

This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY-ND 4.0 International) license • <https://creativecommons.org/licenses/by-nd/4.0>



BEATA BOĆWIŃSKA-KILUK

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Polska

ORCID 0000-0001-5743-529X • e-mail: b.kiluk@uwb.edu.pl

NAPOLEON WASZKIEWICZ

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Polska

ORCID 0000-0002-7021-5133 • e-mail: psych@umb.edu.pl

Zgłoszono: 14.03.2022; recenzowano: 18.08.2022; zaakceptowano do druku: 30.08.2022

SAMOOKALECZENIA I WIRTUALNY WSZECHŚWIAT. REKONFIGURACJA SPOŁECZNOŚCI TERAPEUTYCZNEJ – STUDIUM PRZYPADKU

SELF-HARM AND A VIRTUAL UNIVERSE. RECONFIGURATION OF THE THERAPEUTIC COMMUNITY – CASE STUDY

Abstract: The objective of the study is to describe a fundamental reconfiguration of therapeutic community by using cyberworld in self-harmer of a young woman. Using the case study on a patient during her psychoanalytic psychotherapy. The data indicated that self-harm and paralleled cybersocieties have the same function. They are the transitional objects. Cybersocieties are used as a reconfiguration of a therapeutic community. A relationship between self-harming and using cybergroups is confirmed as a reconfiguration of some levels of ego function.

Keywords: self-harm, therapeutic community, reconfiguration, case study.

Streszczenie: Celem prezentowanego studium przypadku jest analiza funkcji wirtualnych grup, do których logowała się, przechodziła i uznawała za cybernetyczny tymczasowy adres młoda kobieta zaangażowana w samookaleczenia w trakcie procesu psychoterapii psychoanalitycznej. Wykorzystano w tym celu metodę studium przypadku. Uzyskane dane wskazują, że samookaleczenia i równoległe cyberspołeczeństwa pełniły tę samą funkcję. Były obiektami przejściowymi. Stąd można wyciągnąć wniosek, że cyberspołeczności służyły młodej kobiecie jako społeczność terapeutyczna. Związek między samookaleczaniem a wykorzystywaniem cybergrup potwierdza się jako rekonfiguracja społeczności terapeutycznej i niektórych poziomów funkcji ego.

Słowa kluczowe: samookaleczenie, społeczność terapeutyczna, rekonfiguracja, studium przypadku.

Wprowadzenie

Samookaleczanie (NSSID, samouszkodzenie, samomodyfikacja ciała, dermatilomania, *body art*, *body stalking*, autoagresja, samozatrucie, autoimmunizacja cielesna) to traktowanie własnego ciała służące różnym celom. Niezależnie od celów takiego postępowania samookaleczenie należy do opresyjnej działalności człowieka w świecie zachodnim, a przyzwolenie na prześladowanie osób z bliznami skórnymi i zmianami na ciele trwa od około dwóch wieków. Z tego powodu nieprzerwanie pozostaje umiarkowanym tabu utrudniającym rozpoznanie motywów działania jednostki. Utrudnia też ewentualne poszukiwanie wsparcia czy terapii. Ten problem natury indywidualnej, społecznej, zdrowotnej, rasowej, kulturowej definiowany jest jako „celowe zniszczenie lub zmiana tkanki ciała bez świadomych zamiarów samobójczych” (Favazza 1989, s. 137). Pomimo niechęci, a czasem nawet nakładania sankcji społecznych na ludzi pod koniec XX wieku (Meltzer i in. 2002) samookaleczenie zaczęło rozprzestrzeniać się na szeroką skalę już nie tylko w grupach ludzi młodych, a także więźniów, choć nadal w rankingach obie te grupy pozostają w czołówce takich działań. Średnia częstość występowania samookaleczeń we wszystkich fazach adolescencji na całym świecie wynosiła 18 proc. (Muehlenkamp i in. 2012), a w grupie więźniów szacunek różnicowany płcią wynosił 5–6 proc. u mężczyzn i 20–24 proc. u kobiet (Hawton 2014). Dodatkowo, w pierwszej dekadzie XXI wieku dramatycznie ewoluowały cybergrupy osób zaangażowanych w różne formy samookaleczeń (Harris, Roberts 2013). Szacuje się, że tendencja do rozpowszechniania informacji na temat jawnych i ukrytych samookaleczeń (Nicholson i in. 2007) wzrastała w krajach cywilizowanych szczególnie w grupie młodych kobiet serfujących w internecie (Murray, Fox 2006; Nicholson i in. 2007; Prasad, Owens 2001). W literaturze przedmiotu opisano kilka funkcji, jakie spełniały witryny internetowe, będące miejscem spotkań samookaleczających się „cyfrowych tubylców” (Adler, Adler 2013). Tak więc internetowa przestrzeń stała się miejscem zagnieżdżania się cyberspołeczności samookaleczających się, które dotychczas były raczej stygmatyzowane i medykalizowane z całą dalszą konsekwencją postępowania leczniczego.

Różnorodność cyberświata – fora dyskusyjne, tablice ogłoszeniowe, witryny itd. – po pierwsze, umożliwiają jednostkom samookaleczającym się dołączanie i przechodzenie przez różne społeczności w trakcie „bawienia się” tym zachowaniem, powiązanych ze znacząco odmiennymi sposobami definiowania, odpowiadania i wartościowania oraz strategiami walki z nim (Harris, Roberts 2013). Po drugie zaś wskazana różnorodność cyberświata zaczęła wyręczać czy uzupełniać *stricte* medyczne modele terapeutyczne (Ekman 2016) stosowane w odpowiedzi na „niesamobójczy zespół samookaleczeń” (NSSID), który został uznany za unikalną jednostkę kliniczną wpisaną do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), a następnie zdegradowany do Sekcji 3 (Zaburzenia Wymagające Dalszych Badań) DSM-5 (Regier 2013) ze względu na niską niezawodność zespołu w różnych

kulturach. Jak dotąd kliniczne diagnozowanie samouszkodzeń jako choroby nie sprawdziło się, usankcjonowane medyczne terapie oparte na likwidacji szkód natomiast pozostały. Karl Menninger (1935), analizując przypadki samookaleczeń, wśród ich cech wspólnych wymienił m.in., że to autoagresywne zachowanie jest ogólną tendencją, a nie diagnozą kliniczną, i wydaje się, że miał rację. Ten sam autor jako jeden z pierwszych eksplorował zjawisko samookaleczeń z wykorzystaniem studium przypadków. Potem ewolucja badawcza w nauce przesunęła się bardziej w stronę badań ilościowych, które stały się dominującą i bardziej cenioną procedurą badawczą, co doprowadziło do niejako gorszego traktowania przez świat nauki procedury jakościowej, pokazującej perspektywę osoby zaangażowanej w samookaleczanie, która może stanowić nową odśłonę prowadzącą do rekonfiguracji wiedzy naukowej (Brickman 2004). Niezmiennie nadrzędnym celem badań jest odkrywanie prawdy, dostarczenie praktykom odpowiedniej wiedzy i treningów adekwatnego odpowiadania na zachowania autoagresywne jednostek, grup społecznych, płciowych czy kulturowych. Nie słabnie i wciąż pozostaje zagadką zwiększona podatność cywilizacyjna na samookaleczanie się, podobnie jak współczesne usadowienie się społeczności samookaleczających się na cyfrowym pograniczu.

Celem artykułu jest znalezienie odpowiedzi na dwa pytania: Jakie biologiczne mechanizmy predysponują młodą samookaleczającą się kobietę w trakcie psychoterapii psychoanalitycznej do inicjowania, włączania i utrzymywania zaangażowania w cybergrupy? Jaką funkcję cyberspołeczności pełnią w tym przypadku? Rozważanie tych kwestii będzie uwzględniać złożoną interakcję pomiędzy tandemem samookaleczenia – cyberspołeczności, która przyczynia się do kształtowania trajektorii rozwojowej kobiety. Prezentowane studium przypadku, które omawia funkcje uczestnictwa młodej samookaleczającej się kobiety w cyberspołecznościach, noszące cechy rekonfiguracji społeczności terapeutycznej, poprzedza opis ewolucji tandemu samookaleczanie–cyberświat.

Ewolucja tandemu samookaleczanie–serfowanie w sieci

Samookaleczenia, dotychczas umieszczane głównie w wymiarze dramatyczno-emocjonalnym są postrzegane przez świat nauki jako powodowane głównie przez środowisko, a nie biologię, i wiązane są z traumatycznymi problemami psychologicznymi lub sytuacyjnymi z wczesnych okresów życia. Inaczej mówiąc, z doświadczeniem bycia przedmiotem (czegoś niepożądanego lub nieprzyjemnego) w wyniku zachowania własnego lub innych osób oraz zdarzeń losowych. Jako takie uważane są za sporadyczny efekt uboczny zaburzeń osobowości z pogranicza (niewłaściwy gniew, impulsywne zachowania i skrajna wrażliwość na stres) (Andover i in. 2005). Uważane za są za zachowania aspołeczne (skłonność do agresji, lekkomyślne lekceważenie bezpieczeństwa osobistego) (Smith 2014), histrioniczne (wszechobecny wzorzec nadmiernej emocjonalności i zachowania zwracającego uwagę, często realizowane poprzez wygląd fizyczny). Traktowane bywają również jako zespół

stresu pourazowego (doświadczenie przemocy, gwałtu lub wojny) albo jako powstałe w wyniku różnych zaburzeń dysocjacyjnych (w tym zaburzenia osobowości mnogiej), zaburzeń odżywiania (Brumberg 1988) oraz szeregu innych stanów, takich jak kleptomania, depersonalizacja, nadużywanie substancji, uzależnienie od alkoholu, próby samobójcze (Joiner 2001) i różnych zaburzeń depresyjnych (Bowen, John 2001). Coraz częściej pojawiają się dowody na biologiczną, wrodzoną etiologię tych zachowań (Boćwińska-Kiluk 2020). Niezależnie od naukowych dywagacji, aktywni „wyznawcy” dokonywania zmian cielesnych pod autoagresją najczęściej ukrywali swoją „dermalną tożsamość”, pod znamionami ukrytymi pod ubraniem, zachowanymi przed oczami piętnującego społeczeństwa. Niechętnie również korzystali z indywidualistycznych, psychomedycznych modeli leczenia, które głównie izolują i stygmatyzują. Niemniej system medyczny i terapeutyczny stopniowo zaczął otwierać się na pomoc tym osobom, oferując im nie tylko procedury *stricte* medyczne – zszywanie, opatrywanie ran, przepisywanie leków, ale i psychologiczne – terapie grupowe, indywidualne, oparte na różnych koncepcjach, aczkolwiek dominowały podejścia behawioralne nastawione na „zmniejszenie szkód” i „likwidację szkód”. Zajmowanie się widocznym skutkiem opisywanych zachowań okazało się mało skuteczne, ale pozwoliło przerzucić most dociekań badawczych w różnych kierunkach, ponieważ umożliwiło wyjście osobom samookaleczającym się z niewidocznej strefy. Powoli część osób została niejako zmuszona (np. ciężkością obrażeń) do przyznania się do zachowań autoagresywnych widocznych na płaszczyźnie medycznej i terapeutycznej. Paralelnie, podobne wyznania zaczęły płynąć ze szklanego ekranu telewizora czy ekranu filmowego, epatując społeczeństwo bliznami sławnych osób, bądź ich osobistą spowiedzią w tym temacie (Egan 1997). Osoby „nieistniejące” i rozproszone, ukrywające się, zaczęły więc wyłaniać się z „nieistniejącej martwej przestrzeni społecznej” i istnieć najpierw w przestrzeni medycznej, potem społecznej, naukowej, a obecnie wirtualnej, równie szybko rozwijającej się jak fenomen samookaleczeń. Pojawiły się osoby proponujące różnego rodzaju usługi w sieci, przyciągające i goszczące pokaleczonych przybyszów poprzez tworzenie im bardziej łaskawej niż tradycyjna konserwatywna rzeczywistość społeczna niszy albo czasoprzestrzeni. Panuje niezmiennie przekonanie, *à propos*, iż świat „twarzą w twarz” jest światem stałym i oferującym klasyczne sposoby pomocy psychologiczno-psychiatrycznej, jak i samopomocy, które najlepiej odpowiadają potrzebom rozwojowym człowieka. Jednym z nich jest ruch społeczności terapeutycznych, kładący nacisk na uczenie się społeczne i wzajemną samopomoc poszczególnych uczestników biorących na siebie część odpowiedzialności za powrót do zdrowia swoich członków.

Historycznie, komuny terapeutyczne były postrzegane jako samopomocowa alternatywa dla medycznie zorientowanych strategii, które cechowały się małą dostępnością. Po raz pierwszy zostały zorganizowane na szerszą skalę przez pacjentów psychiatrycznych w Wielkiej Brytanii (Jones 1956) i osoby uzależnione w Stanach Zjednoczonych w XX wieku (Debaere, Vanheule, Inslegers 2014).

Następnie rozszerzyły się na cały świat (Bunt i in. 2008) i różnorodne populacje chorych i zaburzonych (De Leon 1997; Sacks i in. 2008; Jainchill i in. 2005), pomimo większej dostępności profesjonalnego personelu medycznego (konsultantów, psychiatrów, psychologów, psychoterapeutów, psychoanalityków, pielęgniarek). Najbardziej znaną społecznością terapeutyczną od lat 80. i 90. ub. wieku jest Ruch Anonimowych Alkoholików (AA), który obejmuje ogromną liczbę grup wzajemnego wsparcia (Moos i in. 1993; Kurtz 1997). Grupy te najczęściej organizowane były oddolnie przez samych użytkowników i pozbawione były stratyfikacyjnych ról lekarza psychiatry oraz profesjonalnego terapeuty, a jedynie gromadziły pomagających sobie i innym członków (Harwood 2010). Uwidaczniały się w nich określone dewiacyjne zachowania, piętnowano, kryminalizowano bądź medykaliizowano je społecznie. Główne założenie opierało się na przekonaniu, iż ludzie, którzy postrzegają przejawiane własne zachowanie jako niepożądane, mogą pomagać sobie nawzajem poprzez bezpośrednie wyznania, narracje, doświadczenia i wgląd w siebie. Ponadto umożliwiają pielęgnowanie i czerpanie korzyści z ich organizacyjnej skuteczności lobbowania, protestowania lub innych działań na rzecz zmiany społecznych definicji, przekonań lub wartości (Lyman 1970). Komuny osób samookaleczających się nie powstały jednak z powodu stygmatyzacji społecznej. Od początku XXI wieku świat wirtualny – wciąż jeszcze nieuporządkowany – listy serwerów (popularna lista pocztowa w internecie), strony internetowe, blogi, elektroniczne tablice ogłoszeniowe, elektroniczne biuletyny informacyjne, elektroniczne systemy rozpowszechniania, fora, witryny, blogi, czaty, a w szczególności media społecznościowe, zapewniające większą anonimowość, stały się miejscami tworzenia się społeczności terapeutycznych oraz wzmożonej interakcji indywidualnych i grupowych osób samookaleczających się. Badania pokazują, iż ok. 22 proc. osób z historią dokonanego samookaleczenia deklaruje zapuszczanie się w cyberprzestrzeń w związku z tym zachowaniem (Mars i in. 2015). Większość korzysta z internetu w konstruktywnych celach, takich jak: (re)edukacyjne (wyszukiwanie informacji, poznawanie siebie), psychologiczne (mechanizm radzenia sobie z niepokojem) (Baker, Fortune 2008), stabilizowanie, kontrolowanie częstotliwości i nasilenia zachowania (Murray, Fox 2006), społeczne (rekonstrukcja przynależności, uczestnictwa, wsparcia i zrozumienia) czy indywidualne (rekonstrukcja parametrów własnej tożsamości i poczucia siebie). Jednak ewentualna ekwifinalność czy funkcjonalna równoważność współobecności wirtualnych i rzeczywistych środowisk terapeutycznych dopiero zaczyna być eksplorowana (Russell 2015), mimo że dotychczas raczej budziła niepokój. Sytuacja zbiegła się w czasie z epidemią koronawirusa i przeniesieniem szeroko rozumianych spotkań edukacyjnych i terapeutycznych do świata wirtualnego. Należy zauważyć jednak, iż zjawisko organizowania się osób samookaleczających się w sieciach internetowych jest fenomenem niezależnym od pandemii COVID-19. Wirtualne skupiska samookaleczających się stały się bardzo powszechne, szczególnie wśród ludzi młodych (Daine i in. 2013; Dubicka, Theodosiou 2020; Department for Digital, Culture, Media & Sport 2019),

którzy jeszcze do niedawna w związku z represjami społecznymi, tj. potępienie, ostracyzm, cierpieli w samotności i w milczeniu. Obecnie cybersieć reprezentuje miejsce i czasoprzestrzeń umożliwiające ludziom o podobnych preferencjach uwolnienie się od konieczności ukrywania swojego własnoręcznie wygrawerowanego wizualnego wyglądu. Skanowanie internetu pokazuje, iż w pierwszej dekadzie XXI wieku działało ponad 500 stron internetowych skierowanych do samookaleczających się (Whitlock i in. 2007). Wśród nich można wyodrębnić, z jednej strony, strony uwikłane w bardziej tradycyjne podejście (wspieranie rezygnacji z autoagresji), a z drugiej, strony normalizujące, a nawet zachęcające do nieskrępowanego samookaleczania się według potrzeb (Mars i in. 2015). Jakkolwiek wciąż niewiele wiadomo o długoterminowych skutkach wpływu internetowych grup wsparcia na ich użytkowników (Eysenbach i in. 2004). Niemniej, zwiększona mobilność, obejmująca cały świat, a także łatwy, powszechny dostęp do technologii wciągają przedstawicieli pokolenia ery cyfryzacji zaangażowanych w samookaleczenia, szybko i bezkrytycznie, w wykorzystywanie mediacyjnych technologii i funkcjonowania na pograniczu światów – realnego i cyfrowego.

Cel badań

Celem badania złożonego z wielokrotnych wywiadów i obserwacji przebiegających w trakcie psychoterapii psychoanalitycznej indywidualnej, stacjonarnej i ambulatoryjnej samookaleczającej się pacjentki o kryptonimie M. (imię i konkretne szczegóły zostały zmienione lub zatajone w imię zasady poufności) było: (1) zbadanie funkcji cybernetycznych grup samookaleczających się, w które młoda kobieta angażowała się; (2) zbadanie, w jaki sposób internetowe skupiska osób samookaleczających się wpływały na jej zachowania związane z autoagresją, oraz (3) zidentyfikowanie etapów procesu reintegracji parametrów tożsamości indywidualnej i społecznej M., jako użytkownika cyberswiata i świata realnego.

Materiał i metoda

Materiał badawczy pozyskano w trakcie prowadzenia studium przypadku młodej kobiety, która została nieformalnie skierowana na psychoterapię z powodu rozległej depresji, łącznie z myślami samobójczymi oraz angażowania się w „samookaleczenia ciężkie” (Favazza 1989), obejmujące celowanie w twarz, szyję, łamanie kości, które okresowo mogły zagrażać jej zdrowiu i życiu.

Procedura i analiza danych

Dane zostały pozyskane w procesie wielokrotnych obserwacji i wywiadów klinicznych podczas sesji psychoterapeutycznych w koncepcji psychoanalitycznej, a zatem zgodnie z podejściem opartym na teorii ugruntowanej (Corbin, Strauss 2007).

To indukcyjne podejście dostarczyło bogatego materiału w kontekście motywacji M. do korzystania z grup społecznościowych w sieci, do których pacjentka odwoływała się w przeciągu psychoterapii i w związku z samookaleczaniem się, co może być interpretowane jako rekonfiguracja społeczności terapeutycznej, potrzebnej do rekonstrukcji parametrów własnej osobowości w wymiarze indywidualnym i społecznym. Kodowanie obejmowało tematy: pochodzenie rodzinne, historia samookaleczania z próbami samobójczymi i odwiedzanie stron internetowych. Kompleksowy system profilowania zachowania M. służył ustaleniu nieświadomych motywów wykorzystywania przez nią najpierw samookaleczeń, a potem cyberspołeczności.

Podmiot badań

M., 21-letnia kobieta, była uczestniczką większego badania naukowego, w którym stosowano następujące kryteria rekrutacji: (a) posiadanie dokumentacji medycznej związanej z dokonywaniem samookaleczeń; (b) praktykowanie samookaleczeń z taką częstotliwością i intensywnością, które powodowały fizyczne blizny, oraz (c) zaangażowanie w cybergrupy w związku z samookaleczaniem. To oryginalne badanie wykorzystywało celową technikę próbek, zaprojektowaną z uwzględnieniem pacjentów z praktykami samookaleczania się, którzy korzystali z psychoterapii psychoanalitycznej ambulatoryjnej (Singleton, Straits 2005). Uczestniczka tego studium przypadku w trakcie psychoterapii zaczęła korzystać z internetu i wykazała się wyraźną przenikliwością w wyjaśnianiu tego zachowania i łączenia go z samookaleczaniem, co dało podstawę metodologii studium przypadku.

M. miała 21 lat w momencie przyścia na konsultacje psychoterapeutyczne po dwutygodniowej hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym. Od kilku lat korzystała z pomocy psychiatrycznej i terapeutycznej z aktualną diagnozą zaburzeń depresyjnych, aczkolwiek od 13. roku życia otrzymywała wciąż „nowe diagnozy”: choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenia lękowe, zespół stresu pourazowego (PTSD), zaburzenia psychotyczne i nadużywanie alkoholu i leków. Młoda kobieta wykazywała refleksyjny wgląd i ponadprzeciętny poziom inteligencji (diagnoza na podstawie obserwacji i konsultacji), pomimo trudności z wyrażaniem się i komunikowaniem emocji na pograniczu aleksytymii (Klonsky, Muehlenkamp 2007).

Wybór studium przypadku jest uzasadniony, ponieważ „reprezentuje przypadek skrajny lub przypadek niezwykley, odbiegający od norm teoretycznych lub nawet codziennych zdarzeń” (Yin 2013, s. 52), a takie może „ujawnić wgląd w normalne procesy. W ten sposób wartość studium przypadku może być powiązana z dużą liczbą osób, znacznie przewyższającą tych, którzy cierpią na pierwotny zespół kliniczny” (Yin 2013, s. 52). Niemniej, brak uogólnienia statystycznego nie stoi na przeszkodzie uogólnieniom analitycznym lub pojęciowym (Yin 2004), które mogą pomóc w zmianie lub ponownym zdefiniowaniu parametrów (rekonfiguracji) systemu terapeutycznego w zespole samookaleczeń.

Historia rodzinna i samookaleczeń

M. przeżyła niezwykle burzliwe dzieciństwo. Gdy miała półtora roku została odebrana rodzicom i umieszczona najpierw w domu dziecka, a następnie przeniesiona do rodziny zastępczej. Kiedy miała 13 lat jej matka zastępcza po krótkiej chorobie umarła. U M. rozpoczęły się liczne trudności: zaczęła opuszczać szkołę, nie mogła dogadać się z kolejną matką w rodzinie, do której została przydzielona po wcześniejszym rozdzieleniu jej z rodzeństwem zastępczym. Z nowym rodzeństwem również trudno było jej nawiązać relacje, wtedy przypadkiem odkryła samookaleczanie i jego natychmiastowe psychologiczne i fizjologiczne skutki w postaci regulacji emocjonalnej, którą samookaleczenie może zapewnić (Gratz, Roemer 2008). Pierwszy taki moment, jaki pamiętała, miał miejsce po śmierci mamy zastępczej. Sprzątała rzeczy, pakowała przedmioty i stłukła niechcący wazon, kalecząc się rozbitym szkłem. „Od razu to poczułam, tę wielką ulgę, błogość, podobnie jak okładanie się pięciami w dzieciństwie”. Zachowania autoagresywne pozostawały takie same przez lata. Początkowy wzór samookaleczeń miał miejsce w dzieciństwie. Kiedy miała jakieś problemy w szkole, okładała się pięciami. Wszystkie dzieci były ruchliwe, dochodziło do konfliktów i bójek, kontuzji podwórkowych, nikt więc nie kwestionował siniaków i zadrapań. Zawsze miała wymówkę, a ślady skrętnie ukrywała pod ubraniem. W wieku 18 lat usamodzielniała się, uciekając z dużo starszym mężczyzną, który stosował wobec niej przemoc, wyzywał, wybił jej przednie zęby i zmuszał do różnych poniżających praktyk seksualnych. Wtedy również dokonywała samookaleczeń, np. gdy otrzymała złe wieści (o zdiagnozowaniu nieuleczalnego raka u jej przybranej matki). Generalizując, do autoagresji dochodziło najczęściej, gdy czuła się w emocjonalnym impasie trudnym do wytrzymania. „Moje myśli poruszały się, biegły i podobnie robiłam w życiu. Cały czas coś reorganizowałam, przestawiałam meble, wyrzucałam rzeczy z szafy i układałam, przestawiałam, wyrzucałam. Tak samo z uczuciami, zawsze poruszałam się wokół moich uczuć”. Samookaleczanie pozwalało na represję emocjonalną i przynosiło znaczące korzyści fizjologiczne – dawało poczucie ruchu. „Mogłam się poruszać. Utykałam w jakimś stanie emocjonalnym, sytuacyjnym, a mój umysł pędził tysiące mil na minutę, nie mogłam spać, nie mogłam jeść, nie mogłam pozbierać myśli”. Zaczynała od zadrapań, czuła, jak jej krew się poruszała. „Czuję odprężenie, moje ciało i napięcie stabilizuje się, ręce stają się mniej aktywne, a umysł spowalnia. Staram się zatamować krwawienie”. Wiktyimizacji wykorzystywania seksualnego doświadczała obok nakładania sadystycznych kar, które polegały na zmuszaniu jej do klęczenia na kolanach z otwartymi i wyciągniętymi do góry ramionami przez długi czas, uderzania jej paskiem, gdzie popadnie. Innym razem pani M. opisywała partnera jako bardzo „zaborczego” wobec niej – trzymał ją blisko siebie przez cały czas „jak lalkę” i nie wypuszczał jej z rąk. Jeden z lekarzy, który udzielał jej pomocy z powodu obrażeń – połamana ręka i pęknięte żebra, siniaki, nie przyjął zdawkowego tłumaczenia, że „spadła niechcący ze schodów”

i nakłonił do zgłoszenia przemocy odpowiednim służbom i obdukcji. W wyniku interwencji w domu pojawił się dzielnicowy. Ten wysiłek zgłoszenia spotkał się z przemocą fizyczną, w tym z sadyzmem, a potem było jeszcze gorzej. Po tym epizodzie zrywu szukania pomocy nastąpiły dwa doświadczenia całkowitego porzucenia, które doprowadziły M. do rozpacz. Partner któregoś dnia wrócił do domu pijany z nową dziewczyną, a ją po prostu wystawił za drzwi, wyrzucając z domu „tak jak stała”. „Byłam sama, samiuteńka na dworze, bez nikogo i bez domu na świecie”. M. została dosłownie bez niczego. Była przerażona, czuła się najbardziej samotną, porzuconą, niechcianą osobą na świecie. Wtedy próbowała popełnić samobójstwo. Próba samobójcza obejmowała wysoce śmiertelność metodę, z motywacją wyraźnie pozbawienia siebie życia. Po wyrzuceniu jej z domu spała pod mostem, jak przyznała, „to było moje miejsce”. Grzebała w śmietniku, żeby coś zjeść, znaleźć do ubrania. Po dwóch dniach, kiedy spadała temperatura poniżej zera, czuła się zziębnięta i martwa, wiedziała, że „musi coś zrobić”. Wtedy jakimś denkiem od puszki przecięła sobie żyły. Nie pamięta dalszych zdarzeń. Spacerujący mężczyzna znalazł ją w stanie agonalnym i wezwał karetkę. Trafiła do szpitala i do lekarza psychiatry. Po wyjściu z oddziału postanowiła zlokalizować swoją biologiczną rodzinę. Odnalazła siostrę, z którą wcześniej utrzymywała nikły kontakt, a ta dała jej adres rodziców. Rodzina przyjęła ją do swojego domu. Właściwie była to melina, ale M. miała kąt, w którym mogła zwinąć się w kłębek. W ciągu pierwszego tygodnia jej powrotu do domu i zjednoczenia z rodzicami, jej biologiczna mama, widząc, jaka jest zestresowana, zaczęła częstować ją alkoholem, a M. mieszła go z lekami. Wtedy jej zdrowie psychiczne zaczęło szwankować. Odczuwała objawy takie jak bezsensowność, miała poczucie rozsypywania się, przygnębienia – „czułam, że jestem rozsypała jak pobity kryształ i próbuję utrzymać się w całości”, „to elementy mnie”. W takim stanie nie dawała rady pracować, wciąż wyrzucano ją z pracy. Kładła się spać, budziła się z retrospekcjami i leżała w pozycji embrionalnej w kącie, nie wiedząc, jak się tam znalazła. Zmieniały się i przelatywały pory dnia i nocy, snu i czuwania. Wtedy cięła się, okładała pięściami, przytrząskiwała ręce drzwiami. „Kiedy jestem zestresowana, to to zaczyna się w moim ciele. Czuję bicie mojego serca, szybciej i szybciej; ogromne napięcie, niepokój i stres, wręcz panikę. Po przecięciu, razem z upływem krwi, czuję, jak serce spowalnia, oddech wraca do normy, panuję nad tym. Stres znika. To działa”. Ostatnio tak mocno pocięła się, że trafiła na SOR i stamtąd na oddział psychiatryczny. Potem do pomocy społecznej i na konsultacje psychoterapeutyczne. Ciągłe wyrzucanie z pracy potwierdzało w niej poczucie beznadziejności, porzucenia, odtrącenia i nasilało objawy przewlekłych zaburzeń psychicznych. Będąc na oddziale psychiatrycznym, u innych pacjentów podejrziała zainteresowanie stronami internetowymi. „Najpierw trafiłam na niemoderowaną, gdzie ludzie wzajemnie się obrażali i popisywali samouszkodzeniami, zamieszczając zdjęcia poranionego ciała. To mnie przestraszyło i nie zagrzałam tam miejsca”. Wróciła do przeglądania internetu, na początku psychoterapii, kiedy czuła się nierozumiana i nie mogła zakotwiczyć się w settingu.

W przerwach między sesjami albo w trakcie dłuższych przerw w terapii, np. z powodu czerwonej kartki w kalendarzu, zalewały ją katastroficzne sny i retrospekcje – zamarzała na mrozie pod mostem, umierała po pobiciu przez byłego partnera. Nie mogła spać w nocy, ciągle była zmęczona i zestresowana. Wtedy znowu zaczęła się ciąć. Dodatkowo zaczęła serfować po internecie, zmieniając witryny i pseudonimy, skanując miejsca, gdzie przebywali tacy jak ona, z poranionymi ciałami i duszami. W pewnym momencie trafiła na grupę, w której panowały jasne zasady. Wchodziła tam codziennie. To było jej miejsce, jej przestrzeń, która pozwalała jej być, istnieć i reorganizować swój świat psychiczny. „Czułam się mniej samotna, mniej bezdomna, mniej bezradna. Zaczęłam mieć to samo imię, ten sam pseudonim”. Mówienie o tym na wirtualnym czacie pomagało jej przetrwać do następnej sesji bez samookaleczania się. Stopniowo też zaczęła udzielać się i wzmacniać innych w ich sposobach radzenia sobie z samookaleczeniami. „Chciałam być jak moja terapeutka. Upodabniałam się do niej”. „Łączyłam się za pośrednictwem tablic ogłoszeniowych, czytałam i pisałam tysiące komunikatów i e-maili internetowych, w tym tych opublikowanych publicznie i napisanych tylko do mnie”. W tym celu wykorzystywała przede wszystkim komunikację internetową, podobnie jak inni użytkownicy cybernetyczni, bez względu na lokalizację (Waskul 2004; Johns 2003). Czuła się wspierana i wspierała ludzi bezcielesnych i odległych i coraz bardziej czuła, że ma imię i ciało. Odzyskiwała poczucie siły i wartości. Zaczynała być kimś. Komuś na niej zależało, ktoś na nią czekał. I ona czekała, co było załącznikiem przywiązania. Przystawała czuć się samotna i szalona.

Dyskusja

W niniejszym studium przedstawiono przypadek pacjentki M. – młodej kobiety przeplatającej samookaleczanie się z używaniem stron internetowych, powiązanych w jakikolwiek sposób z tematyką samookaleczeń. Powtarzała wiele razy swoje zachowania w trakcie procesu psychoterapii psychoanalitycznej. Chociaż na podstawie jednego przypadku nie można dokonywać uogólnień, można go uznać za ważny, ponieważ skutecznie ilustruje kilka aspektów, często występujących jako predyktory samookaleczeń: traumatyczne dzieciństwo ze zmianą opiekuna, historia krzywdzenia i przemocy, nadużywanie środków odurzających, regulacja afektu, uzyskana przez samookaleczanie, próba samobójcza odróżniana od samookaleczania się. Ponadto pokazuje etapy rekonfiguracji środowiska terapeutycznego, niezbędnego do rekonfiguracji tożsamości indywidualnej i zbiorowej w trakcie procesu psychoterapii w rzeczywistym świecie.

Analizowanie samookaleczania się pacjentki i poszukiwanie związku z jej paralelnym wchodzeniem w cyberświat, czyli zaangażowanie się w jej życie, pomaganie innym i ukazywanie swoich doświadczeń oraz przekonań, z rezygnacją z osądzania, zamiast wyraźnego zakazu tego zachowania, może być uważane przez niektórych postmodernistycznych etnografów i feministki za formę orędownictwa

(Jeffreys 2000). Jednak w zakresie, w jakim została przedstawiona perspektywa M., badawcza neutralność, postrzegana jako relatywizm moralny, który ignoruje na ogół opresyjną naturę samookaleczenia się, służyła udzieleniu głosu jednostce i zwróceniu jej praw, czuła się bowiem niesłyszana i niezrozumiana. Z samookaleczaniem się bezpośrednio wiązała się ewolucja jej udziału w społecznościach cybernetycznych, która fluktuowała w zależności od jej potrzeb rozwojowo-psychologicznych, w kontekście relacji z rzeczywistymi osobami, w tym z terapeutką. Widoczny jest jej ruch w kierunku reintegracji społecznych i indywidualnych parametrów tożsamości, który można uważać za kluczowy krok w efektywnej zmianie terapeutycznej. Ten proces przebiegał jednocześnie na dwóch poziomach: (1) poziom społeczny – od bycia „odrzuconą” do „bycia zintegrowaną społecznie” i (2) poziom indywidualny – od „bycia sierotą”, „ofiara” do „bycia pacjentką”, „wirtualną terapeutką – pomocnikiem”, co można interpretować jako odzyskiwanie ważnych zdolności indywidualnych, których trauma typu III (wczesny początek wiktyimizacji, trwająca przez długi czas i obejmująca kilku sprawców) ją pozbawiła. Ta reintegracja ważnych parametrów jej jestestwa wiązała się z wykorzystaniem własnego ciała jako „cielesnego obiektu przejściowego” (Boćwińska-Kiluk, w recenzji) i następnie z przejściem do wykorzystania cyberświata jako przejściowego adresu na drodze zamieszkiwania we własnym ciele i do zamieszkiwania w społeczności realnej – budowania więzi z terapeutką i innymi ludźmi. Osoby takie jak M. często radzą sobie z traumami typu III poprzez emocjonalne odrętwienie, tłumienie wściekłości i „gniewu skierowanego na siebie w formie nienawiści do samego siebie i samookaleczania się” (Solomon, Heide 1999, s. 207), co pozostaje trwałą tendencją (Menninger 1935), używają języka ciała i marzeń sennych (Smith 2014). M. samookaleczenie jako „cielesny obiekt przejściowy” (Boćwińska-Kiluk, w recenzji) odkryła przypadkowo, ponieważ okazało się ono nadrzędnym, prymitywnym mechanizmem radzenia sobie w życiu, przeżycia *self* w trudnych i zagrażających życiu warunkach, w okresie skrajnych nadużyć i traum. Zachowania autoagresywne w dzieciństwie (bicie się pięściami) i we wczesnym okresie dojrzewania (przecinanie skóry ostrymi przedmiotami) z biegiem czasu zaczęły się automatyzować i były praktykowane rutynowo w okresie późnej adolescencji. To odkrycie jest zgodne z wynikami badań ilościowych (Klonsky 2007) oraz jakościowych (Cullen 2013; Smith 2014), które wskazują, że znaczny odsetek osób angażujących się w zachowania autoagresywne w ten sposób wyraża i reguluje emocje na drodze przebudowywania świata wewnętrznego (psychicznego) i świata zewnętrznego (przechodzenie do innych środowisk i relacji a obiektem). Cechy swoiste samouszkodzenia, które występują w różnorodnych populacjach – generalnej, płciowej, kulturowej, więziennej – sugerują, że samookaleczenie jest w dużej mierze dziedzicznym zachowaniem gatunku ludzkiego (Boćwińska-Kiluk, w recenzji), występującym również w świecie zwierząt i roślin, a właściwie należałoby stwierdzić, że należy do spektrum cielesnych obiektów przejściowych.

Internetowe strony i adresy pełniły dla M. funkcję opisanego przez Donalda Winnicotta właściwego „obiekta przejściowego” i były alternatywną do samookaleczania się formą radzenia sobie na drodze rozwoju psychospołecznego. Ta swoista rekonfiguracja społeczności terapeutycznej, *ad hoc* odpowiadającej na jej potrzeby, którą mogła manipulować jak pluszowym misiem, została następnie wykorzystana do reintegracji psychologicznej i społecznej w kontekście procesu psychoterapii.

Podsumowanie

W konkluzji można podkreślić, iż przywiązanie M. do samookaleczających się cyberspołeczności jako obiektu przejściowego, który pełnił rolę swoistej sceny pomagającej jej znormalizować autoagresywne zachowania przebiegało w kilku etapach:

1. Obcego miejsca (odrzućenie i brak identyfikacji, odwiedzanie różnych serwisów, występowanie długich przerw między wpisami, zmienianie pseudonimów, brak samoidentyfikacji ze swoim zachowaniem, mechanizm odwracania się, zaprzeczania, odrzucania), w rezultacie pozostawanie zamkniętą);
2. Domu (odnalezienie społeczności, która chroniła, niestałość cielesna, mechanizm przylegania, przywierania, identyfikacja adhezyjna, w rezultacie M. mogła się otworzyć);
3. Lustra (odzwierciedlenie potrzeb i umożliwianie utożsamiania się z członkami grupy poprzez ciało i przyleganie, wywodzenie swojego poczucia nieciągłej tożsamości cielesnej nie tylko z identyfikacji z grupą, lecz także z grupowym rozumieniem tożsamości (Jones 1997), znalezienie społeczności, w której członkowie mieli podobne doświadczenia, mechanizmy obronne, posiadanie cech wspólnych z innymi członkami i wiązanie się na zasadzie podobieństwa ze społecznością jako członek, w rezultacie M. była bardziej skłonna do samoakceptacji przez zmniejszenie poczucia wyobcowania ze społeczeństwa i izolacji społecznej. Poczucie tożsamości tworzone za pomocą cybersieci pomagało jej oderwać się od normatywnej kontroli społecznej (Deshotels i Forsyth 2007) i kształtować tożsamość osoby samookaleczającej się, czyli w naturalny sposób tożsamość zbiorowa grupy przenosiła się na nią jako członka, co prowadziło ją do rozwijania silniejszej tożsamości jako osoby autoagresywnej);
4. Ożywionego obiektu/ciała (rozpoznawanie ważnych cech swojej osobowości i grupy, mechanizm rozszczepiania, różnicowania, projekcji i identyfikacji projekcyjnej, bawienie się swoją tożsamością, odrzucanie zachowania i tożsamości grupowej i podążanie w kierunku nowych cech osobowości – „nieprofesjonalny doradca” – identyfikacja z terapeutką, odrzucanie modelu medycznego i diagnoz psychiatrycznych, terapii behawioralnych (hospitalizacje i leki) i pasywnego poglądu na własną sprawczość w zmaganiu się z samookaleczaniem).

Zainicjowany proces zdrowienia M., charakteryzujący się zmianami stylu życia i tożsamości, przebiegał z użyciem obiektów przejściowych i w ramach nawiązania więzi społecznych, m.in. poprzez uczestnictwo w cyberspołecznościach.

Wyniki badań potwierdzają potrzebę terapeutycznej odpowiedzi na samo-uszkodzenia, z realistycznym rozumieniem ich funkcji i nieświadomego motywu, któremu one służą, a mianowicie, rozwinięciu wewnętrznej struktury regulacyjnej, która jest niezbędna do prawidłowego funkcjonowania społecznego.

W związku z tym, w kategoriach podejścia terapeutycznego, opartego na teorii relacji z obiektem i na przywiązaniu, można powiedzieć, że udział M. w cyberspołecznościach był próbą zerwania z samookaleczaniem się i podążaniem w kierunku tworzenia więzi społecznych, poczynając od poszukiwania bezpiecznej przestrzeni i regulacji emocjonalnej. Tym samym model ten może służyć jako figura przywiązania, ukazując bezpieczną przystań, do której można wejść, lecz także bezpieczną bazę, z której można ponownie rozpocząć reintegrację indywidualną i społeczną. Uzyskane w tym studium przypadku dowody kliniczne wskazują na ważną rolę wirtualnych społeczności w regulacji afektów, która jest niezbędna do długoterminowej regeneracji funkcjonalnej. Z perspektywy rozwojowej, aby nastąpiło wyzdrowienie i zmiana stylu życia, zmiana parametrów tożsamości społecznej i osobistej wraz z przeżyciem doświadczenia są kluczowe. Bez tego zmiana zachowania jest niestabilna.

Powstaje pytanie, kiedy rekonfiguracja środowiska terapeutycznego, zachodząca poprzez immersję cyberświata (brak fizycznej/cielesnej współobecności użytkowników) i świata realnego (fizyczna/cielesna obecność), od którego zależy poczucie siebie i doświadczenie innego/obiekta, przynosi trwałe wymierne korzyści w obrębie rekonfiguracji parametrów tożsamości, a kiedy tylko iluzję funkcjonalności i istnienia/życia opartego na uzależnieniu?

Ponadto otrzymane wyniki rzucają światło na mity tworzone wokół obu zachowań, nawet w profesjonalnych środowiskach (rekonfiguracja wiedzy naukowo-społecznej). Sugestia, iż zmiana lub ponowne definiowanie parametrów (rekonfiguracja) systemu osobowościowego *me* i *not me* – ustawienie parametrów, funkcji, właściwości i wartości, np. *self* i relacji z obiektem w kryzysie normatywnym, bądź po niespodziewanej traumie – przebiega z równoległą rekonfiguracją środowiska terapeutycznego i jest wynikiem biologicznego imperatywu, istniejącego u ludzi i zwierząt oraz roślin, wymaga dalszych dociekań badawczych.

Bibliografia

- Adler P.A., Adler P. (2013). *Self-Injury and the internet: reconfiguring the therapeutic community*. „RESET. Social Science Research on the Internet”, nr 2, s. 17–47.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2013). Arlington: American Psychiatric Association, wyd. 5.

- Andover M.S., Pepper C.M., Ryabchenko K.A. i in. (2005). *Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder*. „Suicide and Life-Threatening Behavior”, nr 35, s. 581–591.
- Baker D., Fortune S. (2008). *Understanding self-harm and suicide websites: a qualitative interview study of young adult website users*. „Crisis”, nr 29(3), s. 118–122.
- Boćwińska-Kiluk B. (2020). *Self-harm in psychoanalytic psychotherapy – a psychosocial case study*. „Psychoterapia”, nr 1(192), s.75–87.
- Boćwińska-Kiluk B. (w trakcie recenzji). *The use of bodily transitional objects in self-harmer adolescent girl institutionalized*.
- Bowen A.C., John A.M. (2001). *Gender differences in presentation and conceptualization of adolescent self-injurious behaviour: implications for therapeutic practice*. „Counselling Psychology Quarterly”, nr 14, s. 357–79.
- Brickman B.J. (2004). *Delicate cutters: gendered self-mutilation and attractive flesh in medical discourse*. „Body & Society”, nr 10, s. 87–111.
- Brumberg J.J. (1988). *Fasting girls: the emergence of anorexia nervosa as a modern disease*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bunt G.C., Muehlbach B., Moed C.O. (2008). *The therapeutic community: an international perspective*. „Substance Abuse”, nr 29(30), s. 81–87.
- Coan J.A. (2008). *Toward a neuroscience of attachment*. W: *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. Cassidy J., Shaver P.R. (red.). London: Guildford, s. 241–65, wyd. 2..
- Corbin J., Strauss A. (2007). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Cullen K., Westlund M.K., Lariviere L. i in. (2013). *An adolescent with nonsuicidal self-injury: a case and discussion of neurobiological research on emotion regulation*. „American Journal of Psychiatry”, nr 170(8), s. 828–831.
- Daine K., Hawton K., Singaravelu V. i in. (2013). *The power of the web: a systematic review of studies of the influence of the internet on self-harm and suicide in young people*. „PLOS ONE”, nr 8, s. 77 555.
- Debaere V., Vanheule S., Inslegers R. (2014). *Beyond the „black box” of the therapeutic community for substance abusers: a participant observation study on the treatment process*. „Addiction Research & Theory”, nr 22(3), s. 251–62.
- Leon G. de (1997). *Community as method: therapeutic communities for special populations and special settings*. Greenwood Publishing Group, Inc.: Westport, CT.
- Culture, media & sport (2019). GOV.UK: Department for Digital, Home Office Online Harms White Paper.
- Dubicka B., Theodosiou L. (2020). *Technology use and the mental health of children and young people*. London, UK: CR Royal College of Psychiatrists.
- Egan J. (1997). *The thin red line*. „New York Times Magazine”, July 27.
- Ekman I. (2016). *Beyond medicalization: self-injuring acts revisited*. „Health”, nr 4(20), s. 346–362.

- Eysenbach G., Powell J., Englesakis M. i in. (2004). *Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions*. „British Medical Journal”, nr 328, s. 1166–1170.
- Favazza A.R. (1989). *Why patients mutilate themselves*. „Hospital and Community Psychiatry”, nr 40, s. 137–145.
- Gratz K.L., Roemer L. (2008). *The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university*. „Cognitive Behavioral Therapy”, nr 37, s. 14–25.
- Harris I.M., Roberts L.M. (2013). *Exploring the use and effects of deliberate self-harm websites: an internet-based study*. „Journal of Medical Internet Research”, nr 15(12), s. e285.
- Harwood M.T. (2010). *Self-help in mental health: a critical review*. New York: Springer.
- Hawton K., Linsell L., Adeniji T. i in. (2014). *Self-harm in prisons in England and Wales: an epidemiological study of prevalence, risk factors, clustering, and subsequent suicide*. „Lancet”, nr 383, s. 1147–1154.
- Jainchill N., Hawke J., Messina M. (2005). *Post-treatment outcomes among adjudicated adolescent males and females in modified therapeutic community treatment*. „Substance Use & Misuse”, nr 40(7), s. 975–96.
- Jeffreys S. (2000). „*Body art*” and social status: cutting, tattooing and piercing from a feminist perspective. „Feminism & Psychology”, nr 10, s. 409–29.
- Joiner T.E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge: Harvard University Press.
- Jones M. (1956). *The concept of a therapeutic community*. „American Journal of Psychiatry”, nr 112(8), s. 647–50.
- Online social research: methods, issues, and ethics* (2003). Johns M.D., Chen S.L.S., Hall J.G. (red.). New York: Peter Lang.
- Klonsky E.D. (2007). *The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence*. „Clinical Psychology Review”, nr 27, s. 226–239.
- Klonsky E.D., Muehlenkamp J.J. (2007). *Self-injury: a research review for the practitioner*. „Journal of Clinical Psychology”, nr 63, s. 1045–1056.
- Kurtz L. (1997). *Self-help and support groups: a handbook for practitioners*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc.
- Lyman S.M. (1970). *The Asian in the West*, Reno/Las Vegas: Western Studies Center, Desert Research Institute, University of Nevada.
- Mars B., Heron J., Biddle L., Donovan J.H. i in. (2015). *Exposure to and searching for, information about suicide and self-harm on the Internet: prevalence and predictors in a population based cohort of young adults*. „Journal of Affective Disorders”, nr 185, s. 239–245.
- Meltzer H., Lader D., Corbin T. i in. (2002). *Non-fatal suicidal behavior among adults aged 16 to 74 in Great Britain*. London: TSO.
- Menninger K. (1935). *A psychoanalytic study of the significance of self-mutilations*. Psychoanalytic Quarterly”, nr 4, s. 408–466.
- Moos R., Finney J.W., Ouimette P.C. i in. (1993). *A comparative evaluation of substance abuse treatment: I. treatment orientation, amount of care, and 1-year outcomes*. „Alcoholism: Clinical and Experiential Research”, nr 23, s. 529–536.

- Muehlenkamp J.J., Claes L., Havertape L. i in. (2012). *International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm*. „Child and Adolescent Psychiatry Mental Health”, nr 6(10).
- Murray C.D., Fox J. (2006). *Do internet self-harm discussion groups alleviate or exacerbate self-harming behavior?* „Advances in Mental Health”, nr 5(3), s. 225–233.
- Nicholson S., Jenkins R., Meltzer H. (2007). *Adult psychiatric morbidity in England. results of a household survey*. London: TSO.
- Net.Se XXX: readings on sex, pornography and the internet* (2004). Waskul D. (red.). New York: Peter Lang.
- Prasad V., Owens D. (2001). *Using the internet as a source of self-help for people who self-harm*. „Psychiatric Bulletin”, nr 25, s. 222–225.
- Regier D.A., Narrow W.E., Clarke D.E. i in. (2013). *DSM-5 field trials in the United States and Canada. Part II: Test-retest reliability of selected categorical diagnoses*. „American Journal of Psychiatry”, nr 170, s. 59–70.
- Russell G.I. (2015). *Screen relations: the limits of computer-mediated psychoanalysis and psychotherapy*. London, Karnac Books.
- Sacks S., Banks S., McKendrick K. i in. (2008). *Modified therapeutic community for co-occurring disorders: a summary of four studies*. „Journal of Substance Abuse Treatment”, nr 34(1), s. 112–22.
- Singleton R.A., Straits B.C. (2005). *Approaches to social research*. New York: Oxford University Press.
- Smith H.P. (2014). *Self-injurious behavior in prison: a case study*. „International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology”, nr 60(2), s. 1–16.
- Solomon E.P., Heide K.M. (1999). *Type III trauma: toward a more effective conceptualization of psychological trauma*. „International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology”, nr 43.
- Whitlock J., Leader W., Conterio K. (2007). *The internet and self-injury: what psychotherapists should know*. „Journal of Clinical Psychology”, nr 63(11), s. 1135–1143.
- Yin R.K. (2004). *The case study anthology*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Yin R.K. (2013). *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.