

Rozpowszechnienie samouszkodzeń dokonywanych przez młodzież w wieku od 16 do 19 lat

Prevalence of self-injury performed by adolescents aged 16–19 years

Beata Pawłowska¹, Emilia Potembska², Maciej Zygo³, Marcin Olajossy¹,
Ewa Dziurzyńska⁴

¹ II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej UM w Lublinie

² II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej Państwowego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie

³ Szpital Neuropsychiatryczny im. prof. M. Kaczyńskiego w Lublinie

⁴ Zakład Psychologii Uniwersytetu Rzeszowskiego

Summary

Aim. The aim of the study was to assess the prevalence of self-injury among adolescents aged 16–19 years and to indicate demographic variable, selected environmental variables and risky behaviours coexisting with performing self-injuries by the respondents.

Material and methods. The research encompassed 5,685 individuals, aged 16–19 years. During the research the Questionnaire designed by the authors was used.

Results. Significant statistical differences were found between the number of adolescents performing self-injury and those who do not perform it, who use psychoactive agents, make suicide attempts, get drunk, run away from home, report conflicts with their parents, experience parental violence and peer violence and report alcohol addictions by family members.

Conclusions. 1. Self-injury is performed by 14% of adolescents aged 16–19 years, significantly more girls than boys. 2. Significantly more adolescents who perform self-injury, as compared to those who do not do it, use psychoactive substances, get drunk, report planning suicide, neglect school and more often consume alcohol. 3. Significantly more adolescents who perform self-injury, as compared to those who do not perform it, raised in a single parent family inform about alcohol addiction of a family member, conflicts with parents and the experienced psychological and physical violence experienced from their parents and peers. Significantly more girls who perform self-injury, as compared to those who do not perform it, experienced sexual abuse. 4. Performing self-injury by adolescents coexists with factors motivating to this type of behaviours: sense of helplessness, rejection, loneliness, sense of guilt, anger, impulsiveness, desire for revenge, school problems, conflicts with parents and peers.

Słowa klucze: samouszkodzenia, młodzież, rodzina

Key words: self-injury, adolescents, family

Wstęp

Samouszkodzenia bez intencji samobójczych (non-suicidal self-injury – NSSI) zostały zdefiniowane przez Międzynarodowe Stowarzyszenie ds. Badań Samouszkodzeń jako celowe samouszkodzenie tkanki ciała bez intencji samobójczych i w celach, które nie są usankcjonowane społecznie [1]. Powszechnie stosowane metody dokonywania samookaleceń bez intencji samobójczych obejmują: nacinanie, wycinanie, przypalanie oraz rozdrapywanie skóry [2]. Araszkiewicz i Dudzic-Kloc [3] zwracają uwagę, że samouszkodzenia charakteryzuje: początek w okresie adolescencji, wieloletni przebieg oraz częstsze występowanie u kobiet i wielokrotne epizody, często przy użyciu różnych metod. W Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) [4] samouszkodzenia należy kodować jako „zamierzone samouszkodzenie” (X60–X84), które obejmuje zarówno samookaleczenia bez intencji samobójczych, jak i próby samobójcze, co zdaniem Warzochoy i wsp. [5] nie daje możliwości rozróżnienia rodzajów zachowań autodestruktywnych. Dotychczas samouszkodzenia uznawano, zarówno w DSM-IV-TR, jak i w ICD-10, jako jedno z kryteriów diagnostycznych osobowości borderline. W wydanym w 2013 r. DSM-5, Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne kwalifikuje je jako odrębną jednostkę, którą zamieszczono w sekcji trzeciej DSM-5 – zaburzeniach wymagających dalszych badań [6].

Kryteria diagnostyczne samouszkodzeń według DSM-5 obejmują [6]:

- A. Celowo dokonywane samouszkodzenia fizyczne, ale bez intencji samobójczych, w ciągu pięciu lub większej ilości dni w ciągu ostatniego roku;
- B. Zachowanie to dokonywane jest z co najmniej jednej z poniższych przyczyn:
 - 1) w celu uwolnienia się od negatywnych myśli lub uczuć,
 - 2) w celu rozwiązania problemu interpersonalnego,
 - 3) w celu wywołania pozytywnych uczuć lub emocji;
- C. Takie zachowanie jest związane z co najmniej jednym z następujących czynników:
 - 1) negatywnymi myślami, uczuciami lub problemami interpersonalnymi, które bezpośrednio poprzedzają dokonanie samouszkodzeń,
 - 2) zaabsorbowaniem samouszkodzeniami, czemu trudno się oprzeć,
 - 3) częstym przymusem dokonywania samouszkodzeń;
- D. Zachowanie nie jest usankcjonowane społecznie i jest bardziej znaczące niż obgryzanie paznokci lub rozdrapywanie ran (strupów);
- E. Powoduje ono znaczące z punktu widzenia klinicznego cierpienie lub uszkodzenie;
- F. Zachowanie to nie występuje wyłącznie w kontekście innego zaburzenia i nie można go tłumaczyć innym zaburzeniem psychicznym lub stanem chorobowym.

W celu oszacowania rozpowszechnienia samouszkodzeń wśród adolescentów przeprowadzono badania w różnych krajach. Uzyskane wyniki informują, że liczba młodzieży dokonującej samouszkodzeń wynosi 8% w USA [7] i od 16% do 23,2% w Chinach [8, 9]. W krajach europejskich samouszkodzeń dokonuje 25,6% osób w Niemczech [10], 32% osób we Włoszech [11]. Badania przeprowadzone na grupie młodzieży w Szwecji, liczącej 1 088 osób, informują, że 35,5% respondentów przy-

znawało się do przynajmniej jednego epizodu dokonania samouszkodzenia w ciągu ostatniego roku. Zetterqvist i wsp. [12] zaobserwowali ponadto, że 6,7% z tych osób spełnia kryteria samouszkodzenia wymienione w DSM-5.

Największe rozpowszechnienie samouszkodzeń obserwowane jest wśród młodzieży 15-letniej (12,7%), a wśród adolescentów w wieku 12 lat ich rozpowszechnienie wynosi 4% [7]. Muehlenkamp i Gutierrez [13] uważają, że najczęściej młodzieży dokonuje samouszkodzeń między 13. a 15. rokiem życia. Autorzy ci [13] informują, że dokonuje ich 14,5% 13-letniej młodzieży, 26,5% w wieku 14 lat oraz 16,9% w wieku 15 lat.

Badacze zajmujący się tematyką samouszkodzeń wśród adolescentów wskazują, że dokonuje ich istotnie więcej dziewcząt niż chłopców [14–16]. Wieloośrodkowe badania ankietowe CASE (Child and Adolescent Self-harm in Europe – CASE study) przeprowadzone w 2008 r. na reprezentatywnej grupie 15- i 16-letniej młodzieży liczącej 30 000 osób, nieleczonych psychiatrycznie, wykazały, że dziewczęta dokonujące samouszkodzeń stanowiły 13,5% badanej populacji, a chłopcy 4,3% [14]. Zdaniem Laye-Gindhu i Schonert-Reichl [15] oraz Nixon i wsp. [16] rozpowszechnienie samouszkodzeń w grupie dziewcząt wynosi od 20,3% do 24,3%, a wśród chłopców 8,4–8,5%. Zetterqvist i wsp. [12] opisują, że kryteria samouszkodzenia wg DSM-5 spełnia istotnie więcej dziewcząt (11,1%) niż chłopców (2,3%). Odmiennie wyniki uzyskali Gratz i wsp. [17] oraz Hilt i wsp. [18], którzy nie wykazali istotnych statystycznie różnic w tym zakresie.

W Polsce brakuje dokładnych statystyk dotyczących rozpowszechnienia dokonywania samouszkodzeń przez młodzież z populacji nieklinicznej – nieleczonych psychiatrycznie. Wycisk [19] wskazuje, że trudności w dokładnym oszacowaniu tego zjawiska w grupie adolescentów nieleczonych psychiatrycznie wynikają z faktu, że większość tego rodzaju aktów nie wymaga interwencji lekarskiej, w związku z czym nie jest w żaden sposób odnotowywana i ujęta w opracowaniach statystycznych. Ponadto młodzież niejednokrotnie ukrywa fakt dokonywania samookaleczeń, twierdząc, że obrażenia powstały na skutek wypadku lub przypadkowego skaleczenia [19, 20]. Żechowski i Namysłowska [21] zwracają uwagę, że liczba osób dokonujących samouszkodzeń wzrasta, zarówno w populacji ogólnej, jak i w populacji klinicznej. Gmitrowicz i wsp. [22] oraz Warzocha [5] podkreślają, że dokonuje ich od 27% do 47% młodzieży hospitalizowanej na oddziałach psychiatrycznych.

Niezwykle istotne jest poznanie przez badaczy motywacji dokonywania samouszkodzeń przez młodzież. Steele i Doey [23] podkreślają, że samookaleczenia mają często charakter impulsywny, a ich funkcją jest zmniejszenie napięcia i ucieczka od trudnych sytuacji. Fox i Hawton [24] informują, że ludzie dokonują ich w celu zmniejszenia dyskomfortu emocjonalnego oraz usiłują przekazać innym komunikat o swoim cierpieniu. Klonsky [25] uważa, że młodzież najczęściej dokonuje samouszkodzeń w celu złagodzenia negatywnych emocji, rzadziej w celu ukarania siebie, zwrócenia uwagi, ucieczki od różnych sytuacji lub odpowiedzialności. Chłopcy i dziewczęta dokonujący samouszkodzeń, w porównaniu z osobami ich niedokonującymi, informują o nasilonym poczuciu beznadziejności, doświadczaniu przemocy fizycznej, gorszej komunikacji z rodzicami oraz ucieczkach z domu [26]. Lloyd-Richardson i wsp. [27], badając motywy dokonywania samouszkodzeń przez młodzież, stwierdzili, że chłopcy istotnie częściej niż

dziewczęta dokonują samookaleceń, gdy złością się na kogoś, natomiast dziewczęta dokonują ich w celu ukarania siebie. Samookaleczająca się młodzież, w porównaniu z osobami niedokonującymi samouszkodzeń, częściej informuje o paleniu papierosów, przyjmowaniu narkotyków oraz o nieprawidłowych postawach wobec odżywiania [18]. Natomiast Klonsky [25] uważa, że samouszkodzenia rzadko współwystępują z myślami samobójczymi oraz spożywaniem alkoholu i przyjmowaniem narkotyków.

Cel

Celem pracy była ocena rozpowszechnienia dokonywania samookaleceń wśród młodzieży w wieku od 16 do 19 lat oraz wskazanie zmiennych demograficznych, wybranych zmiennych środowiskowych i zachowań ryzykownych współwystępujących z dokonywaniem samouszkodzeń przez badanych.

Material i metody

Badaniami objęto 5 685 osób: 70% dziewcząt i 30% chłopców, od 16. do 19. roku życia, mieszkających na terenie województwa lubelskiego, uczęszczających do liceów na terenie Lublina i Zamościa. W mieście mieszkało 46% badanych uczniów, a na wsi 54% osób.

Badania przeprowadzono we wszystkich szkołach, których dyrektorzy wyrazili zgodę na ich wykonanie, starając się objąć nimi jak największą grupę uczniów. Na badania uzyskano pozwolenie Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie i akceptację Kuratorium Oświaty. W związku z tym, że badania były całkowicie dobrowolne, nie wszyscy uczniowie odpowiedzieli na ankietę. Łącznie rozdano 6 198 egzemplarzy ankiet, z których odrzucono 513 niekompletnych.

W badaniach zastosowano ankietę własnej konstrukcji, na podstawie której określono zmienne, takie jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, poziom wykształcenia, wykształcenie rodziców, strukturę rodziny badanych osób, wagarowanie i ucieczki z domu oraz stosowanie przez badanych środków psychoaktywnych, częstotliwość spożywania alkoholu i upijania się przez młodzież, wiek inicjacji alkoholowej, doświadczanie przemocy emocjonalnej, fizycznej oraz seksualnej ze strony członków rodziny i rówieśników, dokonywanie samouszkodzeń i ich motywację, występowanie myśli, planów samobójczych oraz podejmowanie prób samobójczych.

Wyniki

W pierwszym etapie badań porównano za pomocą testu χ^2 liczbę młodzieży dokonującej i niedokonującej samouszkodzeń zależnie od płci, wieku, miejsca zamieszkania, przejawianych zachowań ryzykownych – stosowania środków psychoaktywnych, upijania się, występowania myśli i tendencji samobójczych oraz podejmowania prób samobójczych, wagarów, ucieczek z domu, a także sytuacji rodzinnej (wychowywania się w rodzinie niepełnej, uzależnienia od alkoholu członków rodziny) oraz doświadczanej ze strony członków rodziny i rówieśników przemocy.

Następnie obliczono współczynniki korelacji punktowo-biseryjnej informujące o zależnościach między dokonywaniem samouszkodzeń przez młodzież a motywacją do przejawiania tych zachowań autodestrukcyjnych.

Otrzymane wyniki wskazują, że samookaleczeń dokonywało 13,7% badanej młodzieży, istotnie więcej ($\chi^2 = 73,91$; $p < 0,001$) dziewcząt (15,74%) niż chłopców (6,92%). Tabela 1 przedstawia wiek badanych uczniów.

Tabela 1. **Wiek młodzieży dokonującej samouszkodzeń**

Wiek	Cała grupa		Dziewczęta		Chłopcy	
	N	%	N	%	N	%
16 lat	101	15,68	76	15,26	14	15,38
17 lat	334	51,86	265	53,21	43	47,25
18 lat	195	30,28	147	29,52	30	32,97
19 lat	14	2,17	10	2,01	4	4,40

Najwięcej osób (zarówno dziewcząt, jak i chłopców) dokonywało samouszkodzeń w wieku 17 lat.

O liczbie młodzieży dokonującej samookaleczeń mieszkającej w mieście i na wsi informują wyniki zamieszczone w tabeli 2.

Tabela 2. **Porównanie miejsca zamieszkania młodzieży dokonującej samouszkodzeń**

Osoby dokonujące samouszkodzeń	Miasto		Wieś		χ^2
	N	%	N	%	
Cała grupa	375	14,92	332	11,48	13,98***
Dziewczęta	280	17,91	267	13,84	10,84***
Chłopcy	58	7,93	46	6,03	2,09

*** $p < 0,001$

Wyniki badań uzyskane w całej badanej grupie młodzieży oraz w grupie dziewcząt wskazują, że istotnie więcej osób dokonujących samouszkodzeń mieszka w mieście niż na wsi.

Dane wskazujące na liczbę młodzieży dokonującej i niedokonującej samookaleczeń informującej o występowaniu myśli, planów samobójczych oraz podejmowanych próbach samobójczych przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Porównanie liczby młodzieży dokonującej i niedokonującej samouszkodzeń informującej o myślach, planach i próbach samobójczych

Zmienne		Niedokonujący samouszkodzeń		Dokonujący samouszkodzeń		χ^2
		N	%	N	%	
Cała grupa	Myśli samobójcze	829	17,04	550	75,45	1 164,34***
	Plany samobójcze	447	9,22	403	55,28	1 041,30***
	Próby samobójcze	59	1,21	189	25,93	915,31***
Dziewczęta	Myśli samobójcze	587	19,57	427	76,25	744,34***
	Plany samobójcze	317	10,60	308	55,00	640,93***
	Próby samobójcze	43	1,43	145	25,85	565,31***
Chłopcy	Myśli samobójcze	168	11,69	74	69,16	248,84***
	Plany samobójcze	90	6,28	57	53,27	254,42***
	Próby samobójcze	10	0,70	23	21,70	207,60***

*** $p < 0,001$

O myślach i planach samobójczych oraz dokonywaniu prób samobójczych informowało znacząco więcej osób (zarówno dziewcząt, jak i chłopców) dokonujących niż niedokonujących samouszkodzeń.

Następnie, za pomocą testu t-Studenta, porównano młodzież dokonującą i niedokonującą samookaleczeń pod względem częstotliwości spożywania alkoholu i wieku inicjacji alkoholowej (tab. 4).

Tabela 4. Porównanie częstotliwości spożywania alkoholu oraz wieku inicjacji alkoholowej u młodzieży dokonującej i niedokonującej samouszkodzeń

Zmienne		Niedokonujący samouszkodzeń		Dokonujący samouszkodzeń		t
		M	SD	M	SD	
Cała grupa	Częstotliwość spożywania alkoholu	3,19	3,29	3,33	3,64	-0,69
	Wiek inicjacji alkoholowej	14,69	1,67	14,10	1,66	7,80***
Dziewczęta	Częstotliwość spożywania alkoholu	2,76	2,68	3,03	3,15	-1,53
	Wiek inicjacji alkoholowej	14,87	1,57	14,20	1,62	7,94***
Chłopcy	Częstotliwość spożywania alkoholu	3,80	3,65	5,25	5,64	-1,94*
	Wiek inicjacji alkoholowej	14,40	1,81	13,58	1,64	3,98***

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – wartość t w teście Studenta, * $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

Młodzież, która dokonuje samouszkodzeń, w młodszym wieku pije alkohol po raz pierwszy. Chłopcy dokonujący samouszkodzeń istotnie częściej niż ich niedokonujący informują o spożywaniu alkoholu.

Tabela 5 przedstawia wyniki testu χ^2 , w którym porównano liczbę młodzieży dokonującej i niedokonującej samouszkodzeń w zakresie upijania się i przyjmowania środków psychoaktywnych.

Tabela 5. Porównanie liczby młodzieży dokonującej i niedokonującej samouszkodzeń stosującej środki psychoaktywne

Stosowanie środków psychoaktywnych		Niedokonujący samouszkodzeń		Dokonujący samouszkodzeń		χ^2
		N	%	N	%	
Upijanie się	Cała grupa	1 939	40,12	480	66,48	177,58***
	Dziewczęta	992	33,32	357	64,21	189,35***
	Chłopcy	744	52,03	78	73,58	18,43***
Środki psychoaktywne	Cała grupa	640	18,00	250	42,37	178,35***
	Dziewczęta	278	12,62	172	38,22	173,77***
	Chłopcy	288	27,88	48	52,75	24,68***
Marihuana	Cała grupa	593	16,62	232	39,26	163,37***
	Dziewczęta	259	11,72	158	35,11	154,75***
	Chłopcy	268	25,87	46	50,55	25,35***
Amfetamina	Cała grupa	67	1,88	45	7,61	63,69***
	Dziewczęta	31	1,40	25	5,56	31,29***
	Chłopcy	24	2,32	12	13,19	31,96***
LSD	Cała grupa	39	1,09	19	3,21	16,60***
	Dziewczęta	12	0,54	10	2,22	12,85***
	Chłopcy	21	2,03	6	6,59	7,46**
Dopalacze	Cała grupa	55	1,54	33	5,58	40,02***
	Dziewczęta	23	1,04	25	5,56	43,01***
	Chłopcy	27	2,60	7	7,69	7,41**

** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Znacznie więcej uczniów (zarówno dziewcząt, jak i chłopców) dokonujących niż niedokonujących samouszkodzeń przynawało się do upijania się oraz stosowania środków psychoaktywnych, głównie marihuany, a także amfetaminy, LSD i dopalaczy.

Tabela 6 przedstawia dane informujące o liczbie młodzieży wagarującej i uciekającej z domu.

Tabela 6. Porównanie liczby młodzieży dokonującej i niedokonującej samouszkodzeń opuszczającej naukę w szkole i uciekającej z domu

Zmienne		Niedokonujący samouszkodzeń		Dokonujący samouszkodzeń		χ^2
		N	%	N	%	
Wagary	Cała grupa	3 432	71,06	623	85,46	66,59***
	Dziewczęta	1 998	67,16	472	84,14	64,59***
	Chłopcy	1 112	77,65	97	91,51	11,27***
Ucieczki z domu	Cała grupa	239	4,91	157	21,54	266,60***
	Dziewczęta	142	4,72	106	18,86	146,32***
	Chłopcy	71	4,95	30	28,30	87,90***

*** $p < 0,001$

Uzyskane w pracy wyniki wskazują, że istotnie więcej młodzieży (zarówno dziewcząt, jak i chłopców) dokonującej niż niedokonującej samouszkodzeń wagaruje oraz ucieka z domu.

Wyniki testu χ^2 , w którym porównano liczbę młodzieży dokonującej i niedokonującej samookaleczeń w zakresie sytuacji rodzinnej, przedstawia tabela 7.

Tabela 7. Porównanie sytuacji rodzinnej u młodzieży dokonującej i niedokonującej samouszkodzeń

Sytuacja rodzinna		Niedokonujący samouszkodzeń		Dokonujący samouszkodzeń		χ^2
		N	%	N	%	
Rodzina niepełna	Cała grupa	577	11,96	153	21,25	55,21***
	Dziewczęta	369	12,37	118	21,22	37,74***
	Chłopcy	147	10,33	20	19,23	11,56**
Samotna matka	Cała grupa	25	1,53	5	2,62	1,26
	Dziewczęta	18	1,61	3	1,96	0,10
	Chłopcy	6	1,51	2	9,09	6,39**
Uzależnienie matki od alkoholu	Cała grupa	39	0,96	26	4,22	41,25***
	Dziewczęta	30	1,17	22	4,56	27,69***
	Chłopcy	7	0,62	3	3,57	8,41**
Uzależnienie ojca od alkoholu	Cała grupa	434	10,72	161	26,01	112,75***
	Dziewczęta	297	11,62	127	26,24	72,47***
	Chłopcy	97	8,53	19	22,35	17,59***

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Uzależnienie dziadka od alkoholu	Cała grupa	220	5,44	66	10,66	25,49***
	Dziewczęta	140	5,48	47	9,69	12,54***
	Chłopcy	55	4,84	15	17,86	24,54***
Uzależnienie rodzeństwa od alkoholu	Cała grupa	40	0,99	15	2,42	9,49**
	Dziewczęta	20	0,78	8	1,65	3,38
	Chłopcy	13	1,14	6	7,06	18,08***

** p < 0,01; *** p < 0,001

Istotnie więcej młodzieży dokonującej niż niedokonującej samouszkodzeń wychowywało się w rodzinie niepełnej i informowało o uzależnieniu od alkoholu jednego z członków rodziny: matki, ojca, dziadka lub rodzeństwa. Znacząco więcej chłopców dokonujących niż niedokonujących samouszkodzeń wychowywała samotnie matka.

Tabela 8 ukazuje wyniki testu Chi², w którym porównano liczbę młodzieży dokonującej i niedokonującej samookaleczeń, która informowała o doświadczanej ze strony rodziców i rówieśników przemocy.

Tabela 8. Porównanie liczby młodzieży dokonującej i niedokonującej samouszkodzeń doświadczającej przemocy

Przemoc		Niedokonujący samouszkodzeń		Dokonujący samouszkodzeń		χ ²
		N	%	N	%	
Przemoc psychiczna	Cała grupa	535	24,46	232	48,47	112,35***
	Dziewczęta	330	24,59	177	49,17	81,97***
	Chłopcy	160	24,81	35	46,05	15,55***
Przemoc fizyczna	Cała grupa	361	16,54	151	31,72	57,96***
	Dziewczęta	136	10,16	101	28,06	75,72***
	Chłopcy	186	28,88	40	52,63	17,80***
Przemoc seksualna	Cała grupa	28	1,28	22	4,62	23,60***
	Dziewczęta	17	1,27	18	5,00	19,52***
	Chłopcy	7	1,09	2	2,63	1,32
Doświadczanie przemocy ze strony członków rodziny	Cała grupa	251	11,49	144	30,32	109,29***
	Dziewczęta	156	11,65	114	31,75	85,57***
	Chłopcy	75	11,63	20	26,32	12,82***
Doświadczanie przemocy ze strony rówieśników	Cała grupa	764	34,97	234	49,26	34,02***
	Dziewczęta	373	27,84	159	44,29	35,64***
	Chłopcy	312	48,37	50	65,79	8,25**

** p < 0,01; *** p < 0,001

Wyniki analiz statystycznych wskazują, że znacząco więcej dziewcząt dokonyjących samouszkodzeń niż kobiet z grupy kontrolnej informuje o doświadczaniu przemocy: psychicznej, fizycznej oraz seksualnej. Istotnie więcej chłopców dokonyjących niż niedokonujących samouszkodzeń doświadcza przemocy psychicznej oraz fizycznej. Istotnie więcej młodzieży (dziewcząt i chłopców) dokonującej niż niedokonującej samouszkodzeń doświadczało przemocy ze strony członków rodziny, a także ze strony rówieśników.

W końcowym etapie analiz obliczono współczynniki korelacji punktowo-biseryjnej między dokonywaniem samouszkodzeń przez młodzież a motywacją do ich podejmowania (tab. 9).

Tabela 9. Zależności między dokonywaniem samouszkodzeń a motywacją ich dokonywania

Motywacja	Samouszkodzenia		
	Cała grupa	Dziewczęta	Chłopcy
Namowa kolegów	0,08***	-0,01	0,19***
Poczucie bezradności	0,40***	0,40***	0,34***
Poczucie odrzucenia	0,30***	0,31***	0,24***
Poczucie osamotnienia	0,34***	0,35***	0,24***
Poczucie winy	0,24***	0,23***	0,29***
Impulsywne zachowanie	0,17***	0,18***	0,14***
Środki psychoaktywne	0,13***	0,12***	0,12***
Odczuwana złość	0,30***	0,28***	0,38***
Chęć zemsty	0,14***	0,14***	0,14***
Trudności szkolne	0,19***	0,17***	0,29***
Nieporozumienia z rodzicami	0,29***	0,29***	0,22***
Nieporozumienia z rówieśnikami	0,18***	0,16***	0,22***

*** $p < 0,001$

Otrzymane wyniki wskazują, że w całej badanej grupie uczniów oraz w grupach chłopców i dziewcząt dokonywanie samouszkodzeń współwystępuje z następującymi czynnikami motywującymi do podejmowania tych czynów: poczuciem bezradności, odrzucenia, osamotnienia, poczuciem winy, złości, impulsywnością, chęcią zemsty, a także trudnościami szkolnymi, nieporozumieniami z rodzicami i rówieśnikami oraz z przyjmowaniem środków psychoaktywnych. Wartości współczynników korelacji informują, że najsilniej do dokonywania samouszkodzeń motywują dziewczęta: poczucie bezradności, odrzucenia, osamotnienia oraz nieporozumienia z rodzicami, zaś chłopcy: poczucie bezradności, winy, złość oraz trudności szkolne.

Podsumowanie i dyskusja wyników

Wyniki badań uzyskane w pracy informują, że samouszkodzeń dokonuje 13,7% młodzieży w wieku od 16 do 19 lat, w tym 15,7% dziewcząt i 6,9% chłopców. Samouszkodzeń dokonuje więcej dziewcząt mieszkających w mieście niż na wsi. Wyniki te w pełni korespondują z danymi uzyskanymi przez badaczy, którzy wskazują, że większe rozpowszechnienie samouszkodzeń obserwowane jest u dziewcząt niż u chłopców [12, 14–16]. Barrocas i wsp. [7] oraz Muehlenkamp i Gutierrez [13] podkreślają, że największe rozpowszechnienie samouszkodzeń występuje u młodzieży 15-letniej, natomiast w badanej grupie uczniów najwięcej osób dokonywało samouszkodzeń w wieku 17 lat. Otrzymane w pracy wyniki informujące o rozpowszechnieniu analizowanych zachowań autodestrukcyjnych są najbliższe danym uzyskanym w wielośrodkowych badaniach ankietowych CASE, przeprowadzonych w 2008 r. na reprezentatywnej grupie 30 000 osób: 15- i 16-letniej młodzieży nieleczzonej psychiatrycznie i wyniki te są niższe od uzyskanych w Niemczech [10], Włoszech [11] i Szwecji [12]. Wzrost rozpowszechnienia samouszkodzeń wśród młodzieży, na który zwracają uwagę psychiatrzy i psycholodzy, uzasadnia potrzebę prowadzenia badań, których przedmiotem są czynniki motywujące do podejmowania zachowań autodestrukcyjnych przez młodych ludzi, a także zachowania ryzykowne współwystępujące z samouszkodzeniami.

Otrzymane w pracy wyniki wykazały, że istotnie więcej młodzieży dokonującej niż niedokonującej samouszkodzeń zgłasza myśli i plany samobójcze, podejmuje próby samobójcze, a także upija się, stosuje środki psychoaktywne, wagaruje i ucieka z domu. Młodzież dokonująca samouszkodzeń wcześniej przechodzi inicjację alkoholową, a chłopcy dokonujący samouszkodzeń istotnie częściej spożywają alkohol niż grupa kontrolna. Podobne wyniki uzyskali Klonsky [25], Hilt i wsp. [18] oraz Taliaferro i wsp. [26], którzy zwracają uwagę na współwystępowanie samouszkodzeń z myślami samobójczymi [25], spożywaniem alkoholu i stosowaniem innych środków psychoaktywnych [18, 25] oraz ucieczkami z domu w grupie młodzieży [26].

Wyniki badań pozwalają na wyodrębnienie czynników wskazywanych przez badanych jako czynniki motywujące do dokonywania samouszkodzeń, którymi są: poczucie bezradności, odrzucenia, osamotnienia, poczucie winy, złości, impulsywność, chęć zemsty, trudności szkolne, nieporozumienia z rodzicami i rówieśnikami.

Najsilniejsze zależności wystąpiły w grupie dziewcząt między dokonywaniem samouszkodzeń a poczuciem bezradności, odrzucenia, osamotnienia i konfliktami z rodzicami, natomiast w grupie chłopców – poczuciem bezradności, winy, złości oraz trudnościami w nauce szkolnej. Powyższe wyniki ściśle korespondują z opinią badaczy, którzy wśród czynników motywujących do podejmowania samouszkodzeń wymieniają: impulsywność, chęć ucieczki od trudnych sytuacji [23] i złagodzenia negatywnych emocji [24], takich jak poczucie beznadziejności, winy i złości [27], a także gorszą komunikację z rodzicami [26].

Ponadto z analizy zmiennych środowiskowych wynika, że istotnie więcej młodzieży dokonującej niż niedokonującej samouszkodzeń wychowuje się w rodzinie niepełnej oraz informuje o uzależnieniu od alkoholu jednego z członków rodziny: matki, ojca, dziadka lub rodzeństwa. Znacząco więcej chłopców dokonujących niż

niedokonujących samookaleceń wychowuje samotnie matka. Przemocy psychicznej i fizycznej ze strony członka rodziny i rówieśników doświadczyło istotnie więcej młodzieży dokonującej samouszkodzeń. Znacząco więcej dziewcząt, które dokonują samouszkodzeń, doświadczyło również przemocy seksualnej. Taliaferro i wsp. [26] podkreślają, że zarówno dziewczęta, jak i chłopcy dokonujący samouszkodzeń informują o doświadczaniu przemocy fizycznej, a Fox i Hawton [24] uważają, że ludzie dokonują samookaleceń w celu zmniejszenia dyskomfortu emocjonalnego oraz usiłują przekazać innym w ten sposób komunikat o swoim cierpieniu.

Podsumowując wyniki przeprowadzonych badań, można sformułować hipotezę sugerującą istotną rolę, jaką mogą odgrywać w etiologii samouszkodzeń u młodzieży czynniki środowiskowe, związane zarówno z sytuacją rodzinną (wychowaniem w rodzinie niepełnej, wychowywaniem chłopców przez samotną matkę, uzależnieniem od alkoholu członka rodziny, doświadczaną w rodzinie przemocą, konfliktami z rodzicami), jak i z konfliktowymi relacjami z rówieśnikami, doświadczaną z ich strony przemocą psychiczną i fizyczną oraz niepowodzeniami w nauce szkolnej. W związku z wynikami informującymi, że istotnie więcej młodzieży dokonującej niż niedokonującej samouszkodzeń dokonuje prób samobójczych, stosuje środki psychoaktywne, upija się i znacząco częściej spożywa alkohol, można spodziewać się, że działania profilaktyczne ukierunkowane na zapobieganie dokonywaniu samookaleceń przez młodzież będą sprzyjały również zapobieganiu występowaniu innych wymienionych zachowań ryzykownych, które – jak można przypuszczać – mogą mieć wspólną genezę.

Zaznaczyć należy, że przeprowadzone badania mają ograniczenia. Wynikają one z objęcia nimi tylko uczniów szkół licealnych z terenu dwóch miast, przeprowadzenia badań w części szkół, których dyrektorzy wyrazili na nie zgodę, odmowy udziału w badaniach pewnej grupy uczniów oraz konieczności odrzucenia 513 ankiet wypełnionych niekompletnie. W związku z tymi ograniczeniami otrzymane wyniki wymagają ostrożnej interpretacji, a dane epidemiologiczne dotyczące rozpowszechnienia samouszkodzeń w opisywanej grupie młodzieży mogą być zaniżone.

Wnioski

1. Samouszkodzeń dokonuje ok. 14% badanej młodzieży w wieku od 16 do 19 lat, istotnie więcej dziewcząt niż chłopców.
2. Istotnie więcej młodzieży dokonującej niż niedokonującej samouszkodzeń informuje o stosowaniu środków psychoaktywnych, upijaniu się, planach samobójczych, dokonywaniu prób samobójczych, ucieczkach z domu, zaniedbywaniu nauki oraz częściej spożywa alkohol.
3. Istotnie więcej badanej młodzieży dokonującej niż niedokonującej samookaleceń wychowuje się w rodzinie niepełnej, informuje o uzależnieniu od alkoholu członka rodziny, konfliktach z rodzicami i doświadczanej ze strony rodziców i rówieśników przemocy psychicznej i fizycznej. Istotnie więcej dziewcząt dokonujących niż niedokonujących samouszkodzeń doświadczało przemocy seksualnej.
4. Dokonywanie samouszkodzeń przez młodzież współwystępuje z czynnikami motywującymi do tego rodzaju zachowań: poczuciem bezradności, odrzucenia,

osamotnienia, poczuciem winy, złości, impulsywnością, chęcią zemsty, trudnościami w nauce, nieporozumieniami z rodzicami i rówieśnikami.

Piśmiennictwo

1. International Society for the Study of Self-Injury. *Definition of non-suicidal self-injury*. <http://www.itriples.org/iss-aboutsself-i.html> [dostęp: 12.10.2015].
2. Andover MS. *Non-suicidal self-injury disorder in a community sample of adults*. *Psychiatry Res.* 2014; 219(2): 305–310.
3. Araszkievicz A, Dudzic-Kloc A. *Zagrożenia zdrowia psychicznego młodzieży w sytuacjach kryzysowych*. http://archiwum.kujawsko-pomorskie.pl/files/sprawy_spoeczne/20090617_troska/araszkiewicz.ppt. [dostęp 17.06.2009r].
4. *Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych (ICD-10)*. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1998.
5. 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.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
7. 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.
8. Liang S, Yan J, Zhang T, Zhu C, Situ M, Du N. i wsp. *Differences between non-suicidal self injury and suicide attempt in Chinese adolescents*. *Asian J. Psychiatry* 2014; 8: 76–83.
9. Lam LT, Peng Z, Mai J, Jing J. *The association between internet addiction and self-injurious behaviour among adolescents*. *Inj. Prev.* 2009; 15(6): 403–408.
10. Plener PL, Libal G, Keller F, Fegert JM, Muehlenkamp JJ. *An international comparison of non-suicidal self-injury (NSSI) and suicide attempts: Germany and the USA*. *Psychol. Med.* 2009; 39(9): 1549–1558.
11. Cerutti R, Manca M, Presaghi F, Gratz KL. *Prevalence and clinical correlates of deliberate self-harm among a community sample of Italian adolescents*. *J. Adolesc.* 2011; 34(2): 337–347.
12. Zetterqvist M, Lundh LG, Dahlström O, Svedin CG. *Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder*. *J. Abnorm. Child Psychol.* 2013; 41(5): 759–773.
13. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. *An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents*. *Suicide Life Threat. Behav.* 2004; 34(1): 12–23.
14. Madge N, Hewitt A, Hawton K, de Wilde EJ, Corcoran P, Fekete S. i wsp. *Deliberate self-harm within an international community sample of young people: comparative findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) Study*. *J. Child Psychol. Psychiatry* 2008; 49(6): 667–677.
15. 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.
16. Nixon MK, Cloutier P, Jansson M. *Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey*. *CAMJ* 2008; 178(3): 306–312.

17. Gratz KL, Conrad SD, Roemer L. *Risk factors for deliberate self-harm among college students*. Am. J. Orthopsychiatry 2002; 72(1): 128–140.
18. Hilt LM, Nock MK, Lloyd-Richardson EE, Prinstein MJ. *Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents. Rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model*. J. Early Adolesc. 2008; 28(3): 455–469.
19. Wycisk J. *Samouszkodzenia umiarkowane – charakterystyka zjawiska*. W: Suchańska A, Wycisk J. red. *Samouszkodzenia: istota, uwarunkowania, terapia*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe; 2006. s. 11–18.
20. Babiker G, Arnold L. *Autoagresja. Mowa zranionego ciała*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002.
21. Żechowski C, Namysłowska I. *Kulturowe i psychologiczne koncepcje samouszkodzeń*. Psychiatr. Pol. 2008; 42(5): 647–657.
22. Gmitrowicz A. *10 Europejskie Sympozjum nt. Samobójstw i Zachowań Samobójczych*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2004; 4(4): 249–250.
23. Steele MM, Doey T. *Suicidal behaviour in children and adolescents. part 1: etiology and risk factors*. Can. J. Psychiatry 2007; 52(6 suppl. 1): 21S–33S.
24. Fox C, Hawton K. *Deliberate self-harm in adolescence*. London: Jessica Kingsley; 2004.
25. Klonsky ED. *Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions*. Psychol. Med. 2011; 41(9): 1981–1986.
26. Taliaferro LA, Muehlenkamp JJ, Borowsky IW, McMorris BJ, Kugler KC. *Factors distinguishing youth who report self-injurious behavior: a population-based sample*. Acad. Pediatr. 2012; 12(3): 205–213.
27. 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.

Adres: Beata Pawłowska
II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
20-439 Lublin, ul. Głuska 1

Otrzymano: 14.11.2014

Zrecenzowano: 28.12.2014

Otrzymano po poprawie: 29.12.2014

Przyjęto do druku: 9.01.2015