

„Chowanna”	Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego	Katowice 2005	R. XLVIII (LXI)	T. 1 (24) Cz. II	s. 78–91
------------	--	---------------	--------------------	------------------------	----------

Bernadetta IZYDORCZYK

Autodestruktywny wymiar jakości życia ludzi doświadczających lęku i depresji

Zachowania autodestruktywne stanowią odmianę ludzkiego funkcjonowania, które znajduje swoje stałe miejsce zarówno w korzeniach starych, jak i w śladach nowych kultur na całym świecie. Były one częścią różnych religijnych i plemiennych rytuałów w kulturach prymitywnych, służąc oswobodzeniu ducha od potrzeb i żądz cielesnych, kontroli emocji, szczególnie zaś uczuć agresywnych. Niejednokrotnie też służyły wzmocnieniu wspólnoty i więzi międzyludzkich. Jak wynika z literatury przedmiotu, zachowania autodestruktywne były też częścią rytuałów religijnych (Farazzy, 1992; Eckhardt, 1998). Należy również wspomnieć, iż zjawisko to towarzyszyło także przez wieki dążeniu do osiągnięcia ideału piękna, szczególnie kobiecego. Skłonności do takich zachowań przejawiają się szczególnie wyraźnie i mocno w kulturze zachodnioeuropejskiej, gdzie autoagresywne kierunki w modzie, wynaturzone rodzaje sportu i „skrajne” diety, stanowią jeden z istotnych wyznaczników zaburzeń psychicznych (np. zaburzeń odżywiania: bulimia, jadłowstręt psychiczny). Pogłębiają one destabilizację życia społecznego, rodzinnego oraz osobiste funkcjonowanie jednostki w jej codzienności. Autodestruktywność zazwyczaj obejmuje wiele różnych zachowań, które, mniej lub bardziej bezpośrednio, sprzyjają pojawieniu się szkodliwych dla podmiotu następstw (Suchańska, 1995a).

W literaturze przedmiotu terminy „autodestruktywność” czy „destruktywność człowieka” często łączono z fizycznym, jawnym samoniszczeniem, margi-

nalnie traktując jego mniej ostre formy. Do niedawna do nielicznych należały prace (Suchańska, 1995b), w których używa się dla nich terminu „pośrednie zachowania autodestruktywne”. Często wymienianymi tutaj przykładami są niektóre zaniedbania, np. rezygnacja z leczenia – ignorowanie zaleceń lekarskich, ogólny brak ostrożności w działaniu, np. jazda samochodem na granicy ryzyka, czy zachowania badane przez wiktymologię (Suchańska, 1995a). Niektórzy zaliczają również do tej grupy formy psychicznego samoudręczania (Jarosz, 1980). K. Horney (1993, s. 188–189) powołując się na dane kliniczne, opisała zachowania autodestruktywne człowieka jako takie, które „mają charakter ostrych, chwilowych napadów, bądź też są chroniczne, przybierają formę ostrą i gwałtowną lub podstępna i powolną. Są świadome lub nieświadome. Przejawiają się w czynach lub dokonują się tylko w wyobraźni jednostki”. Autorka zalicza tu m.in. takie zachowania, jak: nieświadome podejmowanie ryzyka, prowadzenie wyniszczającego trybu życia, powtarzające się porzucanie pracy lub innej aktywności w momencie, gdy zaczyna przynosić ona korzyści, zrywanie związków uczuciowych na rzecz innych, zapowiadających frustrację i cierpienie. Jak twierdzi K. Horney (1993, s. 188), „istnieje wiele możliwości zabicia czegoś, co jest nam niezbędne do życia”. Niektóre ich przejawy wymienia się łącznie z przykładami ostrych form samoniszczenia, co sugeruje, iż jedyną różniącą je cechą jest stopień jawności. W każdym jednak wypadku stanowią one wyraz zachwiania równowagi biopsychospołecznej jednostki, tj. braku dobrego stanu zdrowia i zachowania pełnych możliwości do rozwijania potencjału psychicznego. W definiowaniu tychże zachowań podkreśla się często ich potencjalnie zagrażający charakter, intencjonalność bądź też nieświadomy ich przebieg. W sposób zasadniczy wpływają one destrukcyjnie na jakość życia każdego człowieka, szczególnie tego, który doświadcza lęku i depresji. Ze względu na zaznaczający się istotny wzrost neurotyzacji oraz depresyjności w populacji polskiej ludzi młodych może to mieć specyficzny wpływ na kształtowanie linii życia wielu młodych Polaków.

Cel oraz problem badań

Celem głównym podjętych badań było określenie charakteru i stopnia nasilenia zachowań autodestruktywnych podejmowanych przez osoby dorosłe populacji polskiej, doświadczające nasilonego lęku i depresyjności. Cel ten starano się zrealizować przez dokonanie analizy porównawczej stopnia nasilenia (określanego na skali: patologiczne, tj. szkodliwe dla zdrowia, chorobowe

bądź nie) i charakteru zachowań autodestruktywnych pomiędzy wybraną grupą osób z diagnozą zaburzeń lękowych, depresyjnych (nerwicowych) a grupą ludzi nie ujawniających zaburzeń psychicznych.

Pytania badawcze

Realizacji zaprezentowanego celu służyło postawienie następujących pytań badawczych:

1. Czy w wybranej grupie badanych osób populacji polskiej ludzi dorosłych istnieje patologiczne nasilenie zachowań autodestruktywnych?
2. Czy, a jeśli tak, to w jaki sposób różnią się między sobą w zakresie poziomu nasilenia i charakteru zachowań autodestruktywnych osoby badane w grupie zaburzeń lękowych, depresyjnych i w grupie ludzi nie ujawniających ich?

Grupa badana i przebieg badań

Grupę badaną stanowiły następujące populacje osób dorosłych (w wieku od 21 do 50 lat), polskiego pochodzenia i zamieszkających w Polsce:

1. 30 osób (mężczyzn i kobiet) z udokumentowaną lekarsko diagnozą zaburzeń lękowych (nazwano je grupą L),
2. 30 osób (mężczyzn i kobiet) z udokumentowaną lekarsko diagnozą dystymii (nazwano je grupą D),
3. 50 osób (mężczyzn i kobiet) nie ujawniających zaburzeń psychicznych (nazwano je grupą Z).

Dobór do poszczególnych grup ze względu na specyfikę weryfikowanych pytań i hipotez badawczych miał charakter celowy. Badani grupy L rekrutowali się spośród pacjentów hospitalizowanych na oddziałach nerwicz z powodu nasilonych objawów jawnie lękowych. Badani grupy D byli pacjentami oddziałów leczenia nerwicz i depresji.

Z kolei badanych grupy Z wybrano spośród osób, które nie ujawniały zaburzeń psychicznych. Dobór do tej grupy odbywał się na podstawie takich wskaźników, jak:

- stan aktualnej choroby psychicznej bądź zaburzenia emocjonalnego, zdiagnozowanego lekarsko jako zaburzenie lękowe, depresyjne i inne nerwiczne, zaburzenia osobowości wymagających interwencji medyczno-lekarskiej, psychoterapii;

- obecności objawów lękowych, depresyjnych i innych, zakłócających w sposób znaczący codzienne funkcjonowanie osobiste, społeczne i zawodowe osoby;
- obecność w przeszłości hospitalizacji i leczenia psychiatrycznego (również w placówkach ambulatoryjnej służby zdrowia).

Metoda badania

Do realizacji celów podjętych badań wykorzystano:

1) skonstruowany przez autorkę Kwestionariusz Zachowań Autodestruktywnych KZA (I z y d o r c z y k, 2002); konstrukcję tego narzędzia oparto na wynikach analizy czynnikowej metodą osi głównych Varimax; trzy główne czynniki charakteryzowały poszczególne typy zachowań autodestruktywnych jawnych i pośrednich (ukrytych), tj. przebiegających bez świadomej intencji szkodenia sobie i destrukcyjnego oddziaływania na jakość własnego życia;

2) skategoryzowany wywiad kliniczny (weryfikowano w ten sposób wskaźniki doboru do grupy L, D i Z),

3) Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji IPSA II w opracowaniu Z. Gasia, Skalę Ustosunkowań Interpersonalnych SUI w opracowaniu J.M. Stanika.

Zmienną zależną ZA (zachowania autodestruktywne) nazywamy wszelkie formy intencjonalnego (świadomego) i nieintencjonalnego (nieświadomego) szkodenia sobie, tj. skracania bądź obniżania jakości własnego życia przez podejmowanie działań (współ z myślami) zagrażających życiu i zdrowiu. Wskaźnikami zmiennej była obecność wysokiego nasilenia (przyjmuję tutaj, że patologicznego, tj. destabilizującego codzienne życiowe funkcjonowanie jednostki) zachowań mierzonych za pomocą Kwestionariusza Zachowań Autodestruktywnych (KZA). Za patologiczne nasilenie uznałam takie, które osiągnęło przedział punktowy: 3–5 pkt. (dla każdego itemu). Oznacza to nasycenie reakcji autodestruktywnych, sygnowane na skali jako odpowiedź: zawsze, bardzo często, często (tj. kolejno 3, 4, 5 pkt.), w poszczególnych itemach KZA. Kwestionariusz stanowił narzędzie autorskie – nie stosowane powszechnie wcześniej w populacji, szczególnie jeśli chodzi o nerwice i diagnostykę różnicową występujących w nich tendencji autodestruktywnych, dlatego w celu uściślenia weryfikacji wyników badawczych zastosowałam dodatkowo w grupie L i D wybrane skale IPSA II i SUI. Nie zastosowałam tego narzędzia wśród badanych grupy Z ze względów etycznych, uznając je za zbędne, albowiem otrzymane wcześniej wyniki badania Kwestionariuszem wyraźnie

wskazywały na ujawnianie się w tej grupie średniej wartości poziomu nasilenia zachowań autodestruktywnych w granicach tzw. normy. Wyniki uzyskiwane przez badanych tej grupy mieściły się w granicach 2–3 pkt., nie stwierdzono też w tej grupie jawnych skłonności autodestruktywnych typu samookaleczeń i prób samobójczych; uzasadnieniem takiego postępowania były również wyniki wywiadu klinicznego, wskazującego na brak u tych badanych nasilonych objawów chorobowych i wskaźników leczenia z ich powodu.

Uzyskane wyniki przeprowadzonej analizy czynnikowej wraz z pogrupowanymi itemami w główne trzy czynniki przedstawiam w tabelach 1, 2, 3 i 4.

Tabela 1

Wyniki analizy czynnikowej kwestionariusza KZA
– wyjaśnienie globalnej zmienności

Czynnik	Sumy ładunków czynnikowych			Rotacja sum – ładunki czynnikowe
	całość	% wariancji	skumulowany % wariancji	% wariancji
1	11,270	43,345	43,345	35,279
2	2,428	9,338	52,684	9,656
3	1,529	5,882	58,566	9,372
4	0,940	3,616	62,182	5,680
5	0,719	2,767	64,949	4,962
Metoda ekstrakcji: Principal Axis Factoring				64,949

Tabela 2

Ładunki czynnikowe KZA w zakresie itemów czynnika I

Numer czynnika	Numer itemu KZA														
	K ₄	K ₅	K ₆	K ₇	K ₈	K ₉	K ₁₀	K ₁₁	K ₁₂	K ₁₃	K ₁₄	K ₁₇	K ₂₀	K ₂₁	K ₂₂
Czynnik I	0,620	0,602	0,660	0,707	0,724	0,819	0,659	0,773	0,789	0,704	0,813	0,745	0,786	0,835	0,648
p	0,001	0,001	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Tabela 3

**Ładunki czynnikowe KZA w zakresie itemów
czynnika II**

Numer czynnika	Numer itemu KZA		
	K ₂₃	K ₂₄	K ₂₆
Czynnik II	0,708	0,503	0,728
p	0,000	0,005	0,000

Tabela 4

Ładunki czynnikowe KZA w zakresie itemów czynnika III

Numer czynnika	Numer itemu KZA			
	K ₁	K ₂	K ₃	K ₁₉
Czynnik III	0,511	0,719	0,353	0,0535
<i>p</i>	0,004	0,000	0,057	0,002

1. Czynnik (skala) I nazwałam syndromem zachowań autodestruktywnych pośrednich (ukrytych ZAP). Objętych nim zostało 15 itemów KZA. Na ich podstawie charakteryzowałam takie postacie zachowań autodestruktywnych, jak:

- **destruktywne działanie zdrowotne**, tj. eksponowany, utrwalony brak reakcji ze strony jednostki na sygnały (objawy) chorobowe i zaniedbywanie stanu zdrowia przez: złe, szkodzące jej odżywianie się, głodówki, częste objadanie się, nieprzestrzeganie zasad higieny i zaniedbywanie zaleceń lekarsko-pielęgniarskich, niereagowanie na sygnały zmęczenia z tendencją do niwelowania czasu na odpoczynek (K₁₄, K₁₇),
- **destruktywne relacje emocjonalno-społeczne**, charakteryzowane przez eksponowaną w życiu jednostki, utrwaloną tendencję do preferencji krótkotrwałych, powierzchownych związków uczuciowych z innymi ludźmi,
- **reakcje oparte na destruktywnej bezradności, bierności w podejmowaniu działań**, charakteryzowane przez dominację w myśleniu pesymistycznego stylu wyjaśniania zdarzeń.

2. Czynnik (skala) II nazwałam syndromem zachowań autodestruktywnych pośrednich opartych na działaniu (tzw. typ ZAR):

- **reakcje nadmiernie ryzykowne**, związane zwykle z określeniem zachowań „na krawędzi”, „na granicy”, stanowiących potencjalne zagrożenie życia i zdrowia w codziennym funkcjonowaniu zawodowym, osobistym, społecznym itp. (item K₂₃),
- **ekspozycję uzależnień** od alkoholu, leków, narkotyków,
- **uleganie działaniom, określanym mianem „pechowy przypadek”** bądź generowanie ich w dotychczasowym życiu badanych.

3. Czynnik (skala) III nazwałam syndromem zachowań autodestruktywnych jawnych ZAJ. Opisuje on częstotliwość i charakter podejmowanych samookaleczeń ciała i prób samobójczych w przebiegu życia badanych.

Wyniki badań

Analizę wyników badań rozpoczęłam od diagnozy poziomu nasilenia poszczególnych typów zachowań autodestruktywnych w grupie badanych z zaburzeniami lękowymi (L), depresyjnymi (D) i w grupie ludzi nie ujawniających zaburzeń psychicznych (Z). W dalszej kolejności testowałam istotność różnic w zakresie wartości średnich (parametryczny test *t*-Studenta i nieparametryczny χ^2). Wyniki tego testowania przedstawiłam w tabelach 5, 6 i 7.

Tabela 5

Porównanie wyników badanych grupy D (N=30), L (N=30) i Z (N=50) w zakresie poziomu nasilenia zachowań autodestruktywnych pośrednich typu ZAP, ZAR i ZAJ (wykorzystano test *t*-Studenta)

Zachowanie autodestruktywne	Porównywane grupy						Wynik testu	p
	grupa	M	odchylenie standardowe	grupa	M	odchylenie standardowe		
ZAP	nerwica depresyjna (D)	3,56	1,25	zaburzenia lękowe (L)	2,24	0,98	różnica istotna	0,00
	nerwica depresyjna (D)	3,56	1,25	zdrowi (Z)	1,72	0,78	różnica istotna	0,00
	zaburzenia lękowe (L)	2,24	0,98	zdrowi (Z)	1,72	0,78	różnica istotna	0,00
ZAR	nerwica depresyjna (D)	2,52	1,07	zaburzenia lękowe (L)	3,51	0,89	różnica istotna	0,00
	nerwica depresyjna (D)	2,52	1,07	zdrowi (Z)	1,81	0,70	różnica istotna	0,00
	zaburzenia lękowe (L)	3,51	0,89	zdrowi (Z)	1,81	0,70	różnica istotna	0,00
ZAJ	nerwica depresyjna (D)	1,38	0,74	zaburzenia lękowe (L)	1,27	0,48	różnica nieistotna	0,30
	nerwica depresyjna (D)	1,38	0,74	zdrowi (Z)	1,00	0,00	różnica istotna	0,00
	zaburzenia lękowe (L)	1,27	0,48	zdrowi (Z)	1,00	0,00	różnica istotna	0,00

ZAP – zachowania autodestruktywne pośrednie oparte na wyuczonej bezradności,

ZAR – zachowania autodestruktywne pośrednie oparte na nadmiernie podejmowanym ryzyku,

ZAJ – zachowania autodestruktywne jawne

Analiza wyników wskazała na występowanie istotnych statystycznie różnic między badanymi depresyjnymi, lękowymi i tymi, którzy nie ujawniają zaburzeń tego typu, w zakresie średniego poziomu nasilenia u nich, zachowań autodestruktywnych pośrednich i jawnych. Uzyskane dane pozwoliły mi na sporządzenie krótkiej, klinicznej charakterystyki zachowań autodestruktywnych ujawniających się w codziennym życiu tych badanych. Oto ona:

Zachowania autodestruktywne pośrednie, oparte na pesymistycznym myśleniu i bierności (ZAP)

Zachowania te obejmowały wszystkie te reakcje, które określone zostały jako autodestruktywne działania zdrowotne oraz jako destruktywne dla jednostki relacje emocjonalno-społeczne (czynnik I). Otrzymane wyniki wskazują, iż najwyższe nasycenie destruktywnymi działaniami na rzecz braku dobrego stanu zdrowia występowało w grupie badanych chorych na nerwicę depresyjną, najniższe natomiast – u ludzi zdrowych, nie przejawiających zaburzeń lękowych i depresyjnych.

Zachowania autodestruktywne pośrednie, oparte na działaniu (ZAR)

Zachowania te obejmowały destruktywną aktywność, zmierzającą do szkodenia własnemu zdrowiu i życiu, i podejmowanie działań nadmiernie ryzykownych. Analiza porównawcza wyników w zakresie preferencji działań określanych wspólnym mianem nadmiernie ryzykownych w życiu (szybka, brawurowa jazda samochodem, tendencje do przekraczania przepisów drogowych, komunikacyjnych, administracyjnych, prawnych i innych, wypadki drogowe, preferencja walk fizycznych jako sposobu rozwiązywania konfliktów, uprawiania z dużym zaangażowaniem emocjonalnym i fizycznym sportów na granicy ryzyka utraty życia i zdrowia) wskazała również na występowanie istotnych statystycznie różnic pomiędzy badanymi depresyjnymi a badanymi lękowymi i ludźmi zdrowymi. Najwyższy wskaźnik nasilenia wymienionych zachowań ujawnił się wśród chorych z diagnozą zaburzeń lękowych (L) i w sposób istotny dominował nad ich nasileniem zarówno wśród badanych z diagnozą nerwicy depresyjnej (D), jak i wśród ludzi określanych jako tzw. zdrowi (Z). Oznacza to, że podejmowanie działań tzw. wysokiego ryzyka na wielu płaszczyznach życia codziennego preferowane było w grupie chorych z rozpoznanymi zaburzeniami lękowymi (L). Dominowali oni w tym względzie nad badanymi z pozostałych dwóch grup, którzy osiągnęli wyniki na poziomie zbliżonym, znacznie niższym od tych pierwszych. Jak można tłumaczyć takie

inklinacje u badanych chorych grupy „nadmiernego ryzyka” w życiu codziennym? Tak wysokie wyniki mogą mieć związek z równie wysokim u wymienionych napięciem wewnętrznym i poziomem lęku, mogącym wspólnie prowadzić do podejmowania działań nieprzemyślanych, słabo skoordynowanych, mało precyzyjnych, opartych na obecności elementów paniki. Celem ich byłoby rozładowanie napięcia i lęku, skupienie uwagi innych, wołanie o pomoc.

Działania te rzadziej występują u badanych chorych na nerwicę depresyjną ze względu chociażby na często dominujące w jej przebiegu spowolnienie psychoruchowe, apatię i wyizolowanie z kontaktów społecznych. To ostatnie (częsty objaw w zaburzeniach depresyjnych) nie sprzyja „otwartemu ryzykowaniu”. Chorzy tego typu prezentują zwykle małą aktywność własną, często też przez narastające objawy depresyjne unikają kontaktu wprost. Za to, jak się wydaje, preferują autodestrukcję w działaniu nie wprost, co potwierdzają wyniki badań tej grupy omawiane np. w ramach preferencji zachowań autodestruktywnych ZAP. Wysokie nasilenie tendencji do podejmowania działań ryzykownych, potencjalnie zagrażających życiu i zdrowiu, u chorych z rozpoznanymi zaburzeniami lękowymi stanowić może zjawisko nader niebezpieczne, albowiem wspólnie z lękową symptomatologią może korelować z prowokacją do prób samobójczych. Jak wynika z przeprowadzonych badań, grupa chorych z zaburzeniami lękowymi (L) osiągnęła w zakresie zachowań autodestruktywnych jawnych (próby samobójcze) wartość istotnie przewyższającą wyniki badanych grupy D i Z (norma). Nie można wykluczyć, iż opisywane formy reakcji autodestruktywnych jawnych u badanych tej grupy mają podłoże wynikające z wewnętrznego napięcia lękowego i różnych form jego rozładowywania.

Analiza wyników uzyskanych w zakresie treści ujawniających uleganie w codziennym życiu tzw. pechowym przypadkom wskazała na istnienie również podobnych różnic pomiędzy badanymi chorymi na nerwicę depresyjną a badanymi chorymi z diagnozą zaburzeń lękowych i z tzw. zdrowymi. Wysokie nasilenie skłonności do ulegania tzw. pechowym przypadkom ujawniło się głównie w grupie cierpiących na zaburzenia lękowe, a następnie u chorych z symptomatologią depresyjną. Chorzy ci, warunkowani w działaniu napięciem wewnętrznym, mogą mieć skłonności do reakcji nieprecyzyjnych, mało skoordynowanych i nieprzemyślanych, mogą też doznawać pecha i porażek częściej niż pozostali. Wydaje się, że badani chorzy z grupy D z racji dominującej izolacji społecznej i tendencji do unikania działań, generalnie mają mniejsze szanse na doświadczenie tego, co pechowe, ponieważ sami z tej aktywności wcześniej się wycofują. Nie mają więc oni szansy z „pechem” się spotkać.

Reasumując, można przyjąć, iż dokonana analiza statystyczna potwierdziła występowanie istotnej różnicy w zakresie częstotliwości występowania prezentowanych zachowań autodestruktywnych pośrednich pomiędzy badanymi chorymi z diagnozą nerwicy depresyjnej a chorymi z diagnozą zaburzeń lęko-

wych, oraz to, że istnieje różnica w zakresie częstotliwości występowania prezentowanych zachowań autodestruktywnych pośrednich pomiędzy badanymi chorymi z nerwicą depresyjną a jednostkami określonymi jako zdrowe (Z). Badani reprezentujący zaburzenia lękowe (L) ujawniają największe, spośród ogółu 110 osób, patologiczne nasilenie (wysoką częstotliwość występowania) zachowań autodestruktywnych pośrednich, opartych na nadmiernym ryzyku (ZAR). Do zachowań autodestruktywnych można zaliczyć również uzależnienia. Zachowania te obejmowały stopień nasilenia i preferencji, w dotychczasowym życiu każdego z badanych, uzależnień od alkoholu, narkotyków i leków. Analiza porównawcza wyników średnich w zakresie częstotliwości występowania u badanych grupy D, L i Z wskazała na istnienie różnic pomiędzy grupą chorych na nerwicę depresyjną a grupą badanych z diagnozą zaburzeń lękowych. Nieco mniejsza okazała się różnica pomiędzy pierwszą ze wspomnianych grup D a grupą ludzi zdrowych Z. Zachowania autodestruktywne o charakterze uzależnień dominują w formie nasilenia patologicznego w grupie zaburzeń lękowych L i w grupie chorych na nerwicę depresyjną D. Poziom ich nasilenia w grupie badanych z rozpoznaniem zaburzeń lękowych L jest zdecydowanie większy niż w grupie D. W grupie ludzi zdrowych Z obserwuje się brak tak wysokiego nasilenia uzależnień od alkoholu i leków. Ogólny poziom ich nasilenia jest określany jako niski. Oznacza to, iż dla badanych z grupy Z charakterystyczne są, głównie w doświadczeniu życiowym, sytuacje okazjonalnego spożywania alkoholu i leków, bez cech uzależnienia. Natomiast wśród badanych grupy D i L znacznie częściej ujawniają się cechy nadużywania alkoholu, narkotyków i leków.

Zachowania autodestruktywne jawne (ZAJ – próby samobójcze, samouszkodzenia)

Statystyczna analiza porównawcza wymienionych zachowań autodestruktywnych potwierdziła występowanie istotnych różnic w zakresie poziomu ich nasilenia pomiędzy badanymi grupami chorych na nerwicę depresyjną i chorymi z diagnozą zaburzeń lękowych (L) w porównaniu z ludźmi tzw. zdrowymi (Z). Wyniki badań określające częstotliwość występowania samouszkodzeń ciała potwierdzają najwyższy, spośród wszystkich badanych, wskaźnik samo-okaleczeń (prób samobójczych) w grupie zaburzeń lękowych. Przewyższa on w tym względzie wyniki grupy D. Potwierdzałoby to większą częstotliwość występowania prób samobójczych u tych pierwszych, nieco niższą w grupie chorych z diagnozą nerwicy depresyjnej, a najniższą u badanych z grupy Z. Wysokie wskaźniki w grupie lękowej mogą potwierdzać wpływ podwyższonego poziomu lęku oraz napięcia wewnętrznego w generowaniu zamachów samobójczych (rozumianych często jako efekt jego rozładowania).

Tabela 6

Częstotliwość występowania zachowań autodestruktywnych jawnych u badanych grup D, L i Z (N=110)

Zachowania autodestruktywne jawne zdychotomizowane	Nerwica depresyjna	Zaburzenia lękowe	Norma (Z)	Ogółem
Brak	23	18	50	91
Obecne	7	12	0	19
Ogółem	30	30	50	110

Tabela 7

Porównanie średnich arytmetycznych w zakresie wyników przeliczonych (steny i oktyle), uzyskanych przez badanych grup D i L (N=60) w wybranych skalach testów psychometrycznych: IPSA II, SUI

Rodzaj testu	Grupa	N	M	Odchylenie standardowe	Standardowy bilans średniej	t	p
IPSA Gaś (2)	nerwica depresyjna	30	5,67	1,54	0,28	5,608	0,000
	zaburzenia lękowe	30	2,97	2,14	0,39		
IPSA Gaś (5)	nerwica depresyjna	30	6,53	1,46	0,27	4,422	0,000
	zaburzenia lękowe	30	4,20	2,50	0,46		
IPSA Gaś (6)	nerwica depresyjna	30	5,10	0,84	0,15	3,475	0,001
	zaburzenia lękowe	30	3,73	1,98	0,36		
IPSA Gaś (8)	nerwica depresyjna	30	7,83	0,79	0,14	3,776	0,001
	zaburzenia lękowe	30	6,40	1,92	0,35		
IPSA Gaś (10)	nerwica depresyjna	30	6,80	1,10	0,20	4,537	0,000
	zaburzenia lękowe	30	5,30	1,44	0,26		
SUI 5 Masochizm	nerwica depresyjna	30	7,20	0,61	0,11	1,887	0,066
	zaburzenia lękowe	30	6,67	1,42	0,26		
SUI 6 Podejrzliwość	nerwica depresyjna	30	6,03	0,93	0,17	0,751	0,457
	zaburzenia lękowe	30	5,73	1,98	0,36		
SUI 7 Agresja	nerwica depresyjna	30	5,90	0,88	0,16	0,296	0,769
	zaburzenia lękowe	30	5,77	2,30	0,42		
SUI 9 Samoakceptacja	nerwica depresyjna	30	7,07	1,28	0,23	0,924	0,360
	zaburzenia lękowe	30	7,33	0,92	0,17		
SUI 12 Pesymizm	nerwica depresyjna	30	6,53	1,68	0,31	0,077	0,938
	zaburzenia lękowe	30	6,50	1,66	0,30		

Psychometryczną weryfikację nasilenia eksponowanych zachowań autodestruktywnych w grupie badanych osób doświadczających lęku i depresji, stanowiły następujące narzędzia psychometryczne: Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji (IPSA II) Z. Gasia (skala II – skłonności autodestrukcyjne, skala V – nieuświadomione skłonności autodestrukcyjne, skala VIII – wrogość wobec siebie). Ze względów etycznych i braku merytorycznego uzasadnienia nie wykonywano tego pomiaru u badanych z grupy Z. Badani ci również ze względu na brak ekspozycji zaburzeń lękowych i wstępny etap badań oraz ze względu na niewystępowanie u nich patologicznego nasilenia większości zachowań autodestruktywnych zostali z dalszej procedury badawczej wykluczeni.

Poza analizą statystyczną przeprowadziłam w zakresie charakterystyki zachowań jawnie autodestruktywnych w grupie D i L również krótką ich analizę jakościową, ponieważ poziom ich nasilenia znacząco przewyższał ten w grupie tzw. zdrowych, gdzie samookaleczeń nie stwierdzono. Wskazała ona na to, iż próby samobójcze w pierwszej z wymienionych grup miały charakter wyłącznie zatrucia lekami, natomiast w grupie podstawowej D ich rodzaj był zróżnicowany. Obok zatrucia lekami obecne też były próby wieszania się (1 przypadek) i zatrucia gazem (2), podcięcia żył (1). Potwierdzałoby to tezę, iż w grupie D pojawiały się próby samobójcze w swoim charakterze groźniejsze, samookaleczające, w skutkach bardziej związane z przeżywaniem cierpienia niż w grupie L.

Analiza wyników w zakresie skal psychometrycznych reprezentujących skłonności autoagresywne pomiędzy grupami D i L wskazała na istnienie statystycznych różnic pomiędzy badanymi obu grup w zakresie kierowania agresji fizycznej na siebie (badani depresyjni istotnie częściej kierowali agresję fizyczną na siebie niż badani lękowi, co potwierdza skala II IPSA II). Istotne zróżnicowanie pomiędzy badanymi grupy depresyjnej D i lękowej L oraz osiągnięcie patologicznego nasycenia cechą stwierdzono w przypadku cechy określonej jako wrogość do siebie (skala VIII IPSA II, gdzie wartość średnia wyników mieściła się w granicach i powyżej 7. stena). Porównanie różnic średnich wskazało na istotnie wyższe nasilenie patologiczne wymienionych cech i zachowań w grupie chorych z diagnozą nerwicy depresyjnej (grupa D). Potwierdza to tezę, iż badani ci skłonni są do negatywnej samooceny i samoponizania się. Nie stwierdzono takiego poziomu nasilenia tego czynnika w grupie L.

Podsumowując całokształt wyników analizy porównawczej, jakości i częstotliwości występowania zachowań autodestruktywnych jawnych i pośrednich (ukrytych) wśród badanych depresyjnych i lękowych, można stwierdzić, iż u tych ostatnich dominują zachowania autoagresywne jawne (ZAJ) typu próby samobójcze, a także zachowania autoagresywne pośrednie, określane mianem działań nadmiernie ryzykownych i tzw. pechowych (ZAR). Zasadne wydaje się

postawienie pytania, czy nie wynikają one z jednego, wspólnego mechanizmu, opartego na „nerwicowym błędnym kole”, redukcji napięcia lękowego przez taki właśnie sposób jego rozładowania oraz funkcjonowania pod jego stałym wpływem, co w sposób istotny może dezorganizować koordynację, celowość i precyzję podejmowanych działań. Jednak stwierdzono również wyraźną dominację w grupie badanych depresyjnych zachowań autoagresywnych pośrednich opartych na destruktywnym pesymizmie i braku kreatywnej aktywności (ZAP). Zachowania te charakteryzują się niepodjęciem działań podtrzymujących stan zdrowia i satysfakcjonujące relacje emocjonalno-społeczne, ani zachowań jawnie autoagresywnych z mniej uwypukloną, ale obecną w sposób zdecydowanie wyraźniejszy niż w grupie L, tendencją do samookaleczeń i samouszkodzeń ciała (jego różnych narządów i układów). Może to wskazywać na inny patomechanizm ich powstawania i przebiegu wśród badanych depresyjnych. Mechanizm ten koreluje raczej, jak się wydaje, z odczuwaną wrogością do siebie, co potwierdzać mogą też wyniki badania psychometrycznego, głównie skali VIII Inwentarza Psychologicznego Syndromu Agresji. Biorąc pod uwagę fakt większej bierności, apatii u badanych depresyjnych, wyraźnie u nich mniejszej tendencji do działań typu nadmiernego ryzyka (ZAR), występujące znaczne zróżnicowanie w tym względzie z grupami badanych lękowych zdrowych, a także biorąc pod uwagę wcześniej przytoczone dane, można postawić hipotezę, iż ogół tych destruktywnych dla badanych działań może wynikać z uwarunkowań o podłożu osobowościowym.

Wnioski

Otrzymane wyniki przeprowadzonych badań na wybranej populacji osób doświadczających lęku i depresji wskazują na ujawnianie się w ich codziennym życiu szerokiej gamy zachowań autodestruktywnych – zarówno jawnych, jak i pośrednich. Ich nasilenie ma charakter patologiczny, tj. szkodliwy dla zdrowia i destabilizujący codzienne funkcjonowanie badanych. Osoby doświadczające nasilonego lęku eksponują w swoim codziennym funkcjonowaniu szczególnie silnie (o cechach patologicznych) zachowania oparte na tzw. nadmiernym ryzyku, doświadczaniu „pechowych przypadków” oraz ujawniają tendencje samobójcze. Natomiast badane osoby depresyjne wykazywały głównie nasilone patologiczne skłonności do ekspozycji w swojej codzienności zachowań autodestruktywnych pośrednich, opartych na negatywnym myśleniu, bierności w podejmowaniu działań (destruktywne relacje emocjonalno-społeczne i zaniedbania na rzecz utrzymania dobrego/istniejącego stanu zdrowia).

Można wnioskować, iż w obu wypadkach jakość życia tych ludzi nabiera wymiaru wyrażnie autodestruktywnego. Oni sami często mówią, że ich życie „traci sens” i ukierunkowane jest na destrukcję. Wpływać to może na uruchamianie niekonstruktywnych strategii radzenia sobie zarówno w sytuacjach życia codziennego, jak i w leczeniu. Wydaje się więc zasadne uwzględnienie procedur pomocy psychologicznej w walce z ich autodestruktywnością, aby wspierać jednocześnie proces ich zdrowienia.

Bibliografia

- Eckhardt A., 1998: *Autoagresja*. Warszawa.
- Farazzy A.R., 1992: *Bodies under siege-self-motivation in culture and psychiatry*. Baltimore-London.
- Horney K., 1993: *Neurotyczny rozwój osobowości*. Poznań.
- Horney K., 1994: *Nasze wewnętrzne konflikty*. Poznań.
- Izydorczyk B.: *Konstrukt mechanizmu autodestrukcji w przebiegu nerwicy depresyjnej* [Niepublikowana rozprawa doktorska].
- Jarosz M., 1980: *Samoniszczenie. Samobójstwo. Alkoholizm. Narkomania*. Wrocław-Warszawa-Kraków-Gdańsk.
- Kelley K., 1985: *Chronic self-destructiveness conceptualisation measurement and initial validation of the construct*. „Motivation and Emotion”, T. 9, No. 2, s. 135-151.
- Suchańska A., 1995a: *Behawioralne wskaźniki pośredniej autodestruktywności a styl wyjaśniania zdarzeń*. „Czasopismo Psychologiczne”, nr 1-2.
- Suchańska A., 1995b: *Teoretyczne i kliniczne problemy ukrytej autodestruktywności*. W: *Elementy psychologii klinicznej*. Red. B. Waligóra. Cz. IV. Poznań.