

Analiza zależności samookaleczeń i tatuowania w grupie osób prezentujących obie cechy

Analysis of relation between tattooing and deliberate self-injury in a group of persons presenting both qualities

Klinika Psychiatrii Młodzieżowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Kierownik: dr hab. n. med. prof. nadzw. Agnieszka Gmitrowicz
Correspondence to: Arkadiusz Jasek, ul. Tatrzańska 46/48 m. 114, 93-219 Łódź, tel. kom.: 501 057 406, e-mail: arkadiuszjasek@hotmail.com
Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Praktyka zdobienia ciała ma swoje uwarunkowanie kulturowe związane z regionalnymi wierzeniami i rytuałami, występuje na wszystkich kontynentach. Czy tatuaż w rozumieniu zachowań ryzykownych może być jedną z form autoagresji i spełniać funkcję zastępczą dla celowych samookaleczeń? W badaniu dokonano oceny tatuowania jako formy zastępczej intencjonalnego samookaleczenia oraz przeprowadzono analizę zależności między tatuowaniem i celowymi samookaleczeniami w grupie osób prezentujących obie cechy. Jako narzędzie badawcze wykorzystano kwestionariusz samoopowiedzi składający się z dwóch części – dotyczącej samookaleczeń i tatuowania. Pytania części pierwszej znajdowały swoje odpowiedniki w części drugiej, dzięki czemu możliwa była analiza porównawcza. Grupa badana liczyła 79 osób mających tatuaż. Z tej grupy wyodrębniono osoby, które się okaleczyły celowo przynajmniej jeden raz w życiu. Kobiety stanowiły 56% grupy, mężczyźni – 44%. Analizę przeprowadzono na podstawie odsetka osób z grupy badanej, które zgłosiły wystąpienie danego doznania po dokonaniu celowego samookaleczenia i po wykonaniu tatuażu. Zaobserwowano różnice w zakresie doznania ulgi, satysfakcji, poczucia winy oraz impulsywności w podjętych działaniach wśród osób prezentujących obie cechy. Tatuowanie jest zachowaniem ryzykownym i współwystępuje z innymi zachowaniami ryzykownymi, takimi jak ryzykowne picie. Osoby, które okaleczyły się więcej niż jeden raz w życiu, prezentowały oprócz tatuażu bardziej inwazyjne metody zdobienia ciała, na przykład skaryfikację. Pomimo nieuzyskania mocy statystycznej prezentowanych w pracy wyników (mała liczebność grupy badanej) można z ostrożnością wnioskować o odmiennym postrzeganiu roli tatuażu i samookaleczenia w życiu osób, u których stwierdzono oba te zjawiska. Możemy zatem postawić tezę, iż tatuaż nie spełnia u nich takiej samej funkcji jak samookaleczenie.

Słowa kluczowe: samookaleczenia, tatuaż, zachowania ryzykowne, impulsywność, skaryfikacja

Summary

The practice of body art (or body decoration) has its cultural roots and origins, associated with regional beliefs and rituals, and is met on all the continents. Can a tattoo – when approached in the understanding of risk behaviour – be regarded as one of autoaggression forms, being a substitute for the purposeful act of self-harm? An evaluation of tattooing as a substitute for purposeful self-harm. An analysis of correlations between tattooing and self-harming in a group of subjects presenting both features. A self-answer questionnaire, used as a study tool, included a self-harm and a tattooing section. Questions in the former part had their counterparts in the latter part, what facilitated a comparative analysis. A study group included 79 subjects with tattoo. Out of that group, tattooed subjects with, at least, one purposeful self-harm episode in history were isolated, with 56% of females and 44% of males. The analysis was carried out on the percent of subjects from the study group, who reported their sensations, following purposeful self-harm and tattooing. Differences were observed, regarding the feeling of relief, satisfaction, guilt and impulsiveness in the undertaken actions among the subjects with both features. Tattooing is a risk behaviour and coexists with other risk behaviours, such as risk drinking. Subjects with more than one self-harm episode in history, presented – beside tattoo – also more invasive forms of body art, e.g., scarification. Even if the obtained results did not attain statistical significance (for the low number of subjects in the study group), we may conclude – although with some caution – about a dissimilar perception of the roles, played by tattoo and self-harm in life of those with both features. A thesis may then be implied that tattoo does not fulfil the same function as self-harm in subjects with both features.

Keywords: self-injury, tattoo, high-risk behaviour, impulsiveness, scarification

WSTĘP

Najstarsze niepodważalne dowody istnienia tatuażu pochodzą z około 2000 r. p.n.e. Są to rysunek na ciele tebańskiej kapłanki bogini Hator, Ameut, oraz pochodzące z tego okresu szczątki wytatuowanej skóry, jakie odnaleziono na terenach Nubii⁽¹⁾. Określenie: *tatuaż* wywodzi się z języka samońskiego/tahitańskiego od słowa: *tatu*, które w wolnym tłumaczeniu odpowiada wyrażeniu: ‘oznaczyć coś’. Praktyka zdobienia ciała przez wprowadzanie barwnika organicznego w skórę, która ma swoje uwarunkowanie kulturowe związane z miejscowymi wierzeniami i rytuałami właściwymi dla danego ludu lub plemienia, występuje na wszystkich kontynentach. Jedynie Europa przez wiele wieków pozostawała wolna od tych praktyk. Data pojawienia się tatuażu na Starym Kontynencie nie została jeszcze jasno określona. Jedną z teorii na ten temat podaje okres dominacji arabskiej na Półwyspie Iberyjskim, inna – powrót z wyprawy do Chin Marca Pola, jeszcze inna – rok 1774 i opisy Jamesa Cooka z wypraw dookoła świata. Istnieją jednak dowody świadczące o jego wcześniejszej obecności. W Muzeum Archeologicznym Południowego Tyrolu znajduje się Ötzi – lodowy człowiek, którego szczątki znalezione zostały w Alpach przez niemieckich turystów. Pochodzenie Ötziego szacuje się na 3300 r. p.n.e. Jego ciało pokrywa 57 tatuaży wykonanych prawdopodobnie podczas rytuałów leczniczych⁽²⁾. W większości przypadków tradycyjne wzory były wykonywane prymitywnymi narzędziami. Mogą to być zestawy przypominające ostro zakończony grzebień, którego kolce zanurza się w barwniku, a następnie innym elementem uderza się w niego, aby perforować skórę. Narzędzia te robiono najczęściej z kości zwierzęcej lub drewna i używano wielokrotnie. Sam rytuał wykonania tatuażu jest dla tatuowanego doznaniem spirytystycznym, co zostało szeroko opisane przez Armando Favazzę⁽³⁾. Innymi zjawiskami uwarunkowanymi kulturowo są modyfikacje ciała oraz okaleczenia dokonywane pod wpływem wierzeń lub religii. Najlepiej poznanym zjawiskiem jest szamanizm. Inicjacja szamana składa się z pięciu faz symbolicznego lub realnego samoniszczenia⁽⁴⁾. Członkowie plemienia Abidji z regionu Wybrzeża Kości Słoniowej w czasie ceremonii Nowego Roku przebijają sobie powłoki brzuszne aż do otwarcia jamy otrzewnej. Rany goją się bez powikłań, a członkowie opowiadają o transie, w który weszli pod wpływem bólu⁽³⁾. Kontrowersyjne jest interpretowanie tekstów religii chrześcijańskiej pod względem samouszkodzeń. W rzymskim kościele Santa Prisca znajduje się łacińska inskrypcja: *Et nos servasti... sanguine fuso* („I ocaliłeś nas, przelewając krew”). Według niektórych badaczy tego tematu najbardziej znanymi przykładami niszczenia własnego ciała są: pustelnictwo, głodówki i biczowanie się czynione, aby osiągnąć wyższy cel^(3,5-7). W ten sposób uczeni ci odrzucają brak uwarunkowań kulturowych samookaleczenia w religii chrześcijańskiej.

Nie wiemy dokładnie, kiedy tatuaż pojawił się na terenie Polski. Najczęściej wymienia się szeroko pojęty okres przedwojenny – nie ma dowodów świadczących o jego wcześniejszej obecności. Podobnie brak jest świadectw celowego samooka-

INTRODUCTION

The oldest unquestionable evidence of the existence of tattooing dates back to about 2000 B.C. It comprised a drawing on the body of Ameut, i.e. goddess Hator's priestess in Thebes, as well as the remains of the tattooed skin from that period, found in Nubia⁽¹⁾. The term *tattoo* comes from the Samoan/Tahitian language, from the word *tatu* which in free translation means “to mark something”. The body art practice in the form of introducing an organic dye into the skin, having its cultural roots and origins associated with the local beliefs and rituals appropriate for a given people or tribe, occurred on all continents. Only Europe for ages remained free from such practices. The date of the appearance of tattoo on the Old Continent has not been determined clearly as yet. One of the prevalent theories mentions the period of Arabic domination on the Iberian Peninsula, another one Marco Polo's return from his expedition to China, one more – the year 1774 and James Cook's descriptions from his expeditions around the world. Yet, there is some evidence of its earlier presence. At the Archaeological Museum in South Tyrol there is Ötzi – a man of ice, whose remains were found in the Alps by some German tourists. Ötzi's origin is estimated to date back to 3300 B.C. His body was covered with 57 tattoos probably made during some healing rituals⁽²⁾. In most cases, the traditional patterns were made by primitive tools. These could be some kits resembling a pointed comb the tips of which are immersed in a dye, and then it is hit with another element to perforate the skin. These tools were usually made of animal bones or wood and used many times. The tattooing ritual is a spiritualistic feeling for a person subjected to it, which was extensively described by Armando Favazza⁽³⁾. Other phenomena having cultural roots are the body modifications and mutilations made under the influence of beliefs or religions. The best known phenomenon is shamanism. The shaman's initiation consists of five phases of symbolic or real self-destruction⁽⁴⁾. Members of Abidji tribe from the area of the Ivory Coast during the New Year celebration perforate their abdominal integuments till the peritoneal cavity is opened. The wounds heal without any complications and the members tell about falling into a trance under the influence of pain⁽³⁾. Interpretation of the Christian religion texts in the aspect of self-mutilations is controversial. In the Santa Prisca Roman church there is a Latin inscription: *Et nos servasti... sanguine fuso* (“And you saved us by shedding blood”). According to some researchers of this subject, the best known examples of one's body destruction are: hermitic life, fasting and flagellating oneself to achieve a higher purpose^(3,5-7). In this way these researchers reject the lack of cultural factors of self-mutilation in Christian religion.

We do not know exactly when the tattoo appeared in Poland. Usually the extensive pre-war period is mentioned; there is no evidence of its earlier presence. Similarly, there is no evidence of deliberate self-mutilation as a phenomenon characteristic of the beliefs or regional customs. Therefore, Poland seems an appropriate place for analysis of deliberate self-mutilation

leczenia jako zjawiska charakterystycznego dla wierzeń lub regionalnych zwyczajów. Polska wydaje się zatem odpowiednim miejscem dla analizy porównawczej celowych samookaleczeń i tatuażu w kontekście zjawisk służących uzyskaniu określonych celów psychologicznych niewynikających z uwarunkowań kulturowych.

Termin: *celowe samookaleczenie* (*deliberate self-mutilation*), nazywane również samouszkodzeniem (*self-harm, self-injury*), odnosi się do różnorodnych zachowań, które intencjonalnie i natychmiast przynoszą szkodę ciału dla celów nieidentyfikowanych społecznie i niewytłumaczalnych środowiskowo, nie mają one motywacji samobójczych⁽³⁾.

Z podziału dokonanego przez Walsh i Rosena w 1988 roku jasno wynika, że w percepcji społecznej tatuaż umieszczany był w kręgu zjawisk patologicznych.

Favazza i Rosenthal (1993 r.) dokonali podziału samookaleczeń (*self-mutilation*) na uwarunkowane kulturowo i patologiczne⁽⁸⁾. W ich rozumieniu tylko drugie spełniały kryteria istotne psychopatologicznie i nazywane były samouszkodzeniami (*self-injury*). Celowość samookaleczeń rodzi wiele pytań. Według współczesnych teorii, oprócz ewentualnych i niepotwierdzonych dotychczas uwarunkowań genetycznych oraz biologicznych następstw okaleczenia w postaci wydzielania beta-endorfin (wzmocnienie pozytywne), odgrywają tu znaczną rolę mechanizmy psychologiczne^(9,10). Według dominującej obecnie teorii osoby okaleczające się nie wykształciły trzech ważnych umiejętności: tolerancji silnego afektu, utrzymywania poczucia własnej wartości i świadomości utrzymywania relacji z innymi ludźmi. Pierwsza umiejętność odnosi się do funkcji regulacji afektu w samookaleczeniu, pozostałe prawdopodobnie do dysfunkcji komunikacji z innymi ludźmi⁽¹¹⁾. Samookaleczenia zatem mają na celu regulację napięcia psychicznego, a w szczególności jego obniżanie, kiedy inne poznane metody radzenia sobie z emocjami zawiodły^(12,13).

Impulsywne celowe samookaleczenia można również dzielić ze względu na sposób dokonania uszkodzeń. Zalicza się tu: nacinanie, przypalanie lub poważne drapanie skóry, odmrażanie jej przy użyciu strumienia gazu pod ciśnieniem (np. dezodoranty), wrywanie kawałków skóry lub włosów, polykanie niejadalnych produktów z intencją niekonsumpcyjną, zażywanie toksycznych substancji, celowe uderzanie o twarde powierzchnie lub złamanie kości i inne. Według innej klasyfikacji samouszkodzenia dzieli się na nawykowe i impulsywne⁽¹⁴⁾. Pierwsze obserwujemy między innymi w obrazie upośledzenia umysłowego, drugie – w populacji ogólnej, również w grupach pozaklinicznych. Rozpowszechnienie celowych samouszkodzeń w populacji ogólnej szacowane jest na 4-21%⁽¹⁵⁾, według niektórych autorów sięga nawet 38%^(3,16-18).

CELE BADAWCZE

W odbiorze społecznym tatuaż zmieniał swoje znaczenie. Na przestrzeni wieków postrzegany był początkowo jako patologia, później – zjawisko typowe dla klasy niskiej, aż w końcu – dzieło sztuki. Istnieje jednak wątpliwość dotycząca celowości tatu-

and tattoo in the context of the phenomena aimed at attaining specific psychological goals which do not result from cultural conditions.

The term: *deliberate self-mutilation*, otherwise referred to as *self-harm* or *self-injury*, refers to various behaviours which intentionally and immediately damage the body for purposes which are not socially identified, they are unaccountable environmentally and have no suicidal motivation⁽³⁾.

The division carried out by Walsh and Rosen in 1988 clearly indicates that in social perception the tattoo was located among pathological phenomena.

Favazza and Rosenthal (1993) divided self-mutilations into those with cultural or pathological roots⁽⁸⁾. In their opinion only the latter met the psycho-pathologically important criteria and they were called self-injuries.

The purpose of self-mutilation entails many questions. According to contemporary theories, apart from possible and so far unconfirmed genetic roots and biological consequences of self-mutilation in the form of beta-endorphins secretion (positive feedback), also psychological mechanisms play an important role here^(9,10). According to the currently prevalent theory, self-mutilating people did not develop three important capacities: tolerance of strong affect, maintenance of self-esteem and awareness of the maintenance of relations with other people. The first capacity refers to the function of affect regulation in self-mutilation, whereas the other – probably to dysfunction of communication with other people⁽¹¹⁾. Thus, self-mutilations are aimed at regulation of mental tension, especially its decrease, when other known methods of coping with emotions failed^(12,13).

Impulsive deliberate self-mutilations may be also divided in view of self-injuring methods. These include cutting, branding or severe scratching of skin, freezing it with a stream of gas under pressure (e.g. deodorants), pulling out the pieces of skin or hair, swallowing inedible products with non-consumer intention, abuse of toxic substances, deliberate hitting on hard surfaces or breaking of bones and other. According to another classification, self-injuries are divided into habitual and impulsive⁽¹⁴⁾. The former are observed, among other, in the image of mental impairment, the latter in general population, also in non-clinical groups. The estimated prevalence of deliberate self-injuries in the general population is at the level of 4-21%⁽¹⁵⁾, according to some authors it reaches even 38%^(3,16-18).

OBJECTIVES

In social reception the tattoo has been changing its meaning. Over the centuries it was perceived initially as pathology and later as a phenomenon typical of the lower class, and finally as a piece of art. What is dubious, however, is the purpose of tattooing in a group of subjects who performed a deliberate self-mutilation in their lifetime. The study was aimed at obtaining an answer to the question whether or not the tattoo may substitute self-mutilation. Doubts as to the function fulfilled in the subject's life, and possible coexistence of au-

owania w grupie osób, które dokonały w swoim życiu celowego samookaleczenia. Celem badania było uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy tatuaż może spełniać funkcję zastępczą dla samookaleczeń. Wątpliwości dotyczące funkcji, jaką pełni tatuaż w życiu osoby, i ewentualnego współistnienia autoagresji pojawiają się zwłaszcza w przypadku mnogich tatuży. Obecnie prócz tatużu powszechnie stosowanymi formami zmiany wyglądu są: piercing, skaryfikacja oraz wszczepianie implantów pod skórę, innych niż w chirurgii plastycznej i estetycznej. Rozpowszechnienie wymienionych praktyk jest odwrotnie proporcjonalne do drastyczności zabiegu. Dokonana przez mnie analiza wydaje się uzasadniona w dobie popularyzacji i komercjalizacji modyfikacji ciała, które miały miejsce w XX wieku. Aktualnie przy istotnym wzroście rozpowszechnienia tatużu obserwujemy wzrost występowania celowych samouszkodzeń⁽¹⁹⁾. Rodzi to kolejne pytania o istnienie zależności między wymienionymi zjawiskami. Na podstawie danych zebranych przez niezależnych badaczy w 2002 i 2004 roku w Stanach Zjednoczonych szacuje się, iż częstość występowania tatużu w grupie wiekowej 18-50 lat to 23-24%^(20,21), a piercingu – 51%⁽²¹⁾. Analiza obejmuje celowe samookaleczenia dokonywane impulsywnie, nie obejmuje natomiast nawykowych form autoagresji, jakie towarzyszą na przykład upośledzeniu umysłowemu. Kolejnym, planowanym etapem badania będzie ocena zależności między omawianymi cechami w grupie osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych.

MATERIAŁ I METODY

Dane były zbierane na podstawie kwestionariusza samodzielnych odpowiedzi składającego się z 30 pytań wielokrotnego wyboru. Respondenci udzielali odpowiedzi na 15 pytań dotyczących samookaleczeń i 15 dotyczących tatużu oraz innych form modyfikacji ciała (piercing, skaryfikacja). W obydwu częściach ankiety pojawiły się odpowiadające sobie pytania, co umożliwiło analizę porównawczą cech charakteryzujących celowe samookaleczenia, wyselekcjonowanych na podstawie przeglądu literatury^(12, 22-24).

Dane były zbierane na przestrzeni 6 miesięcy – od stycznia do czerwca 2007 roku – w salonach tatużu znajdujących się na terenie Łodzi.

Badaniem objęto 103 osoby bez ograniczeń ze względu na wiek, płeć i wykształcenie. Kryterium głównym było posiadanie tatużu. Wypełnione ankiety zwróciło 97% ankietowanych. Ze 100 otrzymanych ankiet wykluczono 19 wypełnionych niecałkowicie oraz 2, w których udzielono odpowiedzi wzajemnie się wykluczających. Mężczyźni stanowili 44% grupy badanej, kobiety – 56%. Rozkład dla wieku prezentował się następująco: <15. r.ż. – 2%, 15.-18. r.ż. – 6%, 18.-25. r.ż. – 76%, >25. r.ż. – 16% grupy badanej. W momencie dokonywania tatużu pełnoletniość osiągnęło 15% grupy poddanej badaniu.

Kwestionariusz identyfikował następujące impulsywne samookaleczenia: nacinanie, przypalanie, klucie skóry, wrywanie włosów oraz spożywanie niejadalnych produktów. Współczynnik impulsywnych celowych samookaleczeń/samouszkodzeń

toaggression, appear mostly in the case of multiple tattoos. Presently, apart from the tattoo, the commonly applied forms of changing one's appearance are: piercing, scarification and subcutaneous implantation, using implants different than those in plastic and cosmetic surgery. The prevalence of the mentioned practices is inversely proportional to the procedure's drastic nature. Our analysis seems to be well-grounded at the time of the body art popularisation and commercialisation, which occurred in the 20th century. Nowadays, observed with a significant increase in the prevalence of tattooing is an increase in deliberate self-injuries⁽¹⁹⁾. This gives rise to further questions about the existence of the relations between the mentioned phenomena. According to the data collected by independent researchers in 2002 and 2004 in the United States, it has been estimated that the incidence of the tattoo in the age group of 18-50 years reaches 23-24%^(20,21), whereas that of piercing – 51%⁽²¹⁾.

The analysis includes deliberate self-mutilation performed impulsively, but it does not comprise habitual forms of auto-aggression which are concomitant for instance with mental impairment.

A consecutive planned stage of the study will be evaluation of the relation between the discussed qualities in the group of people hospitalised for mental disorders.

MATERIAL AND METHODS

The data were collected according to the questionnaire of independent answers, consisting of 30 questions of multiple choice. The respondents answered 15 questions on self-mutilation and 15 on the tattoo as well as other forms of the body modification (piercing, scarification). Both parts of the questionnaire contained corresponding questions, which enabled a comparative analysis of the qualities characterizing deliberate self-mutilation, selected according to a survey of literature^(12, 22-24).

The data were collected over 6 months: from January to June 2007 – in tattoo parlours in Łódź.

The study comprised 103 persons without any limitation as to the age, gender or education. The main criterion was having a tattoo. The filled out questionnaires were returned by 97% of the respondents. Of 100 obtained questionnaires, excluded were 19 incompletely filled out questionnaires and 2 questionnaires containing mutually exclusive answers. Men constituted 44% of the examined group, women – 56%. The distribution for age was as follows: <15th year of life – 2%, 15th-18th year of life – 6%, 18th-25th year of life – 76%, >25th year of life – 16% of the examined group. At the tattooing time, 15% of the examined group came of age.

The questionnaire identified the following types of impulsive self-mutilation: cutting, branding and piercing of skin, pulling out hair, and consumption of inedible products. The rate of impulsive deliberate self-mutilation/self-injuries (IDSM) in the examined group according to the collected data was determined to reach 30%, which does not diverge from the results of the studies carried out by other authors^(3,15-18).

(ICS) w grupie badanej na podstawie zebranych danych określono na 30%, co nie odbiega od wyników badań przeprowadzonych przez innych autorów^(3,15-18).

WYNIKI

Grupy wiekowe nie różniły się pod względem występowania ICS ($p=0,15$). Nie wykazano również różnic w zakresie występowania ICS w zależności od płci ($p=0,70$). Najczęściej wskazywanymi przez respondentów formami samookaleczeń były: nacinania skóry – 20%, przypalania – 15%, spożywania niejadalnych produktów – 12,5%, klucia – 10%. Więcej niż dwa zachowania autoagresywne prezentowało 12,5% całej grupy badanej, co jednocześnie stanowiło 42% osób, które przyznały się do dokonania samookaleczenia w trakcie swojego życia. Zebrane wyniki korelują ze współczesnymi teoriami psychopatologicznymi dotyczącymi samookaleczeń, według których ulgę przynosi nie ból, lecz widok krwi, gdyż dochodzi wtedy do obniżenia napięcia psychicznego^(22,25). Inne formy są „złagodzone”, stłumionymi odmianami samouszkodzeń prowadzących do naruszenia ciągłości skóry i pojawienia się krwi. Z obserwacji własnych uzyskanych w trakcie wywiadów psychiatrycznych wynika, że zadrapania, uderzanie częściami ciała, przypalanie nie przynoszą tak znacznego obniżenia negatywnych emocji jak formy okaleczenia prowadzące do krwawienia.

Prócz tatuażu kwestionariusz identyfikował również inne modyfikacje wyglądu – piercing i skaryfikację. Piercing, czyli kolczykowanie miejsc innych niż płatki uszu, jako sposób modelowania swojego ciała wskazało 66% grupy badanej, nie stwierdzono tu różnic w częstości występowania pomiędzy osobami okaleczającymi i nieokaleczającymi się ($p=0,070$). Skaryfikacja to prowokowanie blizn, tworzących wzory na ciele, poprzez wycinanie płatów skóry lub wypalanie (*branding*). Do poddania się zabiegowi skaryfikacji przyznało się 18% grupy badanej, przy czym istotnie częściej występowała ona wśród osób okaleczających się ($p=0,0002$). Wśród tych respondentów odsetek skaryfikacji sięgnął 45%. Wyniki te sugerują dodatnią korelację stopnia drastyczności (inwazyjności) zabiegu modyfikującego wygląd z częstością impulsywnych celowych samookaleczeń.

OMÓWIENIE

Badanie wykazało, iż występują podobieństwa w zakresie naruszenia ciągłości skóry, pozostawiania trwałych śladów, występowania bólu w czasie czynności, powtarzalności zjawisk oraz współwystępowanie z innymi zachowaniami ryzykownymi. Większość spośród wymienionych podobieństw nie budzi wątpliwości. Do oceny pozostałych potrzebne było wprowadzenie analiz metrycznych.

Do oceny współwystępowania zachowań ryzykownych użyto jako kryterium fakt zwiększonej częstotliwości spożywania alkoholu w ciągu ostatniego roku, występującej przez co najmniej miesiąc. Do takiego schematu spożywania alkoholu przyznało się 44% grupy badanej, a wśród osób, które okaleczyły się przynajmniej jeden raz w życiu, 75% spełniało powyższe

RESULTS

Age groups did not differ in respect of the prevalence of IDSM ($p=0.15$). Besides, no differences were shown in the prevalence of IDSM depending on gender ($p=0.70$). The self-mutilation forms which were most frequently indicated by the respondents were: skin cutting – 20%, branding – 15%, consumption of inedible products – 12.5% and piercing – 10%. More than two auto-aggressive behaviours were presented by 12.5% of the whole research group, which constituted 42% of people who admitted self-mutilating in their lifetime. The collected results correlate with contemporary psychopathological theories related to self-mutilation, according to which it was not the pain that brought relief but the sight of blood, because the mental tension is then decreased^(22,25). Other forms are “alleviated”, attenuated forms of self-injuries causing breaking of the skin’s continuity and appearance of blood. Our observations made during psychiatric interviews indicate that body scratching and hitting one’s body parts or branding do not cause such a great decrease in negative emotions as do those self-mutilation forms which lead to bleeding.

Apart from the tattoo, the questionnaire identified also other modifications of appearance: piercing and scarification. Piercing, i.e. putting studs into places other than ear lobes, as a way of modelling one’s body, were admitted by 66% of the research group; no differences were found here in the incidence between self-mutilating subjects and those who did not self-mutilate ($p=0.070$). Scarification consists in provoking of scars which create patterns on the body, through excision of skin lobes or branding. Scarification was admitted by 18% of the research groups; its incidence was significantly higher among self-mutilating persons ($p=0.0002$). Among these respondents the percent of scarification reached 45%. These results imply a positive correlation of the degree of invasiveness of the procedure modifying the appearance with the incidence of deliberate self-mutilation.

DISCUSSION

The study pointed to some similarities within breaking of the skin’s continuity, leaving permanent marks, occurrence of pain during the activity, repeatability of these factors and coexistence with other risk behaviours. Most of the mentioned similarities do not arouse any doubts. Assessment of other similarities needs some metrical analyses.

A criterion used to evaluate the coexistence of risk behaviours was the increased frequency of alcohol consumption during the last year, lasting for at least a month. Such a scheme of alcohol consumption was admitted by 44% subjects from the examined group, and of those who self-mutilated at least once in their lifetime 75% complied with the mentioned criterion. Repeatability of the phenomena was evaluated according to the number of incidents of self-mutilation and tattooing occurring in one’s lifetime. Self-injuries were made more than once by 69% respondents among those who admitted self-mutilating;

kryterium. Powtarzalność zjawisk oceniano na podstawie liczby incydentów samookaleczeń oraz tatuowania występujących podczas całego życia. Samouszkodzenia więcej niż jeden raz dokonało 69% respondentów spośród osób, które przyznały się do okaleczania, poza tym 2-10 razy okaleczyło się 41%, a więcej niż 10 razy w życiu – 28%. Więcej niż jeden tatuaż istotnie częściej posiadały osoby okaleczające się w stosunku do osób bez samookaleczeń ($p=0,004$). W grupie dokonujących ICS 68% respondentów posiadało więcej niż jeden tatuaż, z czego więcej niż 3 tatuaze – 50%. Te wartości dla osób bez ICS wyniosły odpowiednio 32% i 16%.

Kolejnymi kryteriami korelacji tatuowania i samouszkodzeń były wyselekcjonowane na podstawie piśmiennictwa doznania, jakie towarzyszyły podjętym działaniom. W oparciu o współczesne teorie i dotychczasowe badania tego tematu oraz auto-agresji w szerszym rozumieniu oznaczono jako kryteria: udział impulsywności w podjętych działaniach, poczucie satysfakcji po zakończeniu procesu, doznanie obniżenia napięcia psychicznego, występowanie poczucia winy z powodu podjętych działań. Takiej analizie została poddana ta część grupy badanej, która prezentowała zawarte w kwestionariuszu zachowania autoagresywne w rozumieniu uszkodzeń ciała. Dało to możliwość porównania, czy doznania po dokonaniu tatuazu były takie same jak po samookaleczeniu. Największą różnicę odnotowano w zakresie poczucia winy. Odczuwało ją z powodu okaleczenia się 87% osób. W tej samej grupie respondentów poczucie winy po wykonaniu tatuazu zgłosiło 3% osób. Obniżenia napięcia psychicznego po samouszkodzeniu doznało 75% osób. Tylko 3% tych osób zgłosiło obniżenie napięcia psychicznego po wykonaniu tatuazu. Mniej wyraźne różnice odnotowano w zakresie doznania satysfakcji i udziału impulsywności. W przypadku samouszkodzenia zadowolenie odczuło 30% osób, a przy wykonaniu tatuazu – 45%. Samouszkodzenia i tatuowanie jako działania podjęte pod wpływem impulsu określiło 45% respondentów dla samookaleczenia. Tatuowanie oceniane jako działanie impulsywne ocenione zostało przez 20% okaleczających się. Warto dodać, że zadowolenie w żadnym przypadku nie wystąpiło jako jedyna (izolowana) odpowiedź wybrana z listy wielokrotnego wyboru, tzn. żaden respondent nie zaznaczył „uczucia satysfakcji” z dokonania samookaleczenia jako jedynego doznania towarzyszącego podjętemu działaniu, tak jak to było obserwowane w przypadku obniżenia napięcia psychicznego. Mimo znaczących różnic w zakresie wymienionych doznań nie wykazano istotności statystycznej w tym zakresie z powodu małej liczebności grupy osób okaleczających się. Jednak uzyskane wyniki zachęcają do dalszego badania tego zagadnienia na większych grupach respondentów. Istotny wydaje się również aspekt jawności tatuazu. Z zebranych danych wynika, że wszystkie osoby okaleczające się z grupy badanej do wykonania tatuazu wybrały obszary ciała „dobrze widoczne”, a jednocześnie żadna z tych osób nie podejmuje działań w celu ukrycia tatuazu. W całej grupie badanej takie działania podejmuje 37% osób, wyłączając z tego respondentów, których zdobienia znajdują się w miejscach intymnych, czyli takich, których ekspozycja jest nieakceptowane społecznie.

41% self-mutilated 2-10 times, and 28% – more than 10 times in their lifetime. More than one tattoo significantly more frequently referred to self-mutilating people, as compared to those without self-mutilation ($p=0.004$). In the IDSM group, 68% respondents had more than one tattoo, and 50% had more than 3 tattoos. These values for the subjects without the IDSM amounted to 32% and 16%, respectively.

Consecutive criteria of tattooing and self-injuring were experiences (selected according to literature) derived from the undertaken activities. Basing on contemporary theories and existing research on this subject and auto-aggression, comprehensively determined as the criteria were: share of impulsiveness in undertaken activities, feeling satisfaction after the completion of the process, decrease in mental tension, occurrence of the sense of guilt due to the undertaken activities. Such analysis covered that part of the examined group which presented auto-aggressive behaviours, contained in the questionnaire, in the form of body injuries. This enabled checking whether the feelings after the tattoo were the same as those after the self-mutilation. The greatest difference was noted within the sense of guilt. This was felt due to self-mutilation by 87% persons. In the same group of respondents the sense of guilt after the tattoo was reported by 3% of people. The mental tension decrease after self-injury was found in 75% persons. Only 3% of these people reported decreased mental tension after tattooing. Less distinct differences were noted within the sense of satisfaction and share of impulsiveness. In the case of self-injury, 30% of the subjects felt satisfaction, whereas in the case of the tattoo – 45%. Self-injuring and tattooing as activities undertaken under the impact of impulse were reported by 45% of respondents for self-mutilation. Tattooing was considered as an impulsive activity by 20% of self-mutilating subjects. It is worth noting that satisfaction in no case occurred as the only (isolated) response selected from the multiple choice list, i.e. none respondent marked the “sense of satisfaction” of self-mutilation as the only feeling associated with the undertaken activity, as was observed in decreased mental tension. Despite significant differences within the mentioned feelings, no statistical significance was indicated to this end due to few subjects in the self-mutilating group. However, the obtained results encourage to further study of this issue, on larger groups of respondents. Besides, the aspect of the overtness of the tattoo seems important. The collected data indicate that all self-mutilating people from the examined group selected the “well visible” areas of the body, and simultaneously none of them undertook any activities to hide the tattoo. Of the whole examined group, 37% subjects undertake such activities, excluding those respondents whose decorations are in intimate places, the exposure of which is not socially acceptable.

CONCLUSIONS

The data collected in the course of the study enabled a preliminary analysis of similarities and differences as well as correlates between the body self-mutilation and tattooing. Owing to the re-

WNIOSKI

Dane zebrane w toku badania pozwoliły na wstępną analizę podobieństw i różnic oraz zależności między samookaleczeniami i tatuowaniem ciała. Dzięki odpowiedziom respondentów na pytania dotyczące doznań po dokonaniu okaleczeń i tatuowaniu ciała możliwa była obserwacja zależności i różnic w zakresie tych doznań. Daje to podstawy do wstępnych wniosków dotyczących roli, jaką ogrywiają w życiu jednostki tatuowanie i samookaleczenia. Znaczące różnice w zakresie towarzyszących emocji odnotowano w przypadku poczucia winy oraz spadku napięcia jako efektu podjętych działań. Wśród osób posiadających jednocześnie tatuaż i samookaleczenia poczucie winy spowodowane uszkodzeniem ciała zgłosiło 87% grupy, a po wykonaniu tatuażu – 3%. Poczucie obniżenia napięcia emocjonalnego po okaleczeniu się zgłosiło 75% grupy, a po zdobieniu ciała – 3%. Mniej wyraźną różnicę zaobserwowano w zakresie subiektywnie ocenianego poczucia impulsywności w podjętych działaniach. Do takiego postrzegania decyzji o samookaleczeniu przyznało się 45% osób prezentujących jednocześnie samookaleczenia i tatuaż. Decyzję o tatuowaniu jako podjętą pod wpływem impulsu oceniło 20% respondentów. Poczucia satysfakcji po wykonaniu tatuażu doznało 45% analizowanej grupy, a po samookaleczeniu – 30%. Z powodu małej liczebności grupy osób z ICS nie wykazano różnic statystycznych w zakresie ww. Częstość celowych samookaleczeń w grupie badanej na poziomie 30% nie różni się od wyników dla populacji ogólnej uzyskanych przez innych badaczy^(3,16-18). Zaobserwowano natomiast wzrost częstości samookaleczeń proporcjonalny do inwazyjności zdobień ciała. Wśród osób, które posiadały prócz tatuażu tylko piercing, nie była ona wyższa niż dla całej grupy badanej, a pośród osób, które poddały się w życiu zabiegowi skaryfikacji, częstość celowych samookaleczeń wynosiła 45%. Pomimo nieuzyskania mocy statystycznej prezentowanych w pracy wyników (ze względu na małą liczebność grupy badanej) można z ostrożnością wnioskować o odmiennym postrzeganiu roli tatuażu i samookaleczania w życiu osób, u których stwierdzono oba te zjawiska. Tym samym można postawić tezę, iż tatuaż nie spełnia takiej samej funkcji jak samookaleczenie w grupie osób prezentujących obie te cechy. Uzyskane wyniki dają podstawę do dalszej analizy zagadnienia roli tatuażu jako zjawiska zastępczego dla różnych form autoagresji z udziałem większej grupy respondentów.

spondents' answers to questions about the feelings after self-injuring and tattooing, an observation of the correlations and differences in these feelings was possible. This gives grounds for preliminary conclusions on the role played in the individual's life by tattooing and self-mutilation. Significant differences in coexisting emotions were noted in the case of the sense of guilt and decreased tension as an effect of undertaken activities. Among those who have both tattoo and self-mutilation the sense of guilt induced by the body injury was reported by 87% of the group, and after tattooing – 3%. A sense of decreased emotional tension after self-mutilation was reported by 75% of the group, and after the body decoration – 3%. A less distinct difference was observed within the subjectively evaluated sense of impulsiveness in undertaken activities. Such perception of the decision of self-mutilation was admitted by 45% of people presenting simultaneously self-mutilation and tattooing. The decision about tattooing was considered as a decision made on impulse by 20% of respondents. A sense of satisfaction after tattooing was felt by 45% of the analysed group, and after self-mutilation – by 30%. Because of a small group of the subjects with the IDSM, no statistical differences were shown within the above mentioned factors. The incidence of deliberate self-mutilation in the examined group, at the level of 30%, does not differ from the results for the general population, obtained by other researchers^(3,16-18). On the other hand, an increase was observed in the self-mutilation incidence proportional to the body art invasiveness. Among those who apart from the tattoo had only piercing, it was not higher than for the whole examined group, whereas among those who underwent the scarification procedure the incidence of deliberate self-mutilation reached 45%.

Although no statistical power of the results presented in the study was obtained (because there were too few subjects in the examined group), we can cautiously conclude about a different perception of the role of the tattoo and self-mutilation in the life of those in whom both these afflictions were found. Therefore, a thesis may be posed that the tattoo does not fulfil the same function as self-mutilation

in the group of subjects presenting both these qualities. The obtained results give grounds for further analysis of the role of the tattoo as a substitute for various forms of auto-aggression with a larger group of respondents involved.

PIŚMIENNICTWO
BIBLIOGRAPHY:

1. Jelski A.: Tatuaż. Kontrowers, Gliwice 2007.
2. Adres: www.archeologiemuseum.it/it/node/306, Museo Archeologico dell'Alto Edige.
3. Favazza A.R.: Bodies Under Siege. Self-Mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry. Wyd. 2, The Johns Hopkins University Press, Baltimore 1996: 232-260.
4. Eliade M.: Shamanism. Archaic Techniques of Ecstasy. Princeton University Press, Princeton 1972.
5. Bowker J.: Problems of Suffering in Religions of the World. Cambridge University Press, Cambridge 1970.

6. Burkert W.: Homo Necans. The Anthropology of Ancient Greek Sacrificial Ritual and Myth. University of California Press, Berkeley 1983.
7. Girard R.: Violence and the Sacred. Johns Hopkins University Press, Baltimore 1977.
8. Favazza A.R., Rosenthal R.J.: Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp. Community Psychiatry* 1993; 44: 134-140.
9. Swales M.: Pain and Deliberate Self-Harm. The Wellcome Trust, London 2004.
10. Klonsky D.: The functions of deliberate self-injury. A review of the evidence. *Clin. Psychol. Rev.* 2007; 27: 226-239.
11. Deiter P., Nicholls S., Pearlman L.A.: Self-injury and self capacities: assisting an individual in crisis. *J. Clin. Psychol.* 2000; 56: 1173-1191.

12. Fox C., Hawton K.: Deliberate Self-Harm in Adolescence. Jessica Kingsley, London 2004.
13. Suyemoto K.L.: The functions of self-mutilation. Clin. Psychol. Rev. 1998; 18: 531-554.
14. Sadock B.J., Sadock V.A.: Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Wyd. 10, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2007.
15. Briere J., Gil E.: Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. Am. J. Orthopsychiatry 1998; 68: 609-620.
16. Gratz K.L.: Measurement of deliberate self-harm. Preliminary data on the deliberate self-harm inventory. J. Psychopathol. Behav. 2001; 23: 253-263.
17. Gratz K.L., Conrad S.D., Roemer L.: Risk factors for deliberate self-harm among college students. Am. J. Orthopsychiatry 2002; 72: 128-140.
18. Muehlenkamp J.J., Gutierrez P.M.: An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. Suicide Life Threat. Behav. 2004; 34: 12-23.
19. Hawton K., Fagg J., Simkin S. i wsp.: Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985-1995. Implications for clinical services and the prevention of suicide. Br. J. Psychiatry 1997; 171: 556-560.
20. Guttman C.: Survey provides insight on body art. Prevalence, demographic, correlates, safety. Dermatology Times 2006; 27: 28.
21. Mayers L.B., Judelson D.A., Moriarty B.W., Rundell K.W.: Prevalence of body art (body piercing and tattooing) in university undergraduates and incidence of medical complications. Mayo Clin. Proc. 2002; 77: 29-34.
22. Eckhardt A.: Autoagresja. W.A.B., Warszawa 1998.
23. Spandler H.: Who's Hurting Who? Young People, Self-Harm and Suicide. Manchester 1996.
24. Pembroke L.R. (red.): Self-Harm – Perspectives from Personal Experience. Survivors Speak Out 1994.
25. Foundation M.H.: Truth hurts report. Camelot Foundation 2006.

II ogólnopolska konferencja naukowo-szkoleniowa „Tematy tabu w psychiatrii dzieci i młodzieży – jak interweniować, kiedy leczyć”

Warta, 31 maja – 1 czerwca 2012 r.

Komitet naukowy:

Przewodnicząca: Prof. Agnieszka Gmitrowicz
(sekretariat – tel.: 42 675 77 16, e-mail: klinikam@csk.umed.lodz.pl)
Prof. Jolanta Rabe-Jabłońska
Dr Magdalena Kotlicka-Antczak

Organizatorzy:

Stowarzyszenie „RTG Duszy”
Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Warcie
Koordynator: dr Marta Mirek (tel.: 665 444 220)

Współpraca:

Klinika Psychiatrii Młodzieżowej I Katedry Psychiatrii UM w Łodzi
Regionalne Centrum Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego w Łodzi

Miejsce:

Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Warcie, ul. Sieradzka 3
e-mail: rtgduszywarta@wp.pl
tel.: 43 829 63 17 lub 43 829 40 13 w. 317, 306, 208, 253
faks: 43 829 47 48
Adres: WSP w Warcie
Oddział Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży
ul. Sieradzka 3, 98-290 Warta

Rejestracja: <https://eventry.guest-one.pl/konferencjawarta>

Opłata konferencyjna: 250 zł