

Ból, który ma przynieść ulgę. Czego wciąż nie wiemy o samouszkodzeniach?

Helena Turek – psycholożka i neurokognitywistka.

Związana z Centrum Neuronauki Behawioralnej oraz Katedrą Psychologii Biologicznej Uniwersytetu SWPS.

Samouszkodzenia - czyli co?

Samouszkodzenia bez intencji samobójczych (ang. *Non-Suicidal Self-Injury*, NSSI) to celowe uszkodzanie tkanki własnego ciała, któremu nie towarzyszy chęć odebrania sobie życia. Zachowania te służą zazwyczaj redukcji trudnego do zniesienia napięcia i dystresu emocjonalnego. Co kluczowe, w klasyfikacji DSM-5 (APA, 2013; za: Makowska i Gmitrowicz, 2018) wyodrębniono NSSI jako niezależną kategorię diagnostyczną, podkreślając jej autonomiczny charakter. Oznacza to, że zjawisko nie występuje wyłącznie w populacji klinicznej - diagnozuje się je również u osób pozbawionych innych zaburzeń psychicznych. Do najpowszechniejszych form NSSI należą nacinanie, przypalanie, nakłuwanie skóry oraz uderzanie się. Kryteriów tych nie spełniają natomiast zachowania o innym podłożu, takie jak wyrwanie włosów z głowy czy obgryzanie skórek.

Raport „Młode Głowy” (2023), obejmujący ponad 180 tysięcy osób z całej Polski w wieku od 9 do 21 lat, wskazuje, że aż 16% z nich dokonywało samookaleczeń w ciągu ostatnich trzech miesięcy. Dane te są spójne ze statystykami światowymi, szacującymi występowanie samouszkodzeń u od 15 do 39% studentów i młodych dorosłych (Cipriano i in., 2017; Mettler i in., 2021; Swannell i in., 2014). Zachowania te najczęściej rozpoczynają się między 12. a 14. rokiem życia, a z wiekiem ich rozpowszechnienie maleje do poziomu 4–6%, choć statystyki w grupie dorosłych bywają niedoszacowane (Lenkiewicz i in., 2017). Zjawisko to stanowi swoisty paradoks: poprzez akt fizycznej autoagresji jednostka próbuje poradzić sobie z przeciążeniem psychicznym, traktując zadawanie bólu jako strategię samoregulacji (Franklin i in., 2013; Klonsky, 2007).

Kto dokonuje samouszkodzeń?

Większość danych europejskich i światowych wskazuje, że samouszkodzenia dotyczą głównie dziewcząt i kobiet (Bresin i Schoenleber, 2015). Wyjątek stanowią kraje azjatyckie, gdzie wskaźniki rozkładają się równomiernie bez względu na płeć (Moloney i in., 2014). Polskie badania pokazują jednak bardziej złożony obraz. Wśród 2220 uczniów białostockich szkół ponadpodstawowych zaobserwowano, że o ile w szkołach zawodowych przeważały dziewczęta, o tyle w liceach ogólnokształcących samookaleczało się więcej chłopców. Odnotowano także różnice w motywacjach - dziewczęta najczęściej wskazywały na samotność, podczas gdy chłopcy zazwyczaj nie podawali konkretnego powodu.

Bezpośrednim efektem aktu autoagresji u obu płci było poczucie odprężenia, jednak to chłopcy znacznie rzadziej deklarowali potrzebę uzyskania pomocy (Kądziała-Olech i in., 2015).

Wysokie ryzyko dotyczy również określonych grup demograficznych. Samouszkodzenia występują znacznie częściej wśród mniejszości seksualnych (29,68% w skali życia) i płciowych (46,65%), w porównaniu do ich heteroseksualnych i cisplciowych rówieśników (14,57%). Najwyższe wskaźniki diagnozuje się u osób transpłciowych i biseksualnych (Liu i in., 2019).

Co z mężczyznami?

Mimo że statystyki wskazują na przewagę kobiet, badacze coraz wyraźniej zwracają uwagę na metodologiczny problem. Definicja NSSI przyjęta w klasyfikacji DSM-5 może być zbyt wąska i odzwierciedlać głównie formy autoagresji specyficzne dla kobiet, sztucznie zaniżając wskaźniki męskie (Green i Jakupcak, 2016). Ponadto obrażenia zadawane przez mężczyzn bywają poważniejsze i rzadziej opatrywane, co zwiększa ryzyko powikłań medycznych. Sami zainteresowani rzadziej postrzegają takie działania w kategoriach problemu wymagającego wsparcia (Claes i in., 2007; Whitlock i in., 2008).

Zjawisko to maskuje również społeczna tolerancja. Mężczyźni często angażują się w zachowania o ewidentnym komponencie autoagresywnym, które uchodzą za akceptowalne społecznie, co formalnie wyklucza je z NSSI. Klasycznym przykładem jest uderzanie pięścią w ścianę, skakanie z niebezpiecznych wysokości czy celowe prowokowanie bójek. Otoczenie interpretuje to najczęściej jako typowo „męski” sposób wyrażania złości lub frustracji. Specjaliści podkreślają jednak, że działania te mają charakter stricte autoagresywny. Co więcej, u mężczyzn mogą one występować także pod wpływem silnych emocji pozytywnych, z których regulacją jednostka nie potrafi sobie poradzić. Dlatego część specjalistów apeluje o rozszerzenie definicji NSSI o te zachowania, które mogą być znacznie bardziej specyficzne dla mężczyzn. Taki krok ułatwiłby szybką diagnozę i udzielenie realnego wsparcia. Wciąż bowiem zbyt często ulegamy stereotypom, kojarząc samouszkodzenia niemal wyłącznie z nacinaniem skóry. Nauka pokazuje jednak wyraźnie: autoagresja przyjmuje bardzo różne i często zupełnie nieoczywiste formy (Green i Jakupcak, 2016).

Dlaczego się samouszkodzamy?

Zrozumienie mechanizmów autoagresji jest niezbędne do przełamania szkodliwych mitów, które traktują to zjawisko w kategoriach buntu, manipulacji czy mody. Taka dewaluacja problemu jest niebezpieczna i opóźnia wdrożenie specjalistycznej pomocy.

W literaturze przedmiotu istnieje wiele modeli psychologicznych i biologicznych tłumaczących to zjawisko. Klonsky i Glenn (2009) kategoryzują funkcje samouszkodzeń, dzieląc je na dwie główne grupy:

- **intrapersonalne** – służące radzeniu sobie z wewnętrznym doświadczeniem (m.in. regulacja afektu, samokaranie, przeciwdziałanie dysocjacji, zapobieganie samobójstwu, manifestacja własnego cierpienia),
- **interpersonalne** – ukierunkowane na relacje z otoczeniem (np. wywieranie wpływu, poszukiwanie wrażeń, zaznaczanie granic osobistych, budowanie więzi rówieśniczych, a w niektórych przypadkach zemsta).

Jednym z najbardziej kompleksowych ujęć tłumaczących rozwój samookaleczeń jako specyficznego mechanizmu regulacji emocjonalnej jest model biopsychospołeczny Walsha (2014). Wskazuje on na wzajemne, ścisłe oddziaływanie pięciu wymiarów:

- **Środowiskowego** - obejmującego trudne zdarzenia z przeszłości (zarówno w życiu jednostki, jak i systemu rodzinnego) oraz bieżące stresory.
- **Biologicznego** - związanego m.in. z dysregulacją poziomu serotoniny czy zaburzeniami w funkcjonowaniu endogennego układu opioidowego.
- **Poznawczego** - dotyczącego specyficznego sposobu interpretacji własnych doświadczeń i otaczającej rzeczywistości.
- **Afektywnego** - polegającego na doświadczaniu przytłaczających emocji przy jednoczesnym deficycie normatywnych strategii radzenia sobie z nimi.
- **Behawioralnego** - obejmującego konkretne działania i nawyki poprzedzające samouszkodzenie, towarzyszące mu oraz następujące po nim.

Z perspektywy neurobiologicznej na szczególną uwagę zasługuje hipoteza dotycząca dysfunkcji wspomnianego endogennego układu opioidowego - wewnętrznego systemu odpowiedzialnego m.in. za uśmierzanie bólu, bazującego w dużej mierze na beta-endorfinach (Bresin i Gordon, 2013). Zakłada się, że osoby dokonujące samouszkodzeń mogą na co dzień funkcjonować z obniżonym poziomem tych związków, co negatywnie wpływa na ich dobrostan psychofizyczny. Silny bodziec w postaci bezpośredniego uszkodzenia tkanki wymusza na organizmie gwałtowny wyrzut endogennych opioidów. Zjawisko to, określane w literaturze jako ulga po ustąpieniu bólu, w tym kontekście uśmierza również ból psychiczny.

Wczesne analizy krwi i płynu mózgowo-rdzeniowego potwierdzały obniżony poziom beta-endorfin u osób dokonujących samouszkodzeń (Bresin i Gordon, 2013; Sher i Stanley, 2008). Należy jednak zauważyć, że badane grupy były często wysoce heterogeniczne (współwystępowały w nich inne zaburzenia psychiczne), co utrudniało określenie, czy badany deficyt jest specyficzny wyłącznie dla „czystego” NSSI.

Istotnego przełomu w tej kwestii dokonali Störkel i in. (2021), badając wahania poziomu beta-endorfin u osób samouszkodzających się w środowisku naturalnym. Przez dwa tygodnie uczestnicy monitorowali swoje samopoczucie za pomocą dedykowanej aplikacji mobilnej i pobierali próbki śliny bezpośrednio przed oraz po akcie autoagresji. Wyniki analiz jednoznacznie wykazały, że tuż przed samouszkodzeniem poziom beta-endorfin ulegał

znacznemu obniżeniu, by po dokonaniu aktu autoagresji wzrosnąć. Co jednak kluczowe - wzrastał on wyłącznie do poziomu bazowego (ustalonego w pierwszym dniu badania jako kontrolny), a nie powyżej niego. Wskazuje to, że samookaleczenie może stanowić próbę przywrócenia organizmowi utraconej homeostazy i równowagi emocjonalnej.

Samouszkodzenia a samobójstwa

Aby zachowanie zaklasyfikować jako NSSI, musi być ono z definicji pozbawione intencji samobójczej. Brak takiej chęci w momencie aktu autoagresji nie wyklucza jednak pojawienia się tendencji suicydalnych w przyszłości. Czasami uszkodzenie ciała przynosi tak silną doraźną ulgę, że paradoksalnie zapobiega samobójstwu w danym momencie. Niemniej, w ujęciu długoterminowym NSSI pozostaje jednym z predyktorów zachowań suicydalnych (Franklin i in., 2017; Victor i Klonsky, 2014). Dlatego nie należy go utożsamiać z samobójstwem, ale też pod żadnym pozorem nie wolno go bagatelizować.

Jak mądrze pomóc?

Odkrycie, że dziecko lub nastolatek się samookalecza, zazwyczaj budzi w rodzicach i nauczycielach ogromny lęk. Pojawia się poczucie bezradności i obawa, by swoją reakcją nie pogorszyć sytuacji. Często ten niepokój potęguje fakt, że rany - zwłaszcza cięte - bywają błędnie utożsamiane z próbą samobójczą. Niestety, skrajną alternatywą dla tej paniki bywa wspomniane wcześniej bagatelizowanie problemu.

Jeśli problem zauważy nauczyciel, jego obowiązkiem - oprócz samej, pełnej empatii rozmowy z uczniem - jest poinformowanie o sytuacji rodziców lub opiekunów prawnych. To na nich ostatecznie spoczywa ciężar i odpowiedzialność za zapewnienie nastolatkowi profesjonalnego wsparcia poza szkołą. Zbagatelizowanie tej kwestii przez opiekunów i niezapewnienie dziecku niezbędnej pomocy traktowane jest jako forma zaniedbania (Kicińska i in., 2022).

Kluczem do pierwszej, bezpośredniej interwencji jest otwarta, spokojna rozmowa oparta na pełnej akceptacji. Ocenianie, grożenie konsekwencjami czy minimalizowanie mogą drastycznie pogorszyć stan nastolatka. Co ważne - kategoryczne i natychmiastowe zakazanie samouszkodzeń zazwyczaj nie działa. Ciągłe śledzenie dziecka, zamykanie go pod kluczem czy codzienne kontrolowanie jego ciała przynosi często więcej szkody niż pożytku. W ten sposób odbiera się mu jedyny znany i „działający” w jego odczuciu mechanizm regulacji emocji, nie dając na razie niczego w zamian. Zastąpienie autoagresji zdrowymi strategiami wymaga czasu i profesjonalnego wsparcia, czyli podjęcia psychoterapii, niekiedy wspartej farmakologicznie (Kicińska i in., 2022; Turner i in., 2014).

Psychoterapia wykorzystuje zjawisko neuroplastyczności - zdolności naszego mózgu do fizycznej przebudowy pod wpływem nowych doświadczeń (Linden, 2006). Dzięki temu utrwalone, destrukcyjne ślady pamięciowe mogą zostać zmodyfikowane, a w ich miejsce

tworzą się nowe, zdrowsze połączenia. Proces ten obejmuje zazwyczaj kilka kluczowych elementów:

- **Stosowanie zachowań zastępczych:** Na początku, by bezpiecznie przetrwać największy kryzys, pacjenci tworzą listę tzw. zachowań zastępczych. Może to być rozgryzanie ziaren pieprzu, zjedzenie bardzo kwaśnej żelki czy zaciskanie w dłoni kostki lodu. Dostarcza to silnego bodźca fizycznego, ale bez uszkodzania tkanek.
- **Aktywność fizyczna:** Badania pokazują, że doskonałym narzędziem wspomagającym jest sport. Intensywny ruch w naturalny sposób stymuluje wyrzut endogennych opioidów, przywracając biochemiczną równowagę w organizmie.
- **Analiza łańcuchowa:** W procesie terapeutycznym niezwykle ważna jest dogłębna analiza całego mechanizmu. Terapeuta wspólnie z pacjentem bada czynniki wyzwalające („zapalniki”), następstwa autoagresji oraz jej funkcje. Pozwala to precyzyjnie namierzyć deficyty i przepracować pierwotne problemy.

W leczeniu samouszkodzeń szczególnie wysoką skutecznością wykazuje się terapia dialektyczno-behawioralna (DBT), która uczy pacjentów uważności, tolerancji na dolegliwości psychiczne oraz konstruktywnego radzenia sobie z przytłaczającym napięciem na przyszłość oraz terapia poznawczo-behawioralna (Ougrin i in., 2015).

Wyjście z mechanizmu autoagresji to proces, który wymaga cierpliwości, czasu i profesjonalnego wsparcia. W tym trudnym okresie pomocy nierzadko potrzebuje jednak nie tylko sama osoba, dokonująca samouszkodzeń, ale również jego bliscy. Zadbanie o własną równowagę przez rodziców i opiekunów jest wręcz niezbędne, by móc stabilnie wspierać dziecko w kryzysie. Dlatego tak ważne jest, aby nie mierzyć się z tym problemem w izolacji. Przerwanie milczenia i sięgnięcie po wsparcie - w poradniach zdrowia psychicznego, gabinetach terapeutycznych czy pod bezpłatnymi numerami zaufania - to zawsze pierwszy, ale i najważniejszy krok.

- 116 123 - Kryzysowy Telefon Zaufania dla Dorosłych
- 116 111 - Kryzysowy Telefon Zaufania dla Dzieci i Młodzieży
- 800 70 2222 - Centrum Wsparcia dla Osób Dorosłych w Kryzysie Psychicznym

Literatura cytowana

- Bresin, K., Gordon, K. H. (2013). Endogenous opioids and nonsuicidal self-injury: a mechanism of affect regulation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(3), 374-383.
- Bresin, K., Schoenleber, M. (2015). Gender differences in the prevalence of nonsuicidal self-injury: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 38, 55-64. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.009>
- Cipriano, A., Cella, S., & Cotrufo, P. (2017). Nonsuicidal self-injury: A systematic review. *Frontiers in psychology*, 8, 1946.
- Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2007). Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences*, 42(4), 611-621.
- Franklin, J. C., Puzia, M. E., Lee, K. M., Lee, G. E., Hanna, E. K., Spring, V. L., & Prinstein, M. J. (2013). The nature of pain offset relief in nonsuicidal self-injury: A laboratory study. *Clinical Psychological Science*, 1(2), 110-119.
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., Musacchio, K. M., Jaroszewski, A. C., Chang, B. P., & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological Bulletin*, 143(2), 187-232. <https://doi.org/10.1037/bul0000084>
- Green, J. D., Jakupcak, M. (2016). Masculinity and men's self-harm behaviors: Implications for non-suicidal self-injury disorder. *Psychology of Men & Masculinity*, 17(2), 147.
- Kądziała-Olech, H., Zak, G., Kalinowska, B., Wągrocka, A., Perestret, G., & Bielawski, M. (2015). Częstość zamierzonych samookaleczeń bez intencji samobójczych–Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) wśród uczniów szkół ponadpodstawowych w odniesieniu do wieku i płci. *Psychiatria Polska*, 49(4), 765-778.
- Kicińska, L., Łuba, M., Palma, J., & Witkowska, H. (2022). Samouszkodzenia–zrozumieć, aby zapobiec. *Poradnik dla nauczycieli. Stowarzyszenie Polskie Towarzystwo Suicydologiczne*.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*, 27(2), 226-239.
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 31(3), 215-219.
- Lenkiewicz, K., Racicka, E., & Bryńska, A. (2017). Samouszkodzenia–miejsce w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych, czynniki ryzyka i mechanizmy kształtujące. Przegląd badań. *Psychiatria Polska*, 51(2), 323-334.
- Linden, D. E. (2006). How psychotherapy changes the brain—the contribution of functional neuroimaging. *Molecular psychiatry*, 11(6), 528-538.
- Liu, R. T., Sheehan, A. E., Walsh, R. F. L., Sanzari, C. M., Cheek, S. M., Hernandez, E. M. (2019). Prevalence and correlates of non-suicidal self-injury among lesbian, gay, bisexual, and transgender individuals: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 74, Article 101783. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101783>
- Makowska, I., & Gmitrowicz, A. (2018). Samookaleczenia bez intencji samobójczej a zachowania samobójcze. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 18(2), 173-179.
- Mettler, J., Stern, M., Lewis, S. P., & Heath, N. L. (2021). Perceived vs. actual emotion reactivity and regulation in individuals with and without a history of NSSI. *Frontiers in Psychology*, 12, 612792.
- Moloney, F., Amini, J., Sinyor, M., Schaffer, A., Lanctôt, K. L., & Mitchell, R. H. (2024). Sex differences in the global prevalence of nonsuicidal self-injury in adolescents: a meta-analysis. *JAMA network open*, 7(6), e2415436.

Ougrin, D., Tranah, T., Stahl, D., Moran, P., & Asarnow, J. R. (2015). Therapeutic interventions for suicide attempts and self-harm in adolescents: systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(2), 97-107.

Sher, L., & Stanley, B. H. (2008). The role of endogenous opioids in the pathophysiology of self-injurious and suicidal behavior. *Archives of suicide research*, 12(4), 299-308.

Störkel, L. M., Karabatsiakis, A., Hepp, J., Kolassa, I. T., Schmah, C., & Niedtfeld, I. (2021). Salivary beta-endorphin in nonsuicidal self-injury: an ambulatory assessment study. *Neuropsychopharmacology*, 46(7), 1357-1363.

Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., & St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal self-injury in nonclinical samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273-303.

Turner, B. J., Austin, S. B., & Chapman, A. L. (2014). Treating nonsuicidal self-injury: a systematic review of psychological and pharmacological interventions. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(11), 576-585.

Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2014). Correlates of suicide attempts among self-injurers: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(4), 282-297.

Walsh, B. W. (2014). *Terapia samouszkodzeń*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Whitlock, J., Muehlenkamp, J., & Eckenrode, J. (2008). Variation in nonsuicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(4), 725-735.