

Anita Sumiła

Formy autoagresji i jej funkcje u adolescentów z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych

Forms and functions of autoaggressive behaviour in adolescents with mental disorders

Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego, Akademia Medyczna w Gdańsku.

Kierownik: dr hab. Leszek Bidzan

Correspondence to: Anita Sumiła, Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego AMG, ul. Srebrniki 1, 80-282 Gdańsk, tel.: 058 341 80 81, w. 563, faks: 058 344 60 85, tel. kom.: 0 606 263 274, e-mail: asumila@amg.gda.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

W pracy klinicznej z adolescentami często spotyka się zachowania agresywne i autoagresywne. W okresie dojrzewania zaznacza się mniejsza rola systemu wspierającego (rodzina), a zachodzące zmiany psychiczne i biologiczne mogą zwiększać podatność na stres. Narastające napięcie emocjonalne oraz niemożność radzenia sobie z problemami okresu dorastania powodują, że młody człowiek poszukuje różnych sposobów zmiany swojej sytuacji. Jednym z nich mogą być zachowania autoagresywne. Pełnią one szczególne funkcje w życiu dojrzewającego człowieka. W literaturze znajdujemy dane o związku pomiędzy sytuacją domową młodzieży (przemoc, niski poziom socjoekonomiczny, choroby psychiczne rodziców, rozwód, wpływy kulturowe) a zachowaniami autoagresywnymi. Przeanalizowano zachowania agresywne w grupie klinicznej (31 pacjentów) oraz kontrolnej. Pacjenci byli hospitalizowani na Pododdziale Młodzieżowym Kliniki Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego AMG z rozpoznaniem klinicznym: zaburzenia odżywiania, zaburzenia depresyjno-lękowe, zaburzenia zachowania i emocji, schizofrenia paranoidalna. W badaniu wykorzystano Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji (IPSA) oraz kwestionariusz „Nastroje i humory” (A. Buss i A. Durkee). Wynikiem różniącym się znacząco w obu grupach był poziom samoagresji. Wskaźnik S (samoagresja emocjonalna oraz fizyczna) był znacząco wyższy w grupie pacjentów. Uzyskane dane potwierdziły doniesienia z literatury przedmiotu, że zachowania autoagresywne stanowią silny mechanizm regulacji w życiu adolescenta i mogą stanowić jeden z objawów psychopatologicznych wśród pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie.

Słowa kluczowe: agresja, funkcje autoagresji, samouszkodzenia, adolescencja, zaburzenia psychiczne

Summary

Aggressive and autoaggressive behaviours are often observed in the clinical work with adolescents. During adolescence the role of the supporting system (family) is decreased, whereas mental and biological changes may increase the stress vulnerability. The increasing emotional tension and inability to cope with problems typical of adolescence period make young people search for various methods of changing their situation. One of them may be autoaggressive behaviours. These fulfill special functions in adolescents' lives. In literature we can find some data on the correlation between adolescents' home situation (violence, low socioeconomic level, parents' mental diseases, divorce, cultural impact) and autoaggressive behaviours. Aggressive behaviours were analysed in the clinical group (31 patients) and control group. The patients were hospitalised on the Adolescents Ward, Clinic of Developmental Psychiatry, Psychotic and Advanced Age Disorders, Medical Univer-

sity of Gdańsk, with the clinical diagnosis of eating disorders, depressive and anxiety disorders, behavioural and emotional disorders and paranoid schizophrenia. Applied in the study were the Aggression Syndrome Psychological Inventory (ASPI) and the Buss-Durkee Hostility Inventory. The level of autoaggression differed significantly in the two groups. The S index (emotional and physical autoaggression) was significantly higher in the patients' group. The obtained data confirmed the results from relevant literature, according to which autoaggressive behaviours constitute a strong regulatory mechanism in adolescents' lives and may constitute one of psychopathological symptoms among psychiatrically hospitalised patients.

Key words: aggression, autoaggression functions, self-mutilation, adolescence, mental disorders

WSTĘP

Adolescencja jest okresem, w którym młody człowiek dokonuje procesu separacji od rodziny, odchodzenia, poszukuje swojej tożsamości, definiuje seksualność. W tym okresie styka się z wieloma problemami emocjonalnymi, weryfikuje doświadczenia z dzieciństwa. Szczególnie silnie odczuwana chęć kontroli nad swoim życiem pokrywa się z silną potrzebą wsparcia ze strony rodziny. Niemożność poradzenia sobie z problemami jest przyczyną powstawania napięcia, co w efekcie prowadzi do szukania sposobów radzenia sobie z redukcją tego napięcia. Jednym z nich są zachowania agresywne i autoagresywne⁽¹⁾. Agresję można rozumieć jako formę zachowania powodującego powstanie określonych szkód materialnych lub moralnych u osób, na które jest skierowana^(2,3). Sulestrowska opisuje autoagresję jako szczególnie ciężką postać stłumionej agresji (wyrwanie sobie włosów, okaleczanie się, połykanie ciała obcych, próby samobójcze)⁽⁴⁾. Autoagresja w piśmiennictwie jest też rozumiana jako samouszkodzenie lub podejmowanie prób samobójczych^(5,6). Babiker i Arnold samouszkodzenie definiują jako akt polegający na celowym zadawaniu bólu lub ran swojemu ciału, pozbawiony jednakże intencji samobójczej⁽⁷⁾. Wśród osób hospitalizowanych psychiatrycznie częściej niż w innych placówkach medycznych zdarzają się zachowania agresywne⁽⁸⁾. Najczęściej występują wśród pacjentów chorujących na schizofrenię, leczonych z powodu zespołów psychoorganicznych oraz zaburzeń osobowości^(9,10). Zachowania agresywne wśród adolescentów są związane z zaburzeniami zachowania, zaburzeniami nastroju oraz z zespołem stresu pourazowego⁽¹¹⁾. Analizując zachowania autoagresywne, szczególną wagę przywiązuje się do roli, jaką mogą one pełnić w życiu adolescenta. Przyjmując za Babiker i Arnold, możemy wyróżnić następujące funkcje:

1. Związane z radzeniem sobie i przetrwaniem

Jedną z najczęściej wymienianych funkcji jest regulacja napięcia i lęku. Poprzez samouszkodzenia osoba może radzić sobie z gniewem oraz np. ogniskować ból w celu zapanowania nad nim (rana odwraca uwagę jednostki od napięcia i lęku, kierując ją na coś, z czym łatwiej sobie radzi, fizyczny ból może pozwalać osobie uszkadzającej się na chwilową ucieczkę od emocjonalnej udręki).

INTRODUCTION

Adolescence is a period, in which young people undergo the process of separation from the family and origin, seek their identity and define sexuality. In this period they are exposed to many emotional problems and verify childhood experiences. The particularly strong willingness to control one's own life is concomitant with a strong demand for the family's support. The inability to cope with problems causes some tension, which results in searching for ways to cope with a decrease of such tension. One of them are aggressive and autoaggressive behaviours⁽¹⁾. Aggression may be perceived as a form of behaviour, which gives rise to specific material or moral damages in those, to whom it is addressed^(2,3). Sulestrowska describes autoaggression as a particularly severe form of suppressed aggression (pulling out one's hair, self-mutilation, swallowing foreign bodies, suicidal attempts)⁽⁴⁾. Autoaggression in literature is also perceived as self-mutilation or suicidal attempts^(5,6). Babiker and Arnold define self-mutilation as an act consisting in purposeful inflicting of pain or injuries on one's own body, without, however, any suicidal intention⁽⁷⁾. Among psychiatrically hospitalised patients the aggressive behaviours are more prevalent, as compared to other health care facilities⁽⁸⁾. They usually occur among schizophrenic patients treated for psychoorganic syndromes and personality disorders^(9,10). Aggressive behaviours among adolescents are connected with behavioural disorders, mood changes and post-traumatic stress syndrome⁽¹¹⁾. In analysis of autoaggressive behaviours, special attention is paid to the importance, which they may exhibit in adolescents' lives. Following Babiker and Arnold, we can differentiate between the following functions:

1. Functions related to coping and survival

One of the most frequently mentioned functions is regulation of tension and anxiety. Through self-mutilation, a person can cope with anger and e.g. focus the pain with the aim to overcome it (the wound averts the individual's attention from tension and anxiety, directing it to what seems easier to cope with, the physical pain may allow the self-mutilating person to instantaneously escape from emotional torment).

2. Funkcje związane z Ja

Wielu osobom dokonywanie samouszkodzeń daje poczucie, że mają nad czymś władzę, że korzystają z autonomii i są panami własnego życia. U osób, które mają poczucie „nieobecności”, samouszkodzenie może odgrywać rolę wstrząsu, wyostrając odbiór rzeczywistości. Okres po samouszkodzeniu może zapewnić doświadczanie troski i ukojenia.

3. Funkcje związane z radzeniem sobie z własnym doświadczeniem

Osoby, które przeżyły traumę, mogą poprzez samouszkodzenia dawać świadectwo odwagi, wytrzymałości i cierpienia (sposób na uhonorowanie własnego doświadczenia). Samouszkodzenie może również pełnić funkcję ponownego odgrywania (emocje i strach związane z doznana kiedyś przemocą i uczucie swojskości).

4. Funkcje związane z karaniem siebie i byciem ofiarą

Samookaleczenie może działać jako rodzaj kary u ludzi, u których w dzieciństwie wzbudzano poczucie, że są źli. Po „karze” dana osoba może sobie wybaczyć i poczuć przez chwilę, że jej winy zostały odpuszczone. Niektórzy ludzie uważają, że, zadając sobie rany, chwilowo pozbywają się „nieczystości”, „zła” wraz z towarzyszącymi uczuciami. Bywa też, że osoba okaleczająca się doznaje wrażenia, jakby pozbywała się resztek prześladowcy, które zostawił wewnątrz niej. Samookaleczenie własnego ciała może też pełnić funkcję karania prześladowcy i wtedy ciało staje się reprezentacją człowieka zasługującego na karę. W sytuacji, kiedy podniecenie natury seksualnej kojarzy się z napięciem bądź tęsknotą, dotkliwym bólem emocjonalnym, za sprawą samouszkodzenia można sobie radzić z tymi uczuciami przez bezpośrednią ingerencję fizyczną.

5. Funkcje dotyczące relacji z innymi ludźmi

Samookaleczenie się może być próbą nawiązania komunikacji z innymi, zasygnalizowania czegoś (gdy jednostka czuje się niezdolna do wypowiedzenia się wprost). Samouszkodzenie może też być podejmowane z intencją wytrącenia z równowagi osób, do których jednostka czuje złość. Dokonywanie samookaleczeń może też służyć jako metoda wpływania na własną sytuację bądź też na zachowanie innych osób.

CEL

Celem badania była analiza zachowań agresywnych u młodych chorych hospitalizowanych psychiatrycznie na Pododdziale Młodzieżowym (z diagnozą: zaburzenia odżywiania, zaburzenia depresyjno-lękowe, zaburzenia zachowania, psychozy) oraz w grupie kontrolnej.

METODA

Przebadano 31 pacjentów (15 kobiet oraz 16 mężczyzn) hospitalizowanych na Pododdziale Młodzieżowym w Kli-

2. Functions related to Self

Many self-mutilating individuals feel that while doing this they have power over something, use autonomy and are masters of their own lives. In those, who have a sense of “absence” the self-mutilation may act as a shock, sharpening the reception of reality. The post-self-mutilation period may ensure experiencing some concern and comfort.

3. Functions related to coping with one's experience

Those, who underwent some trauma may through self-mutilation bear testimony to courage, endurance and suffering (method to recognise one's own experience). Self-mutilation may also play the function of repeated performance (emotions and fear connected with once experienced violence and the sense of familiarity).

4. Functions connected with self-punishment and being a victim

Self-mutilation may act as sort of a punishment in those people, who in childhood were made to feel they were bad. After a “punishment” the person may forgive her/himself and feel for a while that her/his guilts were forgiven. Some people think that by inflicting injuries they instantaneously get rid of “impurity” and “evil”, with accompanying feelings. It sometimes happens that the self-mutilating person has an impression that she/he got rid of the remnants of the persecutor left inside such person. Self-mutilation may also play a function of punishing the persecutor; then the body becomes a representation of the person, who deserves to be punished. When sexual excitation is associated with tension or yearning and a severe emotional pain, self-mutilation may be a way to cope with such feelings through direct physical interference.

5. Functions connected with relationships with other people

Self-mutilation may be an attempt to communicate with others or signal something (when the individual feels incapable of expressing oneself directly). Self-mutilation may be also undertaken with the intention to throw off balance those with whom the person is angry. Self-mutilations may be also treated as a method of influencing one's own situation or other people's behaviour.

OBJECTIVE

The study was aimed at analysis of aggressive behaviours in psychiatrically hospitalised adolescents on the Adolescents Ward (with diagnosed eating disorders, depression and anxiety disorders, behavioural disorders and psychoses) and the control group.

METHOD

The study involved 31 patients (15 women and 16 men) hospitalised on the Adolescents Ward, Clinic of Developmental Psychiatry, Psychotic and Advanced Age Disor-

nice Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego AMG. Średnia wieku wynosiła 18,8 (SD=1,91). Grupę kontrolną stanowiło 31 osób (uczniowie klasy maturalnej i studenci I roku UG) ze średnią wieku 19,0 (SD=1,77), które dotychczas nie leczyły się psychiatrycznie.

W badaniu zastosowano Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji (IPSA) oraz kwestionariusz „Nastroje i humory” (A. Buss i A. Durkee). Na pytania pacjenci odpowiadali po ustąpieniu objawów choroby, przed wypisem ze szpitala. Dodatkowo do badań wykorzystano kwestionariusz socjodemograficzny.

IPSA pozwala na obliczanie ogólnego poziomu nasilenia agresji (WO) oraz dominującego kierunku agresji na podstawie wzajemnego układu trzech wskaźników: S (wskaźnik samoagresji – samoagresja emocjonalna, samoagresja fizyczna), U (wskaźnik agresji ukrytej – wrogość wobec otoczenia, nieuświadomione skłonności agresywne), Z (wskaźnik agresji skierowanej na zewnątrz – agresja przemieszczona, agresja pośrednia, agresja słowna, agresja fizyczna). Wyniki testu podano w stenach od 1 (wynik bardzo niski) do 10 (wynik bardzo wysoki).

Kwestionariusz „Nastroje i humory” przystosowany do polskich warunków przez M. Choynowskiego (1971) służy do oceny zachowań agresywnych. W kwestionariuszu tym wyróżniono następujące skale agresji, którym przypisano odpowiednią ilość punktów: atak (20), agresja pośrednia (18), irytacja (22), negatywizm (10), urazy (16), podejrzliwość (20), agresja słowna (26). W nawiasach podano maksymalną liczbę punktów, jaką można uzyskać w poszczególnych skalach, a interpretacji wyników dokonano, analizując wartości średnie.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Większa częstość zachowań autoagresywnych w wieku dorastania wiąże się z możliwością nakładania się czynników, takich jak: doznawanie przemocy w rodzinie, odrzucenie przez rodzinę, brak wsparcia z mniejszymi możliwościami radzenia sobie z problemami emocjonalnymi z powodu małej ilości zdobytych doświadczeń w porównaniu z osobami dorosłymi.

Pacjenci w trakcie terapii na Oddziale ujawniali liczne doświadczenia z przeszłości oraz opisywali sytuację rodzinną. Po opracowaniu pytań z kwestionariusza socjodemograficznego ustalono, że:

1. 42% pacjentów doznawało przemocy w domu rodzinnym (60% tej grupy relacjonowało przemoc słowną, 27% przemoc fizyczną, w tym 14% molestowanie seksualne);
2. w 26% rodzin pacjentów występował alkoholizm;
3. u 12% pacjentów rodzice cierpieli na zaburzenia psychiczne;
4. 15% adolescentów pochodziło z rodzin rozbitych, a 4% z rekonstruowanych.

ders, Medical University of Gdańsk. The average age reached 18.8 (SD=1.91). The control group consisted of 31 persons (pupils of the final form of secondary school and 1st year students at the University of Gdańsk) with average age 19.0 (SD=1.77), who so far have not been treated psychiatrically.

The Aggression Syndrome Psychological Inventory (ASPI) and the Buss-Durkee Hostility Inventory were applied. The patients answered the questions after the pathological symptoms retreated, prior to the discharge from hospital. Additionally, a sociodemographic questionnaire was used for the studies.

ASPI allows for calculation of the general level (total result, TO) of aggression aggravation and dominant trend of aggression according to the mutual system of three indices: S (autoaggression index – emotional autoaggression, physical autoaggression), U (index of concealed aggression – hostility towards environment, unaware aggressive inclinations), Z (index of aggression directed outside – dislocated aggression, indirect aggression, verbal aggression, physical aggression). The results of the test are presented in stens from 1 (a very low result) to 10 (a very high result).

The Hostility Inventory, adapted to Polish conditions by M. Choynowski (1971), is used for evaluation of aggressive behaviours. This questionnaire singled out the following aggression scales, which were ascribed with an appropriate number of scores: attack (20), indirect aggression (18), irritation (22), negativism (10), traumata (16), suspicion (20), verbal aggression (26). In brackets the maximum number of scores, which can be obtained in respective scales was presented, and the results were interpreted by analysis of average values.

RESULTS AND DISCUSSION

The increased incidence of autoaggression behaviours in adolescence is associated with a possibility of overlapping of such factors as: experiencing family violence, being rejected by the family, lack of support with fewer possibilities of coping with emotional problems due to too few experiences, as compared to adults.

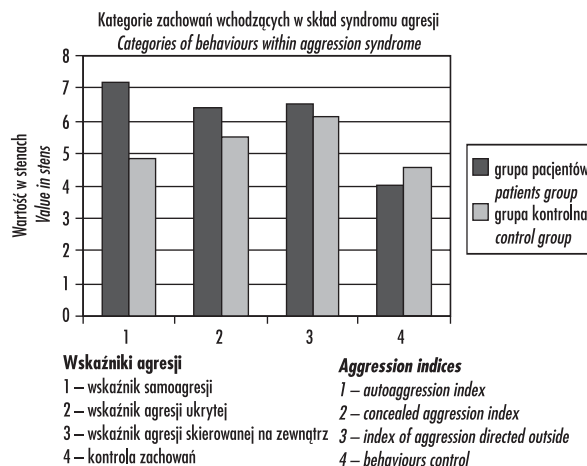
The patients during therapy on the Ward revealed various experiences from the past and described their family situations. Having worked out the sociodemographic questionnaire questions it was established that:

1. 42% of patients experienced violence at the family home (60% of this group reported the verbal violence, 27% – physical violence, including 14% with sexual abuse);
2. 26% of the patients' families were afflicted with alcoholism;
3. in 12% of the patients the parents suffered from mental disorders;
4. 15% of adolescents came from broken families, whereas 4% – from reconstructed families.

Grupę kliniczną podzielono na dwie podgrupy: pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem psychozy oraz hospitalizowanych z rozpoznaniem zaburzeń niepsychozycznych (zaburzenia odżywiania, zaburzenia depresyjno-lękowe, zaburzenia zachowania). Analiza statystyczna (test t dla prób niezależnych) wykazała, iż w obrębie żadnej ze skal opisujących poziom agresji nie ujawniły się istotne różnice międzygrupowe. Pozwala to na dalszą analizę wyników z uwzględnieniem tylko dwóch grup: klinicznej i kontrolnej.

Przeanalizowano poszczególne skale na podstawie wyników uzyskanych w IPSA i kwestionariuszu „Nastroje i humory” oraz porównano średnie wyniki uzyskiwane przez grupę kliniczną i kontrolną. W tabeli 1 podano istotne statystycznie różnice pomiędzy grupą kliniczną a grupą kontrolną w zakresie różnych aspektów agresji (wynik ogólny, wskaźnik samoagresji, samoagresja emocjonalna, samoagresja fizyczna, wrogość wobec otoczenia, agresja fizyczna oraz urazy).

Interpretacja otrzymanych wyników wykazała, że grupy różnią się pod względem częstości występowania zachowań agresywnych. Ogólny poziom nasilenia syndromu agresji (tzw. wynik ogólny) był wysoki w grupie pacjentów (6,94), zaś w grupie kontrolnej mieścił się w zakresie wyniku przeciętnego (5,81). Wynik, który wyraźnie różnił się w obu grupach, dotyczył poziomu samoagresji. Wskaźnik S był znacząco wyższy w grupie pacjentów (7,19) w porównaniu z grupą kontrolną (4,87). Poszczególne składowe, czyli samoagresja emocjonalna oraz samoagresja fizyczna, również znacząco się różniły – odpowiednio 7,03 oraz 7,23 w grupie pacjentów oraz 4,84 i 6,09 w grupie kontrolnej. Wyniki te mogą potwierdzać



Rys. 1. Syndrom agresji w grupie pacjentów oraz w grupie kontrolnej

Fig. 1. Aggression syndrome in the patients group and control group

The clinical group was divided into two subgroups: patients hospitalised with diagnosed psychosis and those hospitalised with diagnosed non-psychotic disorders (eating disorders, depression and anxiety disorders, behavioural disorders). The statistical analysis (t test for independent samples) demonstrated that there were no significant intergroup differences within any of the scales describing the level of aggression. This allows for further analysis of results, involving only two groups: clinical and control.

Individual scales were analysed according to the results obtained in ASPI and the Hostility Inventory and the

Zmienne Variables	Grupa kliniczna Clinical group		Grupa kontrolna Control group		t	F	p
	X	SD	X	SD			
Agresja wynik ogólny Aggression total result	6,94	1,86	5,81	1,85	2,39	1,01	0,019
Wskaźnik samoagresji Autoaggression index	7,19	2,36	4,87	1,86	4,31	1,61	0,00006
Samoagresja emocjonalna Emotional autoaggression	7,03	2,44	4,84	1,88	3,96	1,69	0,0002
Samoagresja fizyczna Physical autoaggression	7,32	1,81	6,09	1,35	3,07	1,81	0,003
Wrogość wobec otoczenia Hostility towards environment	7,29	1,97	5,42	1,95	3,76	1,03	0,0004
Agresja fizyczna Physical aggression	6,81	1,76	6,00	1,39	2,00	1,60	0,049
Urazy Traumata	8,55	4,89	4,45	3,93	3,63	1,55	0,0006

Tabela 1. Istotne statystycznie różnice między grupą kliniczną a kontrolną w zakresie różnych aspektów poziomu agresji mierzonej IPSA oraz kwestionariuszem „Nastroje i Humory”

Table 1. Statistically significant differences between the clinical group and control group within various aspects of aggression levels measured by ASPI and Hostility Inventory

doniesienia z literatury przedmiotu o istniejącym wyższym wskaźniku zachowań autoagresywnych u pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie (rys. 1).

W przeprowadzonych przez autorkę badaniach wykazano, że zachowania samoagresywne istotnie różnią grupę kliniczną oraz kontrolną. W teoriach psychoanalitycznych autoagresji u jej podstaw tkwi nagromadzenie negatywnych emocji wokół Ja, związane z poczuciem winy i wrogością – mechanizmy zachowań autodestruktywnych wiążą się zatem z pragnieniem samokarania i samoniszczenia. W podejściu psychodynamicznym autodestruktywność uważana jest z reguły za rezultat zablokowania ekspresji wrogości na zewnątrz i skierowania jej z poczuciem winy przeciwko Ja. *Ego* organizuje swoją samoniszczącą aktywność, dzięki czemu możliwe jest uzyskanie niezbędnego minimum bezpieczeństwa. Inne teorie psychospołeczne mogą wskazywać na ucieczkowy

average results obtained by the clinical and control groups were compared. Table 1 presents statistically significant differences between the clinical group and control group within different aspects of aggression (total result, index of autoaggression, emotional autoaggression, physical autoaggression, hostility towards the environment, physical aggression and traumata).

Interpretation of the obtained results indicate, that the groups differ in respect of the incidence of aggressive behaviours. The general level of the severity of aggression syndrome (the so called total result) was high in the group of patients (6.94), whereas in the control group it was within the average result (5.81). The result which differed significantly in both groups referred to the level of autoaggression. The S index was significantly higher in the group of patients (7.19), as compared to the control group (4.87). Individual components, i.e. emotion-

Zmienna Variable	Samoagresja Autoaggression	Samoagresja emocjonalna Emotional autoaggression	Samoagresja fizyczna Physical autoaggression
Wynik ogólny zachowań agresywnych Total result of aggressive behaviours	0,71 p=0,000	0,65 p=0,000	0,57 p=0,001
Wskaźnik agresji ukrytej Concealed aggression index	0,62 p=0,000	0,58 p=0,001	0,59 p=0,000
Wskaźnik agresji skierowanej na zewnątrz Index of aggression directed outside	0,64 p=0,000	0,54 p=0,002	0,49 p=0,005
Kontrola agresji Aggression control	0,45 p=0,010	0,41 p=0,021	0,54 p=0,002
Działania odwetowe Retaliatory activities	0,43 p=0,017	0,37 p=0,038	0,34 p=0,061
Wrogość wobec otoczenia Hostility towards environment	0,67 p=0,000	0,64 p=0,000	0,60 p=0,000
Nieświadomione skłonności agresywne Unaware aggressive inclinations	0,47 p=0,000	0,36 p=0,000	0,51 p=0,000
Agresja przemieszczona Dislocated aggression	0,48 p=0,007	0,43 p=0,045	0,51 p=0,003
Agresja pośrednia Indirect aggression	0,55 p=0,001	0,46 p=0,009	0,44 p=0,014
Agresja słowna Verbal aggression	0,49 p=0,005	0,49 p=0,005	0,28 p=0,133
Agresja fizyczna Physical aggression	0,59 p=0,001	0,44 p=0,012	0,51 p=0,003
Irytacja Irritation	0,52 p=0,003	0,57 p=0,001	0,19 p=0,298
Poczucie winy Sense of guilt	0,45 p=0,012	0,49 p=0,005	0,25 p=0,178

Tabela 2. Korelacje zachowań samoagresywnych ($p < 0,05$)

Table 2. Correlation of autoaggressive behaviours ($p < 0.05$)

charakter samoniszczenia wynikający z lęku. W ujęciu fenomenologicznym autodestrukcja wiąże się z brakiem pozytywnej energii emocjonalnej wynikającej z przeżywania siebie jako pustki – podkreślane jest poczucie mniejszej wartości, niekompetencji, brak samoakceptacji⁽³⁾. Powyższe rozważania teoretyczne znajdują swoje potwierdzenie w badaniach klinicznych. Istnieją liczne doniesienia ukazujące związek pomiędzy depresją a zachowaniami autoagresywnymi, jak też związek pomiędzy poziomem lęku a próbami samobójczymi. W badaniach przeprowadzonych przez autorkę wyższy poziom samoagresji w grupie pacjentów w porównaniu z grupą kontrolną zdaje się potwierdzać związek zachowań autoagresywnych z poczuciem niskiej wartości, niską samooceną, poczuciem pustki, które obserwujemy klinicznie u młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie.

Rozpatrując rolę samoagresji w życiu adolescenta, zwrócono uwagę na wielorakość funkcji, jakie pełni. Aby odpowiedzieć na pytanie o naturę związku zachowań agresywnych i samoagresji dokonano analizy korelacji zachowań agresywnych. W tabeli 2 zaprezentowano istotnie statystyczne związki między zachowaniami agresywnymi a samoagresywnymi w grupie klinicznej. Wyniki te wskazują na istnienie silnego związku pomiędzy samoagresją i zachowaniami agresywnymi, tzn. agresją ukrytą (wrogość wobec otoczenia, nieuświadomione skłonności agresywne), agresją skierowaną na zewnątrz (agresja przemieszczona, pośrednia, słowna, fizyczna), skłonnością do działań odwetowych. Istotnie statystycznego związku nie wykazano pomiędzy samoagresją fizyczną a działaniami odwetowymi, agresją słowną, irytacją i poczuciem winy. Samouszkodzenia należy rozpatrywać wielowymiarowo ze względu na wielorakość funkcji, jakie mogą pełnić. Jak wynika z powyższych danych, samoagresja stanowi silny mechanizm regulacji w życiu adolescenta. Jej wielopoziomowość może być dowodem na wyraźnie zaznaczony dyskurs ze światem, szczególnie charakterystyczny dla tego okresu rozwoju człowieka. Pełniąc rolę komunikacji, zastępuje sposób werbalny na niewerbalne wyrażanie uczuć. Przyglądając się jednostkowo tym wynikom, zauważamy, że funkcją zachowań samoagresywnych może być zarówno redukcja lęku, np. przed odrzuceniem, czy też kontrola depresji (korelacja z poczuciem winy), jak też poszukiwanie pobudzenia, stymulacji (korelacja z agresją skierowaną na zewnątrz). Korelacje z agresją słowną lub fizyczną mogą świadczyć na przykład o buncie przeciwko autorytetom lub też formie dyskusji z rzeczywistością. Należy pamiętać, że za „powierzchowymi” samookaleczeniami, jakie widzimy u pacjentów, kryje się głębia przeżyć, które należy w pracy z adolescentem dostrzec.

WNIOSKI

1. Analizując zachowania agresywne w grupie pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie oraz kontrol-

al autoaggression and physical autoaggression, also differed significantly – respectively 7.03 and 7.23 in the group of patients and 4.84 and 6.09 in the control group. These results can confirm the reports from relevant literature about the existing higher index of autoaggressive behaviours in psychiatrically hospitalised patients (fig. 1).

In the studies carried out by the authoress it was indicated, that autoaggressive behaviours differentiated significantly the clinical group from the control group. In psychoanalytical theories, autoaggression is underlain by accumulation of negative emotions around Self, associated with the sense of guilt and hostility, thus the autodestructive behaviours mechanisms are connected with the wish of self-punishment and self-destruction. In psychodynamic approach, the self-destructiveness is usually considered as a result of inhibition of the hostility expression outside and directing it, with the sense of guilt, against Self. Ego organizes its self-destructive activity, therefore an indispensable minimum of safety can be reached. Other psychosocial theories may point to a runaway nature of self-destructiveness, resulting from anxiety. Considered phenomenologically, self-destructiveness is connected with the lack of positive emotional energy, which results from perceiving oneself as emptiness: low self-assessment, incompetence, and lack of self-acceptance are emphasised⁽³⁾. These theoretical digressions are confirmed by clinical studies. There are numerous reports showing a correlation between depression and autoaggressive behaviours, as well as a correlation between the level of anxiety and suicidal attempts. In the studies carried out by the authoress the higher level of autoaggression in the patients group, as compared to the control group, seems to confirm the correlation of autoaggressive behaviours with low self-assessment and sense of emptiness observed clinically in psychiatrically hospitalised adolescents.

Consideration of the role of autoaggression in adolescents' lives indicated a diversity of functions it fulfills. To answer the question about the nature of the correlation between aggressive behaviours and autoaggression, the analysis of aggressive behaviours correlations was carried out. Table 2 presents statistically significant correlations between aggressive and autoaggressive behaviours in the clinical group. These results indicate a strong correlation between autoaggression and aggressive behaviours, i.e. concealed aggression (hostility towards the environment, unaware aggressive inclinations), aggression directed outside (dislocated, indirect, verbal, and physical aggression), and inclination to retaliation. No statistically significant correlation was shown between physical autoaggression and retaliatory activities, verbal aggression, irritation and sense of guilt.

Self-mutilations should be considered multidimensionally, owing to many functions they can fulfill. As results from the above data, autoaggression constitutes a strong mechanism of adjustment in the adolescent's life. Its mul-

- nej, wykazano, że poziom agresji wyrażony poprzez wynik ogólny był istotnie wyższy w grupie klinicznej.
2. Uwidoczniono istotnie statystyczną różnicę w poziomie wskaźnika samoagresji (zarówno samoagresja emocjonalna, jak i fizyczna) pomiędzy grupą badaną a kontrolną.
 3. W grupie hospitalizowanej wykazano istotnie statystycznie związki pomiędzy zachowaniami agresywnymi a wskaźnikiem samoagresji.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Noshpitz J.D.: Self-destructiveness in adolescence. *Am. J. Psychother.* 1994; 48: 330-346.
2. Frączak A.: Problemy psychologicznej teorii agresji. *Psychol. Wych.* 1973; 3: 284-297.
3. Skorny Z.: Formy i źródła agresji u dzieci i młodzieży. *Psychol. Wych.* 1973; 3: 314-323.
4. Sulestrowska H.: Zaburzenia zachowania i nieprawidłowy rozwój osobowości u dzieci i młodzieży. W: Popielarska A., Popielarska M. (red.) *Psychiatria wieku rozwojowego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2000: 186.
5. Wint D.P., Shapira N.A.: Zaburzenia kontroli impulsów. *Psychiatria po Dyplomie* 2004; 5: 14-20.
6. Suchańska A.: Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności. *Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań* 1998: 77-151.
7. Babiker G., Arnold L.: Autoagresja. *Mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
8. Ciszewski L.: Rejestracja i pomiar niebezpiecznych zachowań pacjentów w oddziale psychiatrycznym – przegląd narzędzi. *Postępy Psychiatr. Neurol.* 1998; 7: 449-454.
9. Kostecka M., Zarecka M.: Agresja pacjentów placówek psychiatrycznych. *Postępy Psychiatr. Neurol.* 1999; 8: 349-355.
10. Vivona J.M., Ecker B., Halgin R.P. i wsp.: Self- and other-directed aggression in child and adolescent psychiatric inpatients. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 1995; 34: 434-444.
11. Day H.D., Franklin J.M., Marshall D.D.: Predictors of aggression in hospitalised adolescents. *J. Psychol.* 1998; 132: 427-434.

tidimensional nature may manifest the clearly marked discourse with the world, particularly characteristic of this period of human's development. Acting as communication, it replaces the verbal way with non-verbal expression of feelings. Looking at those results individually, we can notice, that the function of autoaggressive behaviours may be both the reduction of anxiety, e.g. connected with the fear of rejection, or the control of depression (correlation with the sense of guilt), as well as the quest for excitation, stimulation (correlation with aggression directed outside). Correlations with verbal or physical aggression may for instance manifest a protest against authorities or a form of discussion with reality. We should remember that "superficial" self-mutilations visible in patients conceal profound experiences which should be noticed in the treatment of adolescents.

CONCLUSIONS

1. Analysis of aggressive behaviours in the group of psychiatrically hospitalised patients and the control group indicated, that the level of aggression expressed by the total result was generally significantly higher in the clinical group.
 2. A statistically significant difference in the level of autoaggression index (both emotional and physical autoaggression) was demonstrated between the examined group and the control group.
 3. In the hospitalised group some statistically significant correlations were shown between aggressive behaviours and autoaggression index.
-