

Anna Sławińska¹, Agata Orzechowska¹, Antoni Florkowski²

Assessment of the occurrence of indirect self-destructiveness in people diagnosed with depressive and anxiety disorders

Ocena występowania autodestruktywności pośredniej u osób z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych i lękowych

¹ Department of Adult Psychiatry, Medical University of Lodz, Łódź, Poland

² Institute of Health Sciences, Podhale State College of Applied Sciences in Nowy Targ, Nowy Targ, Poland

Correspondence: Anna Sławińska, Department of Adult Psychiatry, Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź, Poland, tel.: +48 504 473 321, e-mail: anna_slawinska@vp.pl

¹ Klinika Psychiatrii Dorosłych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, Polska

² Instytut Nauk o Zdrowiu, Podhalańska Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Nowym Targu, Nowy Targ, Polska

Adres do korespondencji: Anna Sławińska, Klinika Psychiatrii Dorosłych, ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź, tel.: +48 504 473 321, e-mail: anna_slawinska@vp.pl

Abstract

Aim: Self-destructiveness involves behaviours whose likely negative effect is mediated by additional factors, and the relationship between behaviour and damage is perceived as probable. The main objective of the research is to evaluate the behaviour of indirect self-destructiveness in patients with symptoms of anxiety and/or depression (compared to the persons without mental disorders-control group). **Material and method:** Clinical group included 40 patients of the Department of Adult Psychiatry at the Medical University of Lodz – people reporting symptoms of anxiety and/or depressed mood. The control group consisted of people without mental disorders. Polish version of Chronic Self-Destructiveness Scale (CS-DS) adapted by Suchanska and Hospital Anxiety and Depression Scale – Modified (HADS-M) by Snaith and Zigmond were used. The survey aimed at collecting sociodemographic data. **Results:** Differences were noticed between the clinical and control group in the following indirect autodestructive behaviours: Poor Health Maintenance, Lack of Planfulness, Personal and Social Neglects, Helplessness and Passiveness. Behaviours in all of those areas were more frequent in the clinical group. There were no significant differences noticed between groups in terms of: Transgression and Risk, alcohol use and smoking. **Conclusions:** Anxiety and depressive disorders promotes occurring of indirect self destructive behaviours.

Keywords: indirect self-destructiveness, depression, anxiety disorders

Streszczenie

Cel: Autodestruktywność pośrednia obejmuje zachowania, których prawdopodobny negatywny skutek jest upośredniony przez dodatkowe czynniki. Głównym celem badania była ocena zachowań o charakterze autodestruktywności pośredniej u osób z objawami lęku i/lub depresji (w porównaniu z grupą kontrolną, złożoną z osób bez zaburzeń psychicznych). **Materiał i metoda:** Grupę kliniczną stanowiło 40 pacjentów Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Były to osoby zgłaszające się z objawami lęku i/lub obniżonego nastroju. Równoliczną grupę kontrolną stanowiły osoby bez zaburzeń psychicznych. Zastosowano polską wersję skali chronicznej autodestruktywności (Chronic Self-Destructiveness Scale, CS-DS) Kelley w adaptacji Suchańskiej oraz Szpitalną Skalę Lęku i Depresji w wersji zmodyfikowanej (Hospital Anxiety and Depression Scale – Modified, HADS-M) autorstwa Snaitha i Zigmunda. Opracowana przez autorów ankieta miała na celu zebranie podstawowych danych socjodemograficznych. **Wyniki:** Zaobserwowano różnice między grupą kliniczną a kontrolną w przypadku następujących grup zachowań pośrednio autodestruktywnych: zaniedbania zdrowotne, nieuwaga, nieostrożność i brak planowania, zaniedbania osobiste i społeczne, pasywność (bierność). Zachowania z wymienionych obszarów okazały się częstsze w grupie klinicznej. Nie stwierdzono istotnych różnic między grupami w zakresie zachowań transgresyjnych, spożywania alkoholu i palenia papierosów. **Wnioski:** Można przypuszczać, że zaburzenia depresyjne i lękowe sprzyjają występowaniu zachowań pośrednio autodestruktywnych.

Słowa kluczowe: pośrednia autodestruktywność, depresja, zaburzenia lękowe

INTRODUCTION

Self-destructiveness is a term most typically associated with directly self-destructive behaviours, such as suicides, suicide attempts, self-harm/injury (Tsirigotis et al., 2009). Compared with directly self-destructive behaviours, more discreet forms of self-harm are often overlooked. Kelley defined chronic self-destructiveness as a tendency to engage in acts that reduce the probability of attaining future positive consequences and increase the probability of experiencing negative ones (Kelley et al., 1985). Baumeister and Scher (1988) defined this phenomenon as behaviours intentionally harmful to self, and Lee (1985) – as behaviours or neglect shortening one's life or compromising its quality.

In Poland, Suchańska's research has been especially significant (Suchańska, 1995, 1998, 2001; Suchańska and Wycisk, 1998). She states indirectly self-destructive behaviours to be ones whose likely negative effect is mediated by other factors. Indirect self-destructiveness may be classified as active, i.e. engaging in given behaviours, and passive, i.e. broadly understood negligence or lack of action. Indirect self-destructiveness is a form of self-harm where there is greater distance between the actions taken and their effect (Suchańska, 1998). As opposed to acute self-destructive behaviour, where a person consciously tries to inflict harm on themselves (or take their own life), indirect self-destructiveness refers to actions taken by an individual who is not aware of them, or underestimates/ignores their long-term negative effects (Suchańska, 1998).

Hidden self-destructiveness, latent self-destructiveness or chronic self-destructiveness are other terms employed to denote indirect self-destructiveness. The most frequently listed examples of indirect self-destructiveness include intentional suffering, deliberate failure, helplessness, risky and impulsive behaviours, yielding to temptations (lack of self-control), self-defeat, addictions, various forms of neglect and poor health maintenance. A given type of behaviour is considered pathological when it becomes the preferred, permanent strategy of self-conduct or defence and is consistently practised despite its adverse health or social consequences (Suchańska, 1998).

The studies conducted up to date have confirmed patterns of direct and indirect self-destructive behaviours in patients with anxiety and depression disorders (Izydorczyk, 2005). However, focus so far has been on direct, acute forms of self-destructiveness, whilst indirect self-destructive behaviours are in fact more common than direct ones (Suchańska, 1998). An increased tendency for indirect self-destructiveness not only significantly decreases the patients' quality of life, but its severity may affect treatment due to the manifested health negligence. The investigation of this problem in patients with anxiety and depression disorders is also important due to their high prevalence.

In late 1970s depression was recognised as a distinct clinical entity from anxiety disorders (Spitzer et al., 1978).

WSTĘP

Termin „autodestruktywność” najczęściej kojarzony jest z zachowaniami o charakterze autodestruktywności bezpośredniej: samobójstwami dokonanymi, próbami samobójczymi, samouszkodzeniami (Tsirigotis et al., 2009). W porównaniu z aktami autoagresji bezpośredniej mniej jawne formy szkodenia sobie są trudniej dostrzegalne, a przez to – częściej pomijane. Kelley zdefiniowała chroniczną autodestruktywność jako tendencję do podejmowania zachowań, które obniżają prawdopodobieństwo wystąpienia pozytywnych konsekwencji, a zwiększają możliwość wystąpienia negatywnych (Kelley et al., 1985). Baumeister i Scher (1988) zdefiniowali to zjawisko jako intencjonalne zachowania szkodliwe dla *self*, a Lee (1985) – jako zachowania albo zaniechania zmierzające do skrócenia życia lub pogorszenia jego jakości.

Na gruncie polskim istotne okazały się prace Suchańskiej (Suchańska, 1995, 1998, 2001; Suchańska i Wycisk, 1998). Autorka podaje, że zachowania o charakterze pośredniej autodestruktywności to takie zachowania, których prawdopodobny negatywny skutek jest upośredniony przez dodatkowe czynniki. W ramach autodestruktywności pośredniej można wyodrębnić wymiar aktywny, czyli podejmowanie zachowań, a także wymiar pasywny, czyli szeroko pojęte zaniechania. Autodestruktywność pośrednia to forma samoniszczenia cechująca się zwiększonym dystansem między działaniem a skutkiem (Suchańska, 1998). W przeciwieństwie do autodestrukcyjnych zachowań o charakterze ostrym, w których przypadku jednostka świadomie zamierza wyrządzić sobie krzywdę (niekiedy doprowadzić do własnej śmierci), pośrednia autodestruktywność odnosi się do czynów popełnionych przez jednostkę, która jest ich nieświadoma bądź lekceważy ich długoterminowe negatywne skutki (Suchańska, 1998).

Zamiennie z terminem „autodestruktywność pośrednia” używa się określeń „autodestruktywność ukryta”, „autodestruktywność latentna” czy „autodestruktywność chroniczna”. Najczęściej wymienia się następujące przejawy autodestruktywności pośredniej: intencjonalne cierpienie, intencjonalne niepowodzenia i porażki, bezradność, zachowania ryzykowne, zachowania impulsywne, uleganie pokusom, samoutrudnianie, nałogi, uzależnienia, zaniedbania, zaniedbania zdrowotne. Patologiczny charakter danego rodzaju zachowań objawia się wtedy, gdy stają się one preferowaną, chroniczną strategią postępowania czy obrony i powtarzają się mimo kosztów zdrowotnych lub społecznych (Suchańska, 1998).

Dotychczasowe badania potwierdzają, że chorzy z zaburzeniami z kręgu lęku i depresji prezentują zachowania autodestruktywne – jawne i pośrednie (Izydorczyk, 2005). Jednak uwagę skupiano dotąd przede wszystkim na jawnej, ostrej formie autodestruktywności, podczas gdy pośrednie zachowania autodestruktywne są bardziej powszechne od bezpośrednich (Suchańska, 1998). U osób z tendencją do pośredniej autodestruktywności nie tylko wyraźnie obniża się jakość

The significance of neurosis became to be overlooked, which initially resulted with numerous controversies. The third and fourth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) and DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) maintained the classification of anxiety and depression disorders introduced earlier with only minor amendments made. According to the current International Classification of Diseases, ICD-10, anxiety is not considered a symptom of depression. The classification mentions it to be present in some depression patients, whilst not being decisive for the diagnosis (Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, 1997). In spite of this fact, studies, largely based on American classification systems, i.e. DSM-III and DSM-III-R, have shown high rates of the coexistence of anxiety and depression disorders (Angst, 1997; Kessler, 1995; Mineka et al., 1998; Torgersen, 1990). According to contemporary authors, anxiety symptoms as well as psychoactive substance overuse and personality disorders are frequent in depression (Malhi et al., 2009; Schoevers et al., 2008). Both in depression and anxiety disorders the following symptoms are commonly observed to coexist: sleep and concentration disorders, tension, excessive worrying, panic and anxiety attacks (Keller and Hanks, 1995). Whether the occurrence of severe depression and anxiety indicates the presence of two separate but comorbid illnesses or just one with two types of symptoms remains unresolved (Sadock and Sadock, 2007). The trends that assumed the clear distinction between depressive and anxiety syndromes (American Psychiatric Association, 1994; Gurney et al., 1972) are now contradicted by the reports on the coexistence of neurobiological factors found in both clinical conditions (Enns et al., 2003). A number of antidepressive agents have also been found efficient in the treatment of anxiety syndromes and anxiety accompanying depression (Kaufman and Charney, 2000; Schatzberg, 2000). Multiple models attempting to explain the comorbidity of anxiety and depression have been developed, such as the neurohormonal model, immunological model, monoaminergic hypothesis, psychological models, limbic-cortical dysregulation model, glutamatergic theory, or the integrating model by Stein and Hollander (Jaeschke et al., 2011), to name just the most significant ones. The risk factors common to depression and anxiety disorders include the female sex, perinatal factors and family vulnerability to mental disorders (Jaracz, 2006). This is an exploratory study. Its objective was the assessment of indirectly self-destructive behaviours in patients with anxiety and/or depression symptoms (compared to the control group, comprising individuals not affected by mental disorders).

MATERIAL

The study was performed in 2013–2016. The clinical group comprised 40 patients of the Department of Adult

życia – nasilenie owej tendencji może również mieć wpływ na przebieg leczenia, ze względu na zaniedbania zdrowotne, które są jednym z jej przejawów. Zbadanie pod tym kątem pacjentów z depresją i lękiem ma znaczenie także z uwagi na dużą częstość występowania wymienionych zaburzeń. Pod koniec lat 70. XX wieku depresja została oddzielona od zaburzeń lękowych (Spitzer *et al.*, 1978). Zaczęto pomijać pojęcie nerwicy, co początkowo zaowocowało licznymi kontrowersjami. W DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) i DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) niemal całkowicie utrzymano wprowadzoną klasyfikację zaburzeń lękowych i depresji – z bardzo niewielkimi poprawkami. Obecnie, zgodnie z ICD-10, do objawów depresji nie zalicza się lęku. Nadmienia się jedynie, że u niektórych chorych on występuje, ale nie przesądza o rozpoznaniu (Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, 1997). Mimo to badania – oparte w większości na klasyfikacjach amerykańskich: DSM-III i DSM-III-R – wykazały wysokie wskaźniki współwystępowania zaburzeń lękowych i depresyjnych (Angst, 1997; Kessler, 1995; Mineka *et al.*, 1998; Torgersen, 1990). Według współczesnych autorów w depresji często pojawiają się objawy lęku, a także nadużywania substancji psychoaktywnych lub zaburzeń osobowości (Malhi *et al.*, 2009; Schoevers *et al.*, 2008). Zarówno w zaburzeniach depresyjnych, jak i lękowych nie rzadko można zaobserwować nakładanie się symptomów: zaburzeń snu i koncentracji, uczucia napięcia, nadmiernego zamartwiania się, napadów paniki i obaw (Keller i Hanks, 1995). To, czy występowanie nasilonych objawów depresji i lęku wskazuje na obecność dwóch niezależnych procesów chorobowych, czy też jednego procesu z dwoma rodzajami symptomów, pozostaje kwestią sporną (Sadock i Sadock, 2007). Trendom, które zakładały różnicowanie zespołów depresyjnych i lękowych (American Psychiatric Association, 1994; Gurney *et al.*, 1972), przeciwstawiane są doniesienia o przenikających się czynnikach neurobiologicznych obecnych w obu zaburzeniach (Enns *et al.*, 2003). Skuteczność szeregu leków przeciwdepresyjnych potwierdzono również w zespołach lękowych oraz w stanach lękowych towarzyszących depresji (Kaufman i Charney, 2000; Schatzberg, 2000). Powstało wiele modeli wyjaśniających genezę współchorobowości zaburzeń lękowych i depresyjnych. Najbardziej znaczące są: modele neurohormonalne i immunologiczne, modele monoaminergiczne, modele psychologiczne, model dysregulacji limbiczno-korowej, model uwzględniający rolę układu glutaminergicznego, modele psychologiczne, model integrujący Steina i Hollandera (Jaeschke *et al.*, 2011). Czynniki ryzyka wspólne dla zaburzeń lękowych i depresyjnych to płęć żeńska, czynniki okołoporodowe i zaburzenia psychiczne u rodziców (Jaracz, 2006). Prezentowane badanie miało charakter eksploracyjny. Celem była ocena zachowań o charakterze autodestruktywności pośredniej u osób z objawami lęku i/lub depresji (w porównaniu z grupą kontrolną, złożoną z osób bez zaburzeń psychicznych).

Psychiatry at the Medical University of Lodz reporting anxiety and/or depressed mood. The participants had been diagnosed with depression or anxiety disorders. The two groups of disorders were merged owing to their common characteristics and background (as discussed in the Introduction section above). It should also be pointed out that many participants from the clinical group reported both increased anxiety and depressed mood. To accurately determine the severity of anxiety and depressed mood as psychopathological symptoms, the Hospital Anxiety and Depression Scale – Modified (HADS-M) by Snaith and Zigmond was used. The exclusion criteria were psychotic symptoms, a history of psychotic disorders, significantly decreased cognitive functions, a history of psychoactive substance use in the past 6 months, anxiety or depression symptoms resulting from a physical condition or other mental disorders than anxiety disorders and depression. The participants provided their informed consent in writing to participate in the study and the approval of the Bioethics Committee of the Medical University of Lodz was obtained (No. RNN/378/13/KB). The control group consisted of the same number of mentally healthy participants. After obtaining information regarding the demographics of the clinical group (i.e. sex, age, education, place of residence – urban/rural – and marital status), 40 matching healthy controls were selected out of 60. A total of 55 women (27 in the clinical group and 28 in the control group) and 25 men (13 in the clinical group and 12 in the control group) were finally covered by the study.

METHOD

1. The Polish version of **Chronic Self-Destructiveness Scale (CS-DS)** by Kelley (adapted by Suchańska). The tool comprises the following indicators/subscales: Indirect Self-Destructiveness (overall score), A1 – Transgression and Risk, A2 – Poor Health Maintenance, A3 – Personal and Social Neglect, A4 – Lack of Planfulness, A5 – Helplessness and Passiveness in the face of problems. The responses are recorded in a five-point Likert-like scale: A, B, C, D, E. The severity of the self-destructiveness of a given behaviour is graded with scores 1–5, with the total score of 52–260 points being the indicator of the severity of overall indirect self-destructiveness. The scale has satisfactory psychometric properties.
2. **Hospital Anxiety and Depression Scale – Modified (HADS-M)** by Snaith and Zigmond. Two independent subscales, each comprising seven statements, measure separately anxiety and depression, with the respondent receiving a score of 0–3 points for each answer. The maximum score (separate for anxiety and depression) is 21 points. The scale has satisfactory psychometric properties.
3. A **sociodemographic survey** specially developed for this study.

Statistical analyses were performed with Statistica 13 software for Windows. To compare the groups, Student's *t*-test

MATERIAŁ

Badania przeprowadzono w latach 2013–2016. Grupę kliniczną stanowiło 40 pacjentów Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, zgłaszających się z objawami lęku i/lub obniżonego nastroju. Osoby te zostały zdiagnozowane jako przejawiające zaburzenia lękowe lub depresyjne. Połączenia dwóch grup zaburzeń dokonano ze względu na ich wspólne cechy i podłoże (opisane we wstępie niniejszej pracy). Trzeba także wspomnieć, że znacząca liczba osób z grupy klinicznej zgłaszała zarówno podwyższone nasilenie lęku, jak i obniżony nastrój. Aby precyzyjnie określić nasilenie lęku i obniżonego nastroju rozumianych jako objawy psychopatologiczne, użyto Szpitalnej Skali Lęku i Depresji w wersji zmodyfikowanej (Hospital Anxiety and Depression Scale – Modified, HADS-M) Snaitha i Zigmunda. Do grupy nie kwalifikowano osób: z objawami psychotycznymi lub chorujących w przeszłości na zaburzenia psychotyczne; z wyraźnie obniżonymi funkcjami poznawczymi; nadużywających środków psychoaktywnych w ostatnich 6 miesiącach; z objawami lękowymi i/lub depresyjnymi, które były następstwem chorób fizycznych albo zaburzeń psychicznych innych niż zaburzenia lękowe i depresja. Pacjenci wyrazili pisemną zgodę na udział w badaniu. Uzyskano zgodę Komisji Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (nr RNN/378/13/KB). Równoliczną grupę kontrolną stanowiły osoby bez zaburzeń psychicznych. Po określeniu struktury grupy klinicznej pod względem płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania i stanu cywilnego spośród przebadanych 60 osób bez zaburzeń psychicznych wybrano 40 – w taki sposób, by obie grupy były do siebie jak najbardziej zbliżone. Ogółem w badaniu wzięło udział 55 (grupa kliniczna – 27, kontrolna – 28) oraz 25 mężczyzn (grupa kliniczna – 13, kontrolna – 12).

METODA

1. **Skala chronicznej autodestryktywności (Chronic Self-Destructiveness Scale, CS-DS)** Kelley w polskiej adaptacji Suchańskiej. Narzędzie to obejmuje następujące wskaźniki/podskale: Autodestryktywność Pośrednia (wskaźnik ogólny), A1 – Transgresja i Ryzyko, A2 – Zaniedbania Zdrowotne, A3 – Zaniedbania Osobiste i Społeczne, A4 – Nieuważność, Nieostrożność i Brak Planowania, A5 – Bezradność, Bierność w obliczu trudności. Odpowiedzi zapisywane są na pięciostopniowej skali typu likertowskiego: A, B, C, D, E. Nasilenie autodestryktywności danego zachowania określa się punktami w skali 1–5. Wskaźnikiem nasilenia pośredniej autodestryktywności jest suma uzyskanych punktów (52–260). Skala ma zadowalające właściwości psychometryczne.
2. **Szpitalna Skala Lęku i Depresji w wersji zmodyfikowanej (Hospital Anxiety and Depression Scale – Modified, HADS-M)** Snaitha i Zigmunda. Dwie niezależne podskale, każda po siedem stwierdzeń, odnoszą się osobno do lęku i depresji, a za każdą odpowiedź badany może uzyskać 0–3 punkty. Maksymalny wynik – oddzielnie

and Mann–Whitney U test were used, depending on the normality of distribution tested with Kolmogorov–Smirnov test. The relationship between the overall score of indirect self-destructiveness, HADS-M score and the age of the participants was investigated by estimating Spearman's correlation coefficient. The scores obtained in CS-DS scale according to the marital status were analysed with one-way ANOVA, and according to the level of education with one-way ANOVA, Tukey's post-hoc test and interaction contrasts comparing linear trend between groups. CS-DS scores according to the place of residence were analysed with Student's t -test. The distribution of high, intermediate and low scores according to the group was analysed with chi square and Fisher's exact tests. The obtained results were considered statistically significant at $p < 0.05$, and highly significant at $p < 0.01$.

RESULTS

Both groups were similarly structured in terms of the participants' sex, with the majority of them being female. In the control group, individuals with higher education were prevalent, whilst in the clinical group they were equally numerous as patients with secondary education. The majority of the respondents in the control group were married, whereas in the clinical group married individuals were the most numerous subgroup whilst not constituting a majority. In both groups respondents living in urban areas were the most numerous. The groups differed significantly in terms of the respondents' age (the mean age in the clinical group was 43.40 years old, and in the control group – 36.73 years old), marital status and place of residence. Raw values were used for the analyses.

The severity of anxiety and depression measured with HADS-M was found to be significantly greater in the clinical group. The overall score of indirect self-destructiveness and the scores obtained in given subscales for each group and for all respondents have been presented in Tab. 1.

The overall scores of indirect self-destructiveness differ between the two groups, and are significantly higher in the clinical group. No significant differences were identified between the groups in terms of transgressive behaviour, alcohol use and smoking. The results for other subscales (i.e. Poor Health Maintenance, Personal and Social Neglect, Passiveness and Lack of Planfulness) differ significantly between the groups, with the behaviours in question being more frequent in the clinical group. No statistically significant difference was identified in the overall score of indirect self-destructiveness according to sex, age and place of residence. A significant correlation was noted, however, between the overall score of indirect self-destructiveness and the education level, i.e. the higher the level of education, the lower the score. The highest scores were identified among the participants with the lowest level of education (i.e. lower secondary, primary, and vocational education). The scores of participants with higher secondary and higher

dla lęku i depresji – wynosi 21 punktów. Skala ma zadowalające właściwości psychometryczne.

3. **Ankieta** – opracowana przez autora, mająca na celu zebranie danych socjodemograficznych.

Analizy statystyczne przeprowadzono za pomocą pakietu Statistica 13 for Windows. Do porównania grup posłużyły testy t -Studenta lub U Manna–Whitneya (w zależności od normalności rozkładu, sprawdzanej testem Kołmogorowa–Smirnowa). Związek między wskaźnikiem ogólnym pośredniej autodestruktywności, wynikiem w HADS-M i wiekiem ankietowanych badano, szacując współczynnik korelacji rangowej Spearmana. Wyniki uzyskane w skali Kelley w zależności od stanu cywilnego analizowane były jednoczynnikową analizą wariancji, a w zależności od wykształcenia – jednoczynnikową analizą wariancji, testem *post hoc* Tukeya i testem kontrastów trendu liniowego. Wyniki w CS-DS w zależności od miejsca zamieszkania analizowano za pomocą testu t -Studenta. Rozkład wyników wysokich, średnich i niskich w zależności od grupy był analizowany testem zależności χ^2 i dokładnym testem Fishera. Za istotne uznano prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p < 0,05$, a za wysoce istotne – na poziomie $p < 0,01$.

WYNIKI

Struktura płci w grupie klinicznej i kontrolnej była taka sama. W obu grupach większość stanowiły kobiety. W grupie kontrolnej dominowały osoby z wykształceniem wyższym, natomiast w grupie klinicznej były one równie liczne jak osoby z wykształceniem średnim. Większość grupy kontrolnej to osoby pozostające w związku małżeńskim; w grupie klinicznej okazały się one najliczniejsze, ale nie stanowiły większości. W obu grupach dominowali mieszkańcy miast. Grupy różniły się w sposób istotny pod względem wieku (43,40 roku – średnia wieku w grupie klinicznej, 36,73 roku – średnia wieku w grupie kontrolnej), stanu cywilnego i miejsca zamieszkania. Do analiz użyto wyników surowych.

Natężenie lęku i depresji mierzone za pomocą HADS-M okazało się istotnie wyższe w grupie klinicznej. Ogólne wskaźniki pośredniej autodestruktywności oraz wyniki w poszczególnych wymiarach dla każdej grupy i dla wszystkich badanych zostały przedstawione w tab. 1.

Wskaźniki ogólne pośredniej autodestruktywności różnią się między grupami i są istotnie wyższe w grupie klinicznej. Nie stwierdzono znamienych różnic międzygrupowych w zakresie zachowań transgresyjnych, używania alkoholu i palenia papierosów. Wyniki w pozostałych wymiarach (Zaniedbania Zdrowotne, Zaniedbania Osobiste i Społeczne, Pasywność, Nieuważność, Nieostrożność i Brak Planowania) różnią się istotnie między grupami – zachowania z wymienionych grup występują częściej w grupie klinicznej. Nie stwierdzono znamiennej różnicy w ogólnym wskaźniku pośredniej autodestruktywności w zależności od płci, wieku i miejsca zamieszkania. Odnotowano natomiast istotną korelację między wskaźnikiem ogólnym a wykształceniem – wraz ze wzrostem

Subscale <i>Podskala</i>	Group <i>Grupa</i>	Arithmetic mean <i>Średnia arytmetyczna</i>	Standards deviation (SD) <i>Odchylenie standardowe</i>	Kolmogorov–Smirnov test (p) <i>Test Kolmogorowa–Smirnowa (p)</i>	Student’s t-test <i>Test t-Studenta</i>	Mann–Whitney U test <i>Test U Manna–Whitneya</i>
Indirect self-destructiveness – overall score <i>Autodestruktywność pośrednia – wskaźnik ogólny</i>	Total <i>Ogółem</i>	125.76	20.70	0.922		
	Clinical group <i>Kliniczna</i>	136.00	19.07	0.965	$t = 5.0690$ $p < 0.0001$	$Z = 4.4372$ $p < 0.0001$
	Control group <i>Kontrolna</i>	115.53	17.00	0.613		
Transgressive behaviours <i>Zachowania transgresyjne</i>	Total <i>Ogółem</i>	25.74	7.31	0.784		
	Clinical group <i>Kliniczna</i>	25.03	7.56	0.812	$t = -0.8704$ $p = 0.3867$	$Z = 1.0742$ $p = 0.2827$
	Control group <i>Kontrolna</i>	26.45	7.08	0.720		
Drinking <i>Alkohol</i>	Total <i>Ogółem</i>	4.50	2.56	0.007		
	Clinical group <i>Kliniczna</i>	4.20	2.47	0.044	$t = -1.0485$ $p = 0.2976$	$Z = 1.2448$ $p = 0.2132$
	Control group <i>Kontrolna</i>	4.80	2.64	0.181		
Smoking <i>Nikotyna</i>	Total <i>Ogółem</i>	7.28	3.59	0.367		
	Clinical group <i>Kliniczna</i>	7.69	3.64	0.867	$t = 0.5898$ $p = 0.5611$	$Z = 0.5798$ $p = 0.5621$
	Control group <i>Kontrolna</i>	6.83	3.64	0.610		
Poor health maintenance <i>Zaniechania zdrowotne</i>	Total <i>Ogółem</i>	31.15	6.05	0.359		
	Clinical group <i>Kliniczna</i>	33.13	6.21	0.924	$t = 3.0714$ $p = 0.0029$	$Z = 3.0042$ $p = 0.0027$
	Control group <i>Kontrolna</i>	29.18	5.26	0.392		
Social negligence <i>Zaniechania społeczne</i>	Total <i>Ogółem</i>	27.60	8.21	0.355		
	Clinical group <i>Kliniczna</i>	31.28	7.87	0.659	$t = 4.4547$ $p < 0.0001$	$Z = 3.9160$ $p < 0.0001$
	Control group <i>Kontrolna</i>	23.93	6.85	0.200		
Passiveness <i>Pasywność</i>	Total <i>Ogółem</i>	25.96	6.65	0.839		
	Clinical group <i>Kliniczna</i>	29.65	6.07	0.914	$t = 5.9396$ $p < 0.0001$	$Z = 5.0683$ $p < 0.0001$
	Control group <i>Kontrolna</i>	22.28	4.98	0.418		
Lack of planfulness <i>Nieuważność</i>	Total <i>Ogółem</i>	10.96	3.91	0.145		
	Clinical group <i>Kliniczna</i>	12.65	4.25	0.359	$t = 4.2645$ $p < 0.0001$	$Z = 3.8448$ $p = 0.0001$
	Control group <i>Kontrolna</i>	9.28	2.65	0.443		

Tab. 1. Overall indirect self-destructiveness scores and scores obtained in the analysed subscales of CS-DS by Kelley according to the group and the results of comparisons between the two groups

Tab. 1. Wyniki ogólne autodestruktywności pośredniej i wyniki w analizowanych podskalach skali Kelley w zależności od grupy oraz porównania między grupami

(university) education did not show statistically significant differences.

In terms of transgressive behaviour, the most common behaviour patterns among female participants included self-defeating behaviours, speaking one’s mind when it is not

poziomu wykształcenia maleje wskaźnik pośredniej autodestruktywności. Najwyższe wyniki dotyczą grupy z najniższym wykształceniem (gimnazjalnym, podstawowym, zawodowym). Wyniki osób z wykształceniem średnim i wyższym nie różnią się istotnie.

in the person's interest and listening to extremely loud music. The least frequent behaviour patterns among female respondents included not wearing a helmet when riding a motorcycle, taking drugs and playing cards at high stakes. Among the male participants of the study the most common behaviours included gambling, risky driving and doing dangerous things for the thrill of it. The least common types of behaviour in this population were not wearing a helmet when riding a motorcycle, getting into fights and taking jobs involving risk.

In the subscale concerning poor health maintenance, women most commonly reported not eating a healthy diet and taking medication not prescribed by the doctor, whilst the least commonly reported ones were not knowing who to call when in danger, not caring for the environment and not using contraceptives. Among men, the most popular patterns of behaviour included not attending annual eye and dental checkups, not consulting a doctor when falling ill, drinking more than two coffees daily, whilst the least frequent ones were skipping breakfasts, overeating and not trying to stay fit.

The most common forms of social and personal neglect found among women were forgetting to take care of important things, putting off work and lack of punctuality. The least common ones were not complying with regular car checkups, not planning one's spending ahead and not keeping promises. Among men, the most frequent types of behaviour included missing deadlines, not paying bills on time, uncontrolled spending and not keeping important appointments, whilst the least popular ones were acting without a plan and believing that saving up is not a source of contentment.

Women more often reported the following passiveness symptoms: the belief that life is generally unfair and indifference to one's fate. The least common attitudes were the belief that life tends to be extremely boring, wasting time, and not doing boring things that should be done. In men, on the other hand, the most common attitudes and behaviours included the belief that life is generally unfair, repeating old mistakes and not doing boring things that should be done, whilst the least popular ones were the belief that life is extremely boring and indifference to one's fate.

In terms of lack of planfulness, women most often reported wasting opportunities in life, losing objects and leaving house/car keys in the door, whilst least frequently – minor cuts and injuries. Men most frequently reported losing objects or wasting opportunities and leaving the car/house door unlocked, whilst least frequently – minor injuries and cuts. In the clinical group, a statistically significant positive correlation of moderate strength was found ($r = 0.3784$) between indirect self-destructiveness and the severity of depression. Among the male participants from the clinical group indirect self-destructiveness was strongly positively correlated ($r = 0.6753$) with the severity of depression. In the clinical group, no correlation was identified between indirect self-destructiveness and the severity of anxiety.

Jeśli chodzi o zachowania transgresyjne, u kobiet najczęściej występowały: robienie rzeczy, o których wiadomo, że nie wyjdą na dobre; mówienie, co się myśli, nawet jeżeli nie jest to w interesie danej osoby; słuchanie muzyki najgłośniej, jak można. Najrzadziej pojawiające się zachowania kobiet to natomiast: niezakładanie kasku podczas jazdy motocyklem, używanie narkotyków, granie w karty na wysokie stawki. U mężczyzn najczęściej występowały: hazard, jazda na krawędzi ryzyka, robienie rzeczy niebezpiecznych dla samego dreszczyku emocji. Najrzadziej pojawiające się zachowania mężczyzn to z kolei: niezakładanie kasku podczas jazdy motocyklem, wdawanie się w bójki, praca z elementami ryzyka.

W podskali dotyczącej zaniedbań zdrowotnych kobiety najczęściej deklarowały nieprzestrzeganie racjonalnej diety i używanie leków nieprzepisanych przez lekarza, a najrzadziej – niewiedzę, gdzie zadzwonić w razie niebezpieczeństwa, brak dbałości o swoje środowisko, niestosowanie środków antykoncepcyjnych. U mężczyzn najczęściej występowały: niewykonywanie badań okulistycznych lub dentystrycznych przynajmniej raz na rok, brak kontaktu z lekarzem w przypadku pewności, że zaczyna się chorować, picie więcej niż dwóch kaw dziennie, a najrzadziej – niejadanie śniadań, jedzenie zbyt dużo, brak dbałości o kondycję fizyczną. Najczęstsze u kobiet zaniedbania osobiste i społeczne to: zapomnienie o ważnych sprawach, odkładanie pracy na później, brak punktualności. Najrzadsze okazały się: niepilnowanie terminów dotyczących regularnych przeglądów pojazdu, którym się jeździ, brak planowania wydatków, niedotrzymywanie obietnic. Wśród mężczyzn najczęściej występowały: niedotrzymywanie terminów, niebycie na bieżąco z rachunkami, niewiedza, na co rozchodzą się pieniądze, i zapomnienie o ważnych spotkaniach, a najrzadziej – działanie bez ustalonego planu i przekonanie, że oszczędzanie nie daje człowiekowi poczucia zadowolenia.

Kobiety najczęściej prezentowały następujące przejawy pasywności: przeświadczenie, że łatwo można zostać skrzywdzonym przez życie, i obojętność wobec własnego losu. Najrzadsze wśród kobiet okazały się: przeświadczenie, że życie bywa bardzo nudne, spędzanie czasu beзуżytecznie, nierobienie nudnych rzeczy, które się robić powinno. U mężczyzn najczęściej występowały: przeświadczenie, że łatwo można zostać skrzywdzonym przez życie, popełnianie stale tych samych błędów i nierobienie nudnych rzeczy, które się robić powinno, a najrzadziej – przeświadczenie, że życie jest bardzo nudne, i obojętność wobec własnego losu.

Jeśli chodzi o przejawy nieuważności, kobiety najczęściej deklarowały trwanie okazji i przedmiotów oraz zostawianie kluczy w zamku (w domu lub w samochodzie), a najrzadziej – drobne wypadki i skaleczenia. U mężczyzn najczęściej występowały: trwanie rzeczy lub okazji i niezamykanie domu lub mieszkania, najrzadziej zaś – drobne wypadki, skaleczenia. W grupie klinicznej stwierdzono istotną dodatnią korelację na przeciętnym poziomie ($r = 0,3784$) między pośrednią autodestruktywnością a poziomem depresji. Wśród mężczyzn z grupy klinicznej pośrednia autodestruktywność była istotnie dodatnio skorelowana na wysokim poziomie

In the control group, the relationship between indirect self-destructiveness and both the severity of anxiety and the severity of depression was statistically non-significant. Among women, there was a moderate positive correlation ($r = 0.42$) between personal and social neglect and the severity of depression, a moderate positive correlation between passiveness and the severity of anxiety ($r = 0.3756$), and a moderate positive correlation between a lack of planfulness and depressed mood ($r = 0.4123$). Among men, none of the above correlations were identified. All other identified correlations were found to be statistically non-significant.

DISCUSSION

As regards risky behaviours and transgression, alcohol use and smoking, no statistically significant differences were noted between the clinical and the control group. Statistically significant differences were found, however, in the subscales of poor health maintenance, lack of planfulness, personal and social negligence and passiveness, with behaviours falling into these categories being more common in the clinical group. Transgressive behaviour is one that violates social norms. This type of behaviour includes risky behaviours aimed at achieving momentary pleasure or thrill-seeking. The results of this study suggest that individuals from the clinical group can resist temptation and have a similar level of impulsivity to the healthy controls. In our study, no statistically significant correlation between transgressive behaviour and the severity of anxiety and depression was found either among women or men. Severe anxiety results with behaviour aimed at relieving or eliminating it. It seems that in patients with primary depression and anxiety disorders (without personality traits conducive to antisocial and risky behaviours) severe anxiety is more likely to lead to direct self-destructiveness (self-injuries and suicidal attempts) rather than destructiveness directed outwards. Patients with depression and anxiety disorders occurring as a primary disease seem to be characterised by a high level of internalisation of social norms. They seek social approval, which may lead to excessive, neurotic susceptibility to criticism. The general slowing down, indifference and defeatist attitude present in depression are not the right kind of substrate for transgressive behaviour. Antisocial behaviour has been suggested to co-occur with depression more frequently in adolescence (Bilikiewicz, 2006). Anxiety coexisting with depression may increase the likelihood of a suicidal attempt.

Poor health maintenance also relates to behaviours associated with disease prevention and treatment. The potential consequences of poor health maintenance include delayed or longer therapy, disability and even death. The studies conducted up to date suggest that poor health maintenance results for misguided beliefs and poor judgement, including underestimating the likelihood and extent of the existing hazards (Suchańska, 1998). Personal qualities

($r = 0,6753$) z poziomem depresji. W grupie klinicznej stwierdzono brak korelacji pośredniej autodestruktywności z poziomem lęku. W grupie kontrolnej związek pośredniej autodestruktywności zarówno z poziomem lęku, jak i z poziomem depresji okazał się nieistotny. Wśród kobiet zaniedbania osobiste i społeczne były istotnie dodatnio skorelowane na przeciętnym poziomie ($r = 0,42$) z poziomem depresji, pasywność – istotnie dodatnio skorelowana na przeciętnym poziomie ($r = 0,3756$) z poziomem lęku, a nieuważność – istotnie dodatnio skorelowana na przeciętnym poziomie ($r = 0,4123$) z obniżonym nastrojem. Wśród mężczyzn powyższych związków nie stwierdzono. Pozostałe oszacowane korelacje okazały się nieistotne.

OMÓWIENIE

W zakresie zachowań ryzykownych i transgresji, używania alkoholu i palenia papierosów nie odnotowano znamienych różnic między grupą kliniczną a grupą kontrolną. Różnice istotne statystycznie stwierdzono natomiast w przypadku zaniedbań zdrowotnych, nieuważności, nieostrożności i braku planowania, zaniedbań osobistych i społecznych oraz pasywności (bierności) – zachowania z wszystkich tych obszarów były częstsze w grupie klinicznej.

Mianem transgresyjnych określa się zachowania, które naruszają normy społeczne. Do grupy tej należą zachowania ryzykowne mające na celu osiągnięcie przez jednostkę chwilowej przyjemności. Na podstawie uzyskanych wyników można przypuszczać, że osoby z grupy klinicznej na równi z osobami z grupy kontrolnej są w stanie oprzeć się pokusom i prezentują zbliżony poziom impulsywności. W przedstawianym tu badaniu ani wśród kobiet, ani wśród mężczyzn nie stwierdzono znamiennej korelacji zachowań transgresyjnych z poziomem lęku i depresji. Wysokie nasilenie lęku skutkuje zachowaniami zmierzającymi do jego zniwelowania. Wydaje się, że w przypadku zaburzeń depresyjnych i lękowych występujących jako pierwotne zaburzenia (bez cech osobowości sprzyjających zachowaniom antyspołecznym i ryzykownym) nasilenie lęku może zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia raczej autodestruktywności bezpośredniej (samouszkodzeń i zamachów samobójczych), nie zaś agresji kierowanej na zewnątrz. Osoby cierpiące na zaburzenia depresyjne i lękowe, które pojawiły się jako pierwotne, często cechuje wysoki poziom internalizacji norm społecznych; ludzie ci liczą się ze zdaniem innych, co może przybrać formę nadmiernej, neurotycznej podatności na krytykę. W zaburzeniach depresyjnych ogólne spowolnienie, obojętność i postawa rezygnacyjna nie stanowią odpowiedniego tła do pojawienia się zachowań transgresyjnych. Przyjęto, że zachowania antyspołeczne towarzyszą zaburzeniom depresyjnym częściej w okresie dojrzewania (Bilikiewicz, 2006). Jeśli z zaburzeniem depresyjnym współwystępuje lęk, wzrasta prawdopodobieństwo zamachu samobójczego.

Do zaniedbań zdrowotnych należą zachowania związane z zapobieganiem chorobom i leczeniem. Potencjalne konsekwencje zaniedbań zdrowotnych to przedłużenie terapii,

have been found to be important (Suchańska, 1998), with type A personality and strong autonomous traits affecting the compliance with the treatment regimen. Other important factors include subjective opinions regarding the benefits of treatment and its costs as well as any conflict between therapy and personal norms, values, habits and preferences concerning alcohol use, diet and physical activity (Suchańska, 1998). In patients suffering from depression, the following factors seem to be significant: a defeatist attitude, fatigability, impaired cognitive functions, distraction, apparent confusion. In the case of a severely depressed mood, indifference to one's own fate may be observed, and in severe depression – subconscious sabotaging of the recovery process and a drive for self-destruction. In increased anxiety, in turn, a fear of medical procedures may be present. It must be stressed, however, that patients with anxiety disorders are often characterised by taking excessive care of their own health, scrupulously complying with any medical recommendations and making frequent medical appointments with various specialists. Both anxiety and depression may be associated with excessive preoccupation with somatic symptoms and the presence of hypochondria. The motivation behind keeping up symptoms may also be to take advantage of one's disease, i.e. being the focus of others' attention and being free from career responsibilities.

In our study, the most common form of poor health maintenance among women was not eating a healthy diet, whilst among men skipping breakfast and overeating were found to be the least frequent behaviour pattern in this subscale. Thus, the problem of inadequate nutrition is mostly associated with female participants from the clinical group. The influence of emotions on the quantity and quality of consumed food is often explained by two conceptually different effects: emotion-congruent eating versus emotion regulating eating. The emotion-congruent modulation effect implies that positive emotions increase and negative emotions decrease the motivation to eat (Desmet and Schifferstein, 2008). Emotion regulation eating, also termed mood control eating, consists in associating mood improvement with eating, which may lead to overeating. Thus, in stressful situations, "fake hunger" is triggered, which is a form of an acquired response. Both mechanisms may be significant in anxiety and depression disorders. Depression may manifest with a loss of appetite and weight loss. Anxiety or depression may also be associated with an increased appetite. Emotions sometimes lead to changes in eating patterns, yet the changes are not the same in all individuals. Epel et al. (2004), for instance, found that in approximately 30% of studied individuals stress factors reduced appetite and led to weight loss, whilst triggering craving for given foods, perceived as tasty, in the majority of studied subjects. Sweet taste has been found to activate the pleasure centre (reward system). High-carbohydrate diet increases tryptophan (a precursor to the neurotransmitter serotonin) level in the blood (Macht, 2007). Compulsive binge eating may

kalectwo, a nawet zgon. Dotychczasowe badania pozwalają przypuszczać, że u podstaw zaniedbań leżą błędne przekonania i sądy, obejmujące niedocenywanie prawdopodobieństwa i wielkości zagrożeń (Suchańska, 1998). Znaczenie okazały się mieć czynniki osobowościowe (Suchańska, 1998): przestrzeganie rygorów leczenia wpływają osobowość typu A i wysokie wskaźniki autonomii. Ważnymi czynnikami są ponadto subiektywne przekonania na temat korzyści z leczenia i jego kosztów, jak również konflikt między terapią a normami osobistymi, wartościami, przyzwyczajeniami i upodobaniami co do spożycia alkoholu, żywienia i ćwiczeń fizycznych (Suchańska, 1998). U osób cierpiących na depresję duże znaczenie wydają się mieć: ogólna postawa rezygnacyjna, męczliwość, upośledzenie funkcji poznawczych, roztargnienie, pozorna dezorientacja. W przypadku znacznie obniżonego nastroju może wystąpić obojętność wobec własnego losu, a w ciężkiej depresji – podświadome sabotowanie procesu zdrowienia i chęć samozniszczenia. Z kolei w przypadku nasilonego lęku może się pojawić lęk przed zabiegami medycznymi. Trzeba zaznaczyć, że u pacjentów z zaburzeniami lękowymi nierzadko obserwuje się nadmierną troskę o zdrowie, co prowadzi do skrupulatnego przestrzegania wszystkich zaleceń i częstych wizyt u różnych specjalistów. Zarówno lęk, jak i depresja mogą się łączyć z przesadną koncentracją na objawach somatycznych i obecnością objawów hipochondrycznych. Podtrzymywanie objawów może być motywowane także wtórną korzyścią z choroby: otrzymywaniem większej uwagi i większego wsparcia od otoczenia, uwolnieniem od obowiązków zawodowych.

W prezentowanym badaniu najczęstszym zaniedbaniem zdrowotnym u kobiet było nieprzestrzeganie racjonalnej diety, u mężczyzn zaś niejadanie śniadań i jedzenie zbyt dużo okazały się jednymi z najrzadszych zaniedbań. Problem niewłaściwego odżywiania dotyczy więc w głównej mierze kobiet z grupy klinicznej. Wpływ emocji na ilość i jakość spożywanego pokarmu można wyjaśnić za pomocą dwóch mechanizmów: jedzenia zgodnego z emocjami oraz jedzenia regulującego emocje. Jedzenie zgodne z emocjami zakłada, że emocje negatywne zmniejszają chęć jedzenia, a pozytywne ją zwiększają (Desmet i Schifferstein, 2008). Jedzenie regulujące emocje polega na skojarzeniu poprawy nastroju z jedzeniem, co może prowadzić do nadmiernej konsumpcji. Jako reakcja na stres pojawia się „fałszywy głód”, który jest formą wyuczonej reakcji. Oba wskazane mechanizmy mogą mieć znaczenie w przypadku zaburzeń depresyjnych i lękowych. Objawami depresji bywają utrata apetytu i spadek masy ciała. Stany lękowe czy depresyjne mogą też łączyć się ze wzrostem apetytu. Emocje prowadzą niekiedy do zmian w sposobie odżywiania się, lecz zmiany te nie są jednakowe u wszystkich. Przykładowo Epel i wsp. (2004) wskazują, że u około 30% osób czynniki stresowe zmniejszają łaknienie i powodują utratę masy ciała, a u większości przyczyniają się do wzrostu apetytu na pewne pokarmy, określane jako smaczne. Stwierdzono, iż smak słodki odpowiada

become an addiction. Eating helps focus on stimuli from within the body, distracting from problems and unwanted thoughts. Mood improvement is, however, typically short-lived, and is soon replaced by shame. Snacking on sweet foods may lead to losing the control over the sweet food intake, particularly in women (Dallman, 2010). According to studies by Thayer et al. (1994), women favour slow tension-reducing strategies, such as eating, sleeping, shopping or social interaction. Men, in turn, more frequently engage in direct tension reduction (drinking alcohol) or seek pleasurable activities. These results are in line with the results of our study.

The neglectful approach towards medical appointments found among male participants in the clinical group is alarming (the most frequent forms of poor health maintenance in this group were lack of annual eye and dental checkups and not consulting a doctor even when being certain of being ill). This is all the more important, as a frequently recurring sense of anxiety leads to somatic problems caused by a prolonged overload of the vegetative and endocrine systems. Anxiety may cause dysfunctions of various systems of the body, i.e. result with psychosomatic disorders (Kępiński, 2002). Depression, on the other hand, may be masked with somatic symptoms, thus patients with depression and anxiety disorders frequently require not only psychiatric treatment but also other medical help. Interestingly, the severity of anxiety or depression has not been found to correlate with greater health negligence (i.e. no statistically significant correlations have been identified). Multiple factors, e.g. personality traits, are likely to mediate these relationships.

Personal and social negligence, when it becomes chronic, i.e. it becomes a persistent behaviour trend, may lead to a pattern of failures in life, without the patient realising the actual cause. The questions in this subscale regard being late in important situations, planning one's budget or putting work off until later. Decreased cognitive function and reduced drive have a negative effect on this area of life, since everyday activities, especially those intellectually engaging, may be perceived as requiring a lot of effort. Patients with increased anxiety and depressed mood are typically characterised by indifference, fatigability, preoccupation with somatic symptoms, absent-mindedness and apparent confusion. Also the impairment of abstract thinking, attention, reflex and visual-spatial functions present in depression plays an important role. Received medication may additionally cause psychomotor retardation and attention deficits. Patients may feel energy-deprived and constantly tired. In some patients, instead of motor retardation psychomotor hyperactivity occurs, related to severe anxiety. The circadian rhythm may be disrupted, resulting with day-time drowsiness. This may result with poor social functioning (family, school, workplace), increasing isolation and social withdrawal. Some patients are unable to keep up their professional work or even do everyday chores. Routine activities may become overwhelming.

za aktywację ośrodków przyjemności (układu nagrody). Dieta wysokowęglowodanowa podwyższa stężenie tryptofanu – neurotransmitera serotoniny – we krwi (Macht, 2007). Kompulsyjne objadanie się może przybrać formę uzależnienia. Jedzenie skutkuje skupieniem na bodźcach płynących z ciała, odwróceniem uwagi od problemów i niepożądanych myśli. Poprawa nastroju jest jednak zazwyczaj krótkotrwała, później pojawia się bowiem poczucie winy. Spożywanie słodkich przekąsek może prowadzić do zaburzeń kontroli ilości spożywanych słodczy, zwłaszcza wśród kobiet (Dallman, 2010). Na podstawie badań Thayera i wsp. (1994) można stwierdzić, iż kobiety – w celu poprawienia nastroju – preferują metody powolnego obniżania napięcia, takie jak jedzenie, spanie, zakupy lub poszukiwanie wsparcia społecznego. Z kolei mężczyźni częściej wybierają metody powodujące natychmiastowe obniżenie napięcia (picie alkoholu) lub wykonywanie jakiejś przyjemnej czynności. Powyższe wyniki są zgodne z wynikami uzyskanymi w prezentowanym tu badaniu.

Alarmujące jest zaniedbywanie wizyt lekarskich przez mężczyzn z grupy klinicznej (najczęstszymi zaniedbaniami zdrowotnymi w tej grupie okazały się: niewykonywanie badań okulistycznych lub dentystycznych przynajmniej raz na rok i brak kontaktu z lekarzem – nawet w przypadku pewności, iż zaczyna się chorować). Ma to tym większe znaczenie, że często powracające uczucie lęku prowadzi do zmian na poziomie somatycznym, wywołanych przez nadmierne i długotrwałe obciążenie układu wegetatywnego i endokrynnego. Lęk może skutkować dysfunkcją poszczególnych układów ustroju – rozwojem choroby psychosomatycznej (Kępiński, 2002), a depresja bywa maskowana dolegliwościami somatycznymi, więc pacjenci z zaburzeniami depresyjnymi czy lękowymi często wymagają pomocy nie tylko psychiatrów, lecz także innych specjalistów. Trzeba zwrócić uwagę, że ani poziom lęku, ani poziom depresji nie mają związku ze wzrostem zaniedbań zdrowotnych (brak istotnych korelacji). Istnieje prawdopodobnie wiele czynników, m.in. osobowościowych, moderujących te zależności.

Zaniedbania osobiste i społeczne – gdy nabierają cech chronicznych, czyli na trwałe wpisują się w postępowanie jednostki – mogą skutkować niepowodzeniem życiowym, którego przyczyny są często nieświadomione. Pytania testowe składające się na ten wymiar dotyczą spóźniania się w ważnych sprawach, planowania wydatków czy odkładania pracy na później. Z pewnością duże znaczenie w wyjaśnianiu zaniedbań społecznych mają upośledzenie funkcji poznawczych i zmniejszony napęd – wykonanie zwykłych czynności, szczególnie tych angażujących intelektualnie, może kosztować dużo trudu. Pacjentów z nasilonym lękiem i obniżonym nastrojem często cechują obojętność, męczliwość, koncentracja na objawach somatycznych, roztargnienie, upośledzenie pamięci, pozorna dezorientacja. Znaczenie ma też towarzyszące depresji upośledzenie myślenia abstrakcyjnego, uwagi, szybkości reakcji i funkcji wzrokowo-przestrzennych. Przyjmowane leki mogą dodatkowo przyczyniać się do spowolnienia psychomotorycznego i zaburzeń koncentracji uwagi. Chorzy mogą mieć wrażenie utraty energii, poczucie

Studies have confirmed the relationship between the state of the patient's cognitive function and their level of psychosocial functioning and active involvement in therapy (Borkowska, 2009).

Passiveness consists in failing to take action in response to adversity in life and avoiding action even when it threatens the person's social and physical wellbeing. The learned helplessness theory plays a significant role in explaining passivity in face of adversity. As a result of unpleasant experiences, individuals suffering from depression come to perceive taking action as pointless. The inadequate positive enhancement, adaptive mechanisms and hypersensitivity to negative stimuli lead a person to taking on the role of a patient, allowing them to be freed from inconvenient situations and forcing others to take over their responsibilities and take care of the person in question. It has been found that the relationships between responding with helplessness and the tendency for self-punishment and experiencing failure may be explained with the preferred attribution style regarding the source, causes and extent of events. The existence of significant, directly proportionate correlations between the severity of self-destructive tendency and the pessimistic style of explaining events has been proven (Popielski, 1994). To recapitulate, the learned helplessness syndrome, the tendency for self-punishment and pessimistic style of explaining events may be considered as mechanisms common to both indirect self-destructiveness and depression.

If severe and chronic, lack of planfulness may become life-or health-threatening. Attention deficits are a frequent symptom of neurosis. As a permanent mental trait, they manifest as carelessness, forgetting about both important as well as minor, everyday matters and things. Planfulness is a type of acting largely associated with cognitive and motivational processes (Tsirigotis et al., 2009). It seems that the factors listed above, such as deficient attention, impaired memory, apparent confusion, impaired abstract thinking, psychomotor retardation, increased fatigability, decreased drive, and absent-mindedness, may all be significant in this respect.

It may be generally concluded that patients with increased anxiety and depressed mood are characterised by the prevalence of passive forms of behaviour (negligence, lack of planfulness, inactivity) over active ones (transgressing social norms). As regards the overall score of indirect self-destructiveness, a statistically significant difference between the clinical group and the control group was identified, indicating the occurrence of severe and chronic self-destructive behaviours in the former. Hence, indirect self-destructiveness may be considered as a generalised behavioural tendency, i.e. coexisting transsituational behaviours that vary in terms of their form and purpose (Suchańska, 1998). The strong correlation of indirect self-destructiveness and depression in males in the clinical group is especially interesting, indicating that depressed mood is significantly reflected by indirectly self-destructive behaviours.

ciągłego zmęczenia fizycznego. U części pacjentów zahamowanie ruchowe nie występuje, ale pojawia się niepokój psychoruchowy czy wręcz pobudzenie, co łączy się z dużym nasileniem lęku i jest najczęściej jego przejawem. Mogą wystąpić zaburzenia rytmu snu i czuwania, a w konsekwencji – senność w ciągu dnia. Skutkuje to zaburzonym funkcjonowaniem w grupie społecznej (rodzynie, szkole, miejscu pracy), narastającą izolacją, osłabieniem lub zerwaniem kontaktów interpersonalnych. Część chorych nie jest w stanie podołać obowiązkowi zawodowemu, a nawet domowemu. Czynności dotychczas wykonywane rutynowo okazują się często zadaniem przekraczającym możliwości. Badania potwierdzają, że od stanu funkcji poznawczych zależą w znacznym stopniu funkcjonowanie psychospołeczne pacjenta i jego aktywny udział we własnym leczeniu (Borkowska, 2009).

Zachowania pasywne to niepodjęcie działań w odpowiedzi na trudności życiowe i unikanie ich, mimo że może to prowadzić do szkód społecznych i zdrowotnych. W wyjaśnieniu biernej postawy wobec trudności istotną rolę odgrywa model wyuczonej bezradności. Wskutek przykrych doświadczeń osoby cierpiące na depresję nabierają przekonania, iż działanie jest bezskuteczne. Niski poziom wzmocnień pozytywnych, mechanizmy adaptacyjne czy nadwrażliwość na negatywne bodźce skutkują wejściem w rolę chorego, co pozwala jednostce uwolnić się od niewygodnych sytuacji oraz zmusza otoczenie do przejmowania jej obowiązków i sprawowania opieki. Stwierdzono, że powiązania między reagowaniem bezradnością a tendencją do samokarania i doświadczaniem porażek można wyjaśnić za pomocą preferowanego stylu atrybucji źródła, przyczyn oraz zasięgu zdarzeń. Udowodniono istnienie znamiennych, wprost proporcjonalnych związków między nasileniem tendencji autodestruktywnej w zachowaniu a pesymistycznym stylem wyjaśniania zdarzeń (Popielski, 1994). Reasumując: powstanie syndromu wyuczonej bezradności, tendencję do samokarania i pesymistyczny styl wyjaśniania zdarzeń można rozpatrywać jako mechanizmy wspólne dla autodestruktywności pośredniej i zaburzeń depresyjnych. Nieuważność, nieostrożność i brak planowania, jeżeli występują w postaci nasilonej i chronicznej, mogą skutkować bezpośrednim zagrożeniem życia lub zdrowia. Zaburzenia uwagi są częstym objawem reakcji albo stanów nerwicowych. Jako stała cecha psychiki przejawiają się brakiem ostrożności, zapominaniem o sprawach ważnych albo drobnych, lecz codziennych. Planowanie to typ działania w dużym stopniu zależny od procesów poznawczych i motywacyjnych (Tsirigotis et al., 2009). Wydaje się, że duże znaczenie mogą mieć tutaj wymienione już czynniki: trudności w skupieniu uwagi, upośledzenie pamięci, pozorna dezorientacja, upośledzenie myślenia abstrakcyjnego, spowolnienie psychomotoryczne, zwiększona męczliwość, obniżony napęd, roztargnienie.

Można sformułować ogólny wniosek, iż u osób z nasilonym lękiem i obniżonym nastrojem występuje przewaga form pasywnych (zaniedbań, nieuważności i bierności) nad aktywnymi (działaniem przeciwko ustalonym normom społecznym). Jeśli chodzi o ogólny wynik pośredniej autodestruktywności,

As there are more correlations between given behaviour patterns classified as indirectly self-destructive behaviour and the overall self-destructiveness score and the severity of depression, individuals with depression may be concluded to exhibit greater indirect self-destructiveness as a generalised behavioural tendency than individuals with anxiety disorders.

It must be stressed that in the course of mental disorders, particularly depression, cognitive functions are impaired, whilst their adequate functioning seems to be a protective factor. The impairment in question as well as decreased drive and impaired motor functions (also due to medication) may contribute to the high scores of subjects from the clinical groups compared to healthy controls. Moreover, self-perception is typically altered in depression, and a person may perceive their functioning as more dysfunctional than it really is. Boudewyn and Liem (1995) favour the opinion that indirect self-destructiveness is a behavioural reflection of psychological distress simultaneously manifested by depression and low self-esteem symptoms, suicidal attempts, self-destructive behaviour patterns and schemas. Depression and self-destructive behaviour may be associated with risky behaviours or failing in self-care, which may in turn contribute to these conditions (Boudewyn and Liem, 1995). The investigated relationships are, therefore, complex, as there exist multiple factors moderating them.

Until recently, the majority of studies devoted to indirect self-destructiveness investigated mentally healthy individuals. To find out whether indirect self-destructiveness as a generalised behavioural tendency may be reduced to a specific syndrome in nosology, the relationship between indirect self-destructiveness and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) scales was examined in a population of mentally healthy individuals. Statistically significant correlations were found between indirect self-destructiveness and the scores in schizophrenia, mania and social introversion scales. No statistically significant correlation, however, was identified for depression. These findings seem to undermine the assumption that self-destructiveness correlates with a given set of symptoms (Suchańska, 1998). The lack of correlation between the severity of depression and anxiety and indirect self-destructiveness in the control group in our study seems to confirm the absence of direct relationships between these variables in mentally healthy individuals.

Apart from the already mentioned relationships between self-destructiveness and personal qualities, various studies linked indirect self-destructiveness with neuroticism (Kelley and Streeter, 1989), type A personality, substance abuse (Kelley et al., 1985), emotional distance towards others, lack of restraint, narcissistic self-absorption (Sharp and Schill, 1995) as well as being a victim of abuse (Boudewyn and Liem, 1995).

Moderate self-destructiveness has been identified in schizophrenia patients. The results indicate the strongest correlation

stwierdzono istotną statystycznie różnicę między grupą kliniczną a grupą kontrolną. Świadczy to o występowaniu zachowań autodestruktywnych w formie nasilonej i chronicznej. Można zatem mówić o pośredniej autodestruktywności jako uogólnionej tendencji behawioralnej – formach zachowania zróżnicowanych pod względem formy i celu, współwystępujących transsytuacyjnie (Suchańska, 1998).

Na szczególną uwagę zasługuje wysoki poziom korelacji pośredniej autodestruktywności z depresją u mężczyzn w grupie klinicznej, wskazujący na to, że obniżony nastrój odzwierciedla się znacząco w zachowaniach pośrednio autodestruktywnych. Ze względu na większą liczbę korelacji poszczególnych klas zachowań zaliczanych do form pośredniej autodestruktywności oraz wyniku ogólnego z poziomem depresji można wyciągnąć wniosek, iż osoby z zaburzeniami depresyjnymi cechuje wyższy poziom pośredniej autodestruktywności jako uogólnionej tendencji behawioralnej niż osoby z zaburzeniami lękowymi.

Trzeba zaznaczyć, że w przebiegu zaburzeń psychicznych – zwłaszcza depresyjnych – funkcje poznawcze ulegają upośledzeniu, a odpowiedni poziom ich funkcjonowania wydaje się czynnikiem chroniącym. Wspomniane upośledzenie, jak również obniżenie napędu i motoryki (także za sprawą farmakoterapii) mogą się przyczyniać do wysokich wyników osób z grupy klinicznej w porównaniu z grupą kontrolną. Ponadto obraz siebie w depresji najczęściej jest zmieniony – własne funkcjonowanie może być postrzegane jako bardziej dysfunkcyjne niż w rzeczywistości. Boudewyn i Liem (1995) przychylają się do opinii, iż pośrednia autodestruktywność stanowi behawioralne odzwierciedlenie psychologicznego dystresu, przejawiającego się równocześnie w objawach depresji i niskiej samooceny, próbach samobójczych, samoniszczących zachowaniach i schematach myślowych. Depresja i samoniszczenie mogą się wiązać z zachowaniami ryzykownymi czy niepowodzeniami w zakresie samoopieki, które z kolei mogą się przyczyniać do tych stanów (Boudewyn i Liem, 1995). Rozpatrywane zależności nie są więc proste – istnieje wiele czynników je moderujących.

Do niedawna większość badań dotyczących pośredniej autodestruktywności odnosiła się do populacji ludzi zdrowych psychicznie. Aby odpowiedzieć na pytanie, czy pośrednia autodestruktywność jako zgeneralizowana tendencja behawioralna może zostać zredukowana do specyficznego syndromu w klasyfikacji nozologicznej, zbadano zależność między pośrednią autodestruktywnością a skalami MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) w populacji osób bez zaburzeń psychicznych. Odnotowano istotne zależności między pośrednią autodestruktywnością a wynikami w skalach schizofrenii, manii i społecznej introwersji. Stwierdzono brak istotnej współzmienności w zakresie depresji. Otrzymany obraz jest sprzeczny z twierdzeniem, jakoby istniały specyficzne związki między syndromem autodestruktywności a określoną grupą objawową (Suchańska, 1998). Wykazany w prezentowanym tu badaniu brak korelacji poziomów depresji i lęku z pośrednią autodestruktywnością w grupie kontrolnej zdaje się potwierdzać brak bezpośrednich zależności między tymi zmiennymi u ludzi zdrowych.

between indirect self-destructiveness and the psychosis scales of Schizophrenia (Sc) and Paranoia (Pa), with the feeling of being harmed by life found to be a strong predictor of indirect self-destructiveness exhibited by these patients (Tsirigotis *et al.*, 2016). Similarly to patients with schizophrenia, patients with depression and anxiety disorders who took part in our study (both males and females) most typically demonstrated the belief that it is easy to be harmed by life. It may be concluded that the overall picture of indirect self-destructiveness differs in the population of patients with mental disorders and that of healthy individuals. In patients affected with mental disorders, indirect self-destructiveness results from the primary disease's specifics.

As regards hospitalised patients, high indirect self-destructiveness scores were obtained more frequently by individuals from alcohol addiction treatment wards or those who had suffered accidents, e.g. patients of surgery departments (Kelley *et al.*, 1986).

It is difficult to accurately identify the significance of anxiety for the development of indirect self-destructiveness, as anxiety may manifest in various ways. Social anxiety distinctly differs from the anxiety experienced in the case of obsessive-compulsive disorder. In the latter, the severity of indirect self-destructiveness correlates with perfectionism which contributes to procrastination (Hajloo *et al.*, 2013) and self-handicapping (Niknam *et al.*, 2010). In terms of given behaviour patterns comprising indirect self-destructiveness, in our study the severity of anxiety correlated only with passiveness among women in the clinical group. This may mean that there are multiple factors mediating the relationships between anxiety and indirectly self-destructive behaviour.

The type of depression and anxiety, individual trigger factors and biological and genetic background all play an important role. The results of our study, nonetheless, seem to confirm the general rule that the functioning of individuals suffering from disorders associated with increased anxiety and depressed mood has a tendency for self-destructive traits.

CONCLUSIONS

Based on the findings of our study, it may be suggested that depression and anxiety disorders may contribute to the occurrence of indirectly self-destructive behaviour, with the passive forms of indirect self-destructiveness being more severe in the affected individuals than active ones.

Conflict of interest

None.

Poza wymienionymi już związkami autodestruktywności z zaburzeniami i cechami osobowości w różnych badaniach autodestruktywność pośrednią łączono z neurotycznością (Kelley i Streeter, 1989), osobowością typu A, nadużywaniem substancji (Kelley *et al.*, 1985), dystansem emocjonalnym w stosunku do innych, brakiem powściągliwości, narcystycznym skupieniem na sobie (Sharp i Schill, 1995), a także byciem wykorzystywanym przez innych (Boudewyn i Liem, 1995).

U pacjentów ze schizofrenią stwierdzono umiarkowany poziom pośredniej autodestruktywności. Wyniki wskazały na największą korelację pośredniej autodestruktywności ze skalami psychotycznymi: Sc (Schizofrenia), Pa (Paranoja). Poczucie bycia skrzywdzonym przez życie okazało się bardzo znaczące dla specyfiki pośredniej autodestruktywności u tych pacjentów (Tsirigotis *et al.*, 2016). Podobnie jak chorzy ze schizofrenią, pacjenci z zaburzeniami depresyjnymi i lękowymi biorący udział w przedstawianym tutaj badaniu (zarówno kobiety, jak i mężczyźni) najczęściej prezentowali przekonanie, że łatwo można zostać skrzywdzonym przez życie. Nasuwa się wniosek, iż ogólny obraz pośredniej autodestruktywności jest różny w populacji osób z zaburzeniami psychicznymi i bez zaburzeń. U osób z zaburzeniami pośrednia autodestruktywność stanowi pochodną specyfiki schorzenia. Biorąc pod uwagę pacjentów hospitalizowanych, wysokie wyniki w zakresie pośredniej autodestruktywności uzyskiwały częściej osoby z oddziałów alkoholowych lub po wypadkach, przykładowo na oddziałach chirurgii (Kelley *et al.*, 1986).

Sprecyzowanie znaczenia lęku w rozwoju pośredniej autodestruktywności jest trudne, lęk może bowiem przyjmować różne postacie. Jego charakter będzie zdecydowanie inny w lęku społecznym aniżeli w zaburzeniach obsesyjno-kompulsyjnych. W przypadku tych drugich znaczenie dla nasilenia pośredniej autodestruktywności ma perfekcjonizm, sprzyjający prokrastynacji (Hajloo *et al.*, 2013) i samourudnianiu (Niknam *et al.*, 2010). W zakresie poszczególnych zachowań składających się na pośrednią autodestruktywność korelacja z poziomem lęku występowała tylko u kobiet z grupy badanej – stwierdzono związek nasilenia lęku z biernością. Może to oznaczać, że istnieje wiele czynników modyfikujących zależności między lękiem a zachowaniami o charakterze pośrednio autodestruktywnym.

Istotną rolę odgrywają rodzaj depresji i typ lęku, indywidualne czynniki spustowe i podłoże biologiczno-genetyczne. Wyniki prezentowanego badania potwierdzają jednak ogólną prawidłowość, że funkcjonowanie osób z zaburzeniami związanymi z nasilonym lękiem i obniżonym nastrojem nabiera autodestruktywnego charakteru.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych badań można przypuszczać, iż zaburzenia depresyjne i lękowe sprzyjają występowaniu zachowań pośrednio autodestruktywnych. U osób z tymi zaburzeniami pasywna pośrednia autodestruktywność ma większe nasilenie niż aktywna.

Konflikt interesów

Oświadczam, że nie występuje konflikt interesów.

References / Piśmiennictwo

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed., revised, American Psychiatric Association Press, Washington, DC 1987.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., American Psychiatric Association, Washington, DC 1994.
- Angst J: Depression and anxiety: implications for nosology, course, and treatment. *J Clin Psychiatry* 1997; 58 Suppl 8: 3–5.
- Baumeister RF, Scher SJ: Self-defeating behavior patterns among normal individuals: review and analysis of common self-destructive tendencies. *Psychol Bull* 1988; 104: 3–22.
- Bilikiewicz A (ed.): *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
- Borkowska A: Znaczenie zaburzeń funkcji poznawczych i możliwości ich oceny w chorobach psychicznych. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej* 2009; 2: 30–40.
- Boudewyn AC, Liem JH: Childhood sexual abuse as a precursor to depression and self-destructive behavior in adulthood. *J Trauma Stress* 1995; 8: 445–459.
- Dallman MF: Stress-induced obesity and the emotional nervous system. *Trends Endocrinol Metab* 2010; 21: 159–165.
- Desmet PM, Schifferstein HN: Sources of positive and negative emotions in food experience. *Appetite* 2008; 50: 290–301.
- Enns MW, Swenson JR, McIntyre RS et al.; CANMAT Depression Work Group: Współwystępowanie depresji i innych chorób. *Farmakoter Psych Neurol* 2003; 2: 137–164.
- Epel E, Jimenez S, Brownell K et al.: Are stress eaters at risk for the metabolic syndrome? *Ann N Y Acad Sci* 2004; 1032: 208–210.
- Gurney C, Roth M, Garside RF et al.: Studies in the classification of affective disorders. The relationship between anxiety states and depressive illnesses. II. *Br J Psychiatry* 1972; 121: 162–166.
- Hajloo N, Sobhi-Garamaleki N, Baqeri S: [The relationship of perfectionism, self-efficacy, conscientiousness and stress with procrastination]. *J Behav Sci* 2013; 6: 307–314.
- Izydorczyk B: Autodestruktywny wymiar jakości życia ludzi doświadczających lęku i depresji. *Chowanna* 2005; 1: 78–91.
- Jaeschke R, Siwek M, Grabski B et al.: *Lęk w zaburzeniach psychicznych*. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków 2011.
- Jaracz J: *Współistnienie depresji i zaburzeń lękowych*. Akademia Medipress – Oblicza Depresji, 2006.
- Kaufman J, Charney D: Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety* 2000; 12 Suppl 1: 69–76.
- Keller MB, Hanks DL: Anxiety symptom relief in depression treatment outcomes. *J Clin Psychiatry* 1995; 56 Suppl 6: 22–29.
- Kelley K, Streeter D: Chronic self-destructiveness: behavioral correlates. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Alexandria, VA 1989.
- Kelley K, Byrne D, Przybyla DPJ et al.: Chronic self-destructiveness: conceptualization, measurement, and initial validation of the construct. *Motiv Emot* 1985; 9: 135–151.
- Kelley K, Cheung FM, Singh R et al.: Chronic self-destructiveness and locus of control in cross-cultural perspective. *J Soc Psychol* 1986; 126: 573–577.
- Kessler RC: Epidemiology of psychiatric comorbidity. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP (eds.): *Textbook in Psychiatric Epidemiology*. Wiley-Liss, New York 1995: 179–197.
- Kępiński A: *Lęk*. Wydawnictwo Literackie, Kraków 2002.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków – Warszawa 1997.
- Lee DE: Alternative self-destruction. *Percept Mot Skills* 1985; 61: 1065–1066.
- Macht M: Feeding the psyche. *Sci Am Mind* 2007; 18: 64–69.
- Malhi GS, Adams D, Porter R et al.; Northern Sydney Central Coast Mental Health Drug & Alcohol; NSW Health Clinical Redesign Program; CADE Clinic, University of Sydney: Clinical practice recommendations for depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2009; (439): 8–26.
- Mineka S, Watson D, Clark LA: Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annu Rev Psychol* 1998; 49: 377–412.
- Niknam M, Hosseinian S, Yazdi SM: [Relationship between perfectionism beliefs and self-handicapping behaviors in university students]. *J Behav Sci* 2010; 4: 103–108.
- Popielski K: *Noetyczny wymiar osobowości: psychologiczna analiza poczucia sensu życia*. Redakcja Wydawnictw KUL, Lublin 1994.
- Sadock BJ, Sadock VA: *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*. Tenth Edition. Wolters Kluwer, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia – Baltimore – New York – London – Buenos Aires – Hong Kong – Sydney – Tokyo 2007.
- Schatzberg AF: New indications for antidepressants. *J Clin Psychiatry* 2000; 61 Suppl 11: 9–17.
- Schoevers RA, Van HL, Koppelmans V et al.: Managing the patient with co-morbid depression and an anxiety disorder. *Drugs* 2008; 68: 1621–1634.
- Sharp M, Schill T: Chronic self-destructiveness and self-defeating personality: similarities and differences. *J Pers Assess* 1995; 64: 270–278.
- Spitzer RL, Endicott J, Robins E: Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 773–782.
- Suchańska A: Behawioralne wskaźniki pośredniej autodestruktywności a styl wyjaśniania zdarzeń. *Czasopismo Psychologiczne* 1995; 1 (1–2): 93–100.
- Suchańska A: Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności. *Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań* 1998.
- Suchańska A: W poszukiwaniu wyjaśnień samoniszczczenia: samoniszczczenie a kompetencje samoopiekuńcze. *Forum Oświatowe* 2001; 13 (2/25): 61–73.
- Suchańska A, Wycisk J: Pośrednia autodestruktywność i jej związki z poczuciem wewnętrznej spójności. *Czasopismo Psychologiczne* 1998; 4 (2): 128–135.
- Thayer RE, Newman JR, McClain TM: Self-regulation of mood: strategies for changing a bad mood, raising energy, and reducing tension. *J Pers Soc Psychol* 1994; 67: 910–925.
- Torgersen S: Comorbidity of major depression and anxiety disorders in twin pairs. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1199–1202.
- Tsirigotis K, Gruszczyński W, Kruszyna M et al.: Autodestruktywność pośrednia u osób uzależnionych od narkotyków. *Alkohol Narkom* 2009; 22: 119–128.
- Tsirigotis K, Gruszczyński W, Tsirigotis-Maniecka M: Psychopatologiczne predyktry indyrekcyjnej autodestruktywności u pacjentów z schizofrenią. *Psychiatr Q* 2016; 87: 155–164.