

## Ocena stylów radzenia sobie ze stresem i inteligencji emocjonalnej u samouszkodzającej się młodzieży leczonej psychiatrycznie w zależności od wybranych czynników klinicznych

### The evaluation of the stress coping styles and emotional intelligence in psychiatrically treated adolescent patients with deliberate self-harm in relation to chosen clinical features

Agnieszka Gmitrowicz<sup>1</sup>, Anna Szczepaniak<sup>2</sup>,  
Karolina Jabłkowska-Górecka<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Klinika Psychiatrii Młodzieżowej Katedry Psychiatrii UM w Łodzi

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Gmitrowicz

<sup>2</sup> Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii w Zagórz, Oddział Dzienny Psychiatryczny dla Dzieci i Młodzieży w Józefowie

Kierownik: mgr M. Brzezińska

<sup>3</sup> Zakład Zdrowia Publicznego WUM

Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Ślusarczyk

#### Summary

**Aim.** The primary goal of the study was an evaluation of the dominating stress coping styles in adolescent patients with self-harm records, who were psychiatrically treated, taking into account the level of their emotional intelligence vs. the psychiatric diagnosis, the type of motives and decision involved in self-harming and the presence of suicidal attempts (SA) in the past. The secondary goal included an analysis of the correlations between particular stress coping skills and the level of emotional intelligence.

**Method.** The reported studies involved self-harming patients aged of 13-18 years during their psychiatric hospitalisation (n=31). The applied tools included the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) and the Two-Dimensional Inventory of Emotional Intelligence (DINEMO).

**Results.** An evaluation of the correlation between stress coping styles and the levels of emotional intelligence in the studied group and the types of mental disorders did not reveal any significant differences between the evaluated subgroups. Patients, who confirmed an instrumental motive, obtained statistically significantly higher scores on the task-oriented scale vs. those who performed the acts of DSH for reactive or pathological reasons. Taking into consideration the type of decision, involved in self-harming acts, did not show any differences in the stress coping styles of the patients, however, those patients, who had planned an act of DSH, achieved statistically significantly higher scores in the OTHERS scale of the

DINEMO. Patients with DSH and with SA in the past (77% studied group), achieved similar results in CISS and DINEMO vs. the self-harming patients without SA in the past. In the study group, one statistically significant correlation was demonstrated between CISS – the avoidance-oriented style – and the I in DINEMO.

**Conclusions.** 1. Patients with DSH records and without SA constitute a fairly uniform group with regards to stress coping styles, taking into account the type of psychic disorders and the urgency of self-harm decision. 2. Their use of the task-oriented style may be associated with instrumental auto-aggression. 3. DSH may be a non-verbal form of communicating other problems to others. 4. Adolescents, who perform the acts of self-harm, are endangered by suicidal attempts, regardless of their stress coping styles or the level of their emotional intelligence. 5. A development of constructive stress coping skills against strong emotional reactions is a recommended method in the therapy of patients with DSH.

**Słowa kluczowe:** style radzenia sobie ze stresem, inteligencja emocjonalna, zamierzone samouszkodzenia

**Key words:** stress coping styles, emotional intelligence, deliberate self-harm

## Wstęp

W ostatnich latach w Polsce nie udało się obniżyć liczby zamierzonych samouszkodzeń bez intencji samobójczych (ZSU) wśród młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie, mimo podejmowanych działań prewencyjnych. Nadal ich wskaźnik utrzymuje się na poziomie 30%–40% [1, 2]. Badania brytyjskie [3, 4] wykazały, że osoby dokonujące wielokrotnych aktów ZSU częściej giną z powodu samobójstwa niż badani z grupy kontrolnej. Ponadto powszechnie przyjmuje się, że w przypadku ZSU u młodzieży trudno jednoznacznie wykluczyć intencje samobójcze ze względu na typową dla tej grupy wiekowej ambiwalencję [5]. Polscy psychiatrzy hospitalizujący nastolatków z powodu ZSU z reguły nie uwzględniają tych zachowań w diagnozie wypisowej. Ma to poważne implikacje kliniczne, ponieważ z jednej strony nie sygnalizują oni ZSU jako istotnego czynnika zwiększającego ryzyko samobójstwa w populacji rozwojowej, z drugiej strony nie ukierunkowują dalszej terapii na konkretny rodzaj zachowań.

Zarówno w DSM-IV-TR [6] jak i ICD-10 [7] nie występuje odrębna kategoria zaburzeń psychicznych w postaci zespołu ZSU (ang. deliberate self-harm syndrom, DSHS), natomiast wielokrotne ZSU są identyfikowane albo jako symptom zaburzeń typu borderline czy zaburzeń kontroli impulsów NOS, albo jako zachowanie dodatkowo kodowane – w ICD-10 w części „Zewnętrzne przyczyny zachorowania i zgonu” opatrzone kodem X (celowe zatrucia lub urazy ciała, w tym także samobójstwo). Już blisko 30 lat temu, w 1984 roku, zarówno Kahan jak i Pattison uznali potrzebę wyodrębnienia DSHS w ramach I osi DSM [8, 9]. W ostatnich latach w badaniach suicydologicznych zdecydowanie zaznaczyła się tendencja do odrębnego analizowania ZSU z intencją i bez intencji samobójczej [10, 11, 12]. W literaturze anglojęzycznej ZSU bez zamiarów suicydalnych oznaczane są jako NSSI (ang. non-suicidal self-injury). Ten stan rzeczy pozwala na opracowywanie oficjalnych standardów postępowania nakierowanych na leczenie tych zaburzeń jako pierwotnych lub współwystępujących. ZSU często występują u dzieci i młodzieży z zaburzeniami eksternalizacyjnymi oraz należą do kryteriów diagnostycznych pogranicznych zaburzeń osobowości (rozpoznawanych po 18 rż.) [7, 10]. W niektórych badaniach nie wykazano związku między

występowaniem ZSU a rodzajem zaburzeń psychicznych [1]. Jeżeli kolejnych ZSU dokonuje nastolatek bez zaburzeń psychotycznych czy ciężkich zaburzeń afektywnych, terapią z wyboru jest psychoterapia, głównie w nurcie poznawczo-behawioralnym [13, 14]. Rozpoznanie mechanizmów psychologicznych może ułatwić dobór efektywnych strategii terapeutycznych. Wielu pacjentów potwierdzających ZSU było narażonych w przeszłości na działanie różnych stresorów, szczególnie wykorzystania fizycznego [10]. Wiadomo, że ZSU są często odpowiedzią na pobudzenie osi stresu, a ich celem jest rozładowanie napięcia [15].

Endler i Parker [16] opisali trzy style radzenia sobie ze stresem: skoncentrowany na zadaniu (poprzez poznawcze przekształcenie lub próbę zmiany sytuacji), skoncentrowany na emocjach (tj. złości, poczucia winy, z dążeniem do zmniejszenia napięcia emocjonalnego) oraz skoncentrowany na unikaniu (poprzez angażowanie się w czynności zastępcze, jak zakupy czy poszukiwanie kontaktów towarzyskich). Z nielicznych dotychczas badań wynika, że także poziom inteligencji emocjonalnej może mieć związek z występowaniem zachowań autoagresywnych u młodzieży [17], albowiem przejawia ona m.in. trudności w regulacji emocji. Prawidłowy rozwój emocjonalny, przekładający się na kompetencje emocjonalne, często odpowiada za radzenie sobie w sytuacji problemowej czy stresogennej.

Istotne zatem dla klinicystów mogą być odpowiedzi na pytania: czy akty ZSU, które są podejmowane pod wpływem różnych motywów i z różną premedytacją przez młodzież z różną diagnozą psychiatryczną i ewentualnymi próbami samobójczymi w wywiadzie, pozostają w związku z dominującymi stylami radzenia sobie ze stresem oraz poziomem inteligencji emocjonalnej. Rozstrzygnięcie, czy pacjenci dokonujący ZSU stanowią jednorodną grupę czy też różnią się między sobą w wybranych zakresach, może stanowić istotną wskazówkę w planowanej terapii.

Celem podjętych badań była ocena dominujących stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych stosowanych przez młodocianych pacjentów dokonujących samouszkodzeń i leczonych psychiatrycznie oraz ich poziomu inteligencji emocjonalnej – w zależności od diagnozy psychiatrycznej, rodzaju motywu ZSU i decyzji o ZSU oraz obecności prób samobójczych w wywiadzie, jak również korelacji między występowaniem określonych stylów radzenia sobie ze stresem a poziomem inteligencji emocjonalnej.

## Material

Do badania zakwalifikowano trzydziestu jeden pacjentów w wieku 13–18 lat (grupa badana – średnia wieku  $\pm$  SEM: 16,61  $\pm$  1,09 roku; w tym 24 dziewcząt 16,54  $\pm$  1,10 roku i 7 chłopców 16,86  $\pm$  1,07 roku) hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Młodzieżowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, u których stwierdzono aktualne samouszkodzenia pod postacią samookaleczeń bez intencji samobójczych.

Każdy pacjent został zakwalifikowany do grupy badanej po wcześniejszej konsultacji psychiatrycznej, a także po wykluczeniu zaburzeń psychotycznych, organicznych oraz określeniu ilorazu inteligencji, mieszczącego się w zakresie wartości referencyjnych.

Pacjenci byli kwalifikowani do badania po dokonaniu w ciągu ostatniego miesiąca co najmniej jednego bezpośredniego samouszkodzenia pod postacią samookaleczenia ciała bez intencji samobójczych, w trakcie pobytu w szpitalu. Przyjęto, że czynnikami różnicującymi badaną grupę mogą być: diagnoza psychiatryczna według ICD-10 [7], rodzaj motywu ZSU i decyzji o ZSU oraz występowanie prób samobójczych w wywiadzie.

### Metoda

W badaniu wykorzystano dwa narzędzia psychologiczne:

1 – polską wersję Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (*Coping Inventory for Stressful Situations*; CISS) autorstwa Endlera i Parkera [18], polska adaptacja P. Szczepaniak, J. Strelau, K. Wrześniewski [19]. Kwestionariusz ten służy do diagnozowania stylów radzenia sobie ze stresem, składa się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań w sytuacjach stresowych. Zastosowanie formy samopisu pozwala określić działanie osoby w odpowiedzi na stres. Badany określa na 5-stopniowej skali częstotliwość, z jaką podejmuje dane działanie w sytuacjach trudnych i obciążających. Wyniki ujmowane są na trzech skalach:

- SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu;
- SSE – styl skoncentrowany na emocjach;
- SSU – styl skoncentrowany na unikaniu.

Styl ten może przyjmować dwie formy: ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze (SSU-ACZ) oraz PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich (SSU-PKT).

2 – Dwuwymiarowy Inwentarz Inteligencji Emocjonalnej DINEMO (autorstwa A. Matczak, A. Jaworowskiej, A. Ciechanowicz, J. Stańczak i E. Zalewskiej) [20]. DINEMO przeznaczony jest do pomiaru podstawowych komponentów inteligencji emocjonalnej, takich jak zdolność do pozyskiwania przez jednostkę dostępu do własnych i cudzych emocji oraz respektowania i rozumienia ich funkcji. Teoretyczne podłoże prac nad konstrukcją narzędzia stanowiła koncepcja Saloveya i Mayera.

Skale wchodzące w skład DINEMO to:

- Skala INNI – zdolność do rozpoznawania, rozumienia i respektowania emocji innych ludzi;
- Skala JA – zdolność do uświadamiania sobie, rozumienia, respektowania i wyrażania własnych emocji.

Dane dotyczące ZSU archiwizowano w specjalnie opracowanym „Kwestionariuszu do oceny samouszkodzeń”. Zawierał on pytania dotyczące dokonywania samouszkodzeń bez intencji samobójczych – aktualnie i w przeszłości [1, 2, 21] – oraz występowania prób samobójczych w wywiadzie. Pytania dotyczyły również motywów podejmowania ZSU (instrumentalny, reaktywny, chorobowy), rodzaju decyzji przy podejmowaniu ZSU (impulsywne, planowane) oraz diagnoz psychiatrycznych według ICD-10 postawionych pacjentom (były to zaburzenia afektywne: F30-39, zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną: F40-48, oraz zaburzenia

zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i wieku młodzieńczym: F90-98).

Podstawą do sformułowania pytań był przegląd piśmiennictwa, z którego wyłoniono najczęściej powtarzające się zmienne niezależne. Wszyscy pacjenci byli oceniani przez ten sam zespół badaczy z doświadczeniem klinicznym.

Przeprowadzono analizę statystyczną otrzymanych wyników przy zastosowaniu:

- testu W Shapiro-Wilka – w celu oceny normalności zmiennych;
- testu t-Studenta lub testu U Manna-Whitneya dla dwóch zmiennych niezależnych.

Wyniki przedstawiono jako średnią arytmetyczną  $\pm$  błąd standardowy średniej arytmetycznej ( $\pm$  SEM). Dla określenia korelacji pomiędzy poszczególnymi parametrami użyto wskaźnika korelacji Spearmana (R) bądź wskaźnika korelacji Pearsona (r). Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$  jako znamiennej statystycznie. Obliczenia statystyczne wykonano przy zastosowaniu programu Statistica for Windows 7.0.

### Wyniki

W grupie samookaleczających się młodocianych pacjentów ( $n = 31$ ) ponad 2/3 ( $n = 24$ ) dokonało więcej niż 4 akty ZSU w ciągu życia, przy czym ostatnio podjęte działania miały najczęściej charakter impulsywny (u 24 osób). Dominującym rozpoznaniem w badanej grupie pacjentów były zaburzenia afektywne (14/31). Próby samobójcze w wywiadzie stwierdzono u 24 badanych (77%). Pacjenci dokonywali ZSU najczęściej kierując się motywem instrumentalnym (20/31).

Analiza związku między stylami radzenia sobie ze stresem i poziomem inteligencji emocjonalnej u samookaleczających się nieletnich pacjentów a rodzajem występujących u nich zaburzeń psychicznych – z podziałem na 3 grupy diagnostyczne: zaburzenia afektywne, nerwicowe, zachowania – nie wykazała istotnych różnic pomiędzy ocenianymi podgrupami, co przedstawia tabela 1 – *na następnej stronie*.

Analiza badanych pacjentów pod kątem motywów dokonywania ZSU (tabela 2 – *na następnej stronie*) wykazała, że pacjenci kierowani motywem instrumentalnym osiągnęli istotnie statystycznie wyższe wyniki w skali skoncentrowanej na zadaniu w stosunku do tych, którzy dokonywali ZSU z powodów reaktywnych czy chorobowych.

Uwzględnienie w analizach rodzaju decyzji podczas dokonywania samookaleczeń przez badanych pacjentów – impulsywne, planowane ZSU (tabela 3 – *na stronie 233*) – nie wykazało różnic pod względem stosowanych stylów radzenia sobie ze stresem. Natomiast samookaleczający się pacjenci, którzy planowali swoje samouszkodzenia, osiągnęli istotnie statystycznie wyższe wartości w skali Inni DINEMO niż ci dokonujący samookaleczeń pod wpływem impulsu.

Badani pacjenci z ZSU dokonujący w przeszłości prób samobójczych osiągnęli zbliżone wyniki w poszczególnych skalach radzenia sobie ze stresem oraz w DINEMO (poziom inteligencji emocjonalnej) w porównaniu z samouszkodzającymi się pacjentami bez prób samobójczych w przeszłości (tabela 4 – *na stronie 233*).

Analiza korelacji pomiędzy stylami radzenia sobie ze stresem a poziomem inteligencji emocjonalnej u samookaleczających się nieletnich pacjentów (tabela 5 – *na stronie 234*) wykazała, że istnieje istotna statystycznie dodatnia korelacja pomiędzy częstszym

**Tabela 1. Analiza związku między stylami radzenia sobie ze stresem i poziomem inteligencji emocjonalnej u samooczekających się nieletnich pacjentów a rodzajem występujących u nich zaburzeń psychicznych**

	Diagnoza															Istotność p
	zaburzenia afektywne n = 14					zaburzenia nerwicowe n = 8					zaburzenia zachowania n = 9					
	Średnia	SD	Mediana	Kwartył górny	Kwartył dolny	Średnia	SD	Mediana	Kwartył górny	Kwartył dolny	Średnia	SD	Mediana	Kwartył górny	Kwartył dolny	
Wiek	16,4	1,1	16,5	15,0	17,0	17,0	1,1	17,0	16,5	18,0	16,7	1,1	17,0	16,0	17,0	0,3832
SSZ	51,1	7,8	50,0	44,0	54,0	46,3	9,5	45,0	42,5	48,5	47,9	6,9	49,0	44,0	50,0	0,3138
SSE	54,0	6,8	53,0	49,0	58,0	54,6	10,8	57,5	50,5	61,5	56,8	9,2	55,0	54,0	63,0	0,7012
SSU	49,2	9,8	48,5	43,0	56,0	50,3	12,5	48,5	46,5	58,0	55,0	8,8	55,0	47,0	62,0	0,4928
SSU-ACZ	23,3	4,9	24,5	18,0	28,0	23,5	4,6	23,0	21,5	24,5	25,9	7,1	25,0	21,0	30,0	0,6624
SSU-PKT	17,3	3,8	17,5	14,0	19,0	17,0	5,5	17,5	15,0	20,5	18,9	3,1	20,0	17,0	21,0	0,5408
DINEMO	5,5	2,6	5,5	3,0	8,0	5,0	2,4	5,5	2,5	7,0	4,4	2,9	4,0	2,0	6,0	0,6288
Inni	5,7	2,5	5,5	4,0	8,0	5,3	2,1	5,5	4,5	6,5	5,2	2,9	5,0	3,0	7,0	0,9301
Ja	5,0	2,2	5,0	3,0	6,0	4,4	2,3	5,0	2,5	6,0	3,8	1,6	4,0	3,0	5,0	0,3936

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze (SSU-ACZ); PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich (SSU-PKT); DINEMO – wynik ogólny, INNI – skala zdolności interpersonalnych, JA – skala zdolności intrapersonalnych

**Tabela 2. Analiza związku między stylami radzenia sobie ze stresem i poziomem inteligencji emocjonalnej u samooczekających się nieletnich pacjentów a motywem podejmowania zamierzonych samouszkodzeń**

	Motyw															Istotność p
	instrumentalny n = 20					reaktywny n = 6					chorobowy n = 5					
	Średnia	SD	Mediana	Kwartył górny	Kwartył dolny	Średnia	SD	Mediana	Kwartył górny	Kwartył dolny	Średnia	SD	Mediana	Kwartył górny	Kwartył dolny	
Wiek	16,5	1,1	17,0	15,5	17,0	16,3	1,2	16,5	15,0	17,0	17,6	0,5	18,0	17,0	18,0	0,0696
SSZ	51,4	8,5	50,5	44,5	56,5	42,7	5,8	43,5	42,0	46,0	46,4	3,1	48,0	43,0	49,0	0,0249
SSE	55,0	8,2	54,5	48,0	61,0	52,2	11,1	54,0	51,0	57,0	58,4	6,1	58,0	57,0	58,0	0,4663
SSU	51,8	8,6	50,5	46,0	59,0	48,5	17,1	49,0	31,0	66,0	52,0	7,9	49,0	48,0	50,0	0,9168
SSU-ACZ	24,9	5,7	25,0	20,5	28,5	21,2	6,4	18,5	17,0	24,0	24,6	2,1	24,0	23,0	25,0	0,2746
SSU-PKT	18,0	3,2	18,0	15,5	20,0	16,7	6,9	18,5	11,0	22,0	17,6	4,0	15,0	15,0	19,0	0,9584
DINEMO	5,5	2,6	6,0	3,5	8,0	4,2	2,6	4,0	2,0	7,0	4,6	2,9	5,0	2,0	5,0	0,5118
Inni	5,9	2,5	6,0	4,5	8,0	4,8	1,9	4,5	3,0	6,0	4,4	2,5	4,0	4,0	5,0	0,3279
Ja	4,6	1,7	4,5	3,5	5,5	3,7	2,3	4,0	1,0	6,0	5,2	2,9	6,0	4,0	6,0	0,5802

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze (SSU-ACZ); PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich (SSU-PKT); DINEMO – wynik ogólny, INNI – skala zdolności interpersonalnych, JA – skala zdolności intrapersonalnych

Tabela 3. Analiza związku między stylami radzenia sobie ze stresem i poziomem inteligencji emocjonalnej u samookaleczających się nieletnich pacjentów a rodzajem decyzji o samouszkodzeniu

	Decyzja o samouszkodzeniu										Istotność p
	Impuls n = 24					Planowane n = 7					
	Średnia	SD	Mediana	Kwartył górny	Kwartył dolny	Średnia	SD	Mediana	Kwartył górny	Kwartył dolny	
Wiek	16,6	1,1	17,0	15,5	17,5	16,7	1,0	17,0	16,0	17,0	0,8434
SSZ	49,3	8,5	49,0	44,0	53,5	47,7	6,9	46,0	43,0	49,0	0,3938
SSE	53,9	8,2	55,5	48,0	58,0	58,6	9,1	54,0	52,0	68,0	0,3686
SSU	49,8	10,1	48,5	45,0	57,0	55,9	10,2	52,0	48,0	66,0	0,1854
SSU-ACZ	23,5	6,0	23,0	18,0	26,5	26,1	2,5	25,0	24,0	28,0	0,1291
SSU-PKT	17,5	4,1	18,0	15,0	20,0	18,4	4,2	17,0	15,0	22,0	0,7220
DINEMO	4,6	2,6	4,5	2,0	7,0	6,7	1,9	7,0	5,0	9,0	0,0604
Inni	<b>4,9</b>	<b>2,3</b>	<b>5,0</b>	<b>3,0</b>	<b>6,5</b>	<b>7,3</b>	<b>2,1</b>	<b>8,0</b>	<b>5,0</b>	<b>8,0</b>	<b>0,0269</b>
Ja	4,3	2,1	4,5	3,0	6,0	5,3	1,8	5,0	4,0	6,0	0,3890

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze (SSU-ACZ); PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich (SSU-PKT); DINEMO – wynik ogólny, INNI – skala zdolności interpersonalnych, JA – skala zdolności intrapersonalnych

Tabela 4. Analiza związku między stylami radzenia sobie ze stresem i poziomem inteligencji emocjonalnej u samookaleczających się nieletnich pacjentów a występowaniem w przeszłości prób samobójczych (S)

	Po próbie S w przeszłości n = 24					Bez prób S w przeszłości n = 7					Istotność p
	Średnia	SD	Mediana	Kwartył górny	Kwartył dolny	Średnia	SD	Mediana	Kwartył górny	Kwartył dolny	
Wiek	16,5	1,1	17,0	15,5	17,0	16,9	1,1	17,0	16,0	18,0	0,5051
SSZ	50,3	7,0	49,0	44,0	53,5	44,3	10,4	44,0	34,0	48,0	0,0682
SSE	55,5	6,7	55,5	51,0	58,5	53,3	13,5	52,0	45,0	63,0	0,6361
SSU	52,3	9,3	51,0	46,5	60,0	47,3	13,2	47,0	37,0	60,0	0,3092
SSU-ACZ	24,1	5,4	24,5	19,5	27,5	24,0	6,3	23,0	17,0	30,0	0,7579
SSU-PKT	18,3	3,5	18,0	15,5	20,0	15,7	5,5	15,0	13,0	21,0	0,2650
DINEMO	5,2	2,5	5,0	3,0	7,0	4,7	3,0	4,0	2,0	8,0	0,7037
Inni	5,4	2,4	5,5	3,5	7,5	5,6	2,9	5,0	4,0	8,0	0,9053
Ja	4,8	2,0	5,0	3,5	6,0	3,4	1,8	4,0	1,0	5,0	0,1317

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze (SSU-ACZ); PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich (SSU-PKT); DINEMO – wynik ogólny, INNI – skala zdolności interpersonalnych, JA – skala zdolności intrapersonalnych

wykorzystywaniem stylu skoncentrowanego na unikaniu (i jego wersji – poszukiwaniem kontaktów towarzyskich) a wynikami uzyskanymi w skali Ja DINEMO.

Tabela 5. **Korelacje pomiędzy stylami radzenia sobie ze stresem a poziom inteligencji emocjonalnej u samookaleczających się nieletnich pacjentów**

		SSZ	SSE	SSU	SSU-ACZ	SSU-PKT	DINEMO	Inni	Ja
SSZ	r		0,07	0,09	-0,01	0,24	0,30	0,23	0,31
	Istotność p		0,7240	0,6250	0,9400	0,1890	0,0960	0,2170	0,0880
SSE	r	0,07		0,49	0,36	0,44	0,04	-0,05	0,22
	Istotność p	0,7240		0,0050	0,0450	0,0130	0,8130	0,7710	0,2370
SSU	r	0,09	0,49		0,76	0,91	0,24	0,07	0,48
	Istotność p	0,6250	0,0050		0,0000	0,0000	0,1880	0,7230	0,0070
SSU-ACZ	r	-0,01	0,36	0,76		0,61	0,15	0,00	0,35
	Istotność p	0,9400	0,0450	0,0000		0,0000	0,4310	0,9860	0,0550
SSU-PKT	r	0,24	0,44	0,91	0,61		0,24	0,05	0,49
	Istotność p	0,1890	0,0130	0,0000	0,0000		0,1850	0,7810	0,0050
DINEMO	r	0,30	0,04	0,24	0,15	0,24		0,89	0,71
	Istotność p	0,0960	0,8130	0,1880	0,4310	0,1850		0,0000	0,0000
Inni	r	0,23	-0,05	0,07	0,00	0,05	0,89		0,36
	Istotność p	0,2170	0,7710	0,7230	0,9860	0,7810	0,0000		0,0490
Ja	r	0,31	0,22	0,48	0,35	0,49	0,71	0,36	
	Istotność p	0,0880	0,2370	0,0070	0,0550	0,0050	0,0000	0,0490	

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze (SSU-ACZ); PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich (SSU-PKT); DINEMO – wynik ogólny, INNI – skala zdolności interpersonalnych, JA – skala zdolności intrapersonalnych, r – współczynnik korelacji liniowej Pearso

### Omówienie wyników

Według niektórych badaczy [22] osoby, które dokonują ZSU, wymagają odrębnych badań prospektywnych, pozwalających na ocenę predyktorów powtórnych ZSU, np. pasywności, unikania problemów (The Utrecht Coping List), a tym samym podjęcie odpowiednich działań profilaktycznych. McAuliffe i wsp. [23] porównując pacjentów, którzy okaleczyli się ponownie minimum raz w ciągu roku od oceny podczas pierwszego przyjęcia z powodu ZSU (ang. repeaters) z tymi, którzy tego nie zrobili, wykazali, że ci pierwsi (1/5) mieli niższą zdolność do generowania alternatywnych rozwiązań problemów interpersonalnych (Optional Thinking Test). W badaniu tym 2/3 pacjentów przyjętych z powodu ZSU wcześniej (przed 1 oceną) dokonywała tych aktów. Fakt ten miał związek z powtórny ZSU w ciągu rocznej obserwacji. W prezentowanej grupie (n = 31) młodocianych pacjentów podobny odsetek potwierdzał wcześniejsze ZSU (> 4 przed włączeniem do badań).



Badania prospektywne w tym projekcie nie mogły być zrealizowane, wobec czego skupiono się tylko na analizie wybranych zmiennych klinicznych. Ponieważ każdy z badanych potwierdzał doświadczenie jakiegoś rodzaju przemoc w ciągu życia, nie analizowano odrębnie wykorzystania fizycznego, chociaż w piśmiennictwie podkreślany jest odległy związek między wykorzystaniem w dzieciństwie a późniejszymi ZSU [10, 12].

Teorie psychologiczne w różny sposób tłumaczą motywację zachowań autoagresywnych, wskazując tym samym na rodzaj zalecanej interwencji terapeutycznej. O ile w przypadku jednoznacznych zachowań samobójczych autorzy różnych koncepcji teoretycznych traktują je jako ucieczkę od bólu psychicznego i sfrustrowanych potrzeb życiowych (Shneidman) czy przejaw emocjonalnej dysregulacji (Linehan), zmian poznawczych (Beck) oraz deficytu pamięci biograficznej (Williams) [15], to w odniesieniu do ZSU podkreślany jest wpływ korelatów osobowościowych, w tym impulsywności [24].

Zarówno przeprowadzona analiza jak i wcześniejsze badania nie potwierdziły związku między występowaniem ZSU a określoną diagnozą zaburzeń psychicznych [1, 13]. Z uwagi na charakter stosowanych narzędzi psychologicznych w niniejszym badaniu nie uwzględniano pacjentów z zaburzeniami psychotycznymi, organicznymi oraz upośledzeniem umysłowym. Tym samym pacjenci prezentowali zaburzenia należące do 3 głównych kategorii diagnostycznych (F3, F4, F9). Mimo tego ograniczenia, uzyskane wyniki mogą potwierdzać odrębność występowania u młodzieży wielokrotnych ZSU bez intencji samobójczej w porównaniu z ponawianymi próbami samobójczymi, których silny związek z diagnozą depresji został już dawno wykazany [25]. W badaniu nie analizowano związku występowania ZSU z zaburzeniami osobowości typu borderline, ponieważ, z powodu wieku, żaden pacjent nie spełniał wszystkich kryteriów tego rozpoznania. Prawdopodobnie część badanych pacjentów z ZSU i diagnozą zaburzeń zachowania w dorosłości spełni kryteria tego zaburzenia [10].

W przeprowadzonych badaniach samookaleczający się pacjenci, którzy potwierdzali motyw instrumentalny, osiągnęli istotnie statystycznie wyższe wyniki w skali skoncentrowanej na zadaniu w stosunku do tych, którzy dokonywali ZSU z innych wskazanych powodów (reaktywnych czy chorobowych). Wynik ten może potwierdzać adaptacyjną rolę ZSU. Liczni autorzy wykazali, że warunkiem skutecznego leczenia ZSU, poza wiedzą na temat ich uwarunkowań, jest wypracowanie u pacjentów bardziej adaptacyjnych stylów radzenia sobie z sytuacjami trudnymi [12, 26], zwiększenie ich tolerancji na stres oraz umiejętności rozwiązywania problemów [27]. Evans i wsp. [28] z kolei stwierdzili, że młodzież z DSH mniej ogniskuje się na problemie i prezentuje bardziej unikające zachowania.

Wyniki prezentowanych badań wykazały, że samookaleczający się pacjenci, którzy planowali swoje samouszkodzenia, osiągnęli istotnie statystycznie wyższe wartości w skali Inni DINEMO niż ci dokonujący samookaleczeń pod wpływem impulsu. Z przeglądu badań dokonanych przez Klonsky'ego [29] oraz Nocka [10] wynika, że ZSU pełnią istotną funkcję m.in. w zakresie regulacji afektywnej oraz umiejętnościach interpersonalnych.

Badania Doughertya i wsp. [30] wykazały, że młodzież leczona psychiatrycznie, dokonująca ZSU, która miała w wywiadzie próby samobójcze (PS), prezentowała dużo cięższe objawy kliniczne, w tym depresyjne, poczucie beznadziejności oraz wyższy poziom impulsywności niż ci bez PS w wywiadzie. W przeprowadzonych badaniach fakt występowania PS w wywiadzie nie pozostawał w istotnym związku ani ze stylami radzenia sobie ze stresem, ani z poziomem inteligencji emocjonalnej. Jednak pacjenci obciążeni PS w przeszłości stanowili zdecydowaną większość wśród badanych z ZSU (77%) oraz częściej stosowali styl skoncentrowany na zadaniu niż pacjenci bez tego obciążenia. Być może przy większej liczebności podgrup różnice osiągnęłyby istotność statystyczną. Z niektórych badań wynika, że ZSU z perspektywy klinicznej są podstawą oceny ryzyka samobójczego, natomiast z perspektywy autoagresywnego nastolatka mogą stanowić sposób radzenia sobie z negatywnymi stanami afektywnymi, tj. złością, agresją, depresją [31].

Mimo małej liczebności badanych podgrup pacjentów z ZSU, zastosowana analiza statystyczna pozwoliła na wskazanie pewnych odrębności, które (po weryfikacji w badaniach z udziałem większej liczby pacjentów i zaplecza finansowego) mogą być podstawą planowania określonych oddziaływań psychoterapeutycznych, z naciskiem na rozwijanie u pacjentów konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem. W przypadku powtarzających się impulsywnych ZSU wskazany byłby trening behawioralny nakierowany na ćwiczenie nowych umiejętności, szczególnie w kontaktach interpersonalnych tj. eksternalizacji trudnych emocji, werbalizowania swoich trudności, proszenia o pomoc, szukania wsparcia. Natomiast w odniesieniu do pacjentów planujących akty autoagresji wskazane byłoby korzystanie z funkcjonalnych zasobów innych osób. Pacjenci dokonujący ZSU, nie radząc sobie ze swoimi emocjami, przy małej umiejętności oceniania zasobów otoczenia, często są skłonni do naśladowania dysfunkcyjnych sposobów rozładowania agresji bądź innych negatywnych emocji. Przyjmowanie dużej liczby pacjentów z podobnymi strategiami radzenia sobie ze stresem niesie za sobą ryzyko naśladownictwa, w tym naśladowania nieprawidłowego „radzenia sobie” z napięciem psychicznym poprzez samookaleczenia skóry.

### Wnioski

1. Pacjenci z zamierzonymi samouszkodzeniami ciała (ZSU) bez intencji samobójczych stanowią dość jednorodną grupę pod względem stylów radzenia sobie ze stresem, uwzględniając rodzaj zaburzeń psychicznych oraz nagłość decyzji o samookaleczeniu.
2. Wykorzystywanie przez samookaleczających się nieletnich pacjentów stylu opartego na zadaniu może mieć związek z instrumentalną autoagresją.
3. Planowane ZSU mogą być niewerbalną formą komunikowania innym swoich problemów.
4. Młodzież dokonująca ZSU jest zagrożona występowaniem prób samobójczych, bez względu na style radzenia sobie ze stresem czy poziom inteligencji emocjonalnej.
5. W terapii pacjentów z ZSU wskazane jest rozwijanie konstruktywnych sposobów radzenia sobie ze stresem w stosunku do silnej reakcji emocjonalnej.

## **Оценка стиля самостоятельности при преодолении стресса и эмоциональной интеллигенции молодежи с симптомами самоповреждения, леченной в психиатрических учреждениях в зависимости от избранных клинических факторов**

### **Содержание**

**Задание.** Заданием исследований была оценка: доминирующих стилей самостоятельности при преодолении стресса у подростков, наносящих себе телесные повреждения (ТП), леченных в психиатрических центрах. Кроме того определены уровень их интеллигенции эмоционального характера в зависимости от психиатрического диагноза, типа мотивировки и премедитации ТП. Учтено также явление наличия суицидальных проб (СП) в анамнезе, а также оценка корреляции между присутствием определенных стилей самостоятельности преодоления стресса и уровнем эмоциональной интеллигенции.

**Метод.** Исследование проведено у подростков в возрасте 18–13 лет на себе ТП во время психиатрической госпитализации (31 лиц). Использован Глоссарий самостоятельности и стрессовых ситуаций (СС), а также Двухмерный глоссарий эмоциональной интеллигенции – ДИНЕМО.

**Результаты.** Анализ связей между стилями самостоятельного решения преодоления стресса и уровнем эмоциональной интеллигенции в исследованной группе и типом, проявляющихся у них психических нарушений не указало на существенные различия между оцененными подгруппами. Пациенты, подтверждающие инструментальный мотив обладали существенно значимыми результатами в шкале, концентрированной на задании по отношению к тем, которые наносили себе ТП по поводу реактивных состояний или же болезненных. Учет в анализах типа премедитации ТП не отличалось с точки зрения применяемых подростками стиля самостоятельности при преодолении стресса. Учет в анализах типа премедитации не указывал на различия с точки зрения применяемых исследователями стилей самостоятельности преодоления стресса, однако же, которые планировали ТП, достигали статистически значимые более высокие показатели в шкале ДИНЕМО. Исследованные больные с ТП, которые в прошлом совершали пробы суицида (77%), а результаты были похожими с СС и ДИНЕМО в сравнение с пациентами с ТП без проб самоубийства. В группе исследованных отмечена одна существенная, статистически значимая, корреляция между СС – стилем, концентрирующимся на избегания а Я ДИНЕМО.

**Выводы.** 1. Пациенты с ТП без суицидальных попыток составляют довольно однообразную группу с точки зрения стиля самостоятельности преодоления стресса, учитывая тип психических нарушений, а также неожиданность децизий о ТП. 2. Использование ими стиля, направленного на задание может быть связано с инструментальной автоагрессией. 3. Планирование ТП могло бы быть связано с невербальной формой передачи иным людям своих проблем. 4. Молодежь с ТП может также совершать суицидальные пробы, без учета применяемых стилей во время преодоления стресса, или же уровнем эмоциональной интеллигенции. 5. В лечении пациентов с ТП необходимо использовать конструктивные способы преодоления препятствий при стрессах по отношению к сильной эмоциональной реакции.

## **Bewertung von Copingstrategien und emotioneller Intelligenz bei selbstschädigenden Jugendlichen, die abhängig von gewählten klinischen Faktoren psychiatrisch behandelt werden**

### **Zusammenfassung**

**Ziel.** war die Bewertung von vorherrschenden Copingstrategien bei jugendlichen Patienten, die sich vorsätzliche Selbstverletzungen zufügen und die psychiatrisch behandelt werden. Bewertet wurde auch ihre emotionale Intelligenz abhängig von der psychiatrischen Diagnose, Ursachen, vom vorsätzlichen selbstverletzenden Verhalten (SVV) und Suizidversuchen in der Anamnese; außerdem wurde die Korrelation zwischen den bestimmten Coping-Strategien und dem Level der emotionalen Intelligenz bewertet.

**Methode.** An die Studie wurden die Patienten im Alter von 13 – 18 Jahren eingeschlossen, die sich in der Zeit der psychiatrischen Hospitalisierung Selbstverletzungen zugefügt hatten (n=31). Es wurden eingesetzt: Coping Inventory for Stressful Situations (CISS), Zweidimensionales Inventar Emotionale Intelligenz DINEMO.

**Ergebnisse.** Zusammenhänge zwischen den Copingstrategien und dem Level der emotionalen Intelligenz und der Art der bei ihnen auftretenden psychischen Störungen unter den Befragten zeigte keine signifikanten Unterschiede zwischen den bewerteten Untergruppen. Die Patienten, die instrumentale Motive bestätigen, erreichten signifikant höhere Ergebnisse in dem aufgabeorientierten Coping im Vergleich mit denjenigen, die sich Selbstverletzungen aus reaktiven Gründen oder Krankheitsgründen zugefügt hatten. Die Berücksichtigung in der Analyse der Art des Vorsatzes bei Selbstverletzungen zeigte keine Unterschiede in der Anwendung der Copingstrategien, aber die Patienten, die SVV planten, erreichten statistisch signifikant höhere Werte in der DINEMO – Skala „Andere“. Die befragten Patienten mit SVV, die in der Vergangenheit einen Suizidversuch hinter sich hatten (77% der Befragten), erreichten ähnliche Ergebnisse in CISS und DINEMO im Vergleich mit den Patienten mit SVV ohne Suizidversuche in der Vergangenheit. In der befragten Gruppe wurde eine statistisch signifikante Korrelation zwischen CISS -Skala „vermeidungsorientiertes Coping“ und DINEMO - „Ich“ bewiesen.

**Schlussfolgerungen.** 1. Die Patienten mit SVV ohne Suizidgefahr bilden eine ziemlich einheitliche Gruppe in den Copingstrategien, wenn man die Art der psychischen Störungen und die Entscheidung für Selbstverletzung berücksichtigt. 2. Die Anwendung durch sie von aufgabeorientiertem Coping kann einen Zusammenhang mit der instrumentalen Autoaggression haben. 3. Das geplante SVV kann eine nicht-verbale Form der Mitteilung an die Andere über eigene Probleme sein. 4. Die Jugendlichen, die sich SVV zufügen, sind mit Suizidversuchen bedroht, unabhängig von den angewandten Copingstrategien oder Level der emotionalen Intelligenz. 5. In der Therapie der Patienten mit SVV wird auf die Entwicklung der konstruktiven Coping-Strategien gegenüber einer starken emotionalen Reaktion hingewiesen.

### **L'évaluation des styles de se débrouiller avec le stress et de l'intelligence émotionnelle des patients adolescents avec l'automutilation en relation avec les caractéristiques cliniques choisies**

#### **Résumé**

**Objectif.** Evaluer les styles dominants de se débrouiller avec le stress des patients adolescents avec l'automutilation et le niveau de leur intelligence émotionnelle en relation avec : leur diagnostic psychiatrique, types de motivation de leur automutilation, présence des tentatives de suicide (TS) au passé ainsi que des leurs corrélations.

**Méthodes.** On examine les patients adolescents, âgés 13–18 ans, avec les automutilations durant leurs hospitalisations (N=31) en usant les questionnaires suivants : CISS (the Coping Inventory for Stressful Situations) et DINEMO (the Two-Dimensional Inventory of Emotional Intelligence).

**Résultats.** L'analyse de corrélations des styles de se débrouiller avec le stress et du niveau de l'intelligence émotionnelle ainsi que des genres des troubles mentaux des groupes examinés n'atteste pas l'existence des différences significantes entre ces groupes examinés. Les patients confirmant la motivation instrumentale ont les scores plus élevés dans l'échelle mesurant la concentration sur la tâche que les patients avec les automutilations réactives ou malades. L'analyse des types de préméditation concernant les automutilations et de leur corrélation avec les types de se débrouiller avec le stress ne confirme non plus d'existence de différences significantes entre eux; pourtant les patients qui ont planifiés leurs mutilations ont les scores plus élevés de l'échelle AUTRES de DINEMO. Les patients avec l'automutilation et aussi avec les TS au passé (77% de patients examinés) ont presque les mêmes scores de CISS et de DINEMO que les patients sans TS au passé. Dans ces groupes examinés on note seulement une corrélation valable statistiquement – de CISS-style orienté à la fuite – et échelle Moi de DINEMO.

**Conclusions.** 1. Les patients avec l'automutilation et sans TS forment un groupe uniforme quant aux styles de se débrouiller avec le stress en tenant compte des genres des troubles psychiques et

les décisions rapides des l'automutilation. 2. Ils usent le style concentré à la tâche et cela peut se lier avec l'auto-agression instrumentale. 3. Les automutilations planifiées peuvent constituer une forme non-verbale de communiquer aux autres leurs problèmes. 4. Les patients adolescents avec l'automutilation sont menacés de TS indépendamment aux styles de se débrouilles avec le stress et indépendamment au niveau de leur intelligence émotionnelle. 5. Dans la thérapie des patients avec l'automutilation on recommande le développement des styles constructifs de se débrouiller avec le stress, surtout en relation avec la forte réaction émotionnelle.

## Piśmiennictwo

1. Warzocha D, Pawelczyk T, Gmitrowicz A. *Associations between deliberate self-harm episodes in psychiatrically hospitalized youth and type of mental disorders and selected environmental factors*. Arch. Psychiatr. Psychother. 2010; 2: 23–29.
2. Gmitrowicz A. *Suicidal behaviours among Polish youth in light of the following papers: suicidal behaviour in children and adolescents. Parts 1 and 2*. Can. J. Psychiatry 2010; 6 (55): 399–400.
3. Zahl DL, Hawton K. *Repetition of deliberate self-harm and subsequent suicide risk: long-term follow-up study of 11,583 patients*. Br. J. Psychiatry 2004; 185: 70–75.
4. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. *Deliberate self-harm in adolescents: self report survey in schools in England*. BMJ 2002; 23 (74): 1207–1211.
5. Gmitrowicz A. *Suicydologia na początku XXI wieku w świetle międzynarodowych konferencji*. Suicydologia 2008; 4: 90–92.
6. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
7. Pużyński S, Wciórka J. red. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo „Versalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1998.
8. Sakinofsky I. *Repetition of suicide behaviour*. W: Hawton K, van Heeringen K. red. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.; 2000. s. 385–404.
9. Kahan J, Pattison EM. *Proposal for a distinctive diagnosis: the Deliberate Self-Harm Syndrome (DSH)*. Suic. Life Threat. Behav. 1984; 14 (1): 17–35.
10. Nock MK. *Self-injury*. Annu. Rev. Clin. Psychol. 2010; 6: 339–363.
11. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. *An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents*. Suic. Life Threat. Behav. 2004; 34 (1): 12–23.
12. Muehlenkamp JJ, Walsh BW, McDade M. *Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: the signs of self-injury program*. J. Youth Adolesc. 2010; 39 (3): 306–314.
13. Raj MAJ, Kumaraiah V, Bhide AV. *Cognitive-behavioural intervention in deliberate self-harm*. Acta Psychiatr. Scand. 2001; 104 (5): 340–345.
14. Slee N, Arensman E, Garnefski N, Spinhoven P. *Cognitive-behavioral therapy for deliberate self-harm*. Crisis 2007; 28 (4): 175–182.
15. Wasserman D, Wasserman C. red. *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention*. New York: Oxford University Press; 2009.
16. Endler NS, Parker JDA. *Assessment of multidimensional coping: task, emotion and avoidance strategies*. Psychol. Assess. 1994; 6: 50–60.
17. Szczepaniak A, Jabłkowska K, Gmitrowicz A. *Poziom inteligencji emocjonalnej u młodocianych pacjentów dokonujących samouszkodzeń*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2009; 9 (2): 100–110.
18. Endler NS, Parker JDA. *Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation*. J. Pers. Soc. Psychol. 1990; 58: 844–854.

19. Wrześniewski K. *Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru*. W: Heszen-Niejodek L, Ratajczak Z. red. *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 1996.
20. Jaworska A, Matczak A. *Dwuwymiarowy Inwentarz Inteligencji Emocjonalnej DINEMO. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2006.
21. Gmitrowicz A, Lewandowska A. *Charakterystyka uczniów dokonujących zamierzonych samoszkodzeń*. *Suicydologia* 2010; 5–6: 77–85.
22. McAuliffe C, Corcoran P, Keeley HS, Arensman E, Bille-Brahe U, De Leo D, Fekete S, Hawton K, Hjelmeland H, Kelleher M, Kerkhof AJ, Lönnqvist J, Michel K, Salander-Renberg E, Schmidtke A, Van Heeringen K, Wasserman D. *Problem-solving ability and repetition of deliberate self-harm: a multicentre study*. *Psychol. Med.* 2006; 36 (1): 45–55.
23. McAuliffe C, Corcoran P, Hickey P, McLeavey BC. *Optional thinking ability among hospital-treated deliberate self-harm patients: a 1-year follow-up study*. *Br. J. Clin. Psychol.* 2008; 47: 43–58.
24. Klonsky ED, Oltmanns TF, Trukheimer E. *Deliberate self-harm in a nonclinical population: prevalence and psychological correlates*. *Am. J. Psychiatry* 2003; 160 (8): 1501–1508.
25. Reynolds WM, Mazza J. *Suicide and suicidal behaviors in children and adolescents*. W: Reynolds WM, Johnston HF. red. *Handbook of depression in children and adolescents*. New York: Plenum Press; 1994.
26. Portzky G, De Wilde EJ, van Heeringen K. *Deliberate self-harm in young people: differences in prevalence and risk factors between the Netherlands and Belgium*. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 2008; 17 (3): 179–186.
27. Nock MK, Mendes WB. *Physiological arousal, distress tolerance, and social problem-solving deficits among adolescent self-injurers*. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2008; 76 (1): 28–38.
28. Evans E, Hawton K, Rodham K. *In what ways are adolescents who engage in self-harm or experience thoughts of self-harm different in terms of help-seeking, communication and coping strategies?* *J. Adolesc.* 2005; 28 (4): 573–587.
29. Klonsky ED. *The functions of deliberate self-injury: a review of the evidence*. *Clin. Psychol. Rev.* 2007; 27 (2): 226–239.
30. Dougherty DM, Mathiasa ChW, Marsh-Richarda DM, Preveteb KN, Dawesa MA, Hatzisb ES, Palmesb G, Nouviona SO. *Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide*. *Psychiatry Res.* 2009; 169 (1): 22–27.
31. Peterson J, Freedenthal S, Sheldon Ch, Andersen R. *Non-suicidal self-injury in adolescents*. *Psychiatry* 2008; 5 (11): 20–26.

Adres: Agnieszka Gmitrowicz  
Klinika Psychiatrii Młodzieżowej UM w Łodzi  
92-216 Łódź, ul. Czechosłowacka 8/10

Otrzymano: 26.01.2012  
Zrecenzowano: 4.03.2012  
Otrzymano po poprawie: 28.03.2012  
Przyjęto do druku: 6.04.2012  
Adiustacja: A. K.