

Olga Fałek, Tomasz Pawełczyk, Agnieszka Pawełczyk, Jolanta Rabe-Jabłońska

Badanie poziomu agresywności ogólnej i poszczególnych jej podskal u młodzieży z zachowaniami autoagresywnymi

The level of general hostility and its subscales in adolescents exhibiting autoaggressive behaviour

Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych I Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Correspondence to: Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych I Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, tel.: 42 675 73 71, tel. kom.: 660 488 205, faks: 42 675 74 03, e-mail: ola.luczak@interia.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Założenia i cele pracy: W ostatnich latach obserwujemy wzrastającą liczbę młodocianych pacjentów zachowujących się autoagresywnie, często mamy do czynienia np. z poważnymi samouszkodzeniami bezpośrednimi – definiowanymi jako zamierzone okaleczenia ciała. Intencją takich zachowań jest zranienie się fizyczne w celu zmniejszenia bólu psychicznego, złagodzenia napięcia emocjonalnego, niepokoju. Towarzyszy temu poczucie doznania „nagrody”. Celem niniejszej pracy było zbadanie korelacji pomiędzy nasileniem agresywności ogólnej i poszczególnych jej podskal ocenianych za pomocą kwestionariusza *Nastroje i humory* Bussa-Durkee a występowaniem samouszkodzeń w grupie adolescentów dokonujących powierzchownych samouszkodzeń. **Materiały i metody:** Populację badaną stanowiło 67 osób w wieku 14-18 lat obojga płci. Do grupy badanej zakwalifikowano 42 młodocianych pacjentów wykazujących zachowania autoagresywne. Grupę kontrolną stanowiło odpowiednio dobranych pod względem wieku i płci 25 osób bez takich zachowań. Z udziału w badaniu wykluczono osoby z zaburzeniami depresyjnymi, psychotycznymi oraz istotnymi zaburzeniami somatycznymi, osoby przyjmujące leki psychotropowe oraz zażywające substancje psychoaktywne. Respondenci badania wypełnili kwestionariusz Bussa-Durkee, oceniający poziom agresywności ogólnej i siedmiu jej podskal: agresywności bezpośredniej, w której skład wchodzi agresywność fizyczna i słowna, agresywności pośredniej, urazy, negatywizmu, podejrzliwości, drażliwości. Osobna skala oceniała poziom poczucia winy. **Wnioski:** 1) Dokonywanie samouszkodzeń w badanej grupie wiązało się z nasileniem agresywności kierowanej na otoczenie (mierzonej zarówno jej poziomem ogólnym, jak i w poszczególnych podskalach). 2) Osoby dokonujące samouszkodzeń wymagają działań terapeutycznych (psychoterapeutycznych i farmakologicznych) nakierowanych na zmniejszenie nie tylko autoagresji, ale także agresji skierowanej na otoczenie.

Słowa kluczowe: agresywność, zachowania autoagresywne, samookaleczanie, młodzież, kwestionariusz Bussa-Durkee

Summary

Assumptions and aims: In recent years we have been observing an increasing number of adolescent patients exhibiting autoaggressive behaviour. These are often direct self-mutilations, defined as deliberate body injuries. The intention of such behaviours is physical self-injuring to reduce mental pain, relieve emotional tension and anxiety. This is accompanied by the sense of being “rewarded”. The study is aimed at analysing the correlation between the severity of general hostility and its respective subscales assessed by the Buss-Durkee Inventory on *Moods and humours* and the occurrence of self-mutilations in a group of adolescents with superficial self-mutilations. **Material and methods:** The examined population consisted of 67 persons aged 14-18 years, of both genders. Qualified to the examined group were 42 adolescent patients exhibiting autoaggressive behaviour. The control group consisted of 25 persons selected according to age and gender who did not exhibit such behaviours. Excluded from the study were subjects with depressive, psychotic disorders as well

as significant somatic disorders, and those who used psychotropic drugs and psychoactive substances. The respondents completed the Buss-Durkee Inventory assessing the level of general hostility and its seven subscales: direct aggressiveness consisting of physical and verbal aggressiveness, indirect aggressiveness, resentment, negativism, suspiciousness and irritability. A separate scale assessed the sense of guilt. **Conclusions:** 1) Self-mutilations in the examined group were associated with severity of aggressiveness directed outwards (measured both by its general level and in respective subscales). 2) Self-mutilating patients require therapeutic measures (psychotherapeutic and pharmacological) aimed at reduction not only of autoaggression but also aggression directed outwards.

Key words: hostility, autoaggressive behaviour, self-injuring, adolescents, Buss-Durkee Inventory

WPROWADZENIE

Zachowania autoagresywne, samouszkodzenia, samo-okaleczenia, masakrowanie własnego ciała (*self-injury*, *self-injurious behaviour*, *self-mutilation*, *self-harm*, *deliberate self-harm*, *parasuicide*) to celowe ranienie i/lub trucie swojego ciała bez intencji samobójczych⁽¹⁻³⁾. Jest to definicja najczęściej pojawiająca się w literaturze, uznawana przez wielu autorów, w tym przez International Network for the Study of Self-injury (ISSS), grupę założoną w 2006 roku przez czołowych badaczy zajmujących się tą tematyką^(1,2,4-6).

Wyróżniamy 3 kategorie samouszkodzeń:

- 1) samouszkodzenia znacznego stopnia (*major self-mutilation*), czyli zachowania wykazywane przez osoby z zaburzeniami psychotycznymi lub będącymi pod wpływem substancji psychoaktywnych, występujące stosunkowo rzadko, np. wyluszczenie gałki ocznej;
- 2) samouszkodzenia stereotypowe (*stereotypic self-mutilation*), obserwowane u osób z zaburzeniem rozwoju (np. upośledzeniem umysłowym, autyzmem), na które najczęściej składają się uderzenia głową o twarde podłoże oraz bicie się;
- 3) samouszkodzenia powierzchowne, nawykowe (*superficial, habitual self-mutilation*), najbardziej rozpowszechnione, wśród nich obserwujemy cięcie skóry ostrymi narzędziami (np. nożem, nożyczkami, igłą), przypalanie, oblewanie ciała żrącymi substancjami chemicznymi, drapanie, szczypanie, uderzanie się, pocieranie twarzy papierem ściernym, wbijanie igieł, rozdrapywanie ran w celu opóźnienia ich gojenia, skok z wysokości w celu zrobienia sobie krzywdy, wyrwanie włosów z głowy czy obgryzanie paznokci^(1,4-7). W niniejszym artykule poruszany będzie problem samouszkodzeń powierzchownych.

Aby zrozumieć przyczynę dokonywania samouszkodzeń, a także wytyczyć kierunek działania w profesjonalnej pomocy osobom z takim problemem, wielu naukowców z całego świata próbowało ustalić i zdefiniować emocje towarzyszące zachowaniom autoagresywnym. I tak do najczęstszych emocji wyrażanych nawet przez 67 do 100% osób (w zależności od rodzaju samo-okaleczeń) przejawiających zachowania autoagresywne należą: złość, poczucie winy, wstyd, osamotnienie, pustka wewnętrzna, frustracja, brak pewności siebie, upokorzenie, stan wzmożonego napięcia i stresu^(3,6,8-17). Niewielu badaczy opisuje rodzaje emocji okazywane przez osoby z zachowaniami autoagresywnymi, które są kierowane nie na siebie, ale na otoczenie. Również niewiele można znaleźć prac opisujących emocje wyrażane przez osoby wykazujące zachowania autoagresywne, lecz nie związane bezpośrednio

INTRODUCTION

Autoaggressive behaviours, self-mutilation, self-harm and parasuicides consist in deliberate injuring and/or poisoning of one's body without suicidal thoughts⁽¹⁻³⁾. This definition is most prevalent in literature and has been acknowledged by a large group of authors, including the International Network for the Study of Self-injury (ISSS) founded in 2006 by the leading researchers dealing with this subject-matter^(1,2,4-6).

We can single out 3 categories of self-mutilations:

- 1) major self-mutilation, i.e. the behaviour exhibited by patients with psychotic disorders or under the influence of psychoactive substances, occurring relatively seldom, e.g. enucleation of one's eyeball;
- 2) stereotypic self-mutilations, observed in patients with developmental disorders (e.g. mental retardation, autism), which usually comprise hitting one's hand against a hard base and slapping oneself;
- 3) most prevalent superficial, habitual self-mutilations, including cutting one's skin with sharp tools (e.g. knife, scissors, needle), cauterization, spilling caustic chemicals on the body, scratching, pinching, hitting oneself, rubbing one's face with abrasive paper, sticking in needles, picking at one's wounds to delay their healing, jumping down from a high place to harm oneself, tearing one's hair out, biting one's nails^(1,4-7). This article deals with the problem of superficial self-mutilations.

To understand the cause of self-mutilation and to delineate the direction of measures undertaken within professional aid to be provided to patients affected by this problem, many researchers all over the world tried to establish and define emotions accompanying autoaggressive behaviours. The most common emotions expressed by as many as 67 to 100% subjects (depending on the type of self-mutilation) exhibiting autoaggressive behaviours comprise: anger, sense of guilt, shame, loneliness, sense of emptiness, frustration, lack of self-confidence, humiliation, increased tension and stress^(3,6,8-17). Few researchers describe the types of emotions exhibited by aggressive persons which are directed not to themselves, but outwards. Similarly scarce are the research articles which describe emotions expressed by patients who exhibit autoaggressive behaviours that are not directly related to a self-injuring act. The above described types of emotions have been thoroughly investigated as the feelings directly preceding a self-mutilation act and occurring immediately after it. Unlike the investigated sense of guilt caused by the self-mutilating act, the aggressiveness research inventory applied in this

z dokonaniem aktu samookaleczenia. Rodzaje emocji opisywane powyżej zostały dobrze zbadane jako uczucia bezpośrednio poprzedzające akt samouszkodzenia i po nim bezpośrednio następujące. W przeciwieństwie do badanego poczucia winy spowodowanego aktem samouszkodzenia wykorzystany w niniejszej pracy kwestionariusz przeznaczony do oceny agresywności bada poczucie winy niepozostające w bezpośrednim związku z incydentami samouszkodzenia.

Dominującą rolę złości skierowanej na siebie (*anger-in*) w dokonywaniu samouszkodzeń potwierdza wiele badań, w tym praca Gormley i wsp., która korelacje występowania zachowań autoagresywnych z okazywaniem uczucia złości skierowanego na siebie wykazała na bardzo wysokim poziomie ($p < 0,001$), czy Claesa i wsp. ($p < 0,01$)^(18,19). Ci ostatni opisywali także problem regulacji agresji u osób z zachowaniami autoagresywnymi na podstawie badania związku między samokontrolą nad uczuciem złości skierowanej na siebie i na zewnątrz (*anger-in control*, *anger-out control*). Samokontrolę nad uczuciem złości kierowanej zarówno na siebie, jak i na otoczenie istotnie rzadziej wykazywały osoby dokonujące samouszkodzeń. Interesujące okazały się również różnice pomiędzy płciami. Podczas gdy mężczyźni częściej i w większym stopniu wykazywali zachowania agresywne w stosunku do otoczenia, czyli uzyskiwali wyższą punktację w podskali *anger-out*, kobiety częściej wykazywały kontrolę nad powyższymi impulsami, czyli punktowały wyżej w podskali *anger-out control*. Badanie to wykazało także istotną różnicę w podskali wrogość kwestionariusza Symptom Checklist (SCL-90), w której znacznie wyżej punktowały osoby dokonujące samookaleczeń niż osoby niedokonujące⁽¹⁸⁾. Do podobnych wniosków doszli Simeon i wsp. badający związek między występowaniem samouszkodzeń a znacznym nasileniem przewlekłego uczucia złości, znajdując pomiędzy badanymi czynnikami znaczną pozytywną korelację⁽²⁰⁾.

Bardzo niewiele autorów badało bezpośrednią korelację między występowaniem samookaleczeń a poziomem agresywności. Simeon i wsp. pytając osoby z zachowaniami autoagresywnymi o historię zachowań agresywnych kierowanych na otoczenie w ciągu całego życia, uzyskali odpowiedzi świadczące o istnieniu bardzo znacznej pozytywnej korelacji pomiędzy wykazywaniem zachowań autoagresywnych a poziomem agresywności kierowanej na otoczenie. Jednak ci sami badacze, wykorzystując kwestionariusz Bussa-Durkee, nie znaleźli różnic pomiędzy agresywnością ogólną i siedmioma jej odmianami mierzonymi w poszczególnych podskalach w grupie osób dokonujących i niedokonujących samouszkodzeń⁽²⁰⁾. Yesavage i wsp. badali korelację pomiędzy występowaniem zachowań autoagresywnych u pacjentów z rozpoznaniem epizodu depresyjnego wg DSM-III a punktacją poszczególnych podskal kwestionariusza Bussa-Durkee. Najbardziej znaczącą, pozytywną korelację wykazano, analizując napastliwość pośrednią, oraz kolejno mniejszą, badając drażliwość i obydwa typy napastliwości bezpośredniej, tj. napastliwość fizyczną i napastliwość słowną⁽²¹⁾.

CEL PRACY

8 | Celem pracy była ocena związku między liczbą dokonanych samookaleczeń w ciągu całego życia, mierzoną ilością blizn/

study is aimed at investigating the sense of guilt which is not directly related to any self-mutilation incident.

A dominant role of anger-in within self-mutilations has been confirmed by many studies, including that of Gormley et al. which demonstrated a very high level of the correlations of autoaggressive behaviours with anger-in ($p < 0.001$), or Claes et al. ($p < 0.01$)^(18,19). The latter described also the issue of the control of aggression in patients exhibiting autoaggressive behaviours by analysing a correlation between the anger-in control and anger-out control. The anger-in control and anger-out control was significantly less frequently exhibited by self-mutilating subjects. Furthermore, the differences between genders appeared interesting. While men more often and to a greater extent exhibited aggressive behaviour towards the environment, i.e. they obtained higher scores in the anger-out subscale, women more frequently exhibited control of the above impulses, i.e. their scores in the anger-out control were higher. In addition, this study showed a significant difference in the hostility subscale measured by the Symptom Checklist (SCL-90) inventory, where the self-mutilating subjects had many more scores, as compared to non-self-mutilating subjects⁽¹⁸⁾. Similar conclusions were drawn by Simeon et al. who analysed the correlation between self-mutilations and a severe chronic anger, finding a considerable positive correlation between the analysed factors⁽²⁰⁾.

Very few authors investigated a direct correlation between self-mutilations and aggressiveness level. Simeon et al. asked patients with autoaggressive behaviour about the history of such behaviour directed outwards throughout their lifetime and obtained answers proving a very positive correlation between autoaggressive behaviours and the level of aggressiveness directed outwards. However, the same researchers, using the Buss-Durkee Inventory, did not find any differences between the general hostility and its seven subscales in the self-mutilating vs. non-self-mutilating groups⁽²⁰⁾. Yesavage et al. investigated a correlation between autoaggressive behaviours in patients with diagnosed depressive episode acc. to DSM-III and the scores in respective subscales of the Buss-Durkee Inventory. The most significant positive correlation was found while analysing the "Indirect aggressiveness" and subsequently a lower correlation while analysing the irritability and both types of indirect aggressiveness, i.e. physical aggressiveness and verbal aggressiveness⁽²¹⁾.

AIMS

The study was aimed at evaluation of the correlation between the number of self-mutilations throughout one's lifetime, measured by the number of scars/marks on the body, declared number of self-mutilations made during the last three months, the method, location and depth of self-injuries and aggressiveness level among adolescents aged 14-18 years, measured by the Buss-Durkee Inventory.

EXAMINED GROUPS

The examined population was composed of 67 persons aged 14-18, of both genders, residing in the youth resocializa-

ślądów na ciele, deklarowaną liczbą samouszkodzeń dokonanych w ciągu ostatnich trzech miesięcy, sposobem, lokalizacją oraz stopniem głębokości samookaleczeń a poziomem agresywności wśród młodzieży w wieku 14-18 lat mierzonej kwestionariuszem Bussa-Durkee.

GRUPY BADANE

Populację badaną stanowiło 67 osób w wieku 14-18 lat obojga płci, mieszkających w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych, młodzieżowych ośrodkach socjoterapii oraz domach rodzinnych, skąd były rekrutowane. Do grupy badanej zakwalifikowano 42 młodocianych pacjentów wykazujących zachowania autoagresywne (n=42). Grupę kontrolną stanowiło odpowiednio dobranych pod względem wieku i płci 25 osób bez takich zachowań (n=25).

Z udziału w badaniu wykluczono osoby z zaburzeniami depresyjnymi, psychotycznymi oraz istotnymi zaburzeniami somatycznymi, osoby przyjmujące leki psychotropowe oraz zażywające substancje psychoaktywne.

Średnia wieku badanej populacji wynosiła dla grupy badanej 15,9, dla grupy kontrolnej 16,9 roku. Grupa badana i kontrolna różniły się istotnie wiekiem (test Manna-Whitneya; $Z=-3,105$; $p<0,002$). Osoby włączone do grupy kontrolnej były starsze od osób z grupy badanej o rok.

W zakresie demograficzno-społecznych cech jakościowych grupy nie różniły się istotnie co do płci. Obserwowano istotne różnice dotyczące miejsca zamieszkania osób włączonych do grup badanej i kontrolnej. Większość osób z grupy kontrolnej (frakcja 0,54) mieszkała w domu, podczas gdy miejscem zamieszkania większości młodzieży z grupy badanej był młodzieżowy ośrodek wychowawczy (MOW) (frakcja 0,52).

Celem charakterystyki dokonywanych samouszkodzeń przez osoby włączone do grupy badanej analizowano odpowiedzi udzielone przez nie podczas badania kwestionariuszem własnym. Zbadano następujące zmienne: liczbę dokonanych samouszkodzeń w ciągu całego życia mierzoną ilością blizn/ślądów na ciele, deklarowaną liczbą samookaleczeń dokonanych w ciągu ostatnich trzech miesięcy oraz sposoby, lokalizację i stopień ich głębokości. Wśród sposobów dokonywania samouszkodzeń najczęściej wymieniane było nacinanie skóry ostrym narzędziem (frakcja 0,98). Pozostałe metody: przypalanie (frakcja 0,11) oraz połykanie ostrych przedmiotów (frakcja 0,04) były znacznie rzadsze. Jako najczęstsze lokalizacje samookaleczeń wymieniano przedramiona (frakcja 0,87), następnie ramiona, nogi, brzuch, klatkę piersiową, narządy płciowe (frakcja 0,02). Pod względem stopnia głębokości samouszkodzeń połowa respondentów przyznała, iż większość dokonanych okaleczeń była głęboka – doszło do znacznego uszkodzenia skóry z jednoczesną utratą krwi, druga połowa wskazała, że większość ich okaleczeń była płytka – charakteryzowały się delikatnym zarysowaniem naskórka. Nasilenie samouszkodzeń mierzono liczbą ślądów/blizn na ciele (średnia 42,84) oraz deklarowaną przez badanych liczbą okaleczeń dokonanych w ciągu ostatnich trzech miesięcy (średnia 5,02).

tion centres, youth sociotherapeutic centres and their family homes, from where they were recruited. Qualified to the examined group were 42 adolescent patients exhibiting autoaggressive behaviours (n=42). The control group was composed of 25 persons without such behaviours, who were selected according to their age and gender (n=25).

Excluded from the study were patients with depressive, psychotic disorders and significant somatic disorders, as well as the patients using psychotropic drugs or psychoactive substances.

The average age of the analysed population was 15.9 years for the examined group and 16.9 for the controls. The examined group and the control group differed significantly by age (Mann-Whitney test; $Z=-3.105$; $p<0.002$). Those included into the control group were older than those of the examined group by one year.

Within demographic and social qualitative traits, the groups did not differ significantly with respect to gender. Significant differences were observed within the residence place of the persons included into the examined and control groups. Most of those included into the control group (fraction 0.54) resided at home, whereas most of the examined group adolescents lived in the youth resocialization centre (MOW) (fraction 0.52).

To characterize the self-mutilations of the patients included into the examined group, their responses presented within our inventory were analysed. The following variables were analysed: the number of self-mutilations they made throughout their lifetime, as measured by the number of scars/marks on the body, the declared number of self-mutilations made within the last three months, and the method, location and their depth. Most frequently mentioned among the self-mutilation methods was scarification with a sharp tool (fraction 0.98). The other methods: cauterization (fraction 0.11) and swallowing acute objects (fraction 0.04) were much rarer. Mentioned as the most frequent locations of self-injuries were forearms (fraction 0.87), next in turn were arms, legs, abdomen, chest and sexual organs (fraction 0.02). In respect of the degree of self-mutilation depth, half of the respondents admitted that most of the self-mutilations were deep – the skin was considerably damaged, with simultaneous loss of blood, while the other half said that most of their self-injuries were shallow – they were characterised by a delicate scratching of epidermis. The severity of self-mutilations was measured by a number of scars/marks on the body (average 42.84) and the number of self-injuries declared by the subjects, made within the last three months (fraction 5.02).

METHODS

The respondents were examined by the Buss-Durkee inventory, commonly used to measure aggressiveness. It was worked out in 1957 and was for the first time published by A.H. Buss and A. Durkee in the „Journal of Consulting Psychology” in the article: *An inventory for assessing different kinds of hostility*⁽²²⁾. After numerous modifications, the final form of the inventory in the Polish version is called the *Moods and humours* and consists of 100 questions. This version was worked out and adapted to the Polish conditions by Mieczysław Choynowski in 1971.

METODY

Respondenci zostali przebadani szeroko stosowanym do mierzenia poziomu agresywności kwestionariuszem Bussa-Durkee. Powstał on w 1957 roku i po raz pierwszy został opublikowany przez A.H. Bussa i A. Durkee w „Journal of Consulting Psychology” w pracy *Inwentarz do oceny różnych rodzajów wrogości*⁽²²⁾. Po licznych modyfikacjach ostateczny kształt kwestionariusza w polskiej wersji językowej nosi nazwę *Nastroje i humory* i składa się ze 100 pytań. Wersję tę opracował i zaadaptował do polskich warunków Mieczysław Choynowski w roku 1971. Polska wersja kwestionariusza przeznaczona jest do badania młodzieży powyżej 14. roku życia. Kwestionariusz ocenia nasilenie siedmiu odmian agresywności: agresywność (napastliwość) fizyczną, agresywność (napastliwość) słowną, agresywność (napastliwość) pośrednią, negatywizm, podejrzliwość, urazę, drażliwość i dodatkowo poczucie winy^(22,23).

WYNIKI

Analizowane grupy młodzieży dokonującej samouszkodzeń i osób z grupy kontrolnej różniły się istotnie w zakresie rozkładów podskal i agresji ogółem ocenionej za pomocą kwestionariusza Bussa-Durkee, przy czym istotnie wyższe nasilenie wszystkich odmian agresywności obserwowano w grupie badanej. Tabela 1 przedstawia różnice rozkładów poszczególnych odmian agresywności i poczucia winy mierzonych za pomocą kwestionariusza Bussa-Durkee.

OGRANICZENIA BADANIA

Przeprowadzone badanie ma wiele ograniczeń. Nie potwierdzano obiektywnie deklaracji badanych o nieprzyjmowaniu substancji uzależniających, jednak większość z nich przebywała w ośrodkach o wzmocnionym nadzorze, co zwiększało prawdopodobieństwo zachowywania abstynencji.

Osoby włączone do grupy kontrolnej były starsze od osób z grupy badanej średnio o rok. Faktu tego nie uwzględniono w dalszych analizach statystycznych z następujących powodów:

1. Niezgodność rozkładu zmiennych z rozkładem normalnym wymuszała zastosowanie metod nieparametrycznych, które nie umożliwiają statystycznej kontroli zmiennych zakłócających.
2. Na etapie wstępnych analiz dokonano oceny korelacji pomiędzy wiekiem a poziomem agresywności ogólnej i poszczególnych jej odmian mierzonych kwestionariuszem Bussa-Durkee za pomocą nieparametrycznego współczynnika korelacji tau Kendalla. Nie wykazano istotnych korelacji. Z tego powodu nie było wskazań do transformacji zmiennych celem zastosowania analiz parametrycznych, umożliwiających statystyczną kontrolę zmiennych zakłócających, tj. analizy kowariancji i korelacji cząstkowych lub analizy regresji (ANCOVA).

Populacja badana była niewielka, a badani dokonywali dość rzadko samookaleczeń w porównaniu z innymi grupami uczestniczącymi w badaniach innych autorów. Z drugiej strony właśnie

The Polish version of the inventory is earmarked for examining adolescents starting from the age of 14. The inventory assesses the severity of seven varieties of aggressiveness and additionally the sense of guilt: physical aggressiveness, verbal aggressiveness, indirect aggressiveness, negativism, suspiciousness, resentment, irritability^(22,23).

RESULTS

The analysed groups of adolescents, self-mutilating and controls, differed significantly within distributions of subscales and general hostility assessed using the Buss-Durkee Inventory, the significantly higher severity of all types of aggressiveness having been observed in the examined group. Table 1 presents differences in the distribution of respective types of aggressiveness and the sense of guilt, measured by the Buss-Durkee Inventory.

LIMITATIONS OF THE STUDY

This study has many limitations. The subjects' statement that they did not take any psychoactive substances has not been confirmed, however most of them lived in the increased supervision centres, which increased the probability of abstinence.

The persons included into the control group were older than those of the examined group on average by one year. This fact was not considered in further statistical analyses for the following reason:

1. Incompatibility of the variables distribution with the normal distribution enforced the use of nonparametric methods which do not enable a statistical control of impeding variables.
2. At the stage of preliminary analyses the correlation was evaluated between age and level of general hostility and its respective varieties measured by the Buss-Durkee Inventory using the Tau Kendall nonparametric correlation coefficient. No significant correlations were indicated. Therefore, there were no indications for variables transformation to use parametric analyses enabling a statistical control of impeding variables, i.e. analysis of covariance and partial correlations or regression analysis (ANCOVA).

The examined population was small, and the subjects seldom made self-mutilations, as compared to other groups participating in other authors' research. On the other hand, it is the group with seldom, superficial self-mutilations that is the most numerous.

All the described limitations make it impossible to generalise the obtained results for the whole population of adolescents with autoaggressive behaviours and may be one of the causes of the discrepancies with the results of other researchers, discussed in detail below.

DISCUSSION

The study, using the Buss-Durkee Inventory, indicated a correlation between the occurrence of autoaggressive behaviours

Zmienna Variable	Grupa Group	Śr. Av.	Me. Me.	Min. Min.	Maks. Max.	SD SD	CV% CV%	Test Manna-Whitneya Mann-Whitney test		
								U	Z	p
Napastliwość fizyczna Physical aggressiveness	Badana Examined	17,43	19,5	0	28	6,7	38,7	285,500	3,098	<u>0,0019</u>
	Kontrolna Control	11,6	11	0	28	7,5	64,7			
Napastliwość słowna Verbal aggressiveness	Badana Examined	17,69	18	5	26	5,2	29,4	349,000	2,275	<u>0,0229</u>
	Kontrolna Control	15	16	8	24	4,5	29,8			
Napastliwość pośrednia Indirect aggressiveness	Badana Examined	13,83	14	2	20	4,8	34,4	251,000	3,546	<u>0,0004</u>
	Kontrolna Control	9,44	10	3	18	4	42,4			
Negatywizm Negativism	Badana Examined	18	18,5	4	26	6,1	34,1	286,500	3,085	<u>0,002</u>
	Kontrolna Control	13,44	14	4	22	5,1	37,9			
Podejrzliwość Suspiciousness	Badana Examined	14,93	16	5	24	4,8	32,1	285,500	3,098	<u>0,0019</u>
	Kontrolna Control	10,68	10	2	22	5,3	50			
Uraza Resentment	Badana Examined	12,67	13,5	2	20	4,4	34,9	316,500	2,697	<u>0,007</u>
	Kontrolna Control	9,56	9	2	16	4,3	45			
Drażliwość Irritability	Badana Examined	20,36	22	6	28	5,7	27,9	354,500	2,204	<u>0,0275</u>
	Kontrolna Control	17,12	18	8	26	5,7	33,4			
Poczucie winy Sense of guilt	Badana Examined	15,55	16	2	24	5,9	38	490,500	0,441	0,6594
	Kontrolna Control	15,20	16	4	24	5	32,7			
Agresywność ogólna General hostility	Badana Examined	130,45	135	47	172	27,7	21,3	236,000	3,740	<u>0,0002</u>
	Kontrolna Control	102,04	101	60	151	27,2	26,6			

n – liczebność; **Śr.** – średnia arytmetyczna; **Me.** – mediana; **Min., Maks.** – wartości minimalna i maksymalna; **SD** – odchylenie standardowe; **CV%** – współczynnik zmienności; **U** – wartość statystyki U dla testu Manna-Whitneya; **Z** – wartość standaryzowana rozkładu normalnego dla statystyki testu Manna-Whitneya; **p** – wartość dwustronnego asymptotycznego prawdopodobieństwa testowego dla testu Manna-Whitneya; **podkreśleniem** oznaczono istotne różnice
n – number; **Av.** – arithmetic average value; **Me.** – median; **Min., Max.** – minimum and maximum values; **SD** – standard deviation; **CV%** – coefficient of variation; **U** – U statistics value for Mann-Whitney test; **Z** – standardized value of normal distribution for statistics of Mann-Whitney test; **p** – value of bilateral asymptotic test probability for Mann-Whitney test; **underlined** are significant differences

Tabela 1. Różnice rozkładów poszczególnych odmian agresywności i poczucia winy mierzonych za pomocą kwestionariusza Bussa-Durkee w dwóch analizowanych grupach: badanej (n=42) i kontrolnej (n=25)

Table 1. Differences in distributions of respective types of aggressiveness and the "Sense of guilt" measured using the Buss-Durkee Inventory in two analysed groups: the examined group (n=42) and control group (n=25)

grupa osób z rzadko dokonywanymi, powierzchownymi samouszkodzeniami jest najliczniejsza.

Wszystkie opisane ograniczenia uniemożliwiają uogólnienie uzyskanych wyników na całą populację adolescentów z zachowaniami autoagresywnymi i mogą być jedną z przyczyn rozbieżności z wynikami innych badaczy, szczegółowo omówionymi poniżej.

and severity of respective types of aggressiveness directed outwards (measured both by its general level and in respective subscales). Subjects of the examined group exhibited a significantly higher level of both the general hostility and its respective types, as compared to the controls. The greatest difference between the examined and control groups was observed in the severity

OMÓWIENIE

W przeprowadzonym badaniu, używając kwestionariusza Bussa-Durkee, wykazano istnienie związku pomiędzy występowaniem zachowań autoagresywnych a nasileniem poszczególnych odmian agresywności kierowanej na otoczenie (mierzonej zarówno jej poziomem ogólnym, jak i w poszczególnych podskalach). Osoby z grupy badanej wykazały istotnie wyższy poziom zarówno agresywności ogólnej, jak i poszczególnych jej odmian w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej. Największą różnicę pomiędzy grupami badaną i kontrolną zaobserwowano w nasileniu agresywności ogólnej, czyli po zsumowaniu wszystkich jej podskal. Nieznacznie tylko mniejszą w podtypie agresywności pośredniej, która wyraża się w reakcjach zmierzających do szkodenia drugiej osobie drogą okrężną. Wśród form tego zachowania na pierwszym miejscu wymieniane jest wpadanie w złość⁽²³⁾. Pozostaje to w zgodzie z wynikami badania Claesa i wsp., w którym grupa badana (osoby dokonujące samouszkodzeń) wykazała istotnie niższy poziom samokontroli nad uczuciem złości kierowanej na zewnątrz. Również w zgodzie z wynikami tej pracy, wykazującej istotnie wyższy poziom wrogości interpersonalnej, mierzonej kwestionariuszem Symptom Checklist (SCL-90), pozostają wyniki naszego badania wskazujące na wysoki poziom agresywności ogólnej⁽¹⁸⁾.

Porównywalne wyniki uzyskali też Simeon i wsp., którzy udowodnili wysoką pozytywną korelację pomiędzy występowaniem zachowań autoagresywnych a znacznym nasileniem przewlekłego uczucia złości⁽²⁰⁾. Należy jednak zaznaczyć, że w badaniach tych użyto różnych kwestionariuszy, ale każdy z nich spełniał wszystkie wymogi metodologiczne.

Yesavage i wsp. w swoim badaniu także użyli kwestionariusza Bussa-Durkee i udowodnili najwyższą pozytywną korelację właśnie w podskali agresywności pośredniej⁽²¹⁾. Dwa powyższe badania pozostają w zgodzie z wynikami pracy Claesa i wsp., którzy wykazali niższy poziom samokontroli złości kierowanej na otoczenie⁽¹⁸⁾.

Wyniki naszego badania i badania Yesavage'a i wsp. wykazały zgodnie najwyższą pozytywną korelację, mierzoną kwestionariuszem Bussa-Durkee, między podskala agresywności pośrednia a dokonywaniem samouszkodzeń, mimo występowania różnic pomiędzy grupami włączonymi do tych badań. Do badania Yesavage'a zrekrutowano osoby, które oprócz zachowań autoagresywnych cierpiały z powodu epizodu depresyjnego. Można sugerować, że związek pomiędzy poziomem agresywności pośredniej a dokonywaniem samookaleczeń jest na tyle silny, że nie zaburzyły go nawet objawy depresyjne⁽²¹⁾.

Stwierdziliśmy również korelację pomiędzy występowaniem samouszkodzeń a agresywnością fizyczną (jako składową agresywności bezpośredniej), podejrzliwością, negatywizmem, urazą, agresywnością słowną (druga składowa agresywności bezpośredniej) oraz drażliwością (korelacja najslabsza). To ostatnie stwierdzenie pozostaje w sprzeczności z wynikami Yesavage'a i wsp., którzy dla podskali drażliwość wykazali najwyższą po agresywności pośredniej korelację, co mogło wynikać z obecności objawów depresyjnych w badanej przez nich grupie. W obydwu badaniach korelacje agresywności

of the general hostility, i.e. after all its types were summed up. Only slightly lower difference was observed in the indirect aggressiveness subtype which is expressed in reactions aimed at harming the other person indirectly. Among the forms of such behaviour, mentioned in the first place is losing one's temper⁽²³⁾. This is consistent with the results of the study carried out by Claes et al. in which the examined group (self-mutilating persons) exhibited a significantly lower level of self-control over the feeling of anger-out. Also consistent with the results of this study, exhibiting a significantly higher level of interpersonal hostility, measured by the Symptom Checklist (SCL-90) inventory, are the results of our study which indicate a high level of the general hostility⁽¹⁸⁾.

Comparable results were also obtained by Simeon et al. who proved a high positive correlation between autoaggressive behaviours and a considerable severity of chronic anger⁽²⁰⁾. We should emphasize, however, that although different inventories were used in these studies, each of them met all methodological requirements.

Yesavage et al. in their research also used the Buss-Durkee Inventory and proved the highest positive correlation in the indirect aggressiveness subscale⁽²¹⁾. The two above studies are consistent with the results of the study carried out by Claes et al. who indicated a lower level of anger-out control⁽¹⁸⁾.

The results of our study and the study carried out by Yesavage et al. consistently showed the highest positive correlation, measured by the Buss-Durkee Inventory, between subscale indirect aggressiveness and self-mutilations, despite the differences between the groups included into these studies. Recruited to the study carried out by Yesavage were those who apart from autoaggressive behaviours suffered from a depressive episode. We might suggest that the correlation between the level of indirect aggressiveness and self-mutilations is so strong that it was not disturbed even by depressive symptoms⁽²¹⁾.

We have also found out a correlation between self-mutilation and physical aggressiveness (as a component of the direct aggressiveness), suspiciousness, negativism, resentment, verbal aggressiveness (the other component of the direct aggressiveness) and – the weakest correlation – irritability. The latter statement contradicts the results obtained by Yesavage et al. who for irritability subscale demonstrated the highest, following the "Indirect aggressiveness", correlation, which might result from the presence of depressive symptoms in the group they investigated. In both studies the correlations of physical aggressiveness with self-mutilations were considerable, however the correlation of the second component of the direct aggressiveness, i.e. verbal aggressiveness, was much lower in the group which we examined⁽²¹⁾.

Simeon et al. when investigating the aggressiveness in subjects exhibiting autoaggressive behaviours by the Buss-Durkee Inventory did not indicate any significant correlation between the general hostility or between its respective types. Yet, they subjected these persons to the inventory containing questions about the history of aggressive behaviours directed outwards throughout their lifetime, i.e. losing temper, getting into fights, quarrels, attacks and other reprehensible acts. They

fizycznej z dokonywaniem samouszkodzeń były znaczne, lecz związek drugiej składowej agresywności bezpośredniej, czyli agresywności słownej, był już znacznie niższy w badanej przez nas grupie⁽²¹⁾.

Simeon i wsp. badając kwestionariuszem Bussa-Durkee agresywność osób wykazujących zachowania autoagresywne, nie wykazali istotnego związku ani pomiędzy agresywnością ogólną, ani między jej poszczególnymi rodzajami. Przeprowadzili oni jednak wśród tych osób ankietę zawierającą pytania o historię zachowań agresywnych kierowanych na otoczenie w ciągu całego życia, tj. napadów złości, wdawania się w bójki, kłótnie, napaści czynnych oraz innych czynów zabronionych. Wykazali znaczną pozytywną korelację między badanymi czynnikami a występowaniem zachowań autoagresywnych. Różnicę w wynikach przy użyciu kwestionariusza Bussa-Durkee i ankiety na temat zachowań agresywnych może tłumaczyć znaczny odstęp czasowy pomiędzy zastosowaniem tych narzędzi badawczych. Być może różnica w wynikach zastosowanego kwestionariusza Bussa-Durkee w badaniu Simeona i wsp. i naszym wyniku z bardzo znacznej różnicy wieku (31 vs 16 lat). Wyniki ankiety przeprowadzonej w badaniu Simeona sugerują, że badana przez niego grupa w wieku około 16 lat mogłaby uzyskać podobne wyniki jak badana przez nas. Dodatkowym możliwym wytłumaczeniem różnic w wynikach obydwu prac może być ponaddwukrotnie mniejsza liczebność populacji badanej w pracy Simeona i wsp.⁽²⁰⁾

Uzyskane wyniki wskazują, że istnieje silny związek pomiędzy agresją kierowaną na siebie a agresją kierowaną na otoczenie, co może być ważną informacją dla ukierunkowania działań terapeutycznych u osób z samouszkodzeniami o podobnej charakterystyce klinicznej do tej prezentowanej w pracy.

WNIOSKI

1. Dokonywanie samouszkodzeń w badanej grupie młodzieży z zachowaniami autoagresywnymi wiązało się z nasileniem agresywności kierowanej na otoczenie (mierzonej zarówno jej poziomem ogólnym, jak i w poszczególnych podskalach).
2. Osoby dokonujące samouszkodzeń wymagają działań terapeutycznych (psychoterapeutycznych i farmakologicznych) nakierowanych na zmniejszenie nie tylko autoagresji, ale także agresji skierowanej na otoczenie.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

1. Favazza A.R.: The coming of age of self-mutilation. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1998; 186: 259-268.
2. Pattison E.M., Kahan J.: The deliberate self-harm syndrome. *Am. J. Psychiatry* 1983; 140: 867-872.
3. Gratz K.L.: Risk factors for and functions of deliberate self-harm, an empirical and conceptual view. *Clin. Psychol. Sci. Pract.* 2003; 10: 192-205.
4. Claes L., Vandereycken W., Vertommen H.: Self-care versus self-harm: piercing, tattooing, and self-injuring in eating disorders. *Eur. Eat. Disorders Rev.* 2005; 13: 11-18.

demonstrated a considerable positive correlation between the examined factors and occurrence of autoaggressive behaviours. The difference between the results with the use of the Buss-Durkee Inventory and the inventory on aggressive behaviours may be accounted for by a considerable interval between the use of these research tools. Perhaps the difference in the results of the Buss-Durkee Inventory applied in the study carried out by Simeon et al. and in our study results from the great age gap (31 vs 16 years). The results of the inventory carried out in Simeon's study suggest that the group he examined, aged about 16 years, could obtain similar results to the one examined by us. An additional possible substantiation of the differences in the results of both studies may be the over twice lower number of the population examined in the study by Simeon et al.⁽²⁰⁾

The obtained results point to a strong correlation between the self-directed aggression and the aggression directed outwards, which may be very useful to know for directing the therapeutic activities in patients with self-mutilations of similar clinical characteristics to those presented in this study.

CONCLUSIONS

1. Self-mutilations in the examined group of adolescents with autoaggressive behaviours was correlated with severe aggressiveness directed outwards (measured both by its general level and in respective subscales).
2. Self-mutilating patients have to be subjected to therapeutic measures (psychotherapeutic and pharmacological) aimed at reduction not only of autoaggression but also aggression directed outwards.

5. Woldorf G.M.: Clinical implications of the paradox of deliberate self-injury. *J. Spec. Pediatr. Nurs.* 2005; 10: 196-200.
6. Heath N.L., Toste J.R., Nedecheva T., Charlebois A.: An examination of nonsuicidal self-injury among college students. *J. Ment. Health Couns.* 2008; 30: 137-156.
7. Malikow M.: When students cut themselves. *Tennessee Education* 2004/2005; 34: 31-34.
8. Austin L., Kortum J.: Self-injury: the secret language of pain for teenagers. *Education* 2004; 124: 517-527.
9. Osuch E.A., Noll J.G., Putnam F.W.: The motivations for self-injury in psychiatric inpatients. *Psychiatry* 1999; 62: 334-347.
10. Strong M.: *A Bright Red Scream: Self-Mutilation and the Language of Pain*. Penguin Books, New York 1998.
11. Nixon M.K., Cloutier P., Jansson S.M.: Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey. *CMAJ* 2008; 178: 306-312.
12. Favazza A.R., Rosenthal R.J.: Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp. Community Psychiatry* 1993; 44: 134-140.
13. Klonsky E.D.: The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence. *Clin. Psychol. Rev.* 2007; 27: 226-239.
14. Suyemoto K.L.: The functions of self-mutilation. *Clin. Psychol. Rev.* 1998; 18: 531-554.
15. Brown M.Z., Comtois K.A., Linehan M.M.: Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *J. Abnorm. Psychol.* 2002; 111: 198-202.
16. Klonsky E.D., Oltmanns T.F., Turkheimer E.: Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates. *Am. J. Psychiatry* 2003; 160: 1501-1508.

17. Briere J., Gil E.: Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates and functions. *Am. J. Orthopsychiatry* 1998; 68: 609-620.
18. Claes L., Vandereycken W., Vertommen H: Self-injury in female versus male psychiatric patients: a comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Pers. Individ. Dif.* 2007; 42: 611-621.
19. Gormley B., McNiel D.E.: Adult attachment orientations, depressive symptoms, anger, and self-directed aggression by psychiatric patients. *Cogn. Ther. Res.* 2010; 34: 272-281.
20. Simeon D., Stanley B., Frances A. i wsp.: Self-mutilation in personality disorders: psychological and biological correlates. *Am. J. Psychiatry* 1992; 149: 221-226.
21. Yesavage J.A.: Direct and indirect hostility and self-destructive behavior by hospitalized depressives. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 68: 345-350.
22. Buss H.A., Durkee A.: An inventory for assessing different kinds of hostility. *J. Consult. Psychol.* 1957; 21: 343-349.
23. Siek S.: Wybrane metody badania osobowości. Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1983.

Zasady prenumeraty kwartalnika „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”

1. Prenumeratę można rozpocząć od dowolnego numeru pisma. Prenumerujący otrzyma zamówione numery kwartalnika pocztą na podany adres.
2. Pojedynczy egzemplarz kwartalnika kosztuje 25 zł. Przy zamówieniu rocznej prenumeraty (4 kolejne numery) koszt całorocznej prenumeraty wynosi 80 zł.
3. Istnieje możliwość zamówienia numerów archiwalnych (do wyczerpania nakładu). Cena numeru archiwalnego – 25 zł.
4. Zamówienie można złożyć:
 - Wypełniając załączony blankiet i dokonując wpłaty w banku lub na pocztę. Prosimy o podanie dokładnych danych imiennych i adresowych.
 - Dokonując przelewu z własnego konta bankowego (ROR) – wpłaty należy kierować na konto:
Medical Communications Sp. z o.o., ul. Ojcowska 11, 02-918 Warszawa
Deutsche Bank PBC SA
42 1910 1048 2215 9954 5473 0001
 - Drogą mailową: redakcja@psychiatria.com.pl.
 - Telefonicznie lub faksem: tel.: 22 651 97 83, faks: 22 842 53 63.
 - Wypełniając formularz prenumeraty zamieszczony na stronie www.psychiatria.com.pl.
5. Zamawiający, którzy chcą otrzymać fakturę VAT, proszeni są o kontakt z redakcją.