

PRACE ORYGINALNE

ORIGINAL CONTRIBUTIONS

Karolina Jabłkowska^{1,3}, Anna Szczepaniak^{2,4}, Agnieszka Gmitrowicz¹

Style radzenia sobie w sytuacjach stresowych prezentowane przez młodzież dokonującą samouszkodzeń

Coping styles adopted in stressful situations by self-harming adolescents

¹ Klinika Psychiatrii Młodzieżowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

² Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

³ Zakład Psychologii Lekarskiej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

⁴ III Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Correspondence to: Dr n. med. Karolina Jabłkowska, Sekretariat Kliniki Psychiatrii Młodzieżowej, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, e-mail: k.jablkowska@pro.onet.pl

Praca wykonana w ramach grantu badań statutowych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi nr 503-1155-3

Streszczenie

Stres i radzenie sobie ze stresem to stany, które odgrywają ważną rolę w życiu każdego człowieka, zwłaszcza w okresie dojrzewania. Skuteczne radzenie sobie z sytuacjami trudnymi powoduje zmniejszenie stanu odczuwanego stresu, natomiast niemożność radzenia sobie w takich sytuacjach wiąże się ze zmianami w sferze emocjonalnej lub fizjologicznej, a także zaburzeniami dotyczącymi dobrostanu psychicznego, zdrowia somatycznego oraz funkcjonowania społecznego. Z perspektywy ostatnich kilku lat obserwuje się znaczne nasilenie zjawiska zachowań autoagresywnych u dzieci i młodzieży, szczególnie w populacjach leczonych psychiatrycznie. Zachowania te pełnią różne funkcje, mogą być sposobem ekspresji emocji, obronno-adaptacyjnym środkiem bądź sposobem radzenia sobie z trudnościami i towarzyszącym napięciem emocjonalnym. Celem podjętych badań była ocena dominujących stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych stosowanych przez młodocianych pacjentów dokonujących samouszkodzeń. Do badania zakwalifikowano 35 pacjentów (16,60±0,18 roku) – 27 dziewcząt i 8 chłopców, hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Młodzieżowej UM w Łodzi, u których stwierdzono samouszkodzenia (SU). Grupę kontrolną stanowiło 32 zdrowych ochotników (16,91±0,16 roku) – 23 dziewcząt i 9 chłopców. Ze względu na liczbę SU grupa badana została podzielona na dwie podgrupy z epizodycznymi SU oraz z powtarzającymi się SU. W badaniu zastosowano Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS). Kwestionariusz ten służy do diagnozowania stylów radzenia sobie ze stresem. Młodzież dokonująca samouszkodzeń, zarówno dziewczęta, jak i chłopcy, istotnie częściej stosują w sytuacjach trudnych styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach. Pacjenci z powtarzającymi się samouszkodzeniami (SU>4) znacząco częściej w porównaniu z pacjentami z epizodycznymi samouszkodzeniami (SU≤4) wykorzystują w sytuacjach stresogennych styl skoncentrowany na emocjach oraz styl skoncentrowany na unikaniu, zwłaszcza w formie poszukiwania kontaktów towarzyskich.

Słowa kluczowe: style radzenia sobie ze stresem, emocje, unikanie, młodzież, samouszkodzenia

Summary

The state of stress and styles of coping with stress constitute an important component of life of every human being, particularly during adolescence. Effective coping mechanisms enable reduction of severity of stress experienced, while inability to manage stressful situations results in alterations in emotional and physiological domains, disturbances of mental well-being, somatic health and social functioning. Since a few years, we are witnessing a significant aggravation of the phenomenon of auto-aggression among children and adolescents, particularly in populations already undergoing psychiatric treatment. Such behaviours fulfil several functions: they may represent a way to express emotions, a means of adaptation or a style of coping with difficulties encountered in everyday life and emotional tension associated therewith. The aim of this study was to analyse predominating styles of coping with stressful situations, adopted by adolescent

patients performing self-harm. The study population encompassed 35 patients, aged 16.60 ± 0.18 years, there of 27 girls and 8 boys, hospitalised at the Department of Adolescent Psychiatry of the Medical University in Łódź, who had a history of deliberate self-harm (DSH). Control group included 32 healthy volunteers aged 16.91 ± 0.16 years, thereof 23 girls and 9 boys. In view of the size of study population, it was subdivided into subgroups depending on whether episodes of DSH were sporadic or repetitive. Data were collected using the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). This questionnaire was designed specifically to explore styles of coping with stress. Self-harming adolescents, both girls and boys, significantly more often adopted emotion-oriented style. Patients with repetitive DSH (over 4 episodes) significantly more often adopted emotion-oriented style and/or avoidance-oriented style, particularly in the form of seeking social contacts – social diversion, as compared with those committing episodic DSH.

Key words: coping styles with stress, emotions, avoidance, adolescents, deliberate self-harm

WPROWADZENIE

Stres stanowi nieodłączny element życia każdego człowieka. Liczne badania i publikacje dotyczące problematyki stresu potwierdzają jego rosnące znaczenie⁽¹⁻⁴⁾. Należy odróżnić biologiczne rozumienie stresu od psychologicznego. Stres w ujęciu biologicznym (reakcja stresowa) ma charakter niespecyficzny, ogólnoustrojowy (mechanizmy neuronalne, endokrynne, immunologiczne) i jest rozpatrywany w kategoriach sprzężenia zwrotnego ujemnego (gdy ostry) oraz zaburzeń homeostazy (gdy przewlekły)⁽⁵⁾. Z kolei pojęcie stresu psychologicznego odnosi się do zjawisk zachodzących na poziomie psychologicznym, do zachowania człowieka i jego procesów psychicznych. Jest to rodzaj szczególnej interakcji pomiędzy jednostką a otoczeniem, która oceniana jest przez tę jednostkę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi^(6,7). Człowiek współczesny często zmuszony jest do funkcjonowania pod presją wielu stresogennych bodźców, które wywierają na niego różnorodny wpływ.

Stan stresu i radzenia sobie ze stresem to zjawiska, które są ze sobą ściśle związane. Mianem radzenia sobie (*coping*) określa się ukierunkowaną aktywność na zmianę transakcji stresowej⁽⁷⁾. Skuteczne radzenie sobie wyraża się adekwatnym dopasowaniem wymagań do możliwości i w rezultacie zmniejsza stan odczuwanego stresu, natomiast nieskuteczne radzenie sobie prowadzi do narastania stresu i wielu negatywnych konsekwencji w różnych sferach psychicznego funkcjonowania człowieka⁽⁸⁾. Przeżycia stresowe i rezultaty radzenia sobie przynoszą bezpośrednie skutki w postaci zmian w sferze emocjonalnej lub fizjologicznej, a także skutki odległe dotyczące dobrostanu psychicznego, zdrowia somatycznego oraz funkcjonowania społecznego⁽⁹⁾.

W interakcyjnym teoretycznym modelu stresu działania zaradcze, które człowiek podejmuje w sytuacji stresowej, są efektem interakcji zachodzącej między cechami sytuacji a specyficznym stylem radzenia sobie⁽¹⁰⁾. Według Endlera i Parkera^(11,12) styl radzenia sobie ze stresem rozumiany jest jako typowy dla danej jednostki sposób zachowania w różnych sytuacjach stresowych. Autorzy ci wyróżniają trzy style radzenia sobie ze stresem: styl skoncentrowany na zadaniu, emocjach i unikaniu. Osoby preferujące styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na zadaniu mają tendencję do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze

INTRODUCTION

Stress constitutes an unavoidable component of life of every human being. Numerous studies and publications concerning this phenomenon confirm its increasing importance⁽¹⁻⁴⁾. The key issue is to differentiate biological and psychological aspects of stress. Stress in the biological sense ("stress reaction") consists in a non-specific, systemic reaction, mediated by neuronal, endocrine and immune mechanisms and is usually considered in the categories of negative feedback (when acute) and disturbances of homeostasis when chronic⁽⁵⁾. On the other hand, the concept of psychological stress is related to phenomena occurring on the psychological level, to human behaviour and its mental processes. It is a particular type of interaction between the individual and his/her environment, viewed by the individual as burdensome or exceeding his/her resources and compromising his/her well-being^(6,7). Contemporary humans frequently are forced to function under pressure of several stress-inducing stimuli, exerting a multifaceted influence.

The state of stress and coping therewith are closely related phenomena. The concept of "coping style" denotes activity directed at changing stressful situation⁽⁷⁾. Efficient coping is expressed by adequate tailoring of expectations to possibilities, resulting in reduction of stress experienced, while ineffective coping leads to increasing severity of stress and many unfavourable consequences in several domains of mental functioning⁽⁸⁾. Stressful experiences and results of coping mechanisms implemented have direct consequences taking the form of alterations in emotional and physiological domains, as well as delayed effects concerning mental well-being, somatic health and social functioning⁽⁹⁾.

In the theoretical interactive model of stress, remedial measures undertaken in stressful situation, are the resultant of interactions between features of situation at hand and specific coping style⁽¹⁰⁾. According to Endler and Parker^(11,12), coping style is defined as mode of behaviour in various stressful situations typical for the particular individual. The authors differentiate three coping styles: task-oriented style, emotion-oriented style and avoidance-oriented style. Persons preferring task-oriented style are prone to undertake efforts directed at solving problems at hand, by cognitive transformation or attempts at changing stressful situation, by concentrating on the task at

przekształcenie lub próby zmiany sytuacji, kładą nacisk na zadanie lub planowanie rozwiązania problemu. Z kolei styl radzenia sobie ze stresem skoncentrowany na emocjach charakterystyczny jest dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do koncentracji na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy, napięcie. Działania podejmowane przez te osoby mają na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego z sytuacją stresową. Pełnią tym samym funkcje regulacji emocjonalnej. Osoby wybierające trzeci styl, nazwany stylem radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na unikaniu, w sytuacjach stresowych wykazują skłonność do unikania myślenia, przeżywania czy doświadczania sytuacji obciążającej, co może przyjmować dwie formy: angażowania się w czynności zastępcze, np. zakupy, oglądanie telewizji, lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich⁽¹³⁾. Podsumowując przeprowadzoną metaanalizę, badacze Suls i Fletcher stwierdzili, iż różne sposoby radzenia sobie ze stresem są mniej lub bardziej przystosowane w odniesieniu do sytuacji trudnej, np. choroby⁽⁹⁾.

Na specyficzne dla różnych sytuacji strategie radzenia sobie ze stresem wpływ ma nie tylko cechujący jednostkę styl radzenia sobie, lecz także inne czynniki, takie jak cechy osobowości, cechy demograficzne (wiek, płeć, wykształcenie), aktualny stan psychofizyczny oraz sama sytuacja stresowa^(13,14). Narastające napięcie emocjonalne oraz niemożność radzenia sobie z sytuacjami trudnymi związanymi z okresem dorastania powodują, że młody człowiek poszukuje różnych sposobów zmiany swojej sytuacji życiowej, do których coraz częściej zaliczane są m.in. samouszkodzenia^(15,16). Autorzy zajmujący się problematyką tego zjawiska^(17,18) podkreślają, iż uszkodzenie ciała może funkcjonować jako nabyta umiejętność samodzielnego i kontrolowanego radzenia sobie z zakłóceniami na poziomie napięcia emocjonalnego.

W perspektywie ostatnich kilku lat obserwuje się znaczne nasilenie zjawiska zachowań autoagresywnych u dzieci i młodzieży, szczególnie w populacjach leczonych psychiatrycznie^(19,21). Zamierzone samouszkodzenia (*deliberate self-harm, self-injury, self-mutilation*) należy uznać za powszechnie nieakceptowane akty bezpośredniej autodestruktywności, w których jednostka zmierza do wyrządzenia sobie natychmiastowej szkody, a przedmiotem ataku staje się jej własne ciało, przy czym działanie jej pozbawione jest zamiaru samobójczego^(15,22). Zachowania te pełnią różne funkcje, mogą być sposobem ekspresji emocji, obronno-adaptacyjnym środkiem bądź sposobem radzenia sobie z trudnościami i towarzyszącym napięciem emocjonalnym^(23,24).

Różne formy okaleczania ciała są coraz bardziej powszechnie stosowane nie tylko u młodzieży leczonej psychiatrycznie (np. nacinanie skóry), ale także w populacji ogólnej (np. kolczykowanie, tatuowanie), jako działania mające na celu poradzenie sobie z emocjami i rozładowaniem napięcia. Do niedawna tego typu zachowania traktowano głównie jako objawy towarzyszące określonym jednostkom chorobowym, takim jak: schizofrenia, choroba afektywna czy pograniczne zaburzenia osobowości, lub wiązano je z aktami autodestruktywności podejmowanymi głównie przez mężczyzn w zakładach penitencjarnych⁽²⁵⁾.

hand or planning how to solve the problem. On the other hand, emotion-oriented style is typical for persons who, when faced with a stressful situation, tend to focus on themselves, on own emotional states, such as anger, feeling of guilt or tension. Activities undertaken by these persons are directed at relieving emotional tension associated with stressful situation. Therefore, the main role of these activities is control (regulation) of emotions. Persons opting for the third type of coping style, namely avoidance-oriented, when faced with a stressful situation, tend to avoid thinking, experiencing or engaging in the problem at hand, which may take two forms: either engaging in substitute (displacement) activities, e.g. shopping, watching TV, or seeking social contacts⁽¹³⁾. To sum-up their meta-analysis, Suls and Flechter conclude that the role of various coping styles consists in a more or less effective adaptation to difficult situations⁽⁹⁾.

Specific coping strategies adopted in particular situations depend not only on individual-specific coping style, but also on other factors, e.g. personality traits, demographic characteristics (age, gender, education level), current mental and somatic condition, as well as on type of stressful situation itself^(13,14). Increasing emotional tension and inability to cope with difficult situations associated with adolescence, induce young people to look for ways of changing their living situation, which increasingly often take the form of self-injury^(15,16). Authors exploring the subject^(17,18) often emphasise that harming own body may function as an acquired, self-directed and self-controlled way to cope with disturbances at the level of emotional tension.

For the past few years we are witnessing a dramatic exacerbation of phenomena associated with auto-aggressive behaviours in children and adolescents, mainly in populations subjected to psychiatric treatment^(19,21). Deliberate self-harm (DSH) may be defined as generally non-accepted acts of direct auto-destruction, whereby a person aims at causing him- or herself immediate harm, with own body becoming the object of attack and the entire act is devoid of suicidal intent^(15,22). Such behaviours may have several functions, being either a way to express own emotions, a defensive-adaptive mechanism or a way to cope with difficulties encountered and emotional tension associated therewith^(23,24).

Several forms of self-harm are seen increasingly often, not only among adolescents subjected to psychiatric treatment (e.g. skin incisions), but also in the population at large (e.g. piercing and tattooing), as a way to cope with emotions and to relieve tension. Until recently, such behaviours were mainly considered as symptoms associated with definite nosologic entities, e.g. schizophrenia, affective diseases or borderline personality disorders, or they were viewed as acts of auto-destruction undertaken mainly by male prisoners⁽²⁵⁾.

In order to clarify psychological mechanisms underlying acts of self-injury, several theoretical paradigms are referred to, starting by psychoanalytical approach, whereby the primary urge to self-destruction stems from death drive, and ending by cognitive theories. Several attempts at understanding the mechanism of auto-destruction refer to various phenomena and aspects thereof, but they all share one common fea-

Odwołując się do psychologicznych mechanizmów wyjaśniających powstanie samouszkodzeń, można rozpatrywać różne paradygmaty teoretyczne, poczynając od psychoanalitycznych założeń o popędzie śmierci jako pierwotnym uwarunkowaniu samouszkodzeń, a na teoriach poznawczych kończąc. Liczne próby zrozumienia mechanizmu autodestrukcji odnoszą się do różnych zjawisk, ale posiadają jedną cechę wspólną – wszystkie zwracają uwagę na brak podstawowych kompetencji emocjonalnych oraz nieumiejętność regulowania przez podmiot fizjologicznego poziomu pobudzenia.

Analizując zachowania autoagresywne, szczególną wagę przywiązuje się do roli, jaką mogą one odgrywać w okresie dojrzewania. Babiker i Arnold⁽¹⁵⁾ wyróżniają różne funkcje związane z radzeniem sobie i przetrwaniem. Najczęściej wymienianą funkcją jest funkcja związana z radzeniem sobie i przetrwaniem w wyniku regulacji napięcia i lęku u jednostki. Poprzez samouszkodzenia nastolatek może radzić sobie z gniewem, złością, a osoba dorosła na przykład ogniskować ból w celu zapanowania nad nim. Szczególną funkcją jest ta związana z Ja; wielu osobom dokonywanie samouszkodzeń daje poczucie kontroli i autonomii, ponadto umożliwia radzenie sobie z własnymi traumatycznymi doświadczeniami. Osoby, które przeżyły traumę, mogą poprzez samouszkodzenia dawać świadectwo odwagi, wytrzymałości i cierpienia. Samookaleczenie może również pełnić funkcję związaną z karaniem siebie i byciem ofiarą. Samouszkodzenie może być także próbą nawiązania komunikacji z innymi czy zasygnalizowania otoczeniu pewnych informacji. Oprócz tego dokonywanie samookaleczeń może służyć jako metoda wpływania na własną sytuację życiową bądź też na zachowanie innych osób, z którymi jednostka jest w relacjach.

Wobec znacznego wzrostu liczby zachowań autoagresywnych u dzieci i młodzieży^(19,20) oraz niewątpliwej potrzeby kształtowania u nich zdrowych umiejętności radzenia sobie z sytuacjami obciążającymi zasadne jest ciągle pogłębianie wiedzy na temat psychologicznego funkcjonowania dzieci i młodzieży w poszczególnych etapach ich rozwoju.

CEL PRACY

Celem podjętych badań była ocena dominujących stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych, które są stosowane przez młodocianych pacjentów dokonujących samouszkodzeń.

MATERIAŁ I METODYKA

Do badania zakwalifikowano 35 pacjentów (16,60±0,18 roku), w tym 27 dziewcząt (16,48±0,21 roku) i 8 chłopców (17,00±0,38 roku), hospitalizowanych w Klinice Psychiatrii Młodzieżowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, u których stwierdzono samouszkodzenia (samookaleczenia, najczęściej przybierające formę nacinania skóry). Grupę kontrolną stanowiło 32 zdrowych ochotników (16,91±0,16 roku), w tym 23 dziewczęta (16,87±0,19 roku) i 9 chłopców (17,00±0,33 roku). Grupa badana i grupa kontrolna zostały dobrane pod względem płci i wieku (nie stwierdzono różnic istotnych statystycznie między grupami) (tabela 1).

ture: they all emphasize lack of basic emotional competences and inability to control own physiological level of excitation by the person involved.

Research on auto-aggressive behaviours largely focuses on their potential role during adolescence, during maturation process. Babiker and Arnold⁽¹⁵⁾ differentiate several functions associated with coping and survival. The function mentioned most often is the one associated with coping and survival thanks to the person's ability to control tension and anxiety. By self-injury, a teenager may try to cope with wrath and anger, while an adult may try to focus pain in order to dominate it. A particular function thereof is the one associated with "me", because many persons derive a sense of control and autonomy from self-mutilations; furthermore it enables them to cope with own traumatic experiences. Persons who have experienced a trauma in the past, may resort to self-injury in order to provide a proof of courage, endurance and suffering. Self-harm may also fulfil a role of punishment and victimisation. Self-injury may also reflect an attempt to communicate with others or to send them a message. Furthermore, self-harm may serve as a way to influence either own living situation or behaviour of other people who interact with self-mutilating individual.

In view of increasing frequency of auto-aggressive behaviour in children and adolescents^(19,20), as well as considering an indisputable need of teaching them healthy ways to cope with stressful situations, continuous expansion of our knowledge concerning psychological functioning of children and adolescents at individual phases of their development is entirely justified.

AIM OF STUDY

The aim of this study was to analyse predominating styles of coping with stressful situation adopted by self-harming adolescent patients.

MATERIAL AND METHOD

The study population encompassed 35 patients (mean age 16.60±0.18 years), including 27 females (mean age 16.48±0.21 years) and 8 males (mean age 17.00±0.38 years), hospitalised at the Department of Developmental Age Psychiatry of the Medical University in Łódź, presenting signs of self-injury (usually taking the form of skin cutting). Control group included 32 healthy volunteers (mean age 16.91±0.16 years), thereof 23 girls (mean age 16.87±0.19 years) and 9 boys (mean age 17.00±0.33 years). Both study and control group were well matched with respect to age and gender (no significant intergroup differences were noticed) (table 1).

Due to the size of study group, it was subsequently subdivided into two subgroups (acc. to Suchańska, 2006):

- persons with sporadic self-harming (4 and less) (n=11);
- persons with repetitive self-harming (over 4) (n=24).

Each patient was allocated to a particular subgroup after previous psychiatric consultation and diagnosis according to ICD-10 classification⁽²⁶⁾ and after ruling out psychotic and organic dis-

Ze względu na liczbę samouszkodzeń (SU) grupa badana została podzielona na dwie podgrupy (za Suchańską, 2006):

- z epizodycznymi SU; liczba SU ≤ 4 (11 pacjentów);
- z powtarzającymi się SU; pacjenci z liczbą SU > 4 (24 pacjentów).

Każdy pacjent został zakwalifikowany do grupy badanej po wcześniejszej konsultacji psychiatrycznej i zdiagnozowaniu zgodnie z klasyfikacją ICD-10⁽²⁶⁾, a także po wykluczeniu zaburzeń psychotycznych, organicznych oraz określeniu ilorazu inteligencji, mieszczącego się w zakresie wartości referencyjnych.

W badaniu zastosowano Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (*Coping Inventory for Stressful Situations*, CISS) autorstwa Endlera i Parkera⁽¹²⁾, w polskiej adaptacji Szczepaniaka, Strelaua, Wrześniewskiego⁽²⁷⁾. Kwestionariusz służy do diagnozowania stylów radzenia sobie ze stresem. Pozwala na weryfikację hipotezy dotyczącej dominacji określonego stylu radzenia sobie ze stresem. CISS składa się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie mogą wykazywać w sytuacjach stresowych. Zastosowanie formy samopisu (kwestionariusz CISS) pozwala określić działanie osoby w odpowiedzi na stres. Badany określa na 5-stopniowej skali częstotliwość, z jaką podejmuje dane działanie w sytuacjach trudnych i obciążających.

Wyniki ujmowane są na trzech skalach:

1. SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu;

	Grupa badana <i>Study group</i> (n=35)	Grupa kontrolna <i>Control group</i> (n=32)
SSZ <i>Task oriented</i>	48,60±1,39 (32-66)	50,97±1,68 (34-74)
SSE <i>Emotion oriented</i>	55,03±1,39* (32-74)	44,56±2,03 (27-70)
SSU <i>Avoidance oriented</i>	51,91±1,68 (28-68)	53,72±2,21 (6-76)
SSU-ACZ <i>Distraction</i>	24,23±0,88 (16-38)	25,50±0,98 (12-39)
SSU-PKT <i>Social diversion</i>	17,83±0,69 (6-24)	19,50±0,64 (12-25)
SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze (SSU-ACZ); PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich (SSU-PKT) * p<0,05.		

Tabela 1. Wyniki uzyskane w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) w grupie badanej oraz w grupie kontrolnej oraz porównanie częstości wykorzystywania stylów radzenia sobie ze stresem w tych grupach. Wyniki przedstawiono jako $(\bar{x}) \pm SEM$ (zakresy wartości przedstawiono w nawiasach okrągłych)

Table 1. Results obtained using the CISS questionnaire in the study group and in the control group. Comparison of frequencies of adopting various coping styles in both groups. Results are presented as arithmetic mean \pm standard error (range is presented in round brackets)

orders and after determination of intelligence quotient, fitting within reference range.

Data were collected using the Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) by Endler and Parker⁽¹²⁾, in its Polish version by Szczepaniak, Strelau and Wrześniewski⁽²⁷⁾. This instrument is designed to diagnose coping styles, enabling verification of hypotheses concerning prevalence of particular styles. CISS is composed of 48 statements related to various behaviours, which may be undertaken in stressful situations. Use of the self-report form enables determination of a person's activity profile in response to stress. Examinee marks on a five-tiered scale the frequency with which he/she undertakes a particular activity in response to a difficult and burdensome situation.

Results are expressed in three scales:

1. task-oriented style;
2. emotion-oriented style;
3. avoidance-oriented style, which may take two forms:
 - distraction;
 - social diversion.

Statistical analysis of results obtained was performed using:

- the Shapiro-Wilk test, assessing concordance between distribution of variables and normal distribution;
- the Student t-test or the Mann-Whitney test for two independent variables.

Results obtained are presented as arithmetic mean \pm standard error (SEM). Correlations between particular parameters were determined using the Spearman correlation coefficient (R) or the Pearson correlation coefficient (r). The level of statistical significance was set at $p < 0.05$. Statistical calculations were performed using the Statistica for Windows 7.0 software.

RESULTS

Table 1 presents mean values \pm SEM obtained at particular scales of the CISS questionnaire by persons from the study and from the control groups. When faced with a difficult situation, responders from the study group significantly more often adopted emotion-oriented style than did persons from the control group.

Results obtained (table 2) indicate lack of significant differences in results obtained in particular scales of the CISS questionnaire by girls and boys, both in the study and in the control groups.

As may be deduced from table 3, self-harming girls (study group) faced with difficult situations significantly more often adopted emotion-oriented style as compared with girls from the control group. The same correlation was noticed in the group of self-harming boys as compared with boys from the control group.

Patients presenting repetitive self-harming behaviour (over 4 episodes) (table 4), as compared with those reporting sporadic self-harming, when faced with stressful situations, significantly more frequently adopted emotion-oriented style and avoidance-oriented coping styles, particularly of the social diversion type.

Zmienna <i>Variable</i>	Grupa badana <i>Study group</i> (n=35)		Grupa kontrolna <i>Control group</i> (n=32)	
	Dziewczeta <i>Girls</i> (n=27)	Chłopcy <i>Boys</i> (n=8)	Dziewczeta <i>Girls</i> (n=23)	Chłopcy <i>Boys</i> (n=9)
SSZ <i>Task oriented</i>	48,93±1,62 (34-66)	47,50±2,82 (32-60)	50,13±1,94 (34-74)	53,11±3,45 (35-68)
SSE <i>Emotion oriented</i>	55,15±1,29 (45-68)	54,63±4,51 (32-74)	46,52±2,62 (27-70)	39,56±2,01 (33-51)
SSU <i>Avoidance oriented</i>	52,07±1,79 (31-68)	51,38±4,43 (28-67)	52,22±2,73 (6-74)	57,56±3,53 (36-76)
SSU-ACZ <i>Distraction</i>	24,63±1,05 (16-38)	22,88±1,53 (17-30)	25,13±1,03 (5-34)	26,44±2,36 (12-39)
SSU-PKT <i>Social diversion</i>	18,07±0,69 (11-24)	17,00±1,85 (6-22)	19,26±0,79 (12-25)	20,11±1,07 (15-25)

SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze (SSU-ACZ); PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich (SSU-PKT)

Tabela 2. Wyniki uzyskane w Kwestionariuszu Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS) w grupie badanej oraz w grupie kontrolnej z uwzględnieniem podziału na płeć. Wyniki przedstawiono jako $\bar{x} \pm SEM$ (zakresy wartości przedstawiono w nawiasach okrągłych)

Table 2. Results obtained using the CISS questionnaire in the study group and in the control group, considering gender of responders. Results are presented as arithmetic mean \pm standard error (range is presented in round brackets)

2. SSE – styl skoncentrowany na emocjach;
3. SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; styl ten może przyjmować dwie formy:
 - ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze (SSU-ACZ);
 - PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich (SSU-PKT).

Przeprowadzono analizę statystyczną otrzymanych wyników przy zastosowaniu:

- testu Shapiro-Wilka – w celu oceny zgodności rozkładów zmiennych z rozkładem normalnym;
- testu *t*-Studenta lub testu U Manna-Whitneya dla dwóch zmiennych niezależnych.

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

WYNIKI

W tabeli 1 przedstawiono średnie wyniki $\pm SEM$ uzyskane w poszczególnych skalach kwestionariusza CISS przez osoby z grupy badanej i grupy kontrolnej. Badani istotnie częściej stosowali w sytuacjach trudnych styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach (SSE) w porównaniu z grupą kontrolną.

Uzyskane wyniki (tabela 2) wskazują na brak różnic istotnych statystycznie w zakresie uzyskanych wyników w poszczególnych skalach kwestionariusza CISS przez dziewczęta i chłopców zarówno z grupy badanej, jak i z grupy kontrolnej.

Jak wynika z tabeli 3, dziewczęta z samouszkodzeniami (grupa badana) istotnie częściej w sytuacjach trudnych i obciążających

DISCUSSION

According to literature data^(22,28,29), direct self-injury in the form of self-harming may have varying genesis and presentation. When discussing psychological mechanisms of self-injury, noteworthy is that they all have at least one common feature: they all call attention to lack of basic emotional competences and choice of inappropriate strategies for coping with stress⁽²⁵⁾. Causes of auto-destructive behaviour may be sought in the characteristics of behaviour of self-harming patients. According to Ross and Heath⁽³⁰⁾, these persons show a tendency towards reacting with specific behavioural patterns, which developed as a result of past experiences, environmental neglect, and traumas. As a result of these experiences, a person is unable to properly assess own emotional states, continuously suffering because of low self-esteem⁽³¹⁾. Therefore emotions lose their regulatory function, are no longer signals conferring significance to events taking place in the environment and within the person involved, which, among other things, may set in motion of dysadaptive coping mechanisms. Results of this study indicate that self-harming adolescents, both girls and boys, when faced with difficult and burdensome situations, first and foremost adopt emotion-oriented coping style. Girls predominated in our population of patients, thus confirming the opinion prevailing in the literature about higher incidence of self-harming among girls^(20,32). Phillips et al.⁽³³⁾, when describing disturbed emotional regulation in the context of self-injury, demonstrated that self-harming juvenile patients commit errors in recognition, monitoring, evaluation and modification of emotional messages. This indicates the existence of emotional distortions at both intra- and interpersonal levels. Self-harming adolescents have difficulties with sending and receiving emotional

Zmienna Variable	Grupa badana Study group	Grupa kontrolna Control group	Grupa badana Study group	Grupa kontrolna Control group
	Dziewczeta Girls (n=27)	Dziewczeta Girls (n=23)	Chłopcy Boys (n=8)	Chłopcy Boys (n=9)
SSZ Task oriented	48,93±1,62 (34-66)	50,13±1,94 (34-74)	47,50±2,82 (32-60)	53,11±3,45 (35-68)
SSE Emotion oriented	55,15±1,29* (45-68)	46,52±2,62 (27-70)	54,63±4,51* (32-74)	39,56±2,01 (33-51)
SSU Avoidance oriented	52,07±1,79 (31-68)	52,22±2,73 (6-74)	51,38±4,43 (28-67)	57,56±3,53 (36-76)
SSU-ACZ Distraction	24,63±1,05 (16-38)	25,13±1,03 (5-34)	22,88±1,53 (17-30)	26,44±2,36 (12-39)
SSU-PKT Social diversion	18,07±0,69 (11-24)	19,26±0,79 (12-25)	17,00±1,85 (6-22)	20,11±1,07 (15-25)
SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze (SSU-ACZ); PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich (SSU-PKT) * p<0,05.				

Tabela 3. Porównanie częstości wykorzystywania stylów radzenia sobie ze stresem w grupie dziewcząt z grupy badanej i z grupy kontrolnej oraz chłopców z grupy badanej i z grupy kontrolnej. Wyniki przedstawiono jako $\bar{x} \pm SEM$ (zakresy wartości przedstawiono w nawiasach okrągłych)

Table 3. Comparison of frequency of adopting particular coping styles in the group of girls from study and control groups and by boys from study and control groups. Results are presented as arithmetic means \pm standard error (range is presented in round brackets)

stosowały styl skoncentrowany na emocjach (SSE) w porównaniu z dziewczętami z grupy kontrolnej. Tę samą zależność odnotowano w grupie chłopców z samouszkodzeniami w porównaniu z chłopcami z grupy kontrolnej.

Pacjenci z powtarzającymi się samouszkodzeniami ($SU > 4$) (tabela 4) istotnie częściej w porównaniu z pacjentami z epizodycznymi samouszkodzeniami ($SU \leq 4$) stosowali w sytuacjach stresogennych styl skoncentrowany na emocjach (SSE) oraz styl skoncentrowany na unikaniu (SSU), zwłaszcza w formie poszukiwania kontaktów towarzyskich (SSU-PKT).

OMÓWIENIE

Zgodnie z piśmiennictwem^(22,28,29) samouszkodzenia (bezpśrednie) w postaci samookaleczeń mają różnorodną genezę i obraz. Rozpatrując psychologiczne mechanizmy samouszkodzeń, należy zauważyć, że posiadają one przynajmniej jedną cechę wspólną – wszystkie zwracają uwagę na obniżenie podstawowych umiejętności emocjonalnych oraz dobór złych strategii radzenia sobie ze stresem⁽²⁵⁾.

Przyczyn zachowań autodestruktywnych można szukać w charakterystyce zachowań pacjentów samouszkodzących się. Według Rossa i Heatha⁽³⁰⁾ osoby te charakteryzują się tendencją do reagowania określonymi schematami zachowania, które powstały w wyniku przeszłych doświadczeń, zaniedbań środowiskowych, przeżytych urazów. W wyniku takich przeżyć osoba nie potrafi właściwie oceniać własnych stanów emocjonalnych, chronicznie cierpiąc z powodu niskiego poczucia własnej wartości⁽³¹⁾. Emocje tracą zatem swoją regulacyjną funkcję, przestają stanowić sygnały o znaczeniu zdarzeń zachodzących w otoczeniu oraz w samej jednostce, co warunkuje m.in. uru-

messages, as they are overly impulsive and are unable to cope with negative emotions. Investigators emphasize difficulties with verbalization of predominantly negative emotions, which are present in self-harming persons. Such inability to use symbols in the process of communication may result in expressing negative emotions by discharges of motor nature.

Chapman et al.⁽³⁴⁾, who analysed emotional states before and after self-injury, noticed that the predominating states of mood prior to self-harming (in nearly one half of the examinees) was anger, then anxiety, boredom, tension, grief and sense of guilt, while such states as sense of alienation, relief and calmness did not occur at all. After performing self-injury, these same persons reported a change in their emotional status, with a sense of relief at the first place, followed by calmness, grief, anxiety and sense of guilt, while anger and tension were at the penultimate place. These authors suggest that persons with a history of multiple self-injuries adopt avoidance strategies. According to Chapman⁽³⁴⁾, there occurs a shift from negative to positive emotions and this mechanism may play an important role in perseverance of auto-destructive behaviours.

Results of own research confirm such an emotional-avoiding coping style, adopted by self-harming adolescents. Youths presenting suicidal ideations and self-harms, significantly more often use emotional coping styles than problem-focused methods^(35,36). Studies also indicate that self-harming patients and persons with a history of suicidal attempts, present poor competences and usually adopt passive styles of solving problems⁽³⁷⁾. When confronted with a difficult situation, self-harming adolescents show poor abilities to focus on problems at hand and mostly adopt avoidance-focused behavioural patterns⁽³⁸⁾. This result is concordant with that obtained by Szczepaniak

chamianie nieadaptacyjnych mechanizmów radzenia sobie ze stresem. Wyniki prezentowanych badań wskazują, iż samoszadzająca się młodzież, zarówno dziewczęta, jak i chłopcy, w sytuacjach stresogennych – trudnych i obciążających – stosuje przede wszystkim strategię zorientowaną na emocjach. W badanej grupie pacjentów dziewczęta stanowiły większość, co potwierdza przeważający w piśmiennictwie pogląd o większej częstości występowania samouszkodzeń wśród dziewcząt^(20,32). Phillips i wsp.⁽³³⁾, opisując zaburzenia regulacji emocjonalnej w kontekście samouszkodzeń, wykazali, że u młodocianych pacjentów samouszkodzących się występują błędy w rozpoznawaniu, monitorowaniu, ocenianiu i modyfikowaniu komunikatu emocjonalnego. Świadczy to o tym, że na dwóch poziomach: intra- i interpersonalnym dochodzi do zniekształceń emocjonalnych. Adolescenci samouszkodzący się mają trudności z nadawaniem i odbieraniem komunikatów emocjonalnych, gdyż są zbyt impulsywni i mają małe zdolności radzenia sobie z negatywnymi emocjami. Badacze podkreślają trudności z werbalizacją głównie negatywnych emocji występujących u osób dokonujących samouszkodzeń. Ten deficyt zdolności do posługiwania się w procesie komunikacji symbolami doprowadza do wyrażania negatywnych emocji poprzez wyładowywanie o charakterze motorycznym.

Chapman i wsp.⁽³⁴⁾, którzy badali stan emocjonalny przed i po samouszkodzeniu, stwierdzili, że dominującym stanem przed samouszkodzeniem (u blisko połowy badanych) była złość, następnie lęk, nuda, napięcie, smutek oraz poczucie winy, natomiast takie stany, jak: poczucie obcości, ulga, spokój, nie występowały w ogóle. Po dokonaniu samouszkodzenia u tych osób doszło do transformacji stanów emocjonalnych i na pierwszym miejscu znalazło się poczucie ulgi, w dalszej kolejności spokój, smutek, lęk i poczucie winy, a złość i napięcie były na przedostatniej pozycji. Autorzy ci sugerują, że osoby z większą liczbą samouszkodzeń stosują strategię unikową. Według Chapman⁽³⁴⁾ dochodzi do odsunięcia negatywnych emocji w kierunku pozytywnych, mechanizm ten może odgrywać istotną rolę w utrzymywaniu się zachowań autodestrukcyjnych.

Rezultaty badań własnych potwierdzają emocjonalno-unikowy charakter radzenia sobie ze stresem młodzieży dokonującej samouszkodzeń. Młodzież z myślami samobójczymi i samo-okaleczającą się stosuje istotnie częściej emocjonalne metody radzenia sobie niż metody skoncentrowane na problemie^(35,36). Badania wskazują również, iż pacjenci samouszkodzący się oraz po próbach samobójczych prezentują uboższe umiejętności, głównie posiadają pasywne style rozwiązywania problemów⁽³⁷⁾. Adolescenci samouszkodzący się w momencie konfrontacji z sytuacją trudną wykazują mniejszą umiejętność koncentracji na problemie i stosują przede wszystkim zachowania unikowe⁽³⁸⁾. Wniosek ten jest zbliżony z wynikami badań Szczepaniak i wsp.⁽³⁹⁾, w których dowiedziono, że młodzież z powtarzającymi się samouszkodzeniami (SU>4) nie konfrontuje się z przeżywanymi trudnościami, nie dokonuje analizy sytuacji stresogennej, jedynie nawykowo i kompulsywnie dokonuje samouszkodzeń. Znalazło to potwierdzenie w naszych wynikach badań, albowiem pacjenci z SU>4 istotnie częściej stosowali styl skoncentrowany na emocjach i na

Zmienna Variable	Grupa badana Study group (n=35)	
	SU≤4 (n=11)	SU>4 (n=24)
SSZ Task oriented	48,73±2,88 (32-63)	48,54±1,59 (34-66)
SSE Emotion oriented	49,64±2,31 (32-58)	57,50±1,50* (43-74)
SSU Avoidance oriented	46,91±3,06 (28-62)	54,21±1,87* (31-68)
SSU-ACZ Distraction	21,91±1,24 (17-27)	25,29±1,10 (16-38)
SSU-PKT Social diversion	15,73±1,34 (6-24)	18,79±0,70* (11-24) S
U≤4 – epizodyczne SU; SU>4 – powtarzające się SU; SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu; SSE – styl skoncentrowany na emocjach; SSU – styl skoncentrowany na unikaniu; ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze (SSU-ACZ); PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich (SSU-PKT) * p<0,05.		

Tabela 4. Porównanie częstości wykorzystywania stylów radzenia sobie ze stresem w grupie badanej (z uwzględnieniem podziału na dwie podgrupy: pacjenci z liczbą SU≤4 oraz pacjenci z liczbą SU>4). Wyniki przedstawiono jako $x \pm SEM$ (zakresy wartości przedstawiono w nawiasach okrągłych)

Table 4. Comparison of frequency of adopting particular coping styles in the study group, depending on number of episodes of self-mutilation experienced (4 or less vs. over 4). Results are presented as arithmetic means \pm standard error (range is presented in round brackets)

et al.⁽³⁹⁾ who demonstrated that repetitively self-harming adolescents (over 4 episodes) do not confront with difficulties experienced, do not analyse stress-generating situation, but habitually and compulsively performed self-mutilations. This was also confirmed by our results, as patients with over 4 self-harming episodes usually adopted emotions- and avoidance-oriented coping styles. As a consequence, such an auto-aggressive behaviour becomes a specific form of emotional response. Suchańska⁽⁴⁰⁾ noticed that self-harming persons present non-constructive strategies of coping with stress, low emotional competences and poor control of behaviour, manifesting in their impulsiveness. This results in cognitive narrowing, i.e. deficits in the field of cognitive styles adopted. Problems of this type have a destructive influence on social relations, which result in a feeling of loneliness and helplessness, inducing the person involved to undertake self-harming behaviours.

CONCLUSIONS

1. Self-harming adolescents, both girls and boys, significantly more often adopt emotion-oriented coping style when faced with difficult situations.

unikaniu. W konsekwencji opisane zachowanie autoagresywne staje się swoistą regulacją emocjonalną. Suchańska⁽⁴⁰⁾ zaobserwowała, że osoby samouszkodzające się prezentują niekonstrukttywne strategie radzenia sobie ze stresem, niskie kompetencje emocjonalne oraz obniżoną kontrolę zachowań przejawiającą się w ich impulsywności. Konsekwencją tego jest zawężenie poznawcze, czyli deficyty w zakresie stosowanych stylów poznawczych. Tego typu trudności wpływają destruktywnie na relacje społeczne, które w konsekwencji dają poczucie osamotnienia i bezradności, stymulując podjęcie zachowań autodestrukcyjnych.

WNIOSKI

1. Młodzież dokonująca samouszkodzeń, zarówno dziewczęta, jak i chłopcy, istotnie częściej stosuje w sytuacjach trudnych styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach (SSE).
2. Pacjenci z powtarzającymi się samouszkodzeniami ($SU > 4$) istotnie częściej w porównaniu z pacjentami z epizodycznymi samouszkodzeniami ($SU \leq 4$) stosują w sytuacjach stresogennych styl skoncentrowany na emocjach (SSE) oraz styl skoncentrowany na unikaniu (SSU), zwłaszcza w formie poszukiwania kontaktów towarzyskich (SSU-PKT).

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Gadalla T.M.: Determinants, correlates and mediators of psychological distress: a longitudinal study. *Soc. Sci. Med.* 2009; 68: 2199-2205.
2. Finkelstein D.M., Kubzansky L.D., Capitman J., Goodman E.: Socioeconomic differences in adolescent stress: the role of psychological resources. *J. Adolesc. Health* 2007; 40: 127-134.
3. Duhault J.L.: Stress prevention and management: a challenge for patients and physicians. *Metabolism* 2002; 51 (supl. 1): 46-48.
4. Seiffge-Krenke I.: Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *J. Adolesc.* 2000; 23: 675-691.
5. Bilikiewicz A., Puzyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.): *Psychiatria*. Tom 1, Urban & Partner, Wrocław 2004.
6. Lazarus R.S., Folkman S.: *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer, New York 1984.
7. Heszen-Niejodek L.: Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: Strelau J. (red.): *Psychologia*. Tom 3, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000: 465-492.
8. Vitaliano P.P., Maiuro R.D., Russo J. i wsp.: Coping profiles associated with psychiatric, physical health, work, and family problems. *Health Psychol.* 1990; 9: 348-376.
9. Schwarzer R., Taubert S.: Radzenie sobie ze stresem: wymiary i procesy. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 1999; 17: 72-92.
10. Strelau J.: *Psychologia różnic indywidualnych*. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2002.
11. Endler N.S., Parker J.D.A.: Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1990; 58: 844-854.
12. Endler N.S., Parker J.D.A.: Assessment of multidimensional coping: task, emotion and avoidance strategies. *Psychological Assessment* 1994; 6: 50-60.
2. Repetitively self-harming patients (4 and more episodes) significantly more often adopt emotion-oriented and avoidance-oriented coping styles, particularly of the social diversion type as compared with sporadically self-harming persons (under 4 episodes).
13. Wrześniewski K.: Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: Heszen-Niejodek L., Ratajczak Z. (red.): *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996.
14. Pervin L.A.: *Psychologia osobowości*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
15. Babiker G., Arnold L.: *Autoagresja. Mowa zranionego ciała*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
16. Farber S.K.: *When the Body Is the Target: Self-Harm, Pain, and Traumatic Attachments*. Jason Aronson Inc., Northvale, JC 2002.
17. Suchańska A.: W poszukiwaniu wyjaśnień samozniszczenia. Samozniszczenie a kompetencje samoopiekuńcze. *Forum Oświatowe* 2001; 2: 61-73.
18. Zlotnick C., Shea M.T., Pearlstein P. i wsp.: The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Compr. Psychiatry* 1996; 37: 12-16.
19. Gmitrowicz A., Andrzejewska M., Warzocha D.: Samouszkodzenia wśród pacjentów psychiatrycznych oddziału młodzieżowego. *Psychiatr. Pol.* 2004; supl. 3: 67-68.
20. Gmitrowicz A.: Uwarunkowania zachowań samobójczych młodzieży. *Suicydologia* 2005; 1: 71-76.
21. Nock M.K., Prinstein M.J.: Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *J. Abnorm. Psychol.* 2005; 114: 140-146.
22. Favazza A.R.: *Bodies under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry*. Wyd. 2, The Johns Hopkins University Press, Baltimore 1996.
23. Kubacka-Jasiecka D.: Agresja i autodestrukcyjność z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń. *Ja*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
24. Warzocha D., Gmitrowicz A., Pawełczyk T.: Związek samouszkodzeń wśród młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie z rodzajem zaburzeń psychicznych i wybranymi czynnikami środowiskowymi. *Psychiatr. Pol.* 2008; 42: 659-669.
25. Wycisk J.: Psychologiczne funkcje samouszkodzeń umiarkowanych. W: Suchańska A., Wycisk J. (red.): *Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia*. Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2006.
26. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. *Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków, Warszawa 1992.
27. Szczepaniak P., Strelau J., Wrześniewski K.: Diagnostyka stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera. *Przegląd Psychologiczny* 1996; 39: 187-210.
28. Muehlenkamp J.J., Gutierrez P.M.: An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide Life Threat. Behav.* 2004; 34: 12-23.
29. Suchańska A., Wycisk J. (red.): *Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia*. Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2006.
30. Ross S., Heath N.: A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 2002; 31: 67-77.

31. Linehan M.M.: *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. The Guilford Press, New York 1993.
32. Hawton K., Rodham K., Evans E., Weatherall R.: Deliberate self harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* 2002; 325: 1207-1211.
33. Phillips K.F.V., Power M.J.: A new self-report measure of emotion regulation in adolescents: The Regulation of Emotions Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2007; 14: 145-156.
34. Chapman A.L., Dixon-Gordon K.L.: Emotional antecedents and consequences of deliberate self-harm and suicide attempts. *Suicide Life Threat. Behav.* 2007; 37: 543-552.
35. Puskar K., Hoover C., Miewald C.: Suicidal and non-suicidal coping methods of adolescents. *Perspect. Psychiatr. Care* 1992; 28: 15-20. Erratum in: *Perspect. Psychiatr. Care* 1993; 29: 29.
36. Sadowski C., Kelley M.L.: Social problem solving in suicidal adolescents. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1993; 61: 121-127.
37. Pollock L.R., Williams J.M.: Problem-solving in suicide attempters. *Psychol. Med.* 2004; 34: 163-167.
38. 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.
39. Szczepaniak A., Jabłkowska K., Gmitrowicz A.: Poziom inteligencji emocjonalnej u młodocianych pacjentów dokonujących samouszkodzeń. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2009; 9: 100-110.
40. Suchańska A.: *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2001.