

Związek samouszkodzeń wśród młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie z rodzajem zaburzeń psychicznych i wybranymi czynnikami środowiskowymi*

Self-harm done by young patients during their psychiatric hospitalization in relation to the presence of specific mental disorders and chosen environmental factors

Dorota Warzocha¹, Agnieszka Gmitrowicz¹, Tomasz Pawełczyk²

¹Klinika Psychiatrii Młodzieżowej Katedry Psychiatrii UM w Łodzi
Kierownik: dr hab. n. med. A. Gmitrowicz

²Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych Katedry Psychiatrii UM w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Rabe-Jabłońska

Summary

Aim. The objective of the study was to assess the relation between the occurrence of deliberate self-harm (DSH) in young patients during their psychiatric treatment and the presence of specific mental disorders, or the history of suicide attempts, the exposure to abuse and their family situation.

Method. The studied group consisted of 187 in-patients aged 13-19 years, hospitalized at the Adolescent Ward of the Central Clinical Hospital, Medical University of Łódź, during the 2 quarters on the turn of 2005 and 2006. All patients were examined psychiatrically, and on discharge they were also assessed with the “Questionnaire for the Assessment of Self-Harm” designed for the purpose of this study.

Results. Forty-seven percent of the psychiatrically treated in-patients had performed DSH acts. A strong relationship ($p < 0.001$) was found between the occurrence of SH and the previous history of suicidal attempts, the presence of an alcohol problem in the family, the exposure to sexual and physical abuse and the lack of support from close family members.

Conclusions. There was no relation between the occurrence of deliberate self-harm in young in-patients and the presence of a specific psychiatric disorder.

Słowa kluczowe: samouszkodzenia, młodzież, zaburzenia psychiczne

Key words: deliberate self-harm, adolescents, mental disorders

* Praca finansowana z badań własnych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi nr 502-11-398

Wstęp

W ostatnich latach narasta wśród młodzieży zjawisko samouszkodzeń. Współwystępowanie odmiennych zapatrywań na ten temat uwidacznia się już na poziomie definiowania samouszkodzeń (SU), opisywanych jako „dobrowolne uszkodzenie ciała lub zniszczenie tkanki bez świadomej intencji samobójczej” [1], lub – bez precyzowania przewidywanych następstw – jako „każde zamierzone, nie zakończone śmiercią, działanie polegające na: uszkodzeniu powierzchni ciała poprzez np. uderzenie, przypalenie, kaleczenie, skok z wysokości, połykanie substancji niejadalnych, przyjmowanie leków w dawkach przekraczających terapeutyczne” [2].

Wieloośrodkowe badania ankietowe CASE (Child and Adolescent Self-harm in Europe – CASE study) dotyczące rozpowszechnienia SU wśród dzieci i młodzieży nie leczonej psychiatrycznie wykazały, że uczniowie z SU stanowili w zależności od kraju od 2,7% do 12,9% badanej populacji (N = 30 000) [3]. Najwyższy odsetek SU – 40% – stwierdzono wśród nastolatków przebywających w instytucjach opiekuńczo-wychowawczych [4]. Większość autorów uważa, że wśród badanych osób dokonujących SU przeważają dziewczęta [2, 5, 6]. Można to tłumaczyć odmiennym przeżywaniem przez dziewczęta własnej fizyczności. Częstość występowania SU wśród adolescentów leczonych psychiatrycznie mieści się w przedziale od 40% do 61% [7, 8]. Na Oddziale Młodzieżowym CSK UM w Łodzi w 2004 roku 27% pacjentów dokonywało różnego rodzaju SU [3].

Samouszkodzenia mogą pojawiać się jako objaw towarzyszący wielu zaburzeniom psychicznym. Najczęściej opisywane są u osób z rozpoznaniem osobowości borderline. Powiązanie autodestruktywności z tymi zaburzeniami osobowości jest do tego stopnia istotne, że zarówno w klasyfikacji DSM-IV [9], jak i w ICD-10 [10] powtarzające się groźby samobójcze i samouszkodzenia uznano za jedno z kryteriów diagnostycznych. Szacuje się, że od 52% do 78% tych pacjentów podejmuje działania autodestruktywne. Istotne jest też współwystępowanie SU i zaburzeń odżywiania się. Strong [11] zwraca uwagę na znaczenie urazów psychicznych i fizycznych, a szczególnie wykorzystania seksualnego, w kształtowaniu się obu tych zaburzeń. Ponadto przyjmuje się, iż mają one u podłoża te same mechanizmy psychologiczne. Umożliwiają one powtórne przeżywanie pierwotnej traumy w sposób kontrolowany przez jednostkę [12]. W ICD-10 [10] SU stanowią też objaw zaburzeń hiperkinetycznych z towarzyszącym upośledzeniem umysłowym i ruchami stereotypowymi.

Próby oszacowania częstości występowania zaburzeń psychicznych wśród osób dokonujących SU pokazują, że dotyczą one znaczącego odsetka tej populacji, w zależności od źródeł od 25% do ponad 90% [13]. Najczęściej u osób z SU rozpoznawane są zaburzenia afektywne, nadużywanie substancji psychoaktywnych oraz zaburzenia lękowe [14]. Uważa się, że leczenie zaburzeń psychicznych może w istotny sposób zmniejszyć występowanie zachowań autoagresywnych w tej grupie wiekowej [15].

W 1990 roku Favazza i Rosenthal [16] zasugerowali umieszczenie „syndromu nawracających samouszkodzeń” w amerykańskiej klasyfikacji DSM jako odrębnej kategorii w ramach niespecyficznych zaburzeń kontroli impulsów. Zgodnie z klasyfikacją ICD-10 [10] samouszkodzenia należy kodować według pozycji z rozdziału

XX – „zamierzone samouszkodzenie” (X60–X84), które obejmuje zarówno samouszkodzenia bez intencji samobójczych, jak i próby samobójcze, co nie daje możliwości rozróżnienia rodzajów zachowań autodestruktywnych.

Etiologia SU jest wieloczynnikowa. W literaturze przeważa pogląd, że są one następstwem interakcji zachodzącej między biologiczną predyspozycją (podatnością) a traumatycznymi doświadczeniami z dzieciństwa [17]. Zachowania autoagresywne towarzyszą wielu genetycznie uwarunkowanym zespołom z upośledzeniem umysłowym [18].

Liczne doniesienia wskazują na związek pomiędzy sytuacją rodzinną w okresie dzieciństwa a późniejszymi zachowaniami autoagresywnymi [19, 20]. Dorastanie w rodzinach dysfunkcyjnych, doświadczenie przemocy czy zaniedbania mogą wyzwać negatywne emocje [21] – samouszkodzenia mogą być próbą ich odreagowania. Prawdopodobieństwo dokonania SU jest większe u młodzieży wychowywanej w rodzinach niepełnych [2]. Z badań Lewandowskiej i wsp. [22] wynika, że 50% młodzieży dokonującej SU wychowywane było bez jednego rodzica. Wpływ utraty kontaktu ze znaczącymi osobami na występowanie SU potwierdziły między innymi badania przeprowadzone wśród młodzieży leczonej psychiatrycznie. Wynika z nich, że 47% pacjentów dokonujących SU utraciło w dzieciństwie kontakt z ojcem [3]. Podobnie, czynnikiem zwiększonego ryzyka wystąpienia SU w grupie wychowanków placówek wychowawczych okazała się utrata kontaktu z wychowawcami [23].

Mimo wielu badań nadal nie jest rozstrzygnięty wpływ określonych zaburzeń psychicznych na dokonywanie przez młodzież samouszkodzeń, w kontekście udziału czynników rodzinnych i traumatycznych.

Cel

Celem pracy była ocena zależności pomiędzy występowaniem u hospitalizowanej młodzieży samouszkodzeń a rozpoznaniem określonych zaburzeń psychicznych, podejmowaniem w przeszłości prób samobójczych, doznawaniem przemocy seksualnej i fizycznej oraz sytuacją rodzinną (rozwozem rodziców, doświadczeniem braku wsparcia ze strony najbliższych, istnieniem problemu alkoholowego w rodzinie, występowaniem chorób psychicznych w rodzinie, przeżyciem śmierci rodzica).

Material

Populację badaną stanowiło 187 pacjentów w wieku 13–19 lat, hospitalizowanych na Oddziale Psychiatrii Młodzieżowej CSK UM w Łodzi w czwartym kwartale 2005 roku oraz w pierwszym kwartale 2006 roku. Do badania byli rekrutowani kolejno pacjenci nowo przyjmowani na oddział. Wśród badanych było 58 chłopców (średnia wieku 16,81; SD = 1,25) i 129 dziewcząt (średnia wieku 16,5; SD = 1,38). Średnia wieku wszystkich pacjentów wynosiła 16,59 (SD = 1,35).

Z badań wykluczono pacjentów z rozpoznaniem upośledzenia umysłowego ze względu na trudności w zrozumieniu przez nich pytań zawartych w narzędziach badawczych.

Metoda

Włączeni do badań pacjenci byli badani psychiatrycznie przez tego samego lekarza i diagnozowani zgodnie z klasyfikacją ICD-10 [10], ponadto oceniani za pomocą specjalnie skonstruowanego „Kwestionariusza do oceny samouszkodzeń”, uwzględniającego wybrane zmienne niezależne.

Przy wypisaniu ze szpitala pacjentów klasyfikowano do dwóch podgrup ze względu na wystąpienie w trakcie hospitalizacji co najmniej jednego aktu samouszkodzeń (SU), czyli zmiennej zależnej. W pracy przyjęto powszechnie cytowaną definicję SU określającą je jako: „zamierzone zadawanie sobie bólu i/lub uszkodzanie ciała pozabawione intencji samobójczych” [12].

Analizy statystyczne wykonano z wykorzystaniem pakietu statystycznego SPSS 12 PL dla Windows. Zgodność rozkładów zmiennych z rozkładem normalnym oceniano za pomocą testu Shapiro–Wilka. Związki zmiennych jakościowych oceniano na podstawie częstości występowania poszczególnych kategorii w tabelach kontyngencji i porównania ich za pomocą testu niezależności χ^2 . Dla wszystkich analiz za maksymalne dopuszczalne prawdopodobieństwo popełnienia błędu I rodzaju przyjęto wartość $\alpha = 0,05$. Obliczono dokładne prawdopodobieństwa testowe p dla zastosowanych statystyk. Diagnozy wśród młodzieży z zaburzeniami psychicznymi w obu grupach, tzn. w grupie z SU i bez SU, miały podobny rozkład. Celem umożliwienia przeprowadzenia obliczeń statystycznych za pomocą testu niezależności χ^2 łączono rzadkie kategorie zmiennej „rozpoznanie” (występujące nie częściej niż u 10 procent pacjentów każda), w wyniku czego stworzono nową zmienną „rozpoznanie – 4 kategorie”: 1) schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe, 2) zaburzenia afektywne, 3) zaburzenia nerwicowe oraz 4) inne zaburzenia. Rozpoznania w grupie 17 pacjentów, oznaczonej „inne zaburzenia”, obejmowały zaburzenia zachowania, zaburzenia zachowania i emocji, zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych i zaburzenia występujące pod postacią somatyczną.

Jako miarę siły związku przyjęto współczynnik lambda Goodmana i Kruskala (λ).

Wyniki

Co najmniej jeden akt samouszkodzenia bez intencji samobójczych wystąpił u 47% badanej młodzieży hospitalizowanej z powodu zaburzeń psychicznych ($N = 88$; w tym 76% dziewcząt i 24% chłopców). Czyli grupa badanych z samouszkodzeniami stanowiła blisko połowę wszystkich pacjentów przyjętych do szpitala we wskazanym okresie.

Wyniki analiz jednowymiarowych zaprezentowane w tabeli 1 wskazują, że zmiennymi istotnie związanymi z dokonywaniem samouszkodzeń wśród wszystkich hospitalizowanych pacjentów były następujące czynniki, które uszeregowano w porządku malejącym podyktowanym wartościami współczynnika lambda: „próba samobójcza”, „problem alkoholowy w rodzinie”, „doświadczenie przemocy fizycznej”, „doświadczenie przemocy seksualnej” oraz „brak wsparcia w rodzinie”.

Tabela 1. Związek występowania samouszkodzeń z określonymi zmiennymi klinicznymi oraz środowiskowymi u młodzieży hospitalizowanej na oddziale psychiatrycznym

Zmienna	Poziom	SU		χ^2	df	p	λ §
		Nie	Tak				
Płeć	Kobieta	62 (62,6)	67 (76,1)	3,974	1	0,057	0,057
	Mężczyzna	37 (37,4)	21 (23,9)				
Diagnoza – 4 kategorie	Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii i urojeniowe	33 (33,3)	36 (40,9)	1,802	3	0,624	0,034
	Zab. afektywne	22 (22,2)	18 (20,5)				
	Zab. nerwicowe	26 (26,3)	17 (19,3)				
	Inne zaburzenia	18 (18,2)	17 (19,3)				
Próby samobójcze w wywiadzie	Nie	78 (78,8)	32 (36,4)	34,618	1	< 0,001	0,398
	Tak	21 (21,2)	56 (72,7)				
Rozwód rodziców	Nie	89 (89,2)	75 (85,2)	0,943	1	0,377	0,034
	Tak	10 (10,1)	13 (14,8)				
Brak wsparcia w rodzinie	Nie	88 (88,9)	67 (76,1)	5,342	1	0,031	0,114
	Tak	11 (11,1)	21 (23,9)				
Problem alkoholowy w rodzinie	Nie	89 (89,9)	49 (55,7)	28,208	1	< 0,001	0,330
	Tak	10 (10,1)	39 (44,3)				
Choroby psychiczne w rodzinie	Nie	86 (86,9)	82 (93,2)	2,034	1	0,225	0,011
	Tak	13 (13,1)	6 (6,8)				
Śmierć w rodzinie	Nie	91 (91,9)	76 (86,4)	1,505	1	0,244	0,045
	Tak	8 (8,1)	12 (13,6)				
Doświadczenie przemocy fizycznej	Nie	90 (90,9)	59 (67,0)	16,386	1	< 0,001	0,227
	Tak	9 (9,1)	29 (33,0)				
Doświadczenie przemocy seksualnej	Nie	98 (99,0)	70 (79,5)	19,297	1	< 0,001	0,193
	Tak	1 (1,0)	18 (20,5)				

χ^2 – wartość statystyki testu niezależności Chi²; df – liczba stopni swobody; p – wartość dwustronnego dokładnego prawdopodobieństwa testowego; λ – wartość współczynnika lambda Goodmana i Kruskala; § – zmienna zależna: samouszkodzenie; podkreśleniem zaznaczono występowanie istotnych zależności

Nie wykazano związku pomiędzy dokonywaniem SU a wyłoniłymi czterema kategoriami rozpoznań oraz niektórymi czynnikami rodzinnymi – rozwodem rodziców, śmiercią oraz chorobami psychicznymi w rodzinie.

Dyskusja

Rozpowszechnienie samouszkodzeń (SU) wśród badanych pacjentów w wieku 13–19 lat, leczonych z powodu różnych zaburzeń psychicznych na Oddziale Psychiatrii Młodzieżowej CSK UM w Łodzi, na przełomie 2005/06 roku było prawie dwukrotnie wyższe od wykazanego w 2004 roku [3] – 47% vs 27%. Odpowiada ono średnim wartościom prezentowanym w piśmiennictwie anglojęzycznym, mieszczącym się w przedziale od 40% do 61% [7, 24]. Należy podkreślić, że w Polsce nie rejestruje się SU u pacjentów psychiatrycznych. Dostępne dane dotyczą przede wszystkim wybranych populacji młodzieży uczącej się, nie leczonej psychiatrycznie. Wśród uczniów szkół średnich częstość występowania SU wynosiła 15% [22]. Ponadto w regionie łódzkim wykazano ponadtrzykrotnie rzadsze występowanie SU wśród nie leczących się psychiatrycznie uczniów w porównaniu z młodzieżą hospitalizowaną [22]. Sugeruje to związek występowania SU z zaburzeniami psychicznymi, co kwestionują tylko pojedynczy autorzy [3]. Z porównania rozkładu płci w badanej populacji pacjentów wynika, że dziewczęta prawie dwukrotnie częściej niż chłopcy dokonywały SU, jednak różnica nie była istotna statystycznie. Autorzy [25] jednego z nielicznych badań, w którym nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic płci wśród osób dokonujących SU (wykazano nawet niewielką przewagę chłopców), uważają, że mniejszy udział płci męskiej może wynikać z włączania do badań głównie osób dokonujących zatrucia lekami oraz powierzchownych samookaleceń i pomijania bardziej drastycznych metod, częściej stosowanych przez chłopców.

W prezentowanej analizie danych pominięto sposoby dokonywania samouszkodzeń z uwagi na określone cele badawcze oraz stosowanie przez pacjentów, bez względu na płeć, najczęściej tej samej metody – nacinania skóry.

Przeprowadzone badania nie potwierdziły hipotezy o częstszym występowaniu SU w przypadku istnienia określonych podgrup zaburzeń psychicznych: psychotycznych, depresyjnych, nerwicowych. Uzyskane wyniki należy interpretować ostrożnie z uwagi na małą liczebność podgrup diagnostycznych. Podobne wyniki uzyskali Nock i wsp. [26]. Uwzględniali oni samouszkodzenia występujące w okresie ostatnich dwóch miesięcy poprzedzających hospitalizację psychiatryczną, co daje podstawy do rozpatrywania SU jako współistniejących z zaburzeniami psychicznymi. Wykazany w badaniach brak związku pomiędzy dokonywaniem SU a określoną diagnozą psychiatryczną może potwierdzać słuszność rozpatrywania SU raczej jako zachowań pełniących określone funkcje, niż będących objawem zaburzeń psychicznych. Jednocześnie zwraca uwagę fakt stwierdzania różnych zaburzeń psychicznych u znacznego odsetka osób przejawiających zachowania autoagresywne [27]. Odmienny – celowy dobór badanych, uwzględniający już na początku obecność SU jako kryterium włączenia do badań, pozwala z jednej strony na tworzenie większych, jednorodnych grup, a z drugiej strony daje możliwość porównywania z dobranymi losowo grupami kontrolnymi. Przy takim podejściu stwierdzenie częstszego występowania zaburzeń psychicznych u osób dokonujących samouszkodzeń może silniej korelować z niespecyficzną psychopatologią, jak np. odczuwanie smutku, niż z określoną diagnozą psychiatryczną. Wiadomo, że zaburzenia depresyjne, nie spełniające kryteriów epizodu depresyjnego,

współwystępują w wielu innych kategoriach diagnostycznych ICD [10]. Hipoteza, że nasilenie depresji może różnicować grupy z samouszkodzeniami i bez SU nie została jednoznacznie zweryfikowana. Wśród pacjentów dokonujących SU większość (ponad 2/3) osiągała w skali depresji Becka wyniki wskazujące na istnienie ciężkiej depresji, tymczasem diagnozę dużej depresji według DSM-III i DSM-IV postawiono jedynie u około 20–30% [28, 29]. Wysoka subiektywna ocena depresji może świadczyć o cierpieniu osób dokonujących SU.

Celowość uwzględniania zachowań samobójczych u młodzieży dokonującej samouszkodzeń wynika m.in. z nieprecyzyjnego rozróżniania przez autorów intencji tych dwóch zjawisk, jak również udowodnionego silnego związku pomiędzy depresją a zachowaniami samobójczymi [3]. W przeprowadzonych badaniach pacjenci dokonujący SU bez intencji samobójczych istotnie statystycznie częściej podejmowali w przeszłości jednoznaczne próby samobójcze. Wskazuje to na silny związek pomiędzy samouszkodzeniami z intencją a samouszkodzeniami bez intencji samobójczych. Ryzyko samobójstwa po wcześniejszych aktach SU jest określane jako kilkusetkrotnie większe w porównaniu z populacją ogólną [30]. Nock i wsp. [26] uważają, że wielokrotne samouszkodzenia są szczególnie niebezpieczne, ponieważ powodują oswojenie się z lękiem przed wyrządzeniem sobie krzywdy, przyzwyczajają do bólu fizycznego, a więc osłabiają lęk przed dokonaniem zamachu na swoje życie. Prezentowany w piśmiennictwie pogląd o odrębności prób samobójczych i SU opiera się na danych dotyczących między innymi stosowania odmiennych metod oraz istnieniu odmiennej motywacji [1, 4].

Wielu autorów [24, 31] podkreśla wpływ doznanej przemocy na występowanie SU u młodzieży. Wykazano, że młode osoby dokonujące SU dwukrotnie częściej doznawały nadużycia seksualnego w dzieciństwie niż przemocy fizycznej [12]. Rola maltretowania fizycznego w powstawaniu zachowań autoagresywnych podkreśla natomiast Green [32]. W badanej przez nią grupie maltretowanych dzieci 40% dokonywało SU, podczas gdy w grupie dzieci zaniedbywanych – 17,2%, a wśród dzieci z rodzin niepatologicznych – 6,7%.

Brak prawidłowych więzi w rodzinie może być przyczyną utrwalania się SU [17], natomiast prawidłowe relacje rodzinne postrzegane są jako czynniki protekcyjne w zachowaniach autoagresywnych [33].

Wśród adolescentów dokonujących SU, leczonych na Oddziale Młodzieżowym CSK UM w Łodzi w 2004 roku, 11% doświadczyło nadużycia seksualnego, natomiast 18% było ofiarami przemocy fizycznej [3]. W prezentowanych badaniach zarówno przemoc seksualna, jak i przemoc fizyczna okazały się zmiennymi mającymi istotny statystycznie związek z występowaniem SU. Według Wycisk [34] związek SU z doznawaniem przemocy można wytłumaczyć m.in. poprzez mechanizm: internalizacji wrogości napastnika, zakłóceń w doznawaniu przyjemności i bólu, dysocjacji w obrębie doznań związanych z ciałem. Doświadczenie przemocy może także zaburzać zdolność modulowania afektu, w związku z tym samouszkodzenia u ofiar przemocy mogą być patologicznym sposobem jego regulowania [35].

Liczne doniesienia wskazują na związek określonych sytuacji rodzinnych z dokonywaniem SU, w tym: zaburzeń komunikacji wewnątrzrodzinnej [20, 36], utraty

kontakty z bliskimi [23], występowaniem depresji u matek [37]. Przy czym związek choroby psychicznej matki z występowaniem SU wykazano jedynie u tych badanych, którzy swoje relacje z matkami oceniali jako niezadowolające, natomiast sama depresja matek badanych bez uwzględnienia relacji rodzinnych nie zwiększała ryzyka ich występowania. Zbliżone wyniki uzyskano w prezentowanej pracy. Spośród pięciu analizowanych w badaniu czynników rodzinnych (rozwód rodziców, brak wsparcia w rodzinie, problem alkoholowy w rodzinie, choroby psychiczne w rodzinie oraz śmierć najbliższych) związek z dokonywaniem SU wykazano jedynie w przypadku doświadczenia braku wsparcia ze strony bliskich oraz problemu alkoholowego w rodzinie, który jak wiadomo silnie zaburza relacje. W badaniu Hawtona i wsp. [38] konflikty w rodzinie okazały się istotnym czynnikiem ryzyka SU tylko w przypadku dziewcząt. W przeprowadzonych badaniach zrezygnowano z odrębnej analizy czynników ryzyka dla dziewcząt i chłopców z uwagi na niezbyt dużą liczebność wyłonionej grupy pacjentów z samouszkodzeniami. Evans i wsp. [33] wskazują na możliwy protekcyjny wpływ sytuacji rodzinnej na samouszkodzenia, uważają bowiem, że pełna, prawidłowo funkcjonująca, dająca oparcie rodzina może skutecznie równoważyć następstwa licznych stresów.

Wnioski

- W ciągu ostatnich trzech lat, w CSK UM w Łodzi, odnotowano dwukrotny wzrost liczby samouszkodzeń (SU) wśród hospitalizowanej młodzieży leczonej psychiatrycznie.
- Nie stwierdzono istotnego związku pomiędzy dokonywaniem SU a rodzajem zdiagnozowanych zaburzeń psychicznych w badanej grupie młodzieży.
- Wykazano istotny związek pomiędzy występowaniem u badanych SU a podejmowaniem przez nich w przeszłości prób samobójczych.
- Stwierdzono zależność pomiędzy samouszkodzeniami wśród młodocianych pacjentów a doświadczaniem przez nich problemu alkoholowego w rodzinie, braku wsparcia ze strony najbliższych oraz przemocy seksualnej i fizycznej.

Связь самоповреждения молодежи, госпитализированной в психиатрических центрах с типом психических нарушений и некоторыми социальными факторами

Содержание

Задание. Проведение оценки зависимости между появлением самоповреждений (СП) у молодежи, леченной психиатрическими методами и : появлением психических нарушений, предприниманием, в прошлом, самоубийственных проб, перенесенных насилий и семейная ситуация.

Метод. Исследованная группа состояла из 187 пациентов в возрасте с 13 до 19 лет, госпитализированных в Молодежном психиатрическом отделении Медицинской академии в г.Łodzi в периоде 2 кварталов на переломе 2005/06 годов. Все больные подверглись психиатрическому обследованию, а также были оценены при зыписке. Использован специально разработанный Глоссарий для оценки самоповреждения.

Результаты. Во время госпитализации самоповреждения были у 47% подростков, леченных психиатрическими методами. Установлена сильная связь ($p < 0,001$) между наличием

(СП) и предприниманием самоубийственных проб, наличия алкогольной проблемы в семье, подверганиям насилия сексуального и физического, отсутствие помощи со стороны близких людей.

Выводы. Появление самоповреждений у молодежи во время их госпитализации не зависит от типа психиатрического диагноза.

Zusammenhang zwischen Selbstbeschädigung der psychiatrisch hospitalisierten Jugendlichen mit der Art der psychischen Störungen und ausgewählten Millieufaktoren

Zusammenfassung

Ziel. Die Beurteilung der Abhängigkeiten zwischen der Selbstbeschädigung bei den psychiatrisch hospitalisierten Jugendlichen und den bestimmten diagnostizierten psychiatrischen Störungen, Suizidversuchen in der Vergangenheit, Gewalt und familiärer Lage.

Methode. Die untersuchte Gruppe bildeten 187 Patienten im Alter von 13 bis 19 Jahren, hospitalisiert in der Abteilung für Jugendlichenpsychiatrie CSK UM in Łódź, innerhalb von 2 Vierteljahren 2005/06. Alle Patienten wurden psychiatrisch untersucht, außerdem bei der Entlassung aus dem Krankenhaus mit dem speziell bearbeiteten "Fragebogen zur Erfassung der Selbstbeschädigung" beurteilt.

Ergebnisse. Während der Hospitalisierung fügten sich 47% der psychiatrisch behandelten Adoleszenten körperliche Verletzungen zu. Es wurde ein starker Zusammenhang ($p < 0,001$) zwischen der Selbstbeschädigung und: Suizidversuchen, Alkoholproblem in der Familie, sexueller oder körperlicher Gewalt, Mangel an Unterstützung seitens Nächsten gezeigt.

Schlussfolgerungen. Die Selbstbeschädigung bei den hospitalisierten Jugendlichen hängt nicht von der Art der gestellten psychiatrischen Diagnose ab.

L'automutilation des adolescents pendant leur hospitalisation psychiatrique et son rapport aux spécifiques troubles mentaux et aux facteurs choisis d'environnement

Résumé

Objectif. Analyser le rapport de l'automutilation des adolescents hospitalisés et : présence de certains troubles mentaux, tentative du suicide au passé, présence de la violence en famille, situation familiale.

Méthode. Le groupe examiné se compose de 187 patients (13-19 ans) hospitalisés à Łódź pendant 2 trimestres de 2005/2006. Tous les patients ont été examinés par le psychiatre, à la fin de leur hospitalisation de plus ils sont examiné avec un questionnaire spécialisé « Questionnaire for the Assessment of Self-Harm ».

Résultats. Pendant l'hospitalisation 47% d'adolescents ont fait de l'auto-endommagement. On note une forte corrélation ($p < 0,001$) de l'automutilation et de : nombre des tentatives du suicide, alcoolisme en famille, présence de la violence (physique et sexuelle), manque du soutien de la part de la famille.

Conclusion. La présence de l'automutilation des adolescents hospitalisés ne dépend pas du diagnostic psychiatrique.

Piśmiennictwo

1. Favazza AR. *Bodies under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry* (2nd ed.). Baltimore, MD: John Hopkins; 1996.
2. 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.
3. Gmitrowicz A. *10 Europejskie Sympozjum nt. Samobójstw i Zachowań Samobójczych*. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2004; 4 (4): 249–250.

4. Pattison EM, Kahan J. *The deliberate self-harm syndrome*. Am. J. Psychiatry 1983; 140 (7): 867–872.
5. Hawton K. *Sex and suicide. Gender differences in suicidal behaviour*. Brit. J. Psychiatry 2000; 177: 484–485.
6. Walsh B, Rosen PM. *Self-mutilation: Theory, research, and treatment*. New York: Guilford; 1988.
7. DiClemente RJ, Ponton LE, Harley D. *Prevalence and correlates of cutting behavior: Risk for HIV transmission*. J. Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry 1991; 30: 735–739.
8. Nock MK, Prinstein MJ. *Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents*. J. Abnorm. Psychol. 2005; 114 (1): 140–146.
9. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. IV edition. DSM IV*. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
10. Pużyński S, Wciórka J, red. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków – Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo „Versalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii, 1997.
11. Strong M. *A bright red scream: Self-mutilation and the language of pain*. New York: Penguin Books; 1998.
12. Babiker G, Arnold L. *Autoagresja. Mowa zranionego ciała*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2003.
13. Skegg K. *Self-harm*. Lancet 2005; 336: 1471–1483.
14. Olfson M, Gameroff MJ, Marcus SC, Greenberg T, Shaffer D. *Emergency treatment of young people following deliberate self-harm*. Arch. Gen. Psychiatry 2005; 62 (10): 1122–1128.
15. Winchel RM, Stanley M. *Self-injurious behavior: A review of the behavior and biology of self-mutilation*. Am. J. Psychiatry 1991; 148 (3): 306–317.
16. Favazza AR, Rosenthal RJ. *Varieties of pathological self-mutilation*. Behav. Neurol. 1990; 3: 77–85.
17. van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. *Childhood origins of self-destructive behavior*. Am. J. Psychiatry 1991; 148: 1665–1671.
18. Komender J. *Upośledzenie umysłowe*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria* (tom 2). Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Parker; 2002.
19. Brown J, Cohen P, Johnson JG, Smailes EM. *Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1999; 38: 1490–1496.
20. Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS. *Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts late adolescence and early adulthood*. Arch. Gen. Psychiatry 2002; 59: 741–749.
21. Cyr M, McDuff P, Wright J, Theriault C, Cinq-Mars C. *Clinical correlates and repetition of self-harming behaviors among female adolescent victims of sexual abuse*. J. Child Sex. Abus. 2005; 14 (2): 49–68.
22. Lewandowska A, Śmigiełski J, Gmitrowicz A. *Rodzinne czynniki ryzyka a samouszkodzenia u młodzieży szkolnej*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2004; 4: 224–233.
23. Rosen PM, Walsh BW, Rode SA. *Interpersonal loss and self-mutilation*. Suic. Life Threat Behav. 1990; 20 (2): 177–184.
24. Brown LK, Houck CD, Hadley WS, Lescano CM. *Self-cutting and sexual risk among adolescents in intensive psychiatric treatment*. Psychiatr. Serv. 2005; 56: 216–218.
25. 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.

26. Nock MK, Joiner TE, Gordon KH, Lloyd-Richardson E, Prinstein MJ. *Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts*. Psychiatry Res. 2006; 144: 65–72.
27. Hawton K, Houston K, Townsend E. *Psychiatric and personality disorders in deliberate self-harm patients*. Brit. J. Psychiatry 2001; 178 (1): 48–54.
28. Ross S, Heath N. *A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents*. J. Youth Adolesc. 2002; 31 (1): 67–77.
29. Ennis J, Barnes RA, Kennedy S, Trachtenberg D. *Depression in self-harm patients*. Brit. J. Psychiatry 1989; 154: 41–47.
30. Owens D, Horrocks J, House A. *Fatal and non-fatal repetition of self-mutilation in systematic review*. Brit. J. Psychiatry 2002; 181: 193–199.
31. Romans SE, Martin JL, Anderson JC, Herbison GP, Mullen PE, Phil M. *Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm*. Am. J. Psychiatry 1995; 152: 1336–1342.
32. Green AH. *Self-destructive behaviour in battered children*. Am. J. Psychiatry 1978; 135 (5): 579–583.
33. Ewans E, Hawton K, Rodham K. *Factors associated with suicidal phenomena in adolescents: a systematic review of population-based studies*. Clin. Psychol. Rev. 2004; 24: 957–979.
34. Wycisk J. *Okaleczanie ciała*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe; 2004.
35. van der Kolk BA, Perry JC, Herman JL. *Childhood origins of self-destructive behavior*. Am. J. Psychiatry 1991; 148: 1665–1667.
36. Tulloh AL, Blizzard L, Pinkus Z. *Adolescent-parent communication in self-harm*. J. Adolesc. Health 1997; 21 (4): 267–275.
37. Garber J, Little S, Hilsman R, Weaver K. *Family predictors of suicidal symptoms in young adolescents*. J. Adolesc. 1998; 21: 445–457.
38. Hawton K, Fag J, Simki S, Bale E, Bond A. *Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985–1995*. Brit. J. Psychiatry 1997; 171: 556–560.

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

Otrzymano: 27.12.2007
Zrecenzowano: 21.01.2008
Przyjęto do druku: 25.03.2008

**Czasopismo internetowe
Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego**

Psychiatria i Psychoterapia
(ISSN 1895-3166)

wydawane wyłącznie w postaci elektronicznej pod adresem
www.psychiatriapsychoterapia.pl

zaprasza Czytelników i Autorów

Czasopismo publikuje recenzowane prace oryginalne z zakresu psychiatrii i psychoterapii, prace pogładowe, kazuistyczne, doniesienia tymczasowe, spostrzeżenia kliniczne, problemy dyskusyjne, polemiki, listy do redakcji dotyczące prac publikowanych w czasopiśmie i problemów istotnych dla środowiska, notatki kronikarskie i informacyjne itp., omówienia książek, doniesienia konferencyjne (postery, slajdy) oraz wybrane tłumaczenia.

W czasopiśmie m.in.:

Tania Nikiel, Magdalena Grygo: TRUDNOŚCI W ROZPOZNAWANIU I LECZENIU CHOROBY AFEKTYWNEJ DWUBIEGUNOWEJ U DZIECI – CZĘŚĆ I: IMPLIKACJE TEORETYCZNE

Tania Nikiel, Magdalena Grygo: TRUDNOŚCI W ROZPOZNAWANIU I LECZENIU CHOROBY AFEKTYWNEJ DWUBIEGUNOWEJ U DZIECI – CZĘŚĆ II: OPIS DWÓCH PRZYPADKÓW

Maciej Pilecki: PERCEPCJA KONTEKSTU RODZINNEGO W TERAPII INDYWIDUALNEJ I RODZINNEJ

adres e-mail redakcji: *molocko@poczta.fm*