© Psychiatr Psychol Klin 2018, 18 (2), p. 173–179
DOI: 10.15557/PiPK.2018.0020

Received: 11.02.2018
Accepted: 20.03.2018
Published: 29.06.2018

Iwona Makowska, Agnieszka Gmitrowicz

Samookaleczenia bez intencji samobójczej a zachowania samobójcze

Non-suicidal self-injury vs. suicidal behaviour disorder

Klinika Psychiatrii Młodzieżowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska
Adres do korespondencji: Iwona Makowska, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, e-mail: iwona.makowska@umed.lodz.pl

Streszczenie

Wstęp: Samookaleczenia bez intencji samobójczej i zachowania samobójcze stanowią istotny problem w populacji rozwojowej, szczególnie wśród adolescentów leczonych psychiatrycznie. Zamierzone akty autoagresji bez intencji samobójczej najczęściej obejmują cięcie skóry, ale również uderzanie, gryzienie czy przyjmowanie leków w dawkach przekraczających lecznicze. Samouszkodzenia mogą pełnić różne funkcje i wynikać z różnych motywacji, co skutkuje mnogością definicji i pojęć opisujących ten proces. Związek samouszkodzeń z ryzykiem zachowań samobójczych to przedmiot licznych analiz, podobnie jak inne czynniki ryzyka samobójstwa. **Materiał i metoda:** Artykuł jest przeglądem badań dotyczących zachowań samobójczych i samookaleczeń bez intencji samobójczych. Wykorzystano literaturę z baz danych Medline i dostępne artykuły polskojęzyczne. **Omówienie:** Związek między samookaleczeniami z intencją samobójczą a samookaleczeniami bez tej intencji jest złożony. Liczne badania wskazują na różnice w zakresie intencji, rozpowszechnienia i letalności. W artykule przedstawiono także analizę teorii próbujących wyjaśnić związek między samookaleczeniami bez intencji samobójczej a zachowaniami samobójczymi. Przybliżono m.in. teorię bramy, teorię trzeciej zmiennej i teorię interpersonalną Joinera wraz z modelem zintegrowanym zaproponowanym przez Hamzę i wsp. W najnowszej rewizji klasyfikacji DSM przyjęto po raz pierwszy kryteria diagnostyczne dla samookaleczeń bez intencji samobójczej i zachowań samobójczych, co może stanowić dobry punkt wyjścia do ujednolicenia stosowanych pojęć i poprawić spójność wyników poszczególnych badań. **Wnioski:** Lepsze rozumienie, przewidywanie i leczenie samookaleczeń bez intencji samobójczej wymaga prowadzenia dalszych badań.

Słowa kluczowe: samouszkodzenia bez intencji samobójczej, samobójstwo, adolescencja

Abstract

Introduction: Both suicidal behaviours and non-suicidal self-injury are of major concern when dealing with youth, especially adolescent psychiatric patients. Non-suicidal self-injury is defined as direct and deliberate self-harm enacted without a desire to die. They generally present as skin cutting, but may also include self-hitting, self-biting or taking medicines in doses exceeding recommended for therapeutic effects. Self-injury may serve various purposes and stem from a variety of motives, resulting in a wide range of definitions and concepts describing the process in literature. The relationship of self-injuries with the risk of suicidal behaviours has been subject to many analyses, just like other factors of suicidal risk. **Material and method:** This article is a review of the body of research devoted to suicidal behaviour and non-suicidal injuries. The literature reviewed was accessed through Medline databases and the available Polish sources. **Discussion:** The relationship between non-suicidal and suicidal self-injury is complex. Multiple studies indicate key differences between these two categories of self-injury, including the level of suicide intent, prevalence, frequency and lethality. The article also discusses different theories that have been proposed to account for the link between non-suicidal self-injury and suicidal behaviours, including the gate control theory, the third variable theory and Joiner's interpersonal theory, along with the most recent integrated model, proposed by Hamza et al. The latest edition of the DSM classification has adopted – for the first time – the diagnostic criteria for non-suicidal self-injury and suicidal behaviour disorder, which might be a good starting point for the attempt to unify the concepts used by carious researchers and achieve better consistency in the outcomes of various studies. **Conclusion:** Further research in the field of non-suicidal self-injury and suicidal behaviour is required to broaden our understanding, prediction and treatment of non-suicidal self-injury.

Keywords: non-suicidal self-injury, suicide, adolescence

© Medical Communications Sp. z o.o. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives License (CC BY-NC-ND). Reproduction is permitted for personal, educational, non-commercial use, provided that the original article is in whole, unmodified, and properly cited.

WSTĘP

W piśmiennictwie dotyczącym zachowań autodestrukcyjnych można się spotkać z różnymi pojęciami opisującymi zachowania samobójcze i samouszkadzające. Wiele terminów definiowanych jest na potrzeby konkretnych badań, co niestety skutkuje mnogością pojęć i pewnym stopniem niespójności w stosowanej terminologii. Dzięki zmianom w ostatnich rewizjach klasyfikacji DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) wyodrębnione zostały osobne kryteria rozpoznania i kodowania samookaleczeń bez intencji samobójczej (*non-suicidal self-injury*, NSSI) i zachowań samobójczych (*suicidal behaviour disorder*, SBD). Kryteria te przedstawiono w tab. 1 i 2.

Samouszkodzenia bez intencji samobójczej obejmują m.in. cięcie, uderzanie głową, przypalanie, uderzanie się, drapanie do przerwania ciągłości naskórka czy rozdrapywanie gojących się ran oraz przyjmowanie leków w dawkach przekraczających lecznicze (Heath *et al.*, 2008; Nock, 2010). Różni badacze tematu przedstawiali na przestrzeni lat różne podziały samookaleczeń. Przykładowo Favazza posługiwał się trzema głównymi kategoriami: samookaleczenia duże/poważne (np. amputacje kończyn, autokastracja), stereotypowe (np. u osób z autyzmem) i powierzchowne/umiarkowane, najczęściej stwierdzane wśród adolescentów. Ostatnią grupę dzieli się na samouszkodzenia o charakterze kompulsywnym (trichotillomania, obgryzanie paznokci), często zrytualizowane, powtarzane wielokrotnie w ciągu dnia, oraz impulsywne (cięcie, przypalanie), które mogą być epizodyczne albo powtarzane. Walsh z kolei dzieli NSSI w zależności od stopnia potencjalnej letalności aktu, sposobu działania (bezpośredni/pośredni) i tego, czy okaleczenie wystąpiło raz, czy też wielokrotnie (Grandclerc *et al.*, 2016; Walsh, 2014).

Szacuje się, że około 21% hospitalizowanych osób dorosłych (Biere i Gil, 1998) i 30–40% hospitalizowanych adolescentów dokonuje NSSI (Jacobson *et al.*, 2008). W populacji ogólnej wskaźniki te są niższe i wynoszą odpowiednio 4–6% i 13–29% (Baetens *et al.*, 2011; Brausch i Gutierrez, 2010). NSSI zwykle mają początek w okresie dojrzewania i najczęściej występują między 13. a 15. rokiem życia, co sprawia, że adolescencję uznaje się za czas zwiększonego ryzyka dokonywania samouszkodzeń.

Większość badaczy wskazuje, iż NSSI częściej pojawiają się u nastoletnich dziewcząt niż u chłopców, lecz badania Andover i wsp. (2010) tego nie potwierdziły. Sugeruje się, że różnice płciowe są wyraźniej zaznaczone w grupie młodszych adolescentów, a wśród starszej młodzieży zanikają. U dziewcząt autorzy stwierdzili częstsze występowanie cięcia, podczas gdy u chłopców częściej obserwowano uderzanie.

Badacze analizujący dane epidemiologiczne dotyczące NSSI w kontekście etnicznego pochodzenia pacjentów przeważnie wykazują częstsze występowanie samouszkodzeń w grupie kaukaskiej (Muehlenkamp i Gutierrez, 2004, 2007). Istnieją jednak również badania, w których nie odnotowano różnic między osobami o różnym pochodzeniu (Brausch i Gutierrez, 2010). Podkreśla się konieczność przeprowadzenia badań na większej, bardziej etnicznie zróżnicowanej populacji.

Do zachowań samobójczych zalicza się próby samobójcze, myśli samobójcze i samobójstwa dokonane. W populacji ogólnej średnio 16–20% adolescentów relacjonuje myśli samobójcze, a 4–8% potwierdza podjęcie przynajmniej jednej próby samobójczej (Glenn *et al.*, 2017; Muehlenkamp i Gutierrez, 2007; Nock *et al.*, 2008; Whitlock i Knox, 2007). W Polsce w latach 2010–2011 prowadzono badania EZOP Polska, w których m.in. oceniano rozpowszechnienie prób samobójczych. Stwierdzono, że 0,7% (prawie 200 tys.) Polaków ma za sobą przynajmniej jedną taką próbę. Badania nie obejmowały niestety populacji poniżej 18. roku życia (Moskalewicz *et al.*, 2012). Badania zrealizowane wśród młodzieży z łódzkich szkół ponadgimnazjalnych pozwoliły na oszacowanie częstości prób samobójczych w ciągu roku na poziomie 3,5%, a w ciągu życia – 7%, co pozostaje w zgodzie z badaniami europejskimi i amerykańskimi.

1. W ostatnim roku osoba przez co najmniej 5 dni dokonuje samouszkodzeń bez intencji samobójczej.
2. Osoba ta musi wykazywać przynajmniej jedną z motywacji:
   a. poszukuje ulgi w doznawanych negatywnych uczuciach lub stanie psychicznym
   b. próbuje rozwiązać w ten sposób konflikty interpersonalne
   c. chce osiągnąć przyjemność.
3. Zamierzone samouszkodzenia muszą być związane z przynajmniej jednym z poniższych:
   a. występowanie konfliktu interpersonalnego czy negatywnych emocji lub myśli (np. depresji, lęku, napięcia, złości) w okresie bezpośrednio poprzedzającym samouszkodzenie
   b. zaabsorbowanie planowanym działaniem w okresie bezpośrednio go poprzedzającym
   c. rozmyślanie, ruminacje dotyczące samouszkodzeń.
4. Samouszkodzenie nie jest usankcjonowane kulturowo (np. tatuaże, piercing) i nie jest ograniczone do zdrapywania strupków czy obgryzania paznokci.
5. Zachowanie to lub jego konsekwencje powodują znaczący dyskomfort psychiczny i wpływają na funkcjonowanie.
6. Zachowanie nie występuje wyłącznie w przebiegu epizodu psychotycznego, majaczenia, intoksykacji czy zespołu abstynencyjnego i nie może być lepiej wyjaśnione przez inne zaburzenie (np. upośledzenie umysłowe, zespół Lescha–Nyhana).

*Tab. 1. Kryteria rozpoznania samookaleczeń bez intencji samobójczej (*non-suicidal self-injury, *NSSI) według DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)*

1. Podjęcie próby samobójczej w ciągu ostatnich 24 miesięcy (próba samobójcza to działania, którym w momencie ich inicjowania towarzyszył zamiar odebrania sobie życia).
2. Działanie to nie spełnia kryteriów NSSI.
3. Diagnozy tej nie stosuje się do myśli samobójczych czy działań przygotowawczych (tendencji samobójczych?).
4. Działanie nie było podjęte w stanie zaburzenia świadomości.
5. Osoba nie miała motywacji politycznej ani religijnej.

Obecne SBD: w okresie nie dłuższym niż 12 miesięcy od ostatniej próby.
SBD we wczesnej remisji: 12–24 miesięcy od ostatniej próby.

*Tab. 2. Zachowania samobójcze (*suicidal behaviour disorder, *SBD) według DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)*

DOI: 10.15557/PiPK.2018.0020

Co czwarty adolescent przyznawał się do więcej niż jednej próby (Gmitrowicz i Rosa, 2007). W populacji nastolatków leczonych psychiatrycznie wskaźniki te są znacznie wyższe i wynoszą 24–34% (Asarnow *et al.*, 2011; Jacobson *et al.*, 2008), a wśród młodych dorosłych osiągają nawet poziom 35–40% (Claes *et al.*, 2010).

Największe nasilenie myśli samobójczych obserwuje się u adolescentów, ale najwyższy odsetek dokonanych samobójstw – u osób w okresie środkowej dorosłości. Można wnioskować, że zachowania samobójcze najczęściej mają swój początek w adolescencji, lecz to właśnie okres środkowej dorosłości obarczony jest najwyższym ryzykiem śmierci samobójczej. Niższy odsetek dokonanych samobójstw w populacji adolescentów wynika zapewne z ambiwalencji, typowej dla tej fazy rozwoju.

Kolejne badania potwierdzają większą częstość prób samobójczych podejmowanych na przestrzeni życia przez kobiety oraz większy odsetek dokonanych samobójstw wśród mężczyzn. W skali światowej na 1 śmierć samobójczą kobiety przypadają 3 dokonane samobójstwa mężczyzn; w Polsce, według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), wskaźnik ten wynosi >6.

Mimo że próby samobójcze częściej występują wśród dziewcząt, różnice płciowe w śmiertelności suicydalnej są wśród adolescentów mniej wyraźne niż wśród dorosłych. Ryzyko zarówno prób, jak i dokonanych samobójstw jest wyższe wśród osób dokonujących NSSI: 70% z nich podjęło w życiu przynajmniej jedną próbę „S", a 55% – kilka.

Różnice związane z wiekiem dotyczą również dostępności i rodzaju pomocy, jaką otrzymują okaleczający się. Adolescenci nie mają łatwego dostępu do pomocy (50% osób w ogóle nie szuka wsparcia, 30% trafia do pracowników społecznych, a jedynie 20% otrzymuje pomoc medyczną). Ponadto uzyskiwana pomoc nie zawsze jest zgodna ze standardami i nierzadko udzielają jej osoby, które nie zostały przeszkolone ani nie mają wystarczającej wiedzy na temat NSSI (Grandclerc *et al.*, 2016).

RÓŻNICOWANIE NSSI I PRÓB SAMOBÓJCZYCH

Podstawowym czynnikiem różnicującym jest intencja. W kryteriach DSM-5 zostało to wyraźnie podkreślone: zróżnicowano samookaleczenia bez intencji samobójczej i zachowania samobójcze, które w zamiarze jednostki mają doprowadzić do zgonu (tab. 2). Istotne są także różnice w częstotliwości i letalności działań – nieujęte w przywołanych kryteriach, niemniej obserwowane w praktyce klinicznej. NSSI związane są zwykle z nisko letalnymi sposobami (gryzienie, uderzanie, przypalanie czy drapanie), natomiast samouszkodzenia z intencją samobójczą zwykle obejmują działania o zdecydowanie wyższej potencjalnej letalności (przedawkowanie leków, nacięcia w okolicy nadgarstków, zadzierzgnięcia), co wynika bezpośrednio z intencji podejmowania działań.

NSSI występują znacznie częściej niż SBD. W badaniach Nocka i wsp. (2006) wśród hospitalizowanych adolescentów stwierdzono średnio 80 incydentów NSSI i średnio 2,8 próby samobójczej w ciągu ostatniego roku. Wśród hospitalizowanych młodych dorosłych Andover i wsp. (2010) potwierdzali średnio 156 NSSI i 2 SBD w roku. Wiadomo również, że typowy wiek dokonywania pierwszych niesamobójczych samouszkodzeń to 12–14 lat, podczas gdy myśli i zachowania samobójcze mają zwykle późniejszy początek. Większość starszych badań potwierdza poprzedzanie myśli i prób samobójczych przez samouszkodzenia (Jacobson i Gould, 2007). Jednak w badaniu Bryana i wsp. (2015), dotyczącym populacji dorosłych pacjentów, wykazano, że u 67% osób myśli samobójcze pojawiły się wcześniej niż NSSI, a u 91% NSSI poprzedzały pierwszą próbę samobójczą.

Pomimo wskazanych różnic u znacznego odsetka pacjentów współwystępują oba fenomeny. Według niektórych badaczy nawet 40% adolescentów leczonych psychiatrycznie, którzy dokonują samookaleczeń, potwierdza przynajmniej jedną próbę samobójczą (Asarnow *et al.*, 2011). W ostatnich latach wielu autorów określało NSSI najsilniejszym predyktorem prób. Wiadomo, że hospitalizowani pacjenci potwierdzający wcześniejsze dokonywanie samookaleczeń mają większe ryzyko popełnienia samobójstwa po wypisie czy w trakcie pobytu w szpitalu niż pacjenci bez NSSI w wywiadzie.

Przeprowadzona przez Hamzę i wsp. (2012) metaanaliza wskazuje, że NSSI to istotny predyktor myśli i prób samobójczych. Niektóre badania potwierdzają też związek częstotliwości NSSI i prób samobójczych. Inne z kolei sugerują, iż NSSI pozwalają przewidywać próby samobójcze lepiej, niż próby samobójcze pozwalają przewidywać NSSI.

Analizie poddawano także różnice w ciężkości samookaleczeń. W rezultacie wyróżniono te o mniejszej ciężkości (rozdrapywanie gojących się ran) i te o większej ciężkości (cięcie). Obie grupy okaleczeń korelują z większym ryzykiem zachowań samobójczych, choć związek z próbami „S" był silniejszy w przypadku uszkodzeń bardziej drastycznych.

Fox i wsp. (2015) opublikowali metaanalizę badań dotyczących czynników ryzyka NSSI. Okazało się, że wśród specyficznych czynników ryzyka NSSI kluczowe są (iloraz szans – *odds ratio*, OR > 3,0): występowanie NSSI w wywiadzie, zaburzenia osobowości z klastera B (zwłaszcza osobowość chwiejna emocjonalnie), poczucie braku nadziei. Pozostałe czynniki, czyli używanie substancji psychoaktywnych, posiadanie znajomych dokonujących NSSI, wcześniej występujące myśli samobójcze, depresja, zaburzenia odżywiania lub dysregulacja emocjonalna, cechują się niższą siłą predykcyjną (OR około 2,0).

Istnieje też grupa czynników ryzyka wspólnych dla prób samobójczych i samookaleczeń. Zalicza się tu depresję, zaburzenia osobowości (przede wszystkim osobowość chwiejną emocjonalnie), doświadczenie nadużycia psychicznego albo fizycznego, zaburzenia eksternalizacyjne, impulsywność czy problemy w systemie rodzinnym.

Zidentyfikowanie czynników ryzyka u młodych osób jest kluczowym elementem diagnozy, oceny zagrożenia i późniejszych interwencji terapeutycznych.

Ze względu na rodzaj zaproponowanego modelu badawczego dotychczasowe badania na temat NSSI i SBD można podzielić na trzy grupy. Pierwszą tworzą prace, w których porównywano osoby dokonujące NSSI i próby samobójcze z osobami tylko z NSSI. Druga grupa to porównania osób z NSSI i próbami samobójczymi z osobami wyłącznie z próbami „S" w wywiadzie. Do grupy trzeciej należą porównania osób okaleczających się, ale bez prób „S" z osobami z próbami „S", ale bez samookaleczeń. Wyniki badań z poszczególnych grup zestawiono w tab. 3. Obserwowane różnice nie znajdują potwierdzenia we wszystkich pracach, skupiono się więc na różnicach odnotowywanych najczęściej. Niezależnie od modelu analizy można zauważyć, że osoby z NSSI i SBD wykazują większe ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych i emocjonalnych. Ponadto częściej stwierdza się u nich zaburzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym – zarówno w porównaniu z pacjentami, którzy potwierdzają tylko NSSI, jak i w porównaniu z tymi, u których stwierdza się wyłącznie SBD. W żadnym badaniu, bez względu na metodologię, nie znaleziono istotnych różnic w zakresie danych demograficznych (płeć, wiek czy pochodzenie).

ZWIĄZEK NSSI Z SBD

Mimo licznych prac próbujących określić czynniki ryzyka, które różnicują osoby z NSSI i te z SBD, stosunkowo mało uwagi poświęca się związkowi NSSI z SBD. Z perspektywy teoretycznej wydaje się istotne ustalenie, dlaczego NSSI mogą zwiększać ryzyko SBD w przypadku części osób, a u innych – nie. Powstały dotychczas trzy modele rozumienia związku między NSSI a SBD (Hamza *et al.*, 2012):

1. Teoria bramy (*gateway theory*), zgodnie z którą NSSI i samobójstwo są dwiema różnymi manifestacjami tego samego zachowania. NSSI uznaje się za niezależny czynnik ryzyka samobójstwa, ale mający charakter jednostronny: podejmowane przez pacjenta próby samobójcze nie stanowią predyktora NSSI. W świetle omawianej koncepcji NSSI to swego rodzaju brama do poważniejszych, obarczonych ryzykiem czy intencją samobójczą zachowań autoagresywnych.
2. Teoria trzeciej zmiennej (*third variable theory*) – zakładająca występowanie trzeciej zmiennej, która łączy NSSI z zachowaniami samobójczymi. Teoria bazuje na mnogości wspólnych dla obu zjawisk czynników ryzyka i zaburzeń psychicznych u młodzieży okaleczającej się i podejmującej próby samobójcze. Zmienne brane pod uwagę jako „łącznik" to stan depresyjny, myśli samobójcze, zaburzenia osobowości, niska samoocena czy niewspierająca rodzina. Identyfikacja grupy pacjentów z NSSI i ryzykiem samobójczym zależałaby więc od stwierdzenia obecności trzeciej zmiennej.
3. Teoria interpersonalna Joinera, według której istnieją trzy warunki konieczne samobójstwa – niezaspokojona potrzeba przynależności, subiektywne poczucie nieudolności i bycia ciężarem oraz nawyk znoszenia bólu.

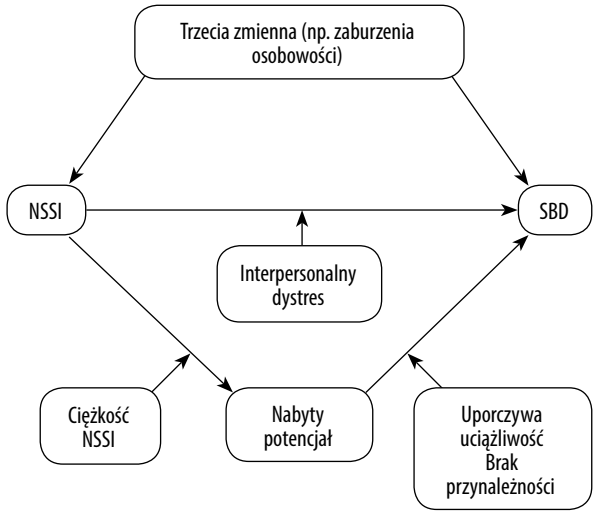
Powyższe teorie stały się bazą najnowszego modelu zintegrowanego, zaproponowanego przez Hamzę i wsp. (2012). Zdaniem Hamzy i wsp. NSSI to bezpośredni predyktor zachowań samobójczych, a połączenie to jest dodatkowo moderowane przez indywidualny poziom przeżywanego dystresu. W wielu badaniach potwierdzono silniejszy związek między depresyjnością, negatywną samooceną i poczuciem beznadziei a współwystępowaniem NSSI i SBD

Badania NSSI + SBD *vs* NSSI	**Badania NSSI + SBD *vs* SBD**	**Badania NSSI *vs* SBD**
Osoby z NSSI i SBD: • mają większe ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych i emocjonalnych • częściej przejawiają zaburzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym • prezentują bardziej nasiloną anhedonię i negatywną samoocenę • cechują się bardziej nasiloną depresją, impulsywnością i poczuciem beznadziei • mają większe prawdopodobieństwo spełnienia kryteriów diagnozy zespołu depresyjnego i zespołu stresu pourazowego • mają znacząco wyższy poziom myśli samobójczych • znajdują mniejszą liczbę powodów do życia • częściej żyją w rodzinach dysfunkcyjnych (lecz w ich relacjach rówieśniczych dysfunkcje nie występują częściej) U dorosłych osób z NSSI i SBD: • zdecydowanie częściej stwierdzano przeżycie poważnego dystresu czy traumy (m.in. nadużyć, zaburzeń odżywiania) • znacząco silniej wyrażone są zespoły depresyjne, myśli „S" i poczucie beznadziei, mniejsza jest natomiast ekstrawersja • występują mniej sprawne mechanizmy adaptacyjne • rzadziej obserwuje się samodzielne szukanie pomocy	Osoby z NSSI i SBD: • mają większe ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych i emocjonalnych • częściej przejawiają zaburzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym • częściej postrzegają swoje próby jako potencjalnie letalne • wykazują większą determinację i brak zahamowań w przeprowadzeniu próby „S" • wykazują wyższy poziom agresji, lęku, poczucia beznadziei, neurotyczności • zgłaszają częściej i bardziej nasilone skargi depresyjne oraz poczucie osamotnienia • mają gorsze relacje rodzinne, a w ich rodzinach stwierdza się większą dysfunkcjonalność • częściej doświadczają przemocy fizycznej	Osoby z SBD: • mają większe ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych i emocjonalnych • częściej przejawiają zaburzenia w funkcjonowaniu psychospołecznym • częściej doświadczały przemocy • wykazują mniejsze zaabsorbowanie życiem • mają większe zaburzenia w zakresie odżywiania • wykazują bardziej nasilone myśli „S" • mają większe poczucie beznadziei

Tab. 3. Modele badawcze w zakresie NSSI i SBD (Auerbach et al.*, 2015; Grandclerc* et al.*, 2016; Muehlenkamp i Gutierrez, 2004; Nock* et al.*, 2008;)*

DOI: 10.15557/PiPK.2018.0020

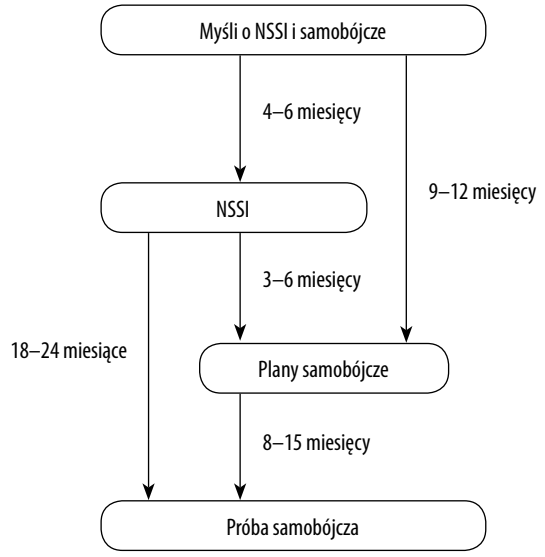
w porównaniu z występowaniem jedynie samookaleczeń. Stąd wniosek, że związek między NSSI a SBD będzie silniejszy u pacjentów, którzy doświadczają psychologicznego dystresu. Zgodnie z teorią trzeciej zmiennej przewiduje się, iż wspólne dla NSSI i SBD czynniki ryzyka (zaburzenia osobowości, depresja, zaburzenia funkcjonowania rodziny, zespół stresu pourazowego, doświadczenie przemocy) będą predyktorem zarówno NSSI, jak i SBD. Wreszcie, wykorzystując elementy teorii Joinera, uważa się, że NSSI to niebezpośredni czynnik ryzyka SBD, mediowany przez „nabyty potencjał do samobójstwa" (*acquired capability for suicide*). Znaczenie ma również ciężkość samookaleczeń, co wykazano w licznych badaniach. Związek między „potencjałem do samobójstwa" a podejmowaniem prób „S" jest najsilniejszy w przypadku osób odczuwających silne pragnienie śmierci, wyrażone poziomem postrzeganych obciążeń czy utratą przynależności (Hamza *et al.*, 2012). Schemat modelu zintegrowanego przedstawiono na ryc. 1.



Ryc. 1. Model Hamzy i wsp. (2012)

PROCES ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH

Związek między zachowaniami samobójczymi a samouszkodzeniami podlega analizie w różnych modelach badawczych. Jednym z celów jest próba zrozumienia ewolucji myśli i zachowań związanych z autoagresją, ze szczególnym naciskiem na linię czasową zdarzeń. Wyniki wskazują, że 1/3 adolescentów (Nock *et al.*, 2013) i dorosłych (Nock *et al.*, 2008), którzy myślą o samobójstwie, rozpocznie planowanie samobójstwa, a kolejna 1/3 podejmie próbę samobójczą. Większość adolescentów i dorosłych przejdzie od myśli do czynów w ciągu roku (Nock *et al.*, 2013).
Glenn i wsp. (2017) analizowali występowanie i współwystępowanie myśli i zachowań o charakterze autoagresywnym. Do grupy myśli i zachowań autoagresywnych zaliczyli myśli o samouszkodzeniach, same NSSI, myśli, plany i próby samobójcze, ale też gesty samobójcze – sytuacje, gdy ktoś podjął działania, które przez innych miały zostać odebrane jako samobójcze, lecz nie taki był ich cel. W grupie prawie 300 adolescentów najczęściej stwierdzano myśli samobójcze (u 88% pacjentów ambulatoryjnych i 80% hospitalizowanych), następnie myśli o NSSI (odpowiednio u 86% i 90% pacjentów) i same NSSI (u 79% i 84%). Prawie wszystkie analizowane zachowania autoagresywne, z wyjątkiem gestów samobójczych, częściej występowały u osób hospitalizowanych, ale tylko myśli i tendencje samobójcze były u nich istotnie statystycznie częstsze. Odnotowano także wysokie współwystępowanie NSSI i myśli samobójczych (u 68% pacjentów ambulatoryjnych i 80% hospitalizowanych), a ponad 1/3 młodzieży z obu grup potwierdzała zarówno NSSI, jak i próby samobójcze w ciągu życia. Osoby, które deklarowały przynajmniej jedną próbę, w większości dokonywały również NSSI (90% pacjentów ambulatoryjnych i 89% hospitalizowanych). Autorzy stwierdzili ponadto, że u około 1/3 młodzieży (35% pacjentów ambulatoryjnych i 40% hospitalizowanych) występowały w przeszłości myśli samobójcze i przynajmniej jedna zaniechana próba samobójcza. U mniejszego odsetka badanych (14% pacjentów ambulatoryjnych i 22% hospitalizowanych) odnotowano występowanie myśli samobójczych i próby „S" udaremnionej przez osoby trzecie.
Początek zachowań autoagresywnych przypadał w prezentowanym badaniu na 12.–16. rok życia. Najwcześniej pojawiały się myśli o samouszkodzeniach i myśli samobójcze, następnie NSSI, plany samobójcze i w końcu próby samobójcze. Pacjenci hospitalizowani istotnie wcześniej doświadczali myśli o NSSI, samych NSSI, myśli „S" i prób „S". Przebieg opisywanych zdarzeń przedstawiono na ryc. 2. Pokazuje ona, że od czasu wystąpienia myśli o NSSI czy myśli „S" do podjęcia próby „S" upływają średnio 1–2 lata.
Badanie Glenn i wsp. (2017) rozszerza też analizę zmiennych związanych z zachowaniami samobójczymi o analizę



Ryc. 2. Ewoluowanie zachowań autoagresywnych w czasie (Glenn et al.*, 2017)*

częstości prób samobójczych zaniechanych oraz prób udaremnionych przez osoby trzecie. U około 33% adolescentów potwierdzających myśli „S" stwierdzono zaniechanie działań samobójczych, a u około 20% próba została przerwana przez kogoś z otoczenia. Te dwie zmienne mogą różnicować heterogenną grupę osób z myślami „S" i ułatwiać wyodrębnianie jednostek o najwyższym ryzyku samobójczym. W literaturze podkreśla się jednak konieczność dalszych badań.

CZYNNIKI RYZYKA

Uważa się, że NSSI i zachowania samobójcze mogą mieć częściowo wspólne charakterystyki – choćby w zakresie czynników ryzyka, również tych o podłożu genetycznym (Maciejewski *et al.*, 2014). Do wspólnych czynników ryzyka NSSI i SBD należą m.in.:

1. zaburzenia psychiczne i emocjonalne – depresja, zaburzenia osobowości (osobowość chwiejna emocjonalnie), nadużywanie substancji psychoaktywnych, impulsywność, zaburzenia eksternalizacyjne, zespół stresu pourazowego, zaburzenia uwagi (z nadruchliwością lub bez nadruchliwości), zaburzenia zachowania;
2. czynniki psychospołeczne – doświadczenie przemocy fizycznej czy seksualnej, dysfunkcje w rodzinie.

W ostatnich badaniach dokonano analizy ryzyka samobójczego w zależności od siły korelacji różnych zmiennych z podjętą próbą samobójczą. Najsilniejszą korelację stwierdzono dla częstych NSSI i różnych metod zastosowanych przez tę samą osobę przy okaleczaniu, a następnie dla niektórych objawów psychiatrycznych (zaburzenia osobowości, objawy depresyjne, zespół stresu pourazowego, impulsywność) i zmiennych demograficznych (płeć, wiek, pochodzenie). Spośród zmiennych opisujących NSSI zwiększać ryzyko ewolucji w zachowania samobójcze mają zaś: dłuższy okres trwania okaleczeń (powyżej roku), cięcie, znaczna częstotliwość okaleczeń, brak fizycznego bólu podczas aktu, znaczny fizyczny uszczerbek w wyniku aktu, silna świadoma intencja śmierci, ukrywanie samookaleczeń (Fox *et al.*, 2015).

Istnieją również prace, w których NSSI przedstawia się jako czynnik chroniący przed zachowaniami samobójczymi – zgodnie z „modelem antysamobójczym" NSSI to próba uniknięcia znacznej destrukcyjności poprzez przekierowanie samobójczych tendencji na autoagresję w nieletalnej formie. Zgodnie ze wspomnianym modelem akty samookaleczeń pełnią w przypadku trudnych emocji funkcję regulacyjną i zapobiegają samobójstwu. Niektórzy adolescenci przyznają, że samookaleczenia służą im do zredukowania nasilenia myśli samobójczych, z którymi się zmagają (Grandclerc *et al.*, 2016).

WNIOSKI

1. SBD i NSSI istotnie wpływają na funkcjonowanie młodych ludzi, a zarazem stanowią duże obciążenie dla systemów opieki zdrowotnej.
2. Jeśli chodzi o rozumienie fenomenów NSSI i SBD, badacze nie są zgodni ani w zakresie ewolucji objawów czy korelacji między nimi, ani wpływu NSSI na ryzyko samobójstwa.
3. Konieczne są dalsze badania, m.in. w celu wyjaśnienia, dlaczego u części adolescentów dochodzi do ewolucji NSSI w zachowania samobójcze, a u innych – nie.
4. Dokładna ocena ryzyka samobójstwa jest ważna także w przypadku osób dokonujących samookaleczeń bez intencji samobójczej.

Konflikt interesów

Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

Piśmiennictwo

American Psychiatric Association: Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5. American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.

Andover MS, Primack JM, Gibb BE et al.: An examination of non-suicidal self-injury in men: do men differ from women in basic NSSI characteristics? Arch Suicide Res 2010; 14: 79–88.

Asarnow JR, Porta G, Spirito A et al.: Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2011; 50: 772–781.

Auerbach RP, Millner AJ, Stewart JG et al.: Identifying differences between depressed adolescent suicide ideators and attempters. J Affect Disord 2015; 186: 127–133.

Baetens I, Claes L, Muehlenkamp JJ et al.: Non-suicidal and suicidal self-injurious behavior among Flemish adolescents: a web-survey. Arch Suicide Res 2011; 15: 56–67.

Biere J, Gil E: Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions. Am J Orthopsychiatry 1998; 68: 609–620.

Brausch AM, Gutierrez PM: Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents. J Youth Adolesc 2010; 39: 233–242.

Bryan CJ, Bryan AO, May AM et al.: Trajectories of suicide ideation, nonsuicidal self-injury, and suicide attempts in a nonclinical sample of military personnel and veterans. Suicide Life Threat Behav 2015; 45: 315–325.

Claes L, Muehlenkamp JJ, Vandereycken W et al.: Comparison of nonsuicidal self-injurious behavior and suicide attempts in patients admitted to a psychiatric crisis unit. Pers Individ Dif 2010; 48: 83–87.

Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD et al.: Meta-analysis of risk factors for nonsuicidal self-injury. Clin Psychol Rev 2015; 42: 156–167.

Glenn CR, Lanzillo EC, Esposito EC et al.: Examining the course of suicidal and nonsuicidal self-injurious thoughts and behaviors in outpatient and inpatient adolescents. J Abnorm Child Psychol 2017; 45: 971–983.

Gmitrowicz A, Rosa K: Regionalny Program Zapobiegania Samobójstwom Młodzieży. Część II. Ocena klinicznych czynników ryzyka samobójstwa młodzieży w regionie łódzkim. Suicydologia 2007; 3: 23–28.

Grandclerc S, De Labrouhe D, Spodenkiewicz M et al.: Relations between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior in adolescence: a systematic review. PLoS One 2016; 11: e0153760.

Hamza CA, Stewart SL, Willoughby T: Examining the link between nonsuicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model. Clin Psychol Rev 2012; 32: 482–495.

DOI: 10.15557/PiPK.2018.0020

Heath N, Toste J, Nedecheva T et al.: An examination of nonsuicidal self-injury among college students. J Ment Health Couns 2008; 30: 137–156.
Jacobson CM, Gould M: The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. Arch Suicide Res 2007; 11: 129–147.
Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL et al.: Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. J Clin Child Adolesc Psychol 2008; 37: 363–375.
Maciejewski DF, Creemers HE, Lynskey MT et al.: Overlapping genetic and environmental influences on nonsuicidal self-injury and suicidal ideation: different outcomes, same etiology? JAMA Psychiatry 2014; 71: 699–705.
Moskalewicz J, Kiejna A, Wojtyniak B (eds.): Kondycja psychiczna mieszkańców Polski. Raport z badań „Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska". Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.
Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM: An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. Suicide Life Threat Behav 2004; 34: 12–23.
Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM: Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. Arch Suicide Res 2007; 11: 69–82.
Nock MK: Self-injury. Annu Rev Clin Psychol 2010; 6: 339–363.
Nock MK, Borges B, Bromet EJ et al.: Suicide and suicidal behavior. Epidemiol Rev 2008; 30: 133–154.
Nock MK, Green JG, Hwang I et al.: Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. JAMA Psychiatry 2013; 70: 300–310.
Nock MK, Joiner TE Jr, Gordon KH et al.: Non-suicidal self-injury among adolescents: diagnostic correlates and relation to suicide attempts. Psychiatry Res 2006; 144: 65–72.
Walsh BW: Terapia samouszkodzeń. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2014.
Whitlock J, Knox KL: The relationship between self-injurious behavior and suicide in a young adult population. Arch Pediatr Adolesc Med 2007; 161: 634–640.

 DOI: 10.15557/PiPK.2018.0020