

**Częstość zamierzonych samookaleczeń bez intencji
samobójczych – Nonsuicidal Self-Injury (NSSI)
wśród uczniów szkół ponadpodstawowych
w odniesieniu do wieku i płci**

**The prevalence of Nonsuicidal Self-Injury (NSSI) among high school
students in relation to age and sex.**

Halina Kądziała-Olech¹, Gabriel Żak², Barbara Kalinowska²,
Anna Wągrowcka², Grzegorz Perestret², Michał Bielański²

¹ Oddział Dzienny Psychiatryczny Kliniki Pediatrii i Zaburzeń Rozwoju
Dzieci i Młodzieży UM w Białymstoku
Kierownik: prof. dr hab. J. Piotrowska-Jastrzębska

² Studenckie Koło Naukowe Psychiatrii Dzieci i Młodzieży przy Klinice Pediatrii i Zaburzeń
Rozwoju Dzieci i Młodzieży UM w Białymstoku
Opiekun: dr n. med. H. Kądziała-Olech

Summary

Aim. The undertaken research aimed at determining the frequency of deliberate self-injurious behaviour (D-SIB) among the students of secondary schools and also the analysis of the frequency of repeated Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) occurrences in accordance with DSM-5 criteria in reference to the age and sex in the studied population.

Method: The data was collected via survey method according to the questionnaire prepared in compliance with the criteria DSM-5 and Self-Harm Inventory. The study included randomly selected students: 1193 boys and 1027 girls in Białystok aged 12 and 19 (average age \pm SD: 16.8 \pm 1.65). Statistical analysis of the data was carried out using the application Statistica 10.0 PL, StatSoft.

Results: These results indicate that D-SIB and NSSI affect both sexes. In the studied group 8.3 % of students engage in deliberate self-injurious behaviour. The percentage of NSSI was 4.8% (6.3% in the group of boys, 3.2 % among girls; $p(\text{Chi}^2)=0.01$). Self-cutting was most common among 15-year-old pupils ((D-SIB: 14.75%; NSSI: 8.1%). The majority of respondents (82% of girls and 74% of boys) revealed that as a result of self-injury behaviour they experience relief.

Conclusions: Conducting further research in the area of NSSI seems to be crucial due to chronicity and prevalence as well as the fact that numerous repeated self-injuries bringing

relief or causing positive state of mind might indicate a mechanism similar to an addiction syndrome in adolescence.

Słowa klucze: samookaleczenia, młodzież

Key words: self-injury, adolescence

Wstęp

Fenomen celowych bezpośrednich samookaleczeń (direct self-injurious behavior – D-SIB) wzbudza zainteresowanie badaczy i klinicystów od wielu dekad, jednak jego istota nadal nie jest do końca jasna.

Przez długi okres zachowania o charakterze autoagresji bezpośredniej nieusankcjonowanej socjokulturowo pozostawały głównie w obszarze zainteresowań suicydologii. Po raz pierwszy zachowania o charakterze samouszkodzeń (self-mutilation) zostały wyodrębnione spośród szerokiego spektrum zachowań suicydalnych w 1938 r. [1]. Zostały one zdefiniowane jako samobójstwo zogniskowane lub samobójstwo częściowe, zapobiegające samobójstwu całkowitemu [1–4], przez innych autorów określane również jako antysamobójstwo [5–7].

Od dwóch dekad większość badaczy jest zgodna, że między aktem samookaleczenia a próbą suicydalną istnieje zasadnicza różnica intencjonalna [7–11]. Samobójstwo ma zakończyć dotychczasową linię życiową, natomiast celem samookaleczenia jest regulacja silnie negatywnych emocji, złagodzenie bólu psychicznego lub komunikacja przeżywanego cierpienia [12–19]. Brak konsensusu w sprawie definicji samouszkodzeń przez długi okres komplikował wyniki badań, które w większości koncentrowały się na populacjach klinicznych. Samookaleczenia stwierdzano u 20–60% adolescentów leczonych psychiatrycznie [16, 20–22]. Jako przejawy skrajnej impulsywności zostały ujęte w symptomatologii osobowości borderline (BPD) w klasyfikacji DSM-IV-TR [23] oraz ICD-10 [24]. Mimo że istnieje korelacja między BPD i D-SIB [25–27], stwierdzono również częste występowanie samookaleczeń w zaburzeniach afektywnych, lękowych, zachowania i zaburzeniach odżywiania się [28–31]. Zwiększone ryzyko samookaleczeń występuje w spektrum zaburzeń autystycznych, schizofrenii [32, 33], nadużywaniu substancji psychoaktywnych, zaburzeniu stresowym pourazowym, jako następstwa nadużycia w dzieciństwie [34–36]. Mimo że wiele zdiagnozowanych zaburzeń może korelować z aktami samookaleczania, wiele badań wskazuje, że zachowania te często występują jako odrębne zjawisko [5, 7, 17, 27, 37–39]. Rozszerzone badania populacyjne wykazują ponadto, że D-SIB dotyczy od 3% do 23% nastolatków [22, 37, 38, 40–46]. Regulowanie emocji poprzez angażowanie się w wielokrotne samookaleczenia pomimo szkodliwych konsekwencji, skłania badaczy do hipotezy, że jest to kolejne zaburzenie rozpoczynające się w okresie adolescencji [14, 17–19, 22, 38–39]. Wymiar powtarzalności został ujęty w modelu zamierzonych samouszkodzeń bez intencji samobójczych (nonsuicidal self-injury – NSSI) w DSM-5 jako odrębny zespół nozologiczny w części „Warunki do dalszych badań”, w którym zaproponowano sześć kryteriów [47].

Istotą zaburzenia w kryterium A jest zaangażowanie przez pięć i więcej dni w ciągu ostatniego roku w celowe uszkodzenia powierzchni własnego ciała, które mogą wywo-

łać krwawienie, zasinienie lub ból (cięcie, palenie, przesywające uderzenie, nadmierne tarcie) przy założeniu, że szkoda prowadzi jedynie do drobnych lub umiarkowanych obrażeń (bez zamiaru samobójczego).

Kryterium B określa obecność przynajmniej jednego ze spodziewanych efektów samookaleczenia: 1) uwolnienie negatywnych emocji i doświadczenie „ulgi”, 2) rozwiązanie trudności interpersonalnych, 3) wywołanie pozytywnego stanu.

W kryterium C samookaleczenie jest związane z co najmniej jednym z następujących stanów: 1) trudnościami interpersonalnymi lub negatywnymi uczuciami/myślami, takimi jak obniżony nastrój, lęk, napięcie, złość, cierpienie, negatywna samoocena, które pojawiają się przed aktem samookaleczenia, 2) zaabsorbowanie w intencję samouszkodzenia, które jest trudne do kontrolowania, 3) częste rozmyślanie o samookaleczeniu, nawet jeśli nie jest dokonane.

Zamierzona autoagresja w kryterium D nie jest zachowaniem społecznie usankcjonowanym (body piercing, tatuaż, część rytuałów religijnych lub kulturowych) i nie obejmuje zdzierania strupów lub obgryzania paznokci. Zaburzenie lub jego następstwa kliniczne powodują znaczne cierpienie lub zakłócenia w kontaktach interpersonalnych, osiągnięciach edukacyjnych lub innych ważnych dziedzinach funkcjonowania (kryterium E).

Kryterium F wykluczające obejmuje epizody psychotyczne, majaczenie, intoksykację lub zespół odstawienia, trichotillomanię, skubanie naskórka, stereotypowe samookaleczenia w spektrum zaburzeń autystycznych, niepełnosprawności intelektualnej, zespołu Lescha-Nyhana.

Model NSSI został opracowany do poszerzenia badań populacyjnych oraz starannej empirycznej oceny zjawiska, co może mieć istotne znaczenie w opracowaniu adekwatnych strategii terapeutycznych i prewencyjnych [47].

W Polsce mimo angażowania się coraz większej liczby nastolatków w zachowania autoagresywne, badania dotyczące skali zjawiska są nieliczne [21, 48]. NSSI nie było dotychczas uwzględniane w diagnozie klinicznej, również dokładna skala zjawiska wielokrotnych zamierzonych samookaleczeń bez intencji samobójczych nie jest znana.

Podjęte badania miały na celu ustalenie częstości dokonywania samookaleczeń bezpośrednich wśród uczniów szkół ponadpodstawowych oraz analizę częstości występowania wielokrotnych NSSI zgodnie z zaproponowanymi kryteriami DSM-5 w odniesieniu do wieku i płci w badanej populacji.

Material

Badania zostały przeprowadzone w 2013 r. w losowo wybranych szkołach ponadpodstawowych: trzech gimnazjach, trzech liceach ogólnokształcących i dwóch zespołach szkół technicznych. Rozpoczęcie badań było poprzedzone spotkaniami informacyjnymi z dyrektorami, pedagogami, nauczycielami i rodzicami na terenie placówek oświatowych w celu wyjaśnienia założeń programu badawczego oraz udzielenia szczegółowych wytycznych dotyczących techniki prowadzenia badań ankietowych. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę dyrektorów placówek, nauczycieli, rodziców oraz uczniów. Ankieta miała charakter anonimowy.

Charakterystyka badanej grupy

Spośród 2 506 uczniów w wieku 13–19 lat uzyskano wyniki dla 2 220 (88,6%) uczestników. Badaną grupę stanowiło 1 193 chłopców (średnia wieku \pm SD: $16,7 \pm 1,6$) oraz 1 027 dziewcząt (średnia wieku \pm SD: $16,8 \pm 1,7$). Średni wiek (\pm SD) badanych wynosił $16,7 \pm 1,6$ roku i nie różnił się znamiennej ze względu na płeć uczestników. Charakterystykę demograficzną badanej grupy przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Analiza demograficzna badanej grupy

Szkoła	Płeć	Wiek (w latach)							ogółem N
		13 N	14 N	15 N	16 N	17 N	18 N	19 N	
gimnazjum N = 589	dziewczęta	27	97	93	22	25	0	0	264
	chłopcy	29	119	114	36	24	3	0	325
szkoła zawodowa N = 438	dziewczęta	0	0	0	12	9	11	13	45
	chłopcy	0	0	0	105	111	88	89	393
liceum N = 1 193	dziewczęta	0	0	0	192	174	188	173	727
	chłopcy	0	0	0	130	105	120	111	466
	ogółem	56	216	207	497	448	410	386	2 220

Metoda

Dane zebrano metodą ankietową według kwestionariusza opracowanego przez autorów pracy zgodnie z obowiązującymi od maja 2013 roku kryteriami DSM-5 [47], uzupełnionymi o Self-Harm Inventory [35] (zał. 1). NSSI zdefiniowano zgodnie z zaproponowanymi kryteriami DSM-5, według których zaangażowanie w samookałeczenia miało miejsce powyżej 5 dni w roku i wiązało się z uczuciem ulgi.

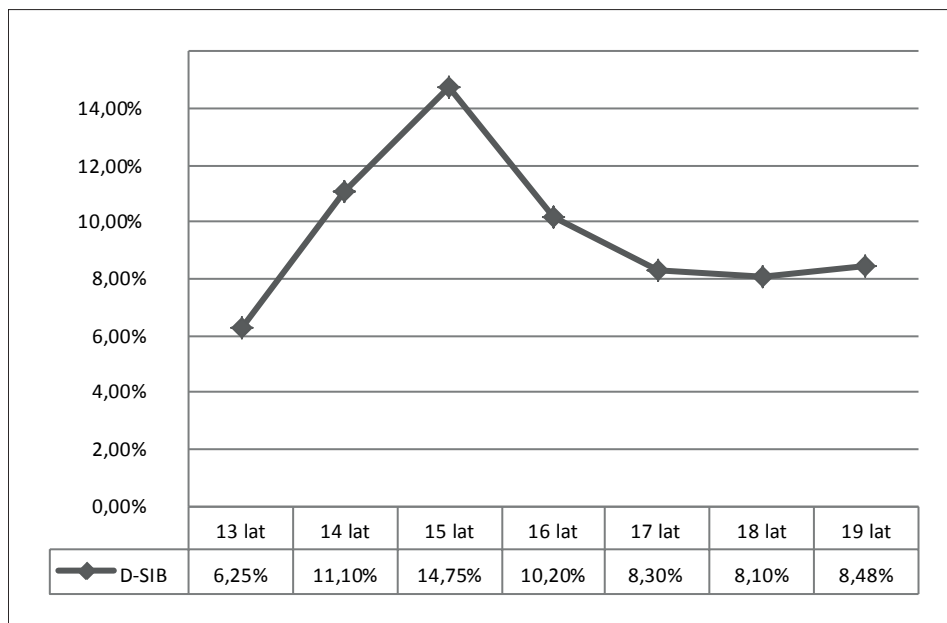
Analiza statystyczna

Uzyskane wyniki badań poddano analizie statystycznej z zastosowaniem programu STATISTICA 10.0 PL, StatSoft. Normalność rozkładu weryfikowano testami Kołmogorowa-Smirnowa z poprawką Lilleforsa oraz testem Shapiro-Wilka. Nie stwierdzono normalności rozkładu analizowanych zmiennych. Do oceny różnic między porównywanymi grupami użyto testu Chi² dla niepowiązanych cech jakościowych wyrażonych w odsetkach. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ wskazujący na istnienie istotnych statystycznie różnic bądź zależności.

Wyniki

Trend samookałeczenia się badanych przedstawia rycina 1. W badanej populacji zaangażowanie się w celowe samookałeczenie ujawniło 8,3% uczniów.

Rycina 1. Trend samookaleceń (D-SIB) w badanej populacji



D-SIB – Direct – Self Injurious Behavior (celowe bezpośrednie samookaleczenia)

Stwierdzono różnice istotne statystycznie między częstością występowania D-SIB u dziewcząt (6,7%) oraz chłopców (9,7%); $p = 0,016$ (tab. 2). Spośród typów szkół najwyższy odsetek incydentów samookaleczania bezpośredniego (13,1%) zbliżony w grupie chłopców (13,8%) i dziewcząt (13,9%) stwierdzono wśród uczniów gimnazjów. Natomiast istotne statystycznie różnice związane z płcią wystąpiły w populacji licealistów (chłopcy – 9,3%, dziewczęta – 5,4%; $p = 0,019$).

Tabela 2. Częstość angażowania się chłopców i dziewcząt w samookaleczanie

	Ogółem N = 2 220		Chłopcy N = 1 193		Dziewczęta N = 1 027		p(Chi ²)
	n	%	n	%	n	%	
D-SIB	184	8,3	115	9,6*	69	6,7*	0,02
NSSI	106	4,8	75	6,3*	31	3,0*	0,01

D-SIB – Direct Self Injurious Behavior (celowe bezpośrednie samookaleczenia),

NSSI – Nonsuicidal Self-Injury (zamierzone samookaleczenia bez intencji samobójczych > 5/rok), * – różnice istotne statystycznie

Autoagresję bezpośrednią częściej ujawniały osoby płci żeńskiej w szkołach zawodowych (tab. 3). Powtarzanie samookaleceń stwierdzono wśród uczniów

wszystkich typów szkół. W badanej populacji odsetek osób wielokrotnie angażujących się w samookaleczanie (powyżej 5 dni w roku) spełniających kryteria NSSI wg DSM-5 wynosił 4,8% (6,3% w populacji chłopców, 3% wśród dziewcząt; $p = 0,01$) (tab. 2).

Tabela 3. Angażowanie się w samookaleczanie w zależności od płci i typu szkoły

	Gimnazjum N = 589			p(Chi2)
	ogółem	chłopcy	dziewczeta	
D-SIB	13,1%	13,8%	13,9%	
NSSI	6,5%	7,5%	3,3%	
Szkoła zawodowa/technikum N = 438				
D-SIB	8,6%	8,2%	13,8%	
NSSI	5,7%	4,8%	9,3%	
Liceum ogólnokształcące N = 1 193				
D-SIB	6,8%	9,3%*	5,4%*	0,019
NSSI	3,6%	5,7%*	2,1%*	0,006

D-SIB – Direct Self Injurious Behavior (celowe bezpośrednie samookaleczenia),

NSSI – Nonsuicidal Self-Injury (zamierzone samookaleczenia bez intencji samobójczych > 5/rok), * – różnice istotne statystycznie $p < 0,05$

Szczegółowa analiza wieku i płci ujawniła różnice w profilach NSSI w grupie dziewcząt oraz chłopców. Znamienne różnice płci wystąpiły w grupach wiekowych 18 i 19 lat (tab. 4). Najczęstszym powodem angażowania się w NSIS u dziewcząt była samotność (48%) oraz problemy w szkole (40%), natomiast chłopcy najczęściej angażowali się w NSIS bez powodu (73%).

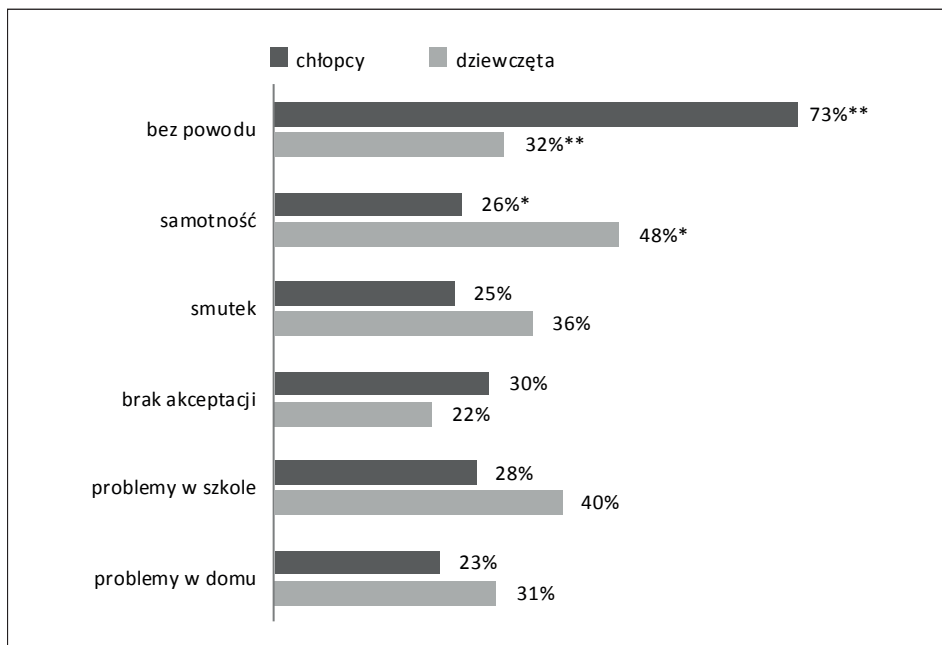
Tabela 4. Występowanie NSSI w badanej grupie w zależności od wieku i płci

wiek	13 lat	14 lat	15 lat	16 lat	17 lat	18 lat	19 lat
NSSI	1,8%	5,5%	8,1%	4,7%	5,2%	5,4%	5,6%
chłopcy	3,6%	6,4%	9,6%	5,5%	5,7%	7,6%*	7,5%*
dziewczeta	1,0%	4,1%	5,5%	3,7%	4,5%	3,1%*	4,3%*

NSSI – Nonsuicidal Self-Injury (zamierzone samookaleczenia bez intencji samobójczych > 5/rok), * – istotne statystycznie różnice pod względem płci $p(\text{Chi}^2) < 0,05$

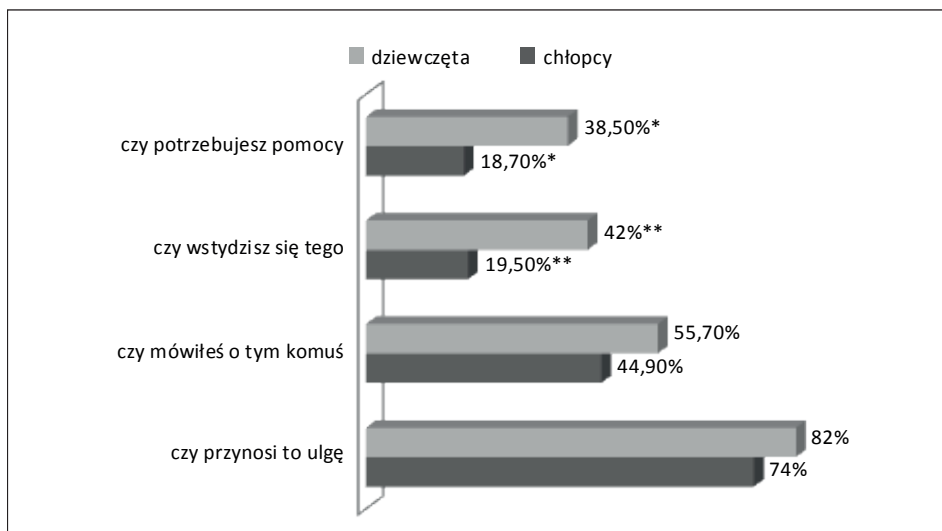
Stwierdzone różnice były istotne statystycznie (ryc. 2). Zdecydowana większość badanych (82% dziewcząt oraz 74% chłopców) ujawniła, że w wyniku samookaleczania doświadczą ulgi. Dwukrotnie więcej osób płci żeńskiej deklarowało, że odczuwa wstyd z powodu NSIS i potrzebuje pomocy (ryc. 3).

Rycina 2. Przyczyny angażowania się w NSSI w badanej populacji



NSSI – Nonsuicidal Self-Injury (zamierzone samookaleczenia bez intencji samobójczych > 5/rok), istotne statystycznie różnice pod względem płci: ** $p(\text{Chi}^2) < 0,001$, * $p(\text{Chi}^2) = 0,007$

Rycina 3. Stosunek do samookaleceń osób zaangażowanych w NSSI



NSSI – Nonsuicidal Self-Injury (zamierzone samookaleczenia bez intencji samobójczych > 5/rok), istotne statystycznie różnice pod względem płci: * $p(\text{Chi}^2) = 0,009$, ** $p(\text{Chi}^2) = 0,003$

Omówienie

Przeprowadzone badania, podobnie jak wyniki pochodzące z różnych ośrodków na świecie, wskazują, że zamierzone bezpośrednie samookaleczenia są częstym zachowaniem w okresie adolescencji. Wieloośrodkowe badania przeprowadzone w 11 krajach Europy w ramach projektu Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE) wykazały, że częstość D-SIB wśród uczniów w wieku 14–15 lat wahała się od 17,1% do 38,6% w poszczególnych krajach, natomiast powtarzanie D-SIB stwierdzono u 7,8% badanych [49]. Dokonywanie bezpośrednich zamierzonych okaleczeń powłok skórnych potwierdziło 14,4% uczniów szkół ponadpodstawowych w Łodzi [48]. Mimo że odsetek D-SIB w badanej przez nas populacji wynosił 8,3%, najczęściej samookaleczenia były dokonywane przez 15-letnich uczniów (odpowiednio D-SIB: 14,75%; NNSI: 8,1%). Zróżnicowana częstość D-SIB (3%–38%) wśród nastolatków na świecie [22, 37, 38, 40–46, 49] może być spowodowana specyficznymi uwarunkowaniami socjokulturowymi, wiekiem badanej populacji oraz typem szkoły, co potwierdzają przeprowadzone przez nas badania.

Uzyskane wyniki oraz piśmiennictwo [11, 12, 22, 49] wskazują, że D-SIB oraz NNSI dotyczy obu płci. Jakkolwiek w gimnazjach odsetek dziewcząt i chłopców angażujących się w samookaleczenia był podobny, u starszej młodzieży typ szkoły determinował różnice płci – wyższy odsetek dziewcząt w szkołach zawodowych oraz wyższy odsetek chłopców w liceach ogólnokształcących. Samotność była najczęstszą przyczyną NNSI wśród dziewcząt, u chłopców brak ujawnianego powodu. Większość badanych z NNSI jako następstwo samookaleczenia odczuwała odprężenie. Dane z piśmiennictwa oraz wyniki przeprowadzonego badania wskazują, że samookaleczenia rozpoczynające się we wczesnym okresie adolescencji mogą być kontynuowane w formie NNSI jako sposób regulacji emocjonalnej [4, 12–15, 17, 19].

Wnioski

Ustalenie kryteriów w DSM-5 dla wielokrotnych samookaleczeń NSIS może wpłynąć na bardziej precyzyjne oszacowanie skali zjawiska oraz ustalenie, czy jest to nowy rodzaj zaburzenia rozpoczynającego się w okresie adolescencji. Prowadzenie badań populacyjnych w zakresie NNSI wydaje się niezwykle ważne z powodu dużego rozpowszechnienia, tendencji do przewlekłości, ale również dlatego, że w wielu przypadkach powtarzanie samookaleczeń przynoszących ulgę czy poprawiających nastrój może wskazywać na powstawanie mechanizmu przypominającego zespół uzależnienia [15, 17]. Z drugiej strony konstelacja niekorzystnych czynników mimo braku zamiaru suicydalnego bądź powikłania somatyczne NSIS mogą stanowić poważne ryzyko letalne.

Piśmiennictwo

1. Menninger KA. *Man against himself*. New York: Harcourt Brace and Company; 1938.
2. Daldin HJ. *A contribution to the understanding of self-mutilating behavior in adolescence*. J. Child Psychother. 1988; 14: 61–66.
3. Favazza AR. *Why patients mutilate themselves*. Hosp. Community Psychiatry 1989; 40: 137–245.
4. Nixon MK, Cloutier PF, Aggarwal S. *Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2002; 41: 1333–1341.
5. Himer J. *Blood rituals: Self-cutting in female psychiatric inpatients*. Psychotherapy 1994; 31: 620–631.
6. Firestone RW, Seiden, RH. *Suicide and the continuum of self-destructive behavior*. J. Am. College Health 1990; 38: 207–213.
7. Csorba J, Dinya E, Plener P, Nagy E, Pali E. *Clinical diagnoses, characteristics of risk behavior, differences between suicidal and non-suicidal subgroups of Hungarian adolescent outpatients practicing self-injury*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2009; 18: 309–320.
8. Brausch AM, Gutierrez PM. *Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents*. J. Youth Adolesc. 2010; 39(3): 233–242.
9. Suyemoto KL. *The functions of self-mutilation*. Clin. Psychol. Rev. 1998; 18(5): 531–554.
10. Kehrberg C. *Self-mutilating behavior*. J. Child Adolesc. Psychiatr. Nurs. 1997; 10(3): 35–40.
11. Klonsky ED, Glenn CR. *Resisting urges to self-injure*. Behav. Cogn. Psychother. 2008; 36(2): 211–220.
12. Klonsky ED. *The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence*. Clin. Psychol. Rev. 2007; 27(2): 226–239.
13. Favazza AR. *Self-injurious behavior in college students*. Pediatrics 2006; 117(6): 2283–2284.
14. 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: 573–587.
15. Peterson J, Freedenthal S, Sheldon C, Andersen R. *Nonsuicidal self injury in adolescents*. Psychiatry 2008; 5(11): 20–26.
16. Nock MK, Prinstein MJ. *Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents*. J. Abnorm. Psychol. 2005; 114(1): 140–146.
17. Nock M. *Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury*. Curr. Dir. Psychol. Sci. 2009; 18: 78–83.
18. Laye-Gindhu A, Schonert-Reichl KA. *Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the “whats” and “whys” of self-harm*. J. Youth Adolesc. 2005; 34(5): 447–457.
19. Lloyd-Richardson EE, Perrine N, Dierker L, Kelley ML. *Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents*. Psychol. Med. 2007; 37(8): 1183–1192.
20. Briere J, Gil E. *Self-mutilation in clinical and general population samples: prevalence, correlates, and functions*. Am. J. Orthopsychiatry 1998; 68: 609–620.
21. Warzocha D, Gmitrowicz A, Pawełczyk T. *Związek samouszkodzeń wśród młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie z rodzajem zaburzeń psychicznych i wybranymi czynnikami środowiskowymi*. Psychiatr. Pol. 2008; 42(5): 659–669.
22. Barrocas AL, Hankin BL, Young JF, Abela JR. *Rates of nonsuicidal self-injury in youth: age, sex, and behavioral methods in a community sample*. Pediatrics 2012; 130(1): 39–45.

23. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
24. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization; 1992.
25. Haw C, Hawton K, Houston K, Townsend E. *Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients*. Br. J. Psychiatry 2001; 178: 48–54.
26. Paris J. *Understanding self-mutilation in borderline personality disorder*. Harv. Rev. Psychiatry 2005; 13(3): 179–185.
27. Ferrara M, Terrinoni A, Williams R. *Non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescent inpatients: assessing personality features and attitude toward death*. Child Adolesc. Psychiatry Ment. Health 2012; 6: 12.
28. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. *Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm*. J. Clin. Child Adolesc. Psychol. 2008; 37(2): 363–375.
29. Ferreira de Castro E, Cunha M, Pimenta F, Costa I. *Parasuicide and mental disorders*. Acta Psychiatr. Scand. 1998; 97: 25–31.
30. Suominen K, Henriksson M, Suokas J, Isometsä E, Ostamo A, Lönnqvist J. *Mental disorders and comorbidity in attempted suicide*. Acta Psychiatr. Scand. 1996; 94: 234–240.
31. Paul T, Shroeter K, Dahme B, Nutzinger DO. *Self-injurious behavior in women with eating disorders*. Am. J. Psychiatry 2002; 159: 408–411.
32. Dominick KC, Davis NO, Lainhart J, Tager-Flusberg H, Folstein S. *Atypical behaviors in children with autism and children with a history of language impairment*. Res. Dev. Disabil. 2007; 28(2): 145–162.
33. Zlotnick C, Mattia JI, Zimmerman M. *Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients*. J. Nerv. Ment. Dis. 1999; 187: 296–301.
34. Glassman LH, Weierich MR, Hooley JM, Deliberto TL, Nock MK. *Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediation role of self-criticism*. Behav. Res. Ther. 2008; 45(10): 2483–2490.
35. Sansone RA, Sansone LA. *Measuring Self-Harm Behavior with the Self-Harm Inventory*. Psychiatry 2010; 7(4): 16–20.
36. Rossow I, Hawton K, Ystgaard M. *Cannabis use and deliberate self-harm in adolescence: a comparative analysis of associations in England and Norway*. Arch. Suicide Res. 2009; 13(4): 340–348.
37. Brunner R, Parzer P, Haffner J, Steen R, Roos J, Klett M. i wsp. *Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents*. Arch. Pediatr. Adolesc. Med. 2007; 161: 641–649.
38. Gollust SE, Eisenberg D, Golberstein E. *Prevalence and correlates of self-injury among university students*. J. Am. Coll. Health 2008; 56(5): 491–498.
39. Glenn CR, Klonsky ED. *Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients*. J. Clin. Child Adolesc. Psychol. 2013; 42(4): 496–507.
40. Jacobson CM, Gould M. *The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature*. Arch. Suicide Res. 2007; 11(2): 129–147.
41. O'Connor RC, Rasmussen S, Miles J, Hawton K. *Self-harm in adolescents: self-report survey in schools in Scotland*. Br. J. Psychiatry 2009; 194: 68–72.

42. You J, Leung F, Fu K, Lai CM. *The prevalence of nonsuicidal self-injury and different subgroups of self-injurers in Chinese adolescents*. Arch. Suicide Res. 2011; 15(1): 75–86.
43. Kuentzel JG, Arble E, Boutros N, Chugani D, Barnett D. *Nonsuicidal self-injury in an ethnically diverse college sample*. Am. J. Orthopsychiatry 2012; 82(3): 291–297.
44. Whitlock J, Muehlenkamp J, Purington A, Eckenrode J, Barreira P, Baral Abrams G. i wsp. *Nonsuicidal self-injury in a college population: general trends and sex differences*. J. Am. Coll. Health 2011; 59(8): 691–698.
45. Plener PL, Fischer CJ, In-Albon T, Rollett B, Nixon MK, Groschwitz RC. i wsp. *Adolescent non-suicidal self-injury (NSSI) in German-speaking countries: comparing prevalence rates from three community samples*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2013; 48(9): 1439–1445.
46. Laukkanen E, Rissanen ML, Honkalampi K, Kylmä J, Tolmunen T, Hintikka J. *The prevalence of self-cutting and other self-harm among 13- to 18-year-old Finnish adolescents*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2009; 44: 23–28.
47. *Diagnostics and statistical manual of mental disorders*. Fifth Edition (DSM–5). Washington, DC, London, England: American Psychiatric Association; 2013.
48. Gmitrowicz A, Kostulski A, Kropiwnicki P, Zalewska-Janowska A. *Cutaneous deliberate self-harm in Polish school teenagers – an inter-disciplinary challenge*. Acta Derm. Venereol. 2014; 94(4): 448–453.
49. Brunner R, Kaess M, Parzer P, Fischer G, Carli V, Hoven CW. i wsp. *Life-time prevalence and psychosocial correlates of adolescent direct self-injurious behavior: a comparative study of findings in 11 European countries*. J. Child Psychol. Psychiatry 2014; 55(4): 337–348.

Adres: Halina Kądziela-Olech
Oddział Dzienny Psychiatryczny
Klinika Pediatrii i Zaburzeń Rozwoju UM UDSK
15-274 Białystok, ul. Waszyngtona 17

Otrzymano: 6.06.2014
Zrecenzowano: 11.07.2014
Przyjęto do druku: 26.11.201

Załącznik 1.

ANKIETA

Poniższa ankieta skierowana jest do uczniów szkół gimnazjalnych i ponadgimnazjalnych. Ankieta ma charakter anonimowy. Wybraną odpowiedź należy zaznaczyć krzyżykiem lub haczykiem w odpowiadającej jej kratce:

Płeć: Kobieta Mężczyzna

Wiek: 12 lat 13lat 14 lat 15 lat 16 lat 17 lat
 18 lat 19 lat

Szkoła: gimnazjum szkoła zawodowa technikum
 liceum ogólnokształcące

1. Które z określeń opisuje ciebie (możesz zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)
 niska samoocena towarzyskość spokój ciągłe poczucie winy
 perfekcjonizm niepokój gwałtowność kłótniowość
 niezadowolenie z siebie cierpliwość
 niezadowolenie ze swojego ciała samotność
 nieśmiałość lęk odwaga napięcie
2. Swój kontakt z rówieśnikami określisz jako :
 bardzo dobry dobry poprawny zły (czuję się wykluczony/na)
3. Kontakt z rodzicami oceniasz jako: bardzo dobry dobry
 poprawny zły
4. Z kim rozmawiasz o swoich emocjach, uczuciach, problemach?
 z rodzicami z przyjaciółmi pedagogiem z nikim
5. Jak często opuszczasz zajęcia szkolne:
 tylko gdy jestem chory 1x w tyg. > 1x w tyg. 1x w mies.
 >1x w mies.
6. Jak najczęściej spędzasz wolny czas (możesz zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)
 samotnie np. komputer, telewizja, czytanie
 słuchanie muzyki
 w gronie znajomych uprawiam sport, taniec,
 gra na instrumencie
 z rodzicami/rodzeństwem
7. Czy zdarzyło Ci się w ostatnim roku okaleczać siebie (poprzez cięcie, uderzanie, tarcie, przypalanie swojego ciała)
 TAK: > 5x w tygodniu > 5x w miesiącu > 5 razy w roku
 rzadziej
 NIE
8. Z jakiego powodu najczęściej okaleczasz siebie
 bez powodu kiedy czuję się samotny/a
 gdy przerastają mnie problemy w szkole

- kiedy czuję się smutny/a gdy nie mogę się dogadać z rodzicami/problemy w domu kiedy czuję się nieakceptowany przez rówieśników
9. Czy „ciąć się” albo zadawanie sobie bólu w inny sposób sprawia ci ulgę? TAK NIE
10. Czy często czujesz się zdenerwowana/-y lub spięta/-y? TAK NIE
11. Czy masz czasami problem z wyrażaniem emocji, powiedzeniem innym co czujesz? TAK NIE
12. Czy tłumisz w sobie złość lub agresję? TAK NIE
13. Czy zdarzyło ci się coś zniszczyć, rozbić, podrzeć coś ze złości? TAK NIE
14. Czy często jesteś zła/-y na siebie? TAK NIE
15. Czy uważasz, że rówieśnicy cię lubią? TAK NIE
16. Czy zdarza ci się pić alkohol (piwo, wino, wódka)?
 TAK: codziennie, 1-2 x/tydzień, 1-2x/miesiąc, rzadziej
 NIE
17. Czy popalasz papierosy? TAK NIE
18. Czy uprawiasz sport, który jest niebezpieczny, często zdarzają się w nim kontuzje? TAK NIE
19. Czy uważasz, że można ci zaufać? TAK NIE
20. Czy uważasz, że rodzice cię akceptują, są z ciebie dumni? TAK NIE
21. Jeśli się „tniesz” lub zadajesz sobie ból w inny sposób, to czy komuś o tym mówiłaś/-eś?
 TAK NIE
22. Czy wstydzisz się tego, że się „tniesz” lub zadajesz sobie ból w inny sposób?
 TAK NIE
23. Czy potrzebujesz pomocy, chcesz, żeby ktoś zwrócił uwagę na twoje problemy?
 TAK NIE

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!