponadto 4 dziewczęta (13,3%) z grupy klinicznej wydtubywały lub wbijały sobie przedmioty w oczy, uszy lub inne części ciała, biły się, uderzały głową czy kończyną w celu zranienia siebie. Powyższych zachowań nie przejawiały dziewczęta z grupy kontrolnej.

Natomiast drapanie, ocieranie, ścieranie, siniaczenie lub szczypanie skóry przejawiała połowa dziewcząt z każdej grupy. Także tatuowanie się albo przekłuwanie skóry będące formą modyfikacji ciała występowały u prawie połowy dziewcząt z obu badanych grup. Połowa osób z grupy kontrolnej i 1/3 dziewcząt z jądłowstrętem psychicznym wyrwała włosy, rzęsy czy brwi. Niemal 1/4 dziewcząt z grupy kontrolnej i 40% z grupy klinicznej utrudniało gojenie się ran. Ponadto 6 dziewcząt (20%) z grupy kontrolnej i 5 (16,6%) z grupy klinicznej wdawało się w bójki lub przejawiało inne zachowania agresywne pod wpływem alkoholu lub narkotyków. Pozostałe formy zachowań autoagresywnych były przejawiane bardzo rzadko (przypalanie lub oparzenie skóry, złamanie kończyn, polykanie przedmiotów, angażowanie się w szczególne rytuały, aby się ukarać lub zranić) lub nie występowały (okaleczanie miejsc intymnych) w badanych grupach.

Jak wynika z tabeli 2, istnieją statystycznie istotne różnice międzygrupowe w zakresie częstości występowania takich zachowań autodestrukcyjnych, jak: ranienie się, cięcie i kaleczenie skóry, wydtubywanie lub wbijanie sobie przedmiotów w oczy, uszy lub inne części ciała, uderzanie głową czy kończyną w celu zranienia siebie oraz ranienie siebie, zanim zrobi to ktoś inny. Można uznać, że są to przejawy autodestruktywności specyficzne dla dziewcząt z jądłowstrętem psychicznym. Kolejny problem badawczy dotyczył częstości podejmowanych prób samobójczych przez dziewczęta chore na jądłowstręt psychiczny i dziewczęta zdrowe. Siedem dziewcząt z grupy klinicznej potwierdziło podjęcie takiej próby. Stanowi to 23,3% badanych anorektyczek. W grupie kontrolnej próbę odebrania sobie życia potwierdziła jedna osoba. Różnice międzygrupowe w zakresie występowania prób samobójczych są istotne statystycznie ( $t$ -Studenta = 2,34;  $p < 0,05$ ).

**Tabela 1.** Częstość występowania zachowań bezpośrednio autodestruktywnych w badanych grupach  
**Table 1.** The frequency of direct self-destructiveness occurrence in examined groups

Kiedykolwiek umyślnie	Grupa	Nigdy (%)	Czasem (%)	Często (%)	Zawsze (%)	Odsetek dokonywanych samookaleceń (czasem + często + zawsze)
Cięłam się lub kaleczyłam wystarczająco mocno, aby krwawić	JP	46,7	43,3	10,0	0,0	53,0
	GK	83,3	16,7	0,0	0,0	17,0
Drapałam, ocierałam, ścierałam, siniaczyłam lub szczypałam swoją skórę	JP	50,0	43,3	3,3	3,3	50,0
	GK	50,0	46,7	3,3	0,0	50,0
Przypalałam lub oparzyłam swoją skórę	JP	93,3	6,7	0,0	0,0	6,7
	GK	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Tatuowałam się lub przekłuwałam swoją skórę	JP	60,0	26,7	13,3	0,0	40,0
	GK	63,3	30,0	6,7	0,0	36,7
Ciągnęłam lub wrywałam włosy, rzęsy, brwi	JP	66,7	30,0	3,3	0,0	33,3
	GK	50,0	30,0	20,0	0,0	50,0
Raniłam się do krwi	JP	43,3	50,0	6,7	0,0	56,7
	GK	83,3	16,7	0,0	0,0	16,7
Uderzałam głową, kończyną w coś w celu zranienia siebie, biłam się	JP	86,7	13,3	0,0	0,0	13,3
	GK	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Robiłam cokolwiek, aby utrudnić ranom gojenie się	JP	63,3	26,7	6,7	3,3	36,7
	GK	76,6	23,3	0,0	0,0	23,3
Spadałam ze schodów, wpadałam na przedmioty, aby posiniaczyć się, zranić	JP	93,3	6,7	0,0	0,0	6,7
	GK	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Złamałam którąś z kończyn	JP	96,7	3,3	0,0	0,0	3,3
	GK	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Wydłubywałam lub wbijałam sobie coś w oczy, uszy lub inne części ciała	JP	86,7	13,3	0,0	0,0	13,3
	GK	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Okaleczałam swoje miejsca intymne, genitalia	JP	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	GK	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bójki lub inne zachowania agresywne występowały pod wpływem alkoholu lub narkotyków	JP	83,3	13,3	3,3	0,0	16,6
	GK	80,0	20,0	0,0	0,0	20,0
Potykałam jakieś przedmioty, aby sobie zaszkodzić	JP	93,3	6,7	0,0	0,0	6,7
	GK	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Angażowałam się w szczególne rytuały, aby się ukarać lub zranić	JP	90,0	6,7	3,3	0,0	10,0
	GK	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Zraniłam się, zanim ktoś inny mnie zranił	JP	76,7	13,3	3,3	6,7	23,3
	GK	96,7	3,3	0,0	0,0	3,3

JP — jadłowstręt psychiczny; GK — grupa kontrolna

**Tabela 2.** Przejawy autodestruktywności bezpośredniej w badanych grupach  
**Table 2.** Manifestations of direct self-destructiveness in examined groups

Kiedykolwiek umyślnie	Grupa	X	SD	t-Studenta	Istotność p < 0,05
Cięłam się lub kaleczyłam wystarczająco mocno, aby krwawić	JP	1,63	0,669	3,325	0,002
	GK	1,17	0,379		
Drapałam, ocierałam, ścierałam, siniaczyłam lub szczypałam swoją skórę	JP	1,60	0,724	0,396	0,694
	GK	1,53	0,571		
Przypalałam lub oparzyłam swoją skórę	JP	1,07	0,254	1,439	0,155
	GK	1,00	0,000		
Tatuowałam się lub przekłuwałam swoją skórę	JP	1,53	0,730	0,569	0,571
	GK	1,43	0,626		
Ciągnęłam lub wyrzywałam włosy, rzęsy, brwi	JP	1,37	0,556	-1,883	0,065
	GK	1,70	0,794		
Raniłam się do krwi	JP	1,63	0,615	3,538	0,001
	GK	1,17	0,379		
Uderzałam głową, kończyną w coś w celu zranienia siebie, biłam się	JP	1,13	0,346	2,112	0,039
	GK	1,00	0,000		
Robiłam cokolwiek, aby utrudnić ranom gojenie się	JP	1,50	0,777	1,645	0,105
	GK	1,23	0,430		
Spadałam ze schodów, wpadałam na przedmioty, aby posiniaczyć się, zranić	JP	1,07	0,254	1,439	0,155
	GK	1,00	0,000		
Złamałam którąś ze swoich kończyn	JP	1,03	0,183	1,000	0,321
	GK	1,00	0,000		
Wydłubywałam lub wbijałam coś sobie w oczy, uszy lub inne części ciała	JP	1,13	0,346	2,112	0,039
	GK	1,00	0,000		
Okaleczałam swoje miejsca intymne, genitalia	JP	1,00	,000(a)	-	-
	GK	1,00	,000(a)		
Bójki lub inne zachowania agresywne występowały pod wpływem alkoholu lub narkotyków	JP	1,20	0,484	0,000	1,000
	GK	1,20	0,407		
Połykałam jakieś przedmioty, aby sobie zaszkodzić	JP	1,07	0,254	1,439	0,155
	GK	1,00	0,000		
Angażowałam się w szczególne rytuały, aby się ukarać lub zranić	JP	1,23	0,728	1,756	0,084
	GK	1,00	0,000		
Zraniłam się, zanim ktoś inny mnie zranił	JP	1,40	0,855	2,297	0,025
	GK	1,03	0,183		

X — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; JP — jadłowstręt psychiczny; GK — grupa kontrolna

Zbadano również częstość przejawianych zachowań pośrednio autodestruktywnych w obu badanych grupach (tab. 3).

Wszystkie dziewczęta z jadłowstrętem psychicznym oraz prawie 1/3 dziewcząt z grupy kontrolnej głoziło się w celu skrzywdzenia siebie lub redukcji masy ciała

**Tabela 3.** Częstość występowania zachowań pośrednio autodestruktywnych w badanych grupach  
**Table 3.** The frequency of indirect self-destructiveness occurrence in examined groups

Kiedykolwiek umyślnie	Grupa	Nigdy (%)	Czasem (%)	Często (%)	Zawsze (%)	Odsetek dokonywanych samookaleczeń (czasem + często + zawsze)
Przesadziłam z ilością ćwiczeń fizycznych, aby zrobić sobie krzywdę	JP	20,0	26,7	40,0	13,3	80,0
	GK	96,7	0,0	3,3	0,0	3,3
Głodziłam się, aby zrobić sobie krzywdę lub aby schudnąć	JP	0,0	16,7	53,3	30,0	100,0
	GK	63,3	30,0	6,7	0,0	36,7
Przeczyszczałam się, aby zrobić sobie krzywdę lub aby schudnąć	JP	13,3	26,7	36,7	23,3	86,7
	GK	86,7	13,3	0,0	0,0	13,3
Używałam środków przeczyszczających, aby zrobić sobie krzywdę	JP	16,7	23,3	36,7	23,3	83,3
	GK	70,0	23,3	6,7	0,0	30,0
Seks służył mi do ukarania siebie lub wykorzystania kogoś	JP	96,7	3,3	0,0	0,0	3,3
	GK	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Używałam narkotyków lub alkoholu, aby doprowadzić się do odrętwienia, aby uciec lub aby sobie zaszkodzić	JP	76,7	13,3	6,7	3,3	23,3
	GK	33,3	43,3	23,3	0,0	66,3
Nie stosowałam rad lekarza (nie przyjmowałam leków), aby sobie zaszkodzić	JP	76,7	16,7	6,7	0,0	23,4
	GK	86,7	13,3	0,0	0,0	13,3
Pogorszyłam swoją sytuację zdrowotną, aby zyskać większą uwagę	JP	70,0	16,7	10,0	3,3	30,0
	GK	73,3	26,7	0,0	0,0	26,7

JP — jadłowstręt psychiczny; GK — grupa kontrolna

(tab. 3). Dwadzieścia cztery dziewczęta (80%) z grupy klinicznej i 1 osoba (3,3%) z grupy kontrolnej wykonywała ćwiczenia fizyczne. Dwadzieścia pięć dziewcząt (83,3%) z jadłowstrętem i 9 dziewcząt (30%) z grupy kontrolnej używało środków przeczyszczających. Inne metody przeczyszczania organizmu stosowało 26 dziewcząt (86,7%) z grupy klinicznej i 4 dziewczęta (13,3%) z grupy kontrolnej. Ponad 1/4 dziewcząt z obu badanych grup pogarszała własną sytuację zdrowotną, by zyskać większą uwagę, a 7 osób (23,4%) z jadłowstrętem i 4 osoby (13,3%) z grupy kontrolnej nie stosowało rad lekarza, aby sobie zaszkodzić. Ponadto 20 osób (66,3%) z grupy kontrolnej i 7 osób (23,4%) z jadłowstrętem używało narkotyków lub alkoholu. Jedna osoba z grupy klinicznej przejawiała zachowania seksualne, które miały służyć samokaraniu bądź wykorzystaniu drugiej osoby.

Dane zawarte w tabeli 4 wskazują, że dziewczęta z jadłowstrętem psychicznym częściej niż dziewczęta zdrowe podejmowały następujące zachowania z zakresu pośredniej autodestruktywności: nadmierne ćwiczenia fizyczne, głodzenie się, zachowania mające na celu przeczyszczenie organizmu. W porównaniu z dziewczętami z grupy kontrolnej anorektyczki rzadziej używały środków psychoaktywnych. Wszystkie różnice międzygrupowe w zakresie zachowań pośredniej autodestruktywności są istotne statystycznie na poziomie  $p < 0,05$ .

Dziewczęta z obu badanych grup nie różniły się natomiast pod względem częstości pogarszania własnej sytuacji zdrowotnej w celu zyskania większej uwagi, niestosowania się do zaleceń lekarskich i przejawiania zachowań seksualnych, które miałyby służyć samokaraniu bądź wykorzystaniu drugiej osoby.

**Tabela 4.** Przejawy autodestruktywności pośredniej w badanych grupach  
**Table 4.** Manifestations of indirect self-destructiveness in examined groups

Kiedykolwiek umyślnie	Grupa	X	SD	t-Studenta	Istotność p < 0,05
Przesadziłam z ilością ćwiczeń fizycznych, aby zrobić sobie krzywdę	JP	2,47	0,973	7,377	0,000
Głodziłam się, aby zrobić sobie krzywdę lub aby schudnąć	GK	1,07	0,365	10,062	0,000
Przeczyszczałam się, aby zrobić sobie krzywdę lub aby schudnąć	JP	3,13	0,681	8,199	0,000
Używałam środków przeczyszczających, aby zrobić sobie krzywdę	GK	1,43	0,626	5,943	0,000
Seks służył mi do ukarania siebie lub wykorzystania kogoś	JP	2,70	0,988	1,000	0,321
Używałam narkotyków lub alkoholu, aby doprowadzić się do odrętwienia, aby uciec lub aby sobie zaszkodzić	GK	1,03	0,183	-2,711	0,009
Nie stosowałam rad lekarza (nie przyjmowałam leków), aby sobie zaszkodzić	JP	1,00	0,000	1,325	0,190
Pogorszyłam swoją sytuację zdrowotną, aby zyskać większą uwagę	GK	1,13	0,346	1,172	0,246
	JP	1,47	0,819		
	GK	1,27	0,450		

X — średnia; SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; JP — jadłowstręt psychiczny; GK — grupa kontrolna

## Dyskusja

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na częstsze występowanie zachowań autodestruktywnych u dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym niż u dziewcząt zdrowych. Dotyczy to przejawów zarówno autodestrukcji bezpośredniej, jak i pośredniej. W tabeli 5 zawarto porównanie częstości występowania tych zachowań autodestruktywnych, które występują u co najmniej 20% dziewcząt (w jednej lub obu grupach).

Dziewczęta z jadłowstrętem psychicznym dopuszczają się nacinania swojej skóry do krwi (53%), objają różne części swojego ciała (biją się) (13%), wydłubują lub wbijają przedmioty (najczęściej ostre) w rozmaite części ciała (13%), co częściowo zgadza się z danymi zamieszczonymi w literaturze przedmiotu [21]. Ponadto anorektyczki częściej niż dziewczęta zdrowe podejmują próby samobójcze (JP— 23%, GK — 3%). Częstsze próby samobójcze podejmowane przez dziewczęta z jadłowstrętem można rozumieć jako wynik poddania się, przegranej walki z nieustannym napięciem psychicznym i brakiem

poczucia kontroli. Brak poszanowania dla siebie samej, zniechęcenie do ciała<sup>1</sup>, próba zwrócenia na siebie uwagi, skrajnie niska samoocena skłania anorektyczki do najostrejszej formy autodestruktywności bezpośredniej. Należy jednak podkreślić, że w tym wypadku próba samobójcza jest pozbawiona intencji odebrania sobie życia. Otrzymane dane można odnieść do wyników innego badania, w którym ponad połowa dziewcząt chorych na jadłowstręt oraz bulimie psychiczną miała myśli samobójcze lub rozważała odebranie sobie życia [22]. Są one przekonane o konieczności oddania swego życia, przeżywają poczucie braku prawa do niego. Autoagresja bezpośrednia jest często krzykiem o pomoc, sygnałem, że coś złego dzieje się z jej ofiarami. Negatywna postawa wobec życia i swoista atrakcyjność śmierci, niechęć do własnego ciała i tendencje dysocjacyjne, prowadzące do wyłączenia doznania bólu, są stanami występującymi u osób z anoreksją, samookaleczających się, jak z tendencjami samobójczymi [4, 8]. Widoczne nacięcia na skórze, sińce, ślady

<sup>1</sup> Wyniki badań autorów niniejszej pracy pokazują ponadto, że w przypadku aż 97% dziewcząt z anoreksją ich wygląd je zasmuca, 83% czuje niechęć do własnej osoby i swojego ciała, a 73% wstydzi się swojego ciała.



**Tabela 5.** Najczęstsze przejawy autodestruktywności u dziewcząt z jadłowstrętem psychicznym i z grupy kontrolnej  
**Table 5.** Most frequent symptoms of self-destructiveness in girls with anorexia nervosa and from control group

Przejawy autodestruktywności		Częstość występowania (porównanie międzygrupowe)
Zachowania bepośrednio autodestruktywne	Okaleczanie skóry	JP > GK
	Ranienie się do krwi	JP > GK
	Depilacja włosów, brwi, rzęs	JP ≤ GK
	Tatuowanie, piercing skóry	JP = GK
	Utrudnianie gojenia się ran	JP = GK
	Próby samobójcze	JP > GK
	Bójki, zachowania agresywne pod wpływem środków psychoaktywnych	JP = GK
	Ranienie się, zanim uczyni to inna osoba	JP > GK
Zachowania pośrednio autodestruktywne	Nadmierne ćwiczenia fizyczne	JP > GK
	Głodzenie się	JP > GK
	Stosowanie środków przeczyszczających	JP > GK
	Inne zachowania przeczyszczające	JP > GK
	Używanie narkotyków lub alkoholu	JP < GK
	Pogarszanie własnej sytuacji zdrowotnej	JP = GK
Niestosowanie się do zaleceń lekarskich	JP = GK	

JP — jadłowstręt psychiczny; GK — grupa kontrolna

po wbijaniu przedmiotów w skórę czy nieudane próby samobójcze mogą być atakiem na ciało, które najprawdopodobniej było źródłem bólu, poniżenia i innych negatywnych doświadczeń w dzieciństwie. Powyższa sytuacja sprawia, że dziecko nie ma podstawowych warunków do rozwoju opiekuńczej funkcji ego (*self-care*) i ochrony własnej osoby<sup>2</sup>.

Zadawanie sobie ran może bowiem pełnić funkcję ponownego doświadczania, odgrywania emocji, które towarzyszyły dziewczętom podczas dawnych traumatycznych wydarzeń [17, 23]. Akty jawnej i ukrytej autodestruktywności pojawiają się często w konsekwencji molestowania seksualnego i fizycznego oraz nadużycia emocjonalnego [2, 12]. W literaturze można odnaleźć też informacje o ryzyku wystąpienia zaburzeń odżywiania się oraz zaburzeń nastroju u ofiar seksualnego nadużycia [24]. Zatem wykorzystywanie

seksualne może stanowić jeden z czynników etiopatologicznych zachowań autodestruktywnych, jak i zaburzeń odżywiania się. Dane z wywiadu klinicznego w niniejszych badaniach wskazały, że 37% dziewcząt z grupy klinicznej i 13% dziewcząt z grupy kontrolnej doświadczało lub doświadcza nadużycia emocjonalnego, 20% dziewcząt z grupy klinicznej i 7% dziewcząt z grupy kontrolnej — nadużycia seksualnego, a 17% dziewcząt z grupy klinicznej i 7% dziewcząt z grupy kontrolnej — maltretowania fizycznego.

W wielu wypadkach samookaleczenie można tłumaczyć trudnościami z werbalizacją uczuć. Jednostka poprzez ranienie siebie pokazuje swoje wnętrze, próbuje zakomunikować w ten sposób swoje trudności [21]. Samouszkodzenia planuje 20% osób z grupy klinicznej, podczas gdy w grupie kontrolnej 3% osób samookalecza się. Ponadto dziewczęta z jadłowstrę-

<sup>2</sup> Zgodnie z teoriami rozwoju ego naturalne funkcje ochronne mogą trwać i rozwijać się wówczas, gdy istnieje wystarczająco ważny z punktu widzenia inwestycji libidynalnej obiekt ochronny. Warunki takie zapewnia miłość i kompetentnie opiekuńcza funkcja rodziców. Pozwalają one na gruncie naturalnej tendencji do życia, realizacji popędu samozachowania i rozwoju wytworzyć poczucie wartości Ja i wzbogacić naturalny potencjał ochronny o wzorce zachowań ochronnych. Wzorce zachowań opiekuńczych dostarczają ego poczucia bycia obiektem „wartym ochrony”. W historii osób gwałtownie i chronicznie autodestruktywnych występuje doświadczenie zagrożenia i odrzucenia, brak poczucia sensu życia i poczucia własnej wartości [4].

tem psychicznym czują się oderwane od rzeczywistości podczas zadawania sobie ran (37%). Planowanie aktów autoagresywnych może mieć związek z silną kontrolą wewnętrzną anorektyczek. Należy też skomentować wynik dotyczący samookaleczenia przez jednostkę, zanim ktoś inny zada jej ból; 23% anorektyczek przyznaje się do takich działań, podczas gdy w grupie dziewcząt zdrowych tylko 3%. Może to świadczyć o wysokim poczuciu winy (często związanym z samym faktem istnienia, łągodzonym przez samokaranie) chorych dziewcząt, o chęci wymierzenia sobie kary, zanim zrobi to ktoś inny. Taki schemat działania może być wyniesiony z dzieciństwa lub wynikać ze stylu wychowania, systemu kar i nagród stosowanego przez rodziców. W przypadku dziewcząt anorektycznych z podtypem bulimicznym karanie siebie może nastąpić w odpowiedzi na brak kontroli, napady objadania się i odstępstwo od narzuconej diety.

Kolejne ważne zagadnienie dotyczy modyfikacji ciała. Czy trwałe zabiegi dokonywane na własnym ciele, jak: tatuowanie, kolczykowanie, operacje plastyczne i wiele innych, to zachowania odmienne jakościowo od samouszkodzeń lub zabiegów często uważanych za upiększające? W przypadku dobrowolnej, często masywnej ingerencji w kształt i obraz własnego ciała celem nie jest zadanie sobie bólu i/lub ran, jak w wypadku autoagresji, [21] ani chwilowe podniesienie własnej atrakcyjności, jak w wypadku nietrwałych zabiegów upiększających, na przykład malowania się [25]. Zachowania nazwane modyfikacjami ciała pełnią specyficzne funkcje zarówno społeczne, jak i psychologiczne, co usprawiedliwia używanie na ich określenie odrębnej nazwy<sup>3</sup> [26].

Można wyróżnić dwie odmiany modyfikowania („udoskonalania”) ciała [21]. Do pierwszej należą zachowania społecznie zalecane i ukierunkowane na umożliwienie jednostce osiągnięcia jakiegoś „ideału” fizycznej „atrakcyjności”. Postrzega się je jako dowód odpowiedniego poziomu funkcjonowania społecznego i poczucia własnej wartości. Do drugiej

odmiany udoskonalania ciała należą te, których społeczne znaczenie nie wiąże się z estetyczną atrakcyjnością, ale ze specyficznym przekazem. Zatem efekt końcowy wraz z niesionym przezeń przekazem, jest często ważniejszy od procesu, któremu jednostka musi się poddać podczas uszkodzania swego ciała [21]. Prawdopodobnie dlatego tatuowanie i piercing nie różnicowały dziewcząt z jadłowstrętem i dziewcząt zdrowych i występowały u około 40% badanych z obu grup.

Istnieje jednak znaczna różnica jakościowa między psychologicznymi funkcjami modyfikacji ciała i samouszkodzeń. Dlatego też samouszkodzenia występują u połowy badanych dziewcząt z diagnozą jadłowstrętu i różnicują badane grupy. W przypadku samouszkodzeń towarzyszące przeżycia skupiają się najczęściej wokół bezpośredniego rozładowania napięcia, próby samoukarania, przywrócenia poczucia kontroli czy ponownego rozegrania traumy. Samouszkodzeniu towarzyszy często negatywne podłoże emocjonalne, silne poczucie przymusu zabarwione prześladowczym lękiem, że samouszkodzenie służy ochronie przed czymś jeszcze straszniejszym [28, 21]. Natomiast w przypadku modyfikacji ciała przeżycia skupiają się głównie wokół ekscytacji, poczucia wyrażania własnej indywidualności czy też poczucia rozwoju. Tło emocjonalne tych przeżyć jest raczej pozytywne, skupione wokół radości z dawania sobie czegoś<sup>4</sup> [27].

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na istotne różnice między badanymi grupami w zakresie następujących pośrednich form autodestruktywności: nadmierne ćwiczenia fizyczne, głodzenie się, zachowania o charakterze przeczyszczającym (indukowanie wymiotów, stosowanie środków przeczyszczających). Wszystkie wymienione działania mają na celu zredukowanie masy ciała stosujących je dziewcząt. Przynoszą one szkodę dla organizmu dopiero po pewnym czasie od momentu ich podjęcia. Osoby badane najczęściej stosowały wszystkie te zachowania jednocześnie, aby jak najszybciej schudnąć. W grupie klinicznej 100% dziewcząt regularnie się głodziło,

<sup>3</sup>Termin „modyfikacje ciała” odnosi się do obszernej listy praktyk, wliczając kolczykowanie, tatuowanie, bliznowanie, wypalanie, krępowanie oraz wszczepianie implantów w celu zmiany wyglądu i kształtu ciała. Listę tych zachowań można poszerzyć, włączając do nich gimnastykę, kulturystykę, anoreksję oraz posty — formy, w których powierzchnia ciała nie jest bezpośrednio znaczone i zmieniana przy użyciu przyrządów tnących, przebijających czy uciskających [26, 27].

<sup>4</sup>Wypowiedzi dotyczące własnego zachowania wśród osób samouszkodzających się koncentrują się na uczuciach przeżywanym w trakcie procesu dokonywania samouszkodzenia (np. „Ból sięgnął zenitu, byłam bliska wybuchu i, żeby dać temu upust, pocięłam się. Kiedy zobaczyłam krew, poczułam, że to koniec”) [21], natomiast osoby modyfikujące ciało częściej skupiają się na uczuciach związanych z efektem swojego działania, czyli dokonaną modyfikacją („Mogę je wyczuć [blizny na plecach]. Czuję ich obecność. Nie tylko fizyczną, ale też obecność w mojej psychice”; „Mój tatuaż ma mówić, że w życiu jest czas na walkę (...) ale i czas na odpoczynek i zbieranie sił”) [26]. Może to wskazywać na przeżywanie samouszkodzenia jako zachowania w pewien sposób wentylującego napięcie, zorganizowanego wokół funkcji, jakie spełnia akt, działanie.

Modyfikacja ciała byłaby zaś zachowaniem ogniskującym się raczej na funkcjach spełnianych przez końcowy efekt, czyli trwałą zmianę w ciele.

83% używało środków przeczyszczających, 87% przeczyszczało się w inny sposób, a 80% nadmiernie gimnastykowało się<sup>5</sup>.

W obszarze pośrednich przejawów autodestruktywności znajduje się również używanie alkoholu oraz substancji psychoaktywnych. W zakresie tych zachowań również pojawiły się istotne różnice między badanymi grupami. Przeprowadzone badania wskazują, że dziewczęta z grupy kontrolnej (67%) znacznie częściej spożywają alkohol oraz używają narkotyków niż dziewczęta z grupy klinicznej (23%). Użytki stanowią pewien sposób ucieczki od problemów, metodę redukcji napięcia psychicznego, pozwalając chociaż przez chwilę poczuć się lepiej. Jak pokazują niniejsze badania, dziewczęta z jądłowstrętą korzystają z wielu innych form ucieczki od rzeczywistości, natomiast dziewczęta zdrowe stosują metody bardziej powszechne i aprobowane społecznie<sup>6</sup>. Społeczeństwo daje przyzwolenie na spożywanie alkoholu, a nawet obserwuje się coraz większą tolerancję dla tak zwanych miękkich narkotyków. Powodem podejmowania się takich działań może być również w niektórych grupach młodzieżowych chęć podniesienia swojego statusu i pozycji w danym środowisku. Taki styl funkcjonowania jest często przejmowany od rodziców i otoczenia, w którym wychowuje się młoda osoba.

Wyniki przeprowadzonych badań własnych stanowią uzupełnienie badań istniejących w literaturze przedmiotu oraz wnoszą nowe dane na temat częstości oraz specyficznych form zachowań autodestruktywnych u dziewcząt chorych na jądłowstręt psychiczny.

Podkreślają też konieczność uwzględniania w diagnozie osób cierpiących na zaburzenia odżywiania się obecności objawów zachowań autodestruktywnych. Mogą one obejmować wcześniejsze próby samobójcze, powtarzalne, stałe samookaleczenia oraz inne zachowania autodestruktywne.

### Wnioski

1. U dziewcząt chorych na jądłowstręt psychiczny większość form zachowań autodestruktywnych występuje częściej niż u dziewcząt zdrowych. Dziewczęta z jądłowstrętem oraz z grupy kontrolnej podejmują działania z zakresu autodestruktywności bezpośredniej i pośredniej. Przejawy, nasilenie i najprawdopodobniej funkcje zachowań autodestruktywnych są odmienne w obu badanych grupach.
2. Ponad połowa badanych dziewcząt z jądłowstrętem psychicznym dokonuje samookaleczeń. Do najczęstszych aktów bezpośredniej autodestrukcji należą: różne formy okaleczania skóry, utrudnianie gojenia się ran i próby samobójcze. W zakresie przejawianych działań autodestruktywnych o charakterze pośrednim znajdują się: głodzenie się, zachowania o charakterze przeczyszczającym i nadmierne gimnastykowanie się, będące częścią obrazu klinicznego jądłowstrętu.
3. Samookaleczenia i próby samobójcze często współtworzą obraz kliniczny jądłowstrętu psychicznego i powinny być uwzględniane w diagnozie oraz programach terapii osób cierpiących na to zaburzenie.

### Streszczenie

**Wstęp.** *Jądłowstręt psychiczny jest najdokładniej opisaną i zbadaną formą zaburzeń odżywiania się, jednak zachowania autodestruktywne osób cierpiących na to zaburzenie rzadko stanowiły obszar zainteresowań badawczych. Natomiast występowanie zachowań autodestruktywnych, w tym prób samobójczych, jest dość dobrze udokumentowane u osób cierpiących na bulimię psychiczną.*

<sup>5</sup>Około 30% dziewcząt z grupy kontrolnej stosowało głodówki i środki przeczyszczające. Zatem interesujące byłoby badania nad rozpowszechnieniem i funkcjami tych form zachowań autodestruktywnych (również innych, jak pogarszanie własnej sytuacji zdrowotnej i niestosowanie się do zaleceń lekarskich, które u dziewcząt z jądłowstrętem mogą służyć podtrzymaniu objawów choroby) oraz czy mają one charakter przemijający bądź stanowią objawy rozwijających się zaburzeń.

<sup>6</sup>W ostatnich kilku latach można zaobserwować wyraźny wzrost zagrożenia uzależnieniem od alkoholu wśród młodzieży. Napoje alkoholowe są najbardziej rozpowszechnioną substancją psychoaktywną używaną przez młodzież. Według Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA; [www.parpa.pl](http://www.parpa.pl)) do ich picia przyznaje się ponad 92% uczniów III klas gimnazjalnych i ponad 96% uczniów II klas szkół średnich. Wraz ze spadkiem liczby abstynentów wzrasta częstość picia oraz ilość alkoholu jednorazowo wypijanego przez młodzież. Jako wskaźnik częściej konsumpcji traktowane jest picie alkoholu w ciągu ostatniego miesiąca poprzedzającego badanie. Ponad 2/3 chłopców (76%) oraz ponad połowa dziewcząt (62%) uczących się w III klasach gimnazjalnych (15/16-latków) piła alkohol w tym okresie. Na miesiąc przed badaniami upił się co trzeci 15/16-letni chłopiec (38,1%) i co piąta 15/16-letnia dziewczynka (26,5%). Do upicia się w czasie ostatniego roku przyznało się niemal 50% piętnastolatków (58% chłopców i 40% dziewcząt) i ponad 65% siedemnastolatków (74% chłopców i 54% dziewcząt).

**Materiał.** Grupę kliniczną stanowiło 30 dziewcząt ze zdiagnozowanym jądłowstrętem psychicznym, natomiast grupę kontrolną 30 dziewcząt zdrowych. Średni wiek dziewcząt z grupy klinicznej wynosił 16,8 roku, a dziewcząt z grupy kontrolnej — 18 lat.

**Metody.** W badaniach zastosowano kwestionariusz zachowań autodestrukcyjnych, autorstwa Juzwin.

**Wyniki.** U dziewcząt chorych na jądłowstręt psychiczny większość form zachowań autodestrukcyjnych występuje częściej niż u dziewcząt zdrowych. Dziewczeta z jądłowstrętem oraz z grupy kontrolnej podejmują działania z zakresu autodestrukcyjności bezpośredniej i pośredniej. Jednakże przejawy, nasilenie i najprawdopodobniej funkcje zachowań autodestrukcyjnych są odmienne w obu badanych grupach. Ponad połowa badanych dziewcząt z jądłowstrętem psychicznym dokonuje samookaleczeń. Do najczęstszych aktów bezpośredniej autodestrukcji należą: różne formy okaleczania skóry, utrudnianie gojenia się ran i próby samobójcze. W zakresie przejawianych działań autodestrukcyjnych o charakterze pośrednim znajdują się: głodzenie się, zachowania o charakterze przeczyszczającym i nadmierne gimnastykowanie się, będące częścią obrazu klinicznego jądłowstrętu.

**Wnioski.** Różnorodne przejawy samookaleczania oraz próby samobójcze często współtworzą obraz kliniczny jądłowstrętu psychicznego i powinny być uwzględniane w diagnozie oraz programach terapii osób cierpiących na to zaburzenie. *Psychiatria 2008; 5: 144–155*

**słowa kluczowe:** jądłowstręt psychiczny, zachowania autodestruktywne, adolescencja

## PIŚMIENNICTWO

- Kubacka-Jasiecka D. Agresja i autodestrukcja z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń Ja. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
- Eckhardt A. Autoagresja. Wydawnictwo W.A.B, Warszawa 1998.
- Mandal E. Ciało jako proces — ciało jako obiekt. Obraz ciała u studentów Akademii Wychowania Fizycznego i studentów kierunków uniwersyteckich. *Czasopismo Psychologiczne* 2004; 10 (1): 35–47.
- Suchańska A. Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestrukcyjności. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 1998.
- Iniewicz G. W stronę integracji podejść — modele anoreksji. *Psychoterapia* 1998; 2: 29–40.
- Kozak A., Kozak G. Cechy osobowości i obraz siebie pacjentek z jądłowstrętem psychicznym (*anorexia nervosa*). *Roczniki Psychologiczne* 2003; 6: 115–129.
- Abraham S., Llevelyn-Jones D. Bulimia i anoreksja. Zaburzenia odżywiania. Prószyński i Spółka, Warszawa 2001.
- Suchańska A. Anoreksja jako przejaw syndromu autodestrukcji. W: Suchańska A. (red.). Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań, 2000; 277–288.
- Jakubczyk A., Żechowski C. Psychoanalityczne poglądy na zaburzenia odżywiania się. W: Namysłowska I. (red.). Zaburzenia psychiczne dzieci i młodzieży. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 95–106.
- Stawicka M. Anoreksja psychiczna u pacjentek ze strukturą osobowości borderline. Ujęcie teorii relacji z obiektem. W: Cierpiatowska L., Gościński J. (red.). Współczesna psychoanaliza. Teorie relacji z obiektem. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2002; 197–220.
- Paul T., Schroeder K., Dahme B., Nutzinger D.O. Self-injurious behavior in women with eating disorders. *Am. J. Psychiatry* 2002; 159 (3): 408–411.
- Favaro A., Santonastaso P. Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. *Acta Psychiatr. Scand.* 1997; 95 (6): 508–514.
- Stein D., Orbach I., Shani-Sela M. i wsp. Suicidal tendencies and body image and experience in anorexia nervosa and suicidal female adolescent inpatients. *Psychoter. Psychosom.* 2003; 72 (1): 16–25.
- Corcos M., Taieb O., Benoit-Lamy S., Paterniti S., Jeammet P., Flament M.F. Suicide attempts in women with bulimia nervosa: frequency and characteristics. *Acta Psychiatr. Scand.* 2002; 106 (5): 381–386.
- Welch S.L., Fairburn C.G. Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa: a controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample. *Br. J. Psychiatry* 1996; 169 (4): 451–458.
- Friedman M., Glasser M., Laufer E., Laufer M. Attempted suicide and self-mutilation in adolescence: some observations from a psychoanalytic research project. W: Maltzberger J.T., Goldblatt M.J. (red.). *Essential papers on suicide*. New York University Press, NY 1996; 259–268.
- Farber S.K., Jackson C.C., Tabin J.K., Bachar E. Death and annihilation in anorexia nervosa, bulimia, and self-mutilation. *Psychoanalytic Psychology* 2007; 24 (2): 289–305.
- Juzwin K.R. An Assessment for Self-Injury: The Self-Injury Self-Report Inventory (SISRI). W: Levitt J.L., Sansone R.A., Cohn L. (red.). *Self-harm behavior and eating disorders. Dynamics, assessment, and treatment*. Brunner-Routledge, New York 2004; 105–118.
- Sansone R.A., Levitt J.L. Self-harm behaviors among those with eating disorders: An overview. *Eating Dis.* 2002; 10: 205–213.
- Levitt J.L., Sansone R.A., Cohn L. Self-harm behavior and eating disorders. Dynamics, assessment, and treatment. Brunner-Routledge, New York 2004.
- Babiker G., Arnold R. Autoagresja. Mowa zranionego ciała. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
- Ruuska J., Kaltiala-Heino R., Rantanen P., Koivisto A.M. Psychopathological distress predicts suicidal ideation and self-harm in adolescent eating disorder outpatients. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2005; 14 (5): 276–281.
- Sumiła A., Łucka I., Michalewska A. Analiza porównawcza procesu terapeutycznego pacjentek z rozpoznaniem jądłowstrętu psychicznego — studium dwóch przypadków. W: Radziwiłłowicz W., Sumiła A. (red.). *Psychopatologia okresu dorastania. Wybrane zagadnienia*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006; 39–59.
- Sumiła A. Zachowania autodestruktywne u pacjentki wykorzystywanej seksualnie — studium przypadku. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna* 2006; 6: 95–97.
- Etcoff N. *Przetwarzają najpiękniejsi*. Wydawnictwo W.A.B, Warszawa 2000.
- Pitts V. *In the flesh. The cultural politics of body modification*. Palgrave Macmillan, New York 2003.
- Featherstone M. (red.). *Body modification*. Sage, London–Thousand Oaks–New Delhi 2000.
- Favazza A.R. *Bodies under siege. Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore–London 1996.