

Poziom inteligencji emocjonalnej u młodocianych pacjentów dokonujących samouszkodzeń

Level of emotional intelligence in adolescent self-harming patients

¹ Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

² III Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

³ Klinika Psychiatrii Młodzieżowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

⁴ Zakład Psychologii Lekarskiej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Correspondence to: III Klinika Psychiatryczna Instytutu Psychiatrii i Neurologii, ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, e-mail: annasz@ipin.edu.pl

Streszczenie

W perspektywie ostatnich kilku lat obserwuje się znaczne nasilenie zjawiska zachowań autoagresywnych u młodzieży. Szereg autorów wciąż poszukuje uwarunkowań tych działań. W pracy analizowano emocjonalne podłoże zachowań autoagresywnych. Celem badania było określenie poziomu inteligencji emocjonalnej u młodocianych pacjentów dokonujących samouszkodzeń, autorzy uwzględniali przy tym płeć badanych oraz liczbę samouszkodzeń. Do badania wykorzystano Dwuwymiarowy Inwentarz Inteligencji Emocjonalnej DINEMO oraz Kwestionariusz do oceny samouszkodzeń – specjalnie skonstruowany na potrzeby zaplanowanych badań. Grupę badaną stanowiło 70 pacjentów w wieku 14-18 lat, hospitalizowanych w Oddziale Psychiatrii Młodzieżowej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, u których stwierdzono występowanie co najmniej jednego samouszkodzenia po przyjęciu do szpitala. Wyniki uzyskane w pracy pokazują, że badani pacjenci, którzy dokonali więcej niż 4 samouszkodzeń (SU>4), wykazują istotnie wyższy poziom inteligencji emocjonalnej niż ci uszkadzający się epizodycznie. Prezentowane analizy wykazały również, że w zakresie ogólnego poziomu inteligencji emocjonalnej podgrupa samouszkodzących się dziewcząt uzyskała istotnie wyższe wyniki niż podgrupa chłopców. Wyniki badań przedstawione w pracy pozwalają wnioskować, że samouszkodzeń nie należy wyłączać jako objawu, lecz trzeba oddziaływać na czynniki je warunkujące. Konstruowanie strategii terapeutycznych powinno podążać w kierunku wzmocnienia samoświadomości emocjonalnej, czyli zwiększania kompetencji emocjonalnych młodocianych pacjentów.

Słowa kluczowe: samouszkodzenia, inteligencja emocjonalna, kontrola, emocje, młodzież

Summary

Self-aggressive behaviours among adolescents are an increasing problem for psychiatric treatment. The presented research addresses the issue of emotional intelligence as an underlying cause of self-injury. A Two-Scale Inventory of Emotional Intelligence (DINEMO) and Self-Injury Rating Questionnaire were applied to the group of 70 adolescent patients (age range 14-18) hospitalized in the Central Clinical Hospital in Lodz, with the history of at least 1 self-injury incident since hospital admission. The analysis demonstrates that patients with more than 4 self-injury incidents have on average a higher level of emotional intelligence, in comparison to patients with sporadic self-mutilation incidents. This dependency was more pronounced for females than males. The authors conclude that self-injury interventions in adolescent patients should be focused on enhancing the emotional competencies rather than symptomatic treatment.

Key words: self-injury, emotional intelligence, control, emotions, adolescents

WSTĘP

Zachowania autoagresywne stały się niezwykle realnym i trudnym problemem w pracy klinicznej z młodzieżą. Wymagają one dokładnej analizy, opisów uwarunkowań i sposobów leczenia. Samouszkodzenie jest traktowane jako jedno z autodestrukcyjnych sposobów radzenia sobie ze stanami napięcia emocjonalnego. Aktualny poziom wiedzy na temat etiopatogenezy samouszkodzeń jest niewystarczający, toteż zagadnienie to wymaga dalszych badań. Dostępne dane na temat uwarunkowań zachowań autoagresywnych wskazują na istotne znaczenie zarówno czynników biologicznych, jak i psychologicznych, obejmujących również zmienne kulturowe i środowiskowe. Niewłaściwa regulacja emocjonalna może być przyczyną zachowań autoagresywnych, biorących swój początek z doświadczeń wczesnodziecięcych. Poza czynnikami emocjonalnymi jednym z kluczowych czynników ryzyka jest wiek. Badania naukowe i obserwacje kliniczne wskazują, że największe ryzyko występowania samouszkodzeń przypada na okres dojrzewania⁽¹⁾.

Samouszkodzenia (*self-harm, self-injury, self-mutilation*) należy uznać za powszechnie nieakceptowane akty bezpośredniej autodestrukcyjności, w których jednostka mierza do wyrządzenia sobie natychmiastowej szkody, a przedmiotem ataku staje się jej własne ciało, przy czym działanie pozbawione jest zamiaru samobójczego⁽²⁾. Zachowania te są formą ekspresji emocji niemożliwych do zwerbalizowania. Można założyć, że samouszkodzenia to polimotywacyjne zachowania, podejmowane jako obronno-adaptacyjne środki zmagania oraz jako sposób radzenia sobie z trudnościami i towarzyszącym im napięciem emocjonalnym.

Osoba uszkadzająca się często nie rozpoznaje własnych emocji, impulsów i potrzeb. Nie uświadamia sobie, skąd się one wzięły, oraz nie wie, jak sobie z nimi poradzić. Można przyjąć, że jest to wynik zaburzonej regulacji emocjonalnej, mającej konsekwencje w późniejszym życiu. Według autorów⁽³⁻⁵⁾ utrata kontroli nad własnymi emocjami pojawia się wtedy, gdy sytuacje mało znaczące i powodujące początkowo niskie pobudzenie szybko eskalują i zmieniają się w intensywne stany, których człowiek nie jest w stanie zasymilować. Warunkiem poradzenia sobie z daną sytuacją jest sprawnie działająca regulacja emocjonalna, która odzwierciedla kompetencje emocjonalne jednostki.

Mówiąc o kompetencjach emocjonalnych, należy zwrócić uwagę na pojęcie inteligencji emocjonalnej, którą Mayer i Salovey opisali jako „umiejętność właściwej percepcji, oceny i wyrażania emocji, umiejętność dostępu do uczuć, zdolność do ich generowania w momentach, gdy mogą wspomóc proces myślenia, umiejętność rozumienia emocji i zrozumienia wiedzy emocjonalnej oraz umiejętność regulowania emocji tak, by wspomagać rozwój emocjonalny i intelektualny”⁽⁶⁾. Analiza zależności pomiędzy opisanymi wymiarami inteligencji emocjonalnej wskazuje, że jasne rozpoznawanie emocji i adekwatne ich nazywanie jest silnie związane ze zdolnością regulowania nastroju. Tym samym trafny wgląd w przeżywane stany emocjonalne ułatwia ich regulację w pożądanym kierunku. Natomiast samo zwracanie uwagi na swoje emocje nie jest wystarczające, aby uruchomić cykl kontroli emocjonalnej.

INTRODUCTION

Auto-aggressive behaviours became an extremely real and difficult problem in clinical work with adolescents. They require a precise analysis, descriptions of conditions and treatment methods. Self-harming is treated as one of auto-destructive ways of coping with emotional tension. The current status of knowledge on aetiopathogenesis of self-harming is insufficient, therefore this issue has to be examined thoroughly. Available data on conditions of auto-aggressive behaviours point to a considerable importance of both biological and psychological factors, comprising also cultural and environmental variables. An improper emotional regulation may cause auto-aggressive behaviours having their onset in early childhood experiences. Apart from emotional factors, one of the key factors of risk is age. Scientific research and clinical observations indicate that the highest risk of self-harm occurs in adolescence⁽¹⁾.

Self-harm should be considered as a commonly unaccepted act of direct auto-destructiveness in which an individual aims at an immediate self-harm, and his own body becomes the object of attack, but that activity is devoid of suicidal intention⁽²⁾. Such behaviours are a form of expressing emotions difficult to verbalise. We could assume that self-harms are polymotivational behaviours undertaken as defensive-adaptive methods of coping with difficulties and concomitant emotional tension.

A self-harming person often does not recognize her/his emotions, impulses and needs. She/he is not aware where they came from and how to cope with them. It can be assumed that this results from disturbed emotional regulation which bears some consequences later in life. According to the authors⁽³⁻⁵⁾, the loss of control over one's own emotions appears when insignificant situations initially causing a low excitation escalate fast and change into intensive statuses which people are not able to assimilate. A condition to cope with a given situation is efficient emotional regulation which reflects the individual's emotional competences.

Speaking about emotional competences, one should take notice of the notion of emotional intelligence which Mayer and Salovey describes as the "ability of an appropriate perception, evaluation and expression of emotions, ability to access the feelings and ability to generate them at moments when they can support the thinking process, ability to understand emotions and ability to understand emotional knowledge as well as an ability to regulate emotions so as to support emotional and intellectual development"⁽⁶⁾. Analysis of correlations between the described dimensions of emotional intelligence indicates that clear recognition of emotions and naming them adequately are strongly correlated with the ability to regulate one's mood. Thereby an apt insight into experienced emotional statuses facilitates their regulation in the demanded direction. On the other hand, paying attention to one's own emotions is insufficient to launch a cycle of emotional control.

Daniel Goleman, który w największym stopniu przyczynił się w ostatnim czasie do spopularyzowania pojęcia inteligencji emocjonalnej, rozpatruje ją w kontekście kompetencji osobistych i społecznych, wyróżniając w ich obrębie jeszcze szereg bardziej szczegółowych aspektów⁽⁷⁾.

Kompetencje osobiste determinują stopień, w jakim ludzie radzą sobie ze sobą. Zawierają one:

- samoświadomość;
- samoregulację;
- motywację do działania.

Kompetencje osobiste są rozpatrywane w wymiarze indywidualnym. Samoświadomość oznacza umiejętność rozumienia własnych emocji, która jest niezbędna do odpowiedniego racjonalizowania zachowań. Sposobem na zrozumienie własnych emocji jest znalezienie ich genety i źródła. Emocje zawsze służą jakiemuś celowi, są odpowiedzią na jakieś doświadczenie. Oczywiście jest to, że im większe emocje dane zdarzenie w nas wywołuje, tym więcej musimy poświęcić czasu na jego analizę. Samoregulacja oznacza działanie lub brak działań. Jest silnie powiązana z samoświadomością i odgrywa równie ważną rolę w kompetencjach osobistych. Samoregulacja to zdolność trzymania swoich emocji na wodzy i kontrolowania swojego zachowania, czyli adekwatnego reagowania na ludzi i sytuacje⁽⁷⁾. Z kolei kompetencje społeczne odpowiadają za funkcjonowanie wśród ludzi. Zalicza się do nich:

- empatię;
- umiejętności społeczne.

Zdolność ta dotyczy zrozumienia drugiego człowieka, ułożenia wzajemnych relacji oraz odczytywania emocji innych ludzi i rozumienia motywacji ich działań. Umiejętności społeczne umożliwiają prowadzenie skutecznej komunikacji oraz radzenie sobie z konfliktami; jest to kompetencja ukierunkowana na budowanie więzi z innymi ludźmi. Osoby, które dobrze radzą sobie w tej sferze, potrafią dostrzec korzyści wynikające z kontaktów z innymi ludźmi⁽⁸⁾.

Odnosząc się do kompetencji osobistych i społecznych Golemana⁽⁷⁾, można wnioskować, że osoby dokonujące samouszkodzeń charakteryzują się niskim poziomem inteligencji emocjonalnej.

W doświadczeniu jednostki samouszkodzającej się najbardziej dominujące jest poczucie utraty kontroli nad swoim intrapsychicznym światem. Kiedy staje się to trudne, może pojawić się impuls do zrobienia sobie krzywdy. Muehlenkamp⁽⁹⁾ stwierdziła, że gdy impuls zostanie uświadomiony, trudno go powstrzymać, co stanowi kolejny przejaw zaburzeń regulacji emocji.

Występowanie samouszkodzeń można rozpatrywać również w kontekście obniżonych kompetencji osobistych, gdy zawodzi samoświadomość i samoregulacja. Osoby dokonujące samouszkodzeń nie analizują swoich stanów emocjonalnych ani ich nie kontrolują. Samouszkodzenie może być przykładem działania skrajnie impulsywnego. Kinecka⁽⁵⁾ definiuje impuls jako niekontrolowaną, silną motywację lub pragnienie do przeprowadzenia określonego działania, tym samym dopiero skutek tego działania podlega regulacji.

Motywacja samouszkodzeń jest bardzo różnorodna. Autorzy^(2,3,10) w swych pracach prezentują całe spektrum emocjo-

Daniel Goleman, who mostly contributed recently to popularization of the notion of emotional intelligence, considers it in the context of personal and social competences, distinguishing amongst them a number of more detailed aspects⁽⁷⁾. Personal competences determine the degree in which people cope with themselves. They contain:

- consciousness;
- self-regulation;
- motivation to act.

Personal competences are considered in individual dimension. Self-consciousness means an ability to understand one's own emotions, which is indispensable for appropriate rationalisation of behaviours. A way to understand one's own emotions is finding their genesis and source. Emotions always serve a purpose, they are responses to experiences. It is obvious that the higher emotions an event arouses in us, the more time we have to devote to its analysis. Self-regulation means activity or lack of activity. It is strongly correlated with self-consciousness and plays an equally important role in personal competences. Self-regulation is an ability to control one's emotions and control one's behaviour, i.e. an adequate response to people and situations⁽⁷⁾. On the other hand, social competences account for functioning among people. They comprise:

- empathy;
- social abilities.

This ability refers to understanding of other people, arrangement of inter-relationships, and reception of other people's emotions and understanding the motivation of their activities. Social abilities enable an appropriate communication and coping with conflicts; this competence is aimed at the construction of bonds with other people. Those who cope well with this sphere, can discern benefits resulting from contacts with other people⁽⁸⁾.

Referring to personal and social competences according to Goleman⁽⁷⁾, one could conclude that self-harming people are characterized by a low level of emotional intelligence.

Predominant in a self-harming individual's experience is the sense of loss of control over his/her intramental world. When this becomes difficult, an impulse to self-harm may appear. Muehlenkamp⁽⁹⁾ found out that once an individual became aware of an impulse, he could hardly be suppressed, which constitutes another manifestation of disturbances in emotional regulation.

Occurrence of self-injuries may be also considered in the context of decreased personal competences, when self-consciousness and self-regulation fail. Self-harming persons do not analyse their emotional statuses and do not control them. Self-harm may be an example of an extremely impulsive activity. Kinecka⁽⁵⁾ defines the impulse as an uncontrolled strong motivation or wish to carry out a specific activity, thereby – only the effect of such an activity is subject to regulation.

Motivation of self-harms varies a lot. The authors^(2,3,10) present in their articles the whole spectrum of emotional motives. According to Favazza⁽²⁾, self-harm may be consid-

nalnych motywów. Favazza⁽²⁾ podaje, że samouszkodzenie może być uznawane za formę uwolnienia się od gniewu. Przeżywanie silne emocje gniewu i nienawiści, osoby samouszkodzące kierują je na siebie. Według Wycisk⁽¹⁾ jest to dla nich bezpieczniejsza forma wyrażania silnych negatywnych emocji, bez konieczności konfrontacji z rzeczywistością społeczną, co ponadto może stanowić formę samokarania. Ten sposób myślenia o samouszkodzeniu jest oczywiście spójny z przytoczoną wcześniej teorią „frustracja – agresja”. Brak umiejętności kontroli tych impulsów, związany z niedostatkami emocjonalnych kompetencji, może świadczyć o niskim poziomie inteligencji emocjonalnej, który uniemożliwia adekwatne i konstruktywne radzenie sobie z negatywnymi emocjami złości i gniewu.

Innym motywem zachowań autodestrukcyjnych może być forma rozładowania napięcia emocjonalnego i lęku. Favazza⁽²⁾ odwołuje się do mało precyzyjnego pojęcia energii psychicznej. Przecięcie skóry przywraca optymalny poziom tej energii, niezbędny do prawidłowego funkcjonowania układu mózg – umysł. Nacięcie skóry w tym przypadku może być interpretowane jako metafora kanału, przez który uchodzi napięcie.

Chapman⁽¹⁰⁾ stwierdził, że samouszkodzenie może stać się też sposobem unikania bólu psychicznego. Zadawany sobie ból fizyczny ma niekiedy charakter zastępczy w stosunku do bólu psychicznego, przeżywanego przez podmiot. Jednostka, z powodu braku umiejętności radzenia sobie z silnymi emocjami lęku, żalu czy bezradności, dokonuje samouszkodzenia, co tym samym zmienia przedmiot autokoncentracji z cierpienia emocjonalnego na realny, wyraźnie umiejscowiony i łatwiejszy do opanowania ból fizyczny. Obronna funkcja tego mechanizmu polega na możliwości uniknięcia konfrontacji z silnymi, negatywnymi emocjami, wobec których osoba jest bezradna.

CELE

1. Istnieje różnica w poziomie inteligencji emocjonalnej w podgrupie samouszkodzących się dziewcząt i chłopców.
2. Istnieją różnice w poziomie inteligencji emocjonalnej u badanych pacjentów z epizodycznymi i powtarzającymi się samouszkodzeniami.

BADANA GRUPA

Grupę badaną stanowiło 70 pacjentów w wieku 14-18 lat, hospitalizowanych od maja 2006 do kwietnia 2008 roku w Oddziale Psychiatrii Młodzieżowej Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, u których stwierdzono występowanie co najmniej jednego samouszkodzenia po przyjęciu do szpitala. Wśród wyłonionych badanych było 20 chłopców i 50 dziewcząt.

Przy przyjęciu adolescenty zostali ocenieni pod względem zmiennych niezależnych uwzględnianych w badaniu. Każdy pacjent został zakwalifikowany do grupy badanej po wcześniejszym badaniu psychiatrycznym i wykluczeniu zaburzeń psychiatrycznych, organicznych i upośledzenia umysłowego.

ered to be a form of freeing oneself of anger. Experiencing strong emotions of anger and hatred, self-harming persons direct them to themselves. According to Wycisk⁽¹⁾, it is for them a safer form of expressing strong negative emotions, without the need to confront with social reality, which may additionally constitute a form of self-punishment. Such thinking about self-harm is of course consistent with the earlier mentioned "frustration – aggression" theory. The lack of ability to control these impulses, connected with a shortage of emotional competences, may manifest a low level of emotional intelligence, which prevents adequate and constructive coping with negative emotions of anger and annoyance.

Another motive of auto-destructive behaviours may be a form of relieving emotional tension and anxiety. Favazza⁽²⁾ refers to a little precise notion of mental energy. Cutting of skin restores the optimum level of energy, which is indispensable for the correct functioning of the brain – mind pathways. In this case the cutting of skin may be interpreted as a metaphor of a channel through which the tension is released.

Chapman⁽¹⁰⁾ found out that self-harm could also become a way to avoid mental pain. The physical pain inflicted on oneself sometimes sort of replaces the mental pain experienced by the subject. Because of inability to cope with strong emotions of anxiety, sorrow or helplessness, the individual carries out self-harm, thereby changing the object of auto-concentration from emotional suffering to real physical pain, clearly located and easier to overcome. The defensive function of that mechanism consists in the possibility to avoid confrontation with strong negative emotions, which the individual cannot cope with.

OBJECTIVES

There is a difference in the level of emotional intelligence in the subgroup of self-harming girls and boys.

There are differences in the level of emotional intelligence in examined patients with episodic and recurrent self-harms.

EXAMINED GROUP

The examined group was composed of 70 patients aged 14-18 years, hospitalized between May 2006 and April 2008, on the Ward of Adolescents Psychiatry, Central Clinical Hospital of the Medical University in Lodz, with the history of at least one self-harm incident since hospital admission. Among the selected subjects there were 20 boys and 50 girls.

At admission the patients were evaluated in view of independent variables included in the study. Each patient was assigned to the examined group after an earlier psychiatric examination and exclusion of psychotic, organic disturbances and mental impairment. The subjects' health condition was good, they were cooperative and in accurate, logical contact.

Stan zdrowia osób był dobry, byli w rzeczowym, logicznym kontakcie, współpracujący.

Pacjentów kwalifikowano do badania po dokonaniu przez nich co najmniej jednego samouszkodzenia bezpośredniego pod postacią samookaleczeń po przyjęciu do szpitala. Jednym z kryteriów różnicujących badaną grupę była liczba dokonywanych samouszkodzeń. Za Suchańską (2006) przyjęto podział na epizodyczne (liczba samouszkodzeń mniejsza bądź równa 4, $SU \leq 4$) oraz powtarzające się (liczba samouszkodzeń większa od 4, $SU > 4$). Istotnym kryterium dzielącym badaną grupę pacjentów według Hawtona⁽¹²⁾ był przebieg samouszkodzeń w czasie, tj. kiedy pierwsze samouszkodzenie miało miejsce. Do pierwszej grupy zaliczono pacjentów, którzy dokonali pierwszego samouszkodzenia najwcześniej rok przed badaniem, do drugiej zaś – więcej niż rok przed badaniem.

METODY BADAWCZE

Badania wykonano za pomocą następujących metod psychologicznych:

1. Kwestionariusz do oceny samouszkodzeń – specjalnie skonstruowany na potrzeby zaplanowanych badań. Kwestionariusz archiwizował dane dotyczące analizowanych czynników, mogące mieć związek z samouszkodzeniami. Zawierał pytania na temat dokonywania samouszkodzeń – ich liczby i czasu występowania powtarzających się samouszkodzeń (w ciągu ostatnich 12 miesięcy i powyżej roku) oraz prób samobójczych w wywiadzie. Poza tym pytania dotyczyły: rodzaju samouszkodzeń, motywów podejmowanych działań i celów ich dokonywania. Podstawą wyłonienia pytań był przegląd piśmiennictwa;
2. Dwuwymiarowy Inwentarz Inteligencji Emocjonalnej DINEMO⁽¹³⁾.

DINEMO (2006) przeznaczony jest do pomiaru podstawowych komponentów inteligencji emocjonalnej, takich jak zdolność do pozyskiwania przez jednostkę dostępu do własnych i cudzych emocji oraz respektowania ich i rozumienia ich funkcji. Teoretyczne podłoże prac nad konstrukcją narzędzia stanowiła koncepcja Saloveya i Mayera.

Skale wchodzące w skład DINEMO to:

- skala INNI – zdolność do rozpoznawania, rozumienia i respektowania emocji innych ludzi,
- skala JA – zdolność do uświadamiania sobie, rozumienia, respektowania i wyrażania własnych emocji⁽¹³⁾.

OMÓWIENIE

Rozpatrując psychologiczne mechanizmy samouszkodzeń, należy zauważyć, że posiadają one przynajmniej jedną cechę wspólną – wszystkie zwracają uwagę na obniżenie podstawowych kompetencji emocjonalnych oraz niską umiejętność regulowania przez podmiot fizjologicznego poziomu pobudzenia⁽¹⁴⁾. Niezwykle istotnym zagadnieniem dotyczącym oceny czynników ryzyka występowania samouszkodzeń u młodzieży jest funkcjonowanie emocjonalne osób przejawiających te zachowania.

The patients were assigned to the study after they had made at least one direct self-harm in form of self-injury after hospital admission. One of the criteria differentiating the examined group was the number of self-harms. According to Suchańska (2006), a division was adopted into episodic (the number of self-harms lower than or equal to 4, $SH \leq 4$) and recurrent (number of self-harms higher than 4, $SH > 4$). A significant criterion dividing a given group of patients according to Hawton⁽¹²⁾ was the course of self-harms in time, i.e. when the first self-harm occurred. The first group included those patients who had made the first self-harm at least one year before the study, whereas the latter group – more than one year before the study.

RESEARCH METHODS

The studies were carried out using the following psychological methods:

1. The Self-Injury Rating Questionnaire – specially constructed for the requirements of the planned studies. This questionnaire archived the data on the analysed factors, which could be related to self-harms. It contained questions on self-harms – their number and time of occurrence of recurrent self-harms (within the last 12 months and above one year) and occurrence of suicidal attempts in interview. Apart from that, the questions referred to: type of self-harms, motives of undertaken activities and purposes of doing them. A basis for selecting the questions was a survey of literature.
2. The Two-Scale Inventory of Emotional Intelligence DINEMO⁽¹³⁾.

DINEMO (2006) was designed to measure the basic components of emotional intelligence, such as the individual's ability to obtain an access to her/his own and other person's emotions and respect them and understand their functions. Theoretical grounds for works on the construction of the tool was Salovey and Mayer's concept.

Scales within the DINEMO:

- scale OTHERS – ability to recognize, understand and respect other people's emotions;
- scale I – ability to realize, understand, respect and express one's own emotions⁽¹³⁾.

DISCUSSION

Considering psychological mechanisms of self-harms, one should notice that they have at least one common trait – they all aim at a decrease of the basic emotional components and the subject's low ability to regulate the physiological level of excitation⁽¹⁴⁾. An extremely important issue within evaluation of the factors of the risk of self-harms in adolescents is emotional functioning of those who manifest such behaviours.

Our studies were mainly focussed on the aspect of emotional intelligence, because it plays an adaptive role and integrates the whole spectrum of emotional competences into one theoretical construct. The Two-Scale Inventory of Emotional

W przeprowadzonych badaniach koncentrowano się głównie na aspekcie inteligencji emocjonalnej, ponieważ pełni ona rolę adaptacyjną i integruje całe spektrum kompetencji emocjonalnych w jeden konstrukt teoretyczny. Dwuwymiarowy Inwentarz Inteligencji Emocjonalnej DINEMO zawiera trzy podskale: wynik ogólny DINEMO, intrapersonalną JA i interpersonalną INNI. Celem testu jest ocena prezentowanej przez badanego interpretacji emocjogennej sytuacji. Uzyskane wyniki pacjentów objętych badaniem porównano z wystandaryzowanymi normami testu. Dzięki zestawieniu wyników wykazano, że pacjenci z SU prezentują obniżony poziom inteligencji emocjonalnej.

W pracach Gracza⁽¹⁵⁾ regulacja emocjonalna ujmowana jest w trzech obszarach. Pierwszy to świadomość, rozumienie i akceptowanie swoich emocji, drugi to zdolność do ukierunkowania swojego działania na cel i hamowanie impulsywnych zachowań w obliczu przeżywania negatywnych emocji. Trzeci to gotowość do przeżywania negatywnych emocji w celu zdobywania istotnych doświadczeń życiowych. Przedstawiony wyżej opis regulacji emocjonalnej istotnie wiąże się z opisem inteligencji emocjonalnej.

Jedną z hipotez naszej pracy zakładała wyższy poziom inteligencji emocjonalnej u pacjentów tylko epizodycznie dokonujących samouszkodzeń. Nie została ona jednak potwierdzona. Istotnie wyższy poziom inteligencji emocjonalnej uzyskali pacjenci z powtarzającymi się samouszkodzeniami, zarówno w wyniku ogólnym DINEMO, jak i skali JA, która związana jest z kompetencjami intrapersonalnymi (tabele 3-5). Wyniki te potwierdzają wcześniejsze badania Gmitrowicz i wsp.⁽¹⁶⁾, których interpretacja budziła wątpliwość z uwagi na małą liczebność grupy pacjentów (n=30) oraz brak kryteriów wykluczających osoby z dysfunkcją myślenia. Próbuując uzasadnić rezultat, można wytłumaczyć powtarzające się samouszkodzenia w kategoriach sztywności zachowań, pewnej kompulsywności, która nie ma silnego związku z emocjami, gdyż dochodzi do przekierowania ładunku emocjonalnego z negatywnego na pozytywny, a w konsekwencji do unikania negatywnych emocji bez konfrontacji z nimi i bez szukania ich genety. Według definicji inteligencja emocjonalna to „umiejętność właściwej percepcji, oceny i wyrażania emocji, umiejętność dostępu do uczuć, zdolność do ich generowania w momentach, gdy mogą wspomóc proces myślenia, umiejętność rozumienia emocji i zrozumienia wiedzy emocjonalnej oraz umiejętność regulowania emocji tak, by wspomagać rozwój emocjonalny i intelektualny”⁽⁶⁾. Uzyskany w badaniu wynik wykracza poza kryteria cytowane w definicji, w której inteligencji emocjonalnej nadaje się również znaczenie regulacyjne. Samouszkodzenia mogą więc zastępować regulację emocjonalną poprzez mechanizm unikania, stając się tym samym zastępczą – (quasi)regulacją. Wyniki badań Gracza⁽¹⁵⁾ nadają szczególną rangę dwóm „specyficznym wymiarom” regulacji emocjonalnej u osób z powtarzającymi się samouszkodzeniami: ograniczonemu dostępowi do efektywnych strategii regulacji emocjonalnej oraz brakowi klarowności emocjonalnej w podejmowanych działaniach.

Phillips i Power⁽¹⁷⁾, opisując zaburzenia regulacji emocjonalnej w kontekście samouszkodzeń, wykazali, że u młodocianych pacjentów samouszkodzących się występują błędy w rozpozna-

Intelligence DINEMO contains three subscales: general result DINEMO, intrapersonal subscale I and interpersonal subscale OTHERS. The test is aimed at evaluation of emotionogenic situations interpretation presented by the subject. The obtained results of examined patients were compared with standardized norms of the test. Comparison of results indicated that patients with SH present a decreased level of emotional intelligence.

In studies carried out by Gratz⁽¹⁵⁾ the emotional regulation is presented in three areas. The first is the consciousness, understanding and acceptance of one's own emotions, the second is the ability to direct one's activity to a target and to inhibit impulsive behaviours in the face of experiencing negative emotions. The third in turn is readiness to experience negative emotions in order to gain significant life experiences. The above presented description of emotional regulation is significantly related to the description of emotional intelligence.

One of the hypotheses of our study assumed a higher level of emotional intelligence in patients with only episodic self-harms. However, it has not been confirmed. A significantly higher level of emotional intelligence was obtained by patients with recurrent self-harms, both in the general result of DINEMO and in scale I which is related to intrapersonal competences (tables 3-5). These results confirm the earlier studies carried out by Gmitrowicz et al.⁽¹⁶⁾, the interpretation of which aroused some doubt because of too small group of patients (n=30) and lack of criteria excluding persons with dysfunction of thinking. Trying to justify the result, we could account for recurrent self-harms in categories of stiffness of behaviours, some compulsiveness, which is not strongly related to emotions, because the emotional charge is shifted from negative to positive, and consequently negative emotions are avoided, so there is no confrontation with them and their genesis is not sought. According to the definition, emotional intelligence is the "ability to properly perceive, evaluate and express emotions, ability to access feelings, ability to generate them in the moments when they can support the thinking process, ability to understand emotions and understand emotional knowledge as well as ability to regulate emotions so as to support emotional and intellectual development"⁽⁶⁾. The result obtained in the study goes beyond the criteria quoted in the definition, where emotional intelligence is also granted some regulatory meaning. Therefore, self-harms may replace emotional regulation through the avoidance mechanism, thereby becoming a substitute – (quasi)regulation. The results of studies carried out by Gratz⁽¹⁵⁾ grant a special rank to two "specific dimensions" of emotional regulation in subjects with recurrent self-harms: a limited access to effective strategies of emotional regulation and lack of emotional clarity in undertaken activities.

Phillips and Power⁽¹⁷⁾, describing disturbances in emotional regulation in the context of self-harms, indicated that self-harming adolescent patients exhibited errors in recognizing, monitoring, evaluating and modifying the emotional message. This proves that on two levels – intra- and

waniu, monitorowaniu, ocenianiu i modyfikowaniu komunikatu emocjonalnego. To świadczy o tym, że na dwóch poziomach: intra- i interpersonalnym dochodzi do zniekształceń emocjonalnych. Adolescenci samouszkodzający się mają trudności z nadawaniem i odbieraniem komunikatów emocjonalnych, gdyż są zbyt impulsywni i mają niskie zdolności radzenia sobie z negatywnymi emocjami. Chapman i Dixon-Gordon⁽¹⁰⁾, którzy badali stan emocjonalny przed samouszkodzeniami i po ich dokonaniu, stwierdzili, że dominującym stanem przed samouszkodzeniem (u blisko połowy) była złość, następnie lęk, nuda, napięcie i smutek oraz poczucie winy, natomiast takie stany, jak poczucie obcości, ulga, spokój, nie występowały w ogóle. Po dokonaniu samouszkodzenia 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 strategie unikowe. Rezultaty badań własnych i cytowanych potwierdzają istnienie modelu unikania emocjonalnego osób samouszkodzających się. Według Chapmana⁽¹⁰⁾ dochodzi do odsunięcia negatywnych emocji w kierunku pozytywnych, mechanizm ten może odgrywać istotną rolę w utrzymywaniu się zachowań autodestrukcyjnych. W badaniach własnych analizowano rodzaj strategii radzenia sobie ze stresem u pacjentów z SU – wyniki potwierdzają unikowy charakter działań osób samouszkodzających się.

Samouszkodzeniu często towarzyszą gniew i nadwrażliwość oraz wrogie nastawienie i wielokrotne przeżywanie tego samego problemu. Zarówno w badaniach polskich⁽¹¹⁾, jak i amerykańskich nastolatków⁽³⁾ wykazano, że w przypadku młodocianych dziewcząt samouszkodzenia służyły przede wszystkim rozładowaniu negatywnych emocji. W pracy Wycisk⁽¹¹⁾ badani chłopcy dokonywali samouszkodzeń częściej w celu wzmocnienia poczucia własnej wartości lub z ciekawości. Hawton i wsp.⁽³⁾ podkreślają silny związek samouszkodzeń z mechanizmami modelowania i naśladownictwa w grupie nastolatków. Wyłonili oni odrębne dla obu płci niezależne czynniki ryzyka samouszkodzeń. W przypadku dziewcząt były to: samouszkodzenia wśród przyjaciół i członków rodziny, używanie substancji psychoaktywnych, obecność objawów depresji, lęku oraz niska samoocena, natomiast w przypadku chłopców niezależnymi czynnikami ryzyka samouszkodzeń okazały się: próby samobójcze podejmowane przez bliskich, używanie narkotyków i niska samoocena. Według Matczak i Jaworowskiej⁽¹³⁾ we wszystkich poziomach wiekowych kobiety uzyskują wyższe wyniki ogólnej inteligencji emocjonalnej niż mężczyźni. Potwierdziły to również przeprowadzone przez nas badania. Dziewczeta samouszkodzające się osiągnęły istotnie wyższy poziom inteligencji emocjonalnej w zakresie wyniku ogólnego DINEMO i skali JA (tabele 1-3, rys. 1).

Wyniki badań prezentowane w pracy pozwalają wnioskować, że samouszkodzeń nie należy wyłącznie leczyć jako objawu, lecz trzeba oddziaływać na czynniki je warunkujące. Konstruowanie strategii terapeutycznych powinno podążać w kierunku wzmocnienia samoświadomości emocjonalnej, czyli zwiększania kompetencji emocjonalnych młodocianych pacjentów.

interpersonal – emotional distortions occur. Self-harming adolescents have difficulties with transmitting and receiving emotional messages, because they are too impulsive and have low abilities to cope with negative emotions. Chapman and Dixon-Gordon⁽¹⁰⁾, who examined the emotional status before and after self-harm found out that the dominant status before and after self-harm (almost in half of the subjects) was anger, subsequently anxiety, tension and sadness as well as the sense of guilt, whereas such statuses as feeling of alienation, relief, calmness, did not occur at all. After self-harm the emotional statuses were transformed and predominant was the sense of relief, subsequent were calmness, sadness, anxiety and sense of guilt, whereas anger and tension were last but one on the list. These authors suggest that people with a higher number of self-harms use avoidance strategies. The results of our own studies and the mentioned studies carried out by others confirm the existence of a model of emotional avoidance in self-harming subjects. According to Chapman⁽¹⁰⁾, negative emotions are moved towards positive; that mechanism may play a significant role in the maintenance of autodestructive behaviours. In our own studies we analysed sort of a strategy of coping with stress in self-harming patients; the results confirm the avoidance type of activities in self-harming subjects.

Self-harm is often concomitant with anger and hypersensitivity as well as a hostile attitude and recurrent experiencing of the same problem. In the studies on both Polish⁽¹¹⁾ and American adolescents⁽³⁾ it was indicated that in case of adolescent girls self-harms were first of all aimed at relieving negative emotions. In the study carried out by Wycisk⁽¹¹⁾, the examined boys inflicted self-harms mostly to increase their self-esteem or out of curiosity. Hawton et al.⁽³⁾ emphasize a strong correlation of self-harm with mechanisms of modelling and emulation in the group of adolescents. They found out independent factors of the risk of self-harm – separate for girls and boys. In case of girls these were: self-harms among friends and family members, use of psychoactive substances, symptoms of depression, anxiety, and low self-esteem, whereas among boys the independent factors of the risk of self-harm appeared to be: suicide attempts undertaken by family members and friends, use of drugs and low self-esteem. According to Matczak and Jaworowska⁽¹³⁾, women on all age levels obtain higher results of general emotional intelligence, as compared to men. This was also confirmed in our studies. Self-harming girls achieved a significantly higher level of emotional intelligence within the general result of DINEMO and I scale (tables 1-3, fig. 1).

The results of the studies presented in this paper imply that self-harms should not be treated exclusively as symptoms, but the factors conditioning them should be handled as well. While constructing therapeutic strategies, one should aim at strengthening of emotional self-consciousness, i.e. enhancing adolescent patients' emotional competences.

WNIOSKI

1. Badani pacjenci, którzy dokonali więcej niż 4 samouszkodzeń (SU>4), wykazują istotnie wyższy poziom inteligencji emocjonalnej niż ci uszkadzający się epizodycznie.
2. Analizy dowiodły, że w zakresie ogólnego poziomu inteligencji emocjonalnej podgrupa samouszkodzących się dziewcząt uzyskała istotnie wyższe wyniki niż podgrupa chłopców.
3. Nie istnieje zależność pomiędzy liczbą oraz przebiegiem w czasie samouszkodzeń a poziomem inteligencji emocjonalnej u badanych pacjentów.

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

CONCLUSIONS

1. The examined patients with more than 4 self-harm incidents (SH>4), exhibit a significantly higher level of emotional intelligence, as compared to those with episodic self-harm.
2. Analyses indicate that within the general level of emotional intelligence the subgroup of self-harming girls obtained significantly higher results, as compared to the subgroup of boys.
3. There is no correlation between the number and course in time of self-harm incidents and emotional intelligence level in the examined patients.

RESULTS AND DISCUSSION

Zmienna Variable	n n	Średnia Average value	95% CI – dolny zakres 95% CI – lower range	95% CI – górny zakres 95% CI – upper range	Mediana Median	Min. Min	Maks. Max	SD SD
DINEMO DINEMO	50	5,0	4,3	5,7	5,0	1,0	10	2,4
INNI OTHERS	50	4,6	3,9	5,3	5,0	1,0	10	2,5
JA I	50	4,6	4,0	5,1	4,0	1,0	10	1,9

DINEMO – wynik ogólny; *INNI* – skala zdolności interpersonalnych; *JA* – skala zdolności intrapersonalnych; *SD* – odchylenie standardowe; *n* – liczebność populacji; *Min.* – wartość najmniejsza; *Maks.* – wartość największa; *CI* – przedział ufności.

DINEMO – general result; *OTHERS* – scale of interpersonal abilities; *I* – scale of intrapersonal abilities; *SD* – standard deviation; *n* – size of population; *Min* – the lowest value; *Max* – the highest value; *CI* – confidence interval.

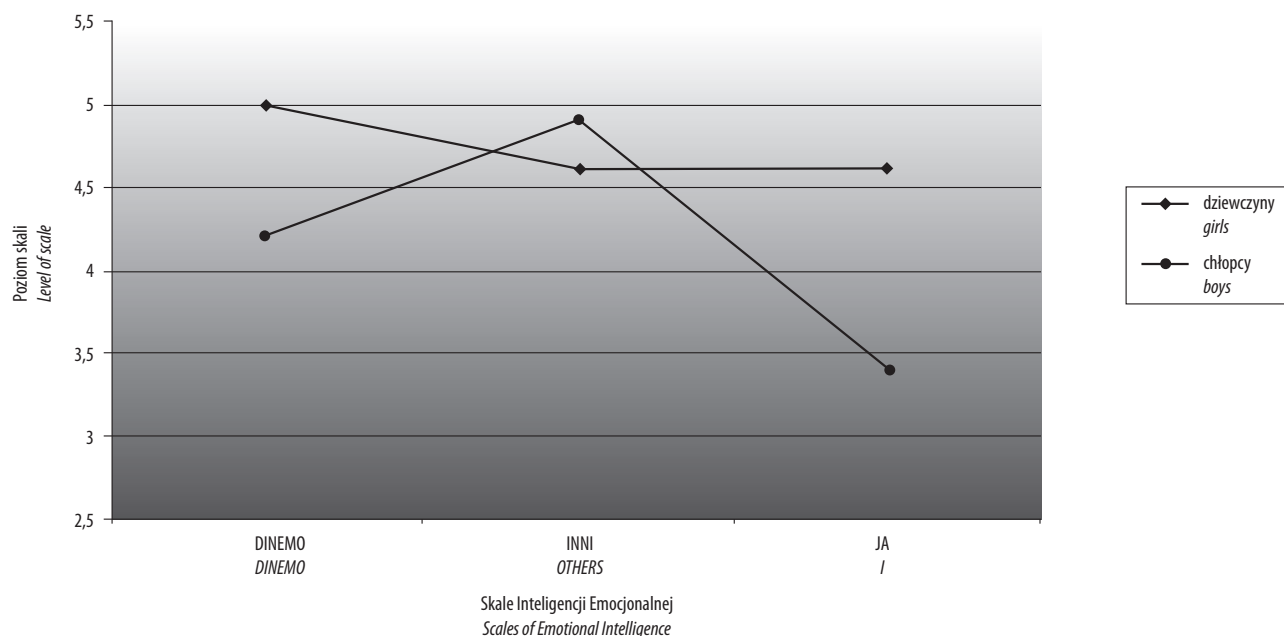
Tabela 1. Ocena poziomu inteligencji emocjonalnej w podgrupie badanych dziewcząt; wyniki ogólne *DINEMO* oraz podskale *INNI* i *JA*
Table 1. Evaluation of emotional intelligence level in the subgroup of examined girls; general results of *DINEMO* and subscales *OTHERS* and *I*

Zmienna Variable	n n	Średnia Average value	95% CI – dolny zakres 95% CI – lower range	95% CI – górny zakres 95% CI – upper range	Mediana Median	Min. Min	Maks. Max	SD SD
DINEMO DINEMO	20	4,2	3,3	5,1	3,5	2,0	8,0	2,0
INNI OTHERS	20	4,9	4,0	5,8	5,0	2,0	9,0	1,8
JA I	20	3,4	2,6	4,2	4,0	1,0	5,0	1,7

DINEMO – wynik ogólny; *INNI* – skala zdolności interpersonalnych; *JA* – skala zdolności intrapersonalnych; *SD* – odchylenie standardowe; *n* – liczebność populacji; *Min.* – wartość najmniejsza; *Maks.* – wartość największa; *CI* – przedział ufności

DINEMO – general result; *OTHERS* – scale of interpersonal abilities; *I* – scale of intrapersonal abilities; *SD* – standard deviation; *n* – size of population; *Min* – the lowest value; *Max* – the highest value; *CI* – confidence interval.

Tabela 2. Ocena poziomu inteligencji emocjonalnej w podgrupie badanych chłopców; wyniki ogólne *DINEMO* oraz podskale *INNI* i *JA*
Table 2. Evaluation of emotional intelligence level in the subgroup of examined boys; general results of *DINEMO* and subscales *OTHERS* and *I*



Rys. 1. Porównanie wyników poziomu inteligencji emocjonalnej w badanych podgrupach dziewcząt i chłopców
 Fig. 1. Comparison of the results of emotional intelligence level in examined subgroups of girls and boys

W tabeli 3 oraz na rys. 1 przedstawiono ocenę poziomu inteligencji emocjonalnej w skali ogólnej DINEMO oraz podskalach INNI i JA w badanych podgrupach dziewcząt i chłopców. Wyniki wskazują na wyższy poziom inteligencji emocjonalnej u dziewcząt niż u chłopców w ogólnej ocenie DINEMO i skali JA, natomiast u chłopców występuje nieco wyższy wynik w skali INNI. Wykazane różnice nie są jednak istotne statystycznie.

Table 3 and fig. 1 present evaluation of emotional intelligence level in the general scale of DINEMO and subscales OTHERS and I in examined subgroups of girls and boys. The results indicate a higher level of emotional intelligence in girls, as compared to boys, in the general evaluation of DINEMO and scale I, whereas in boys a bit higher result is in scale OTHERS. However, the indicated differences are not statistically significant.

Zmienna Variable	n n	Średnia Average value	95% CI – dolny zakres 95% CI – lower range	95% CI – górny zakres 95% CI – upper range	Mediana Median	Min. Min	Maks. Max	SD SD
DINEMO DINEMO	30	3,9	3,2	4,6	3,0	1,0	9,0	2,0
INNI OTHERS	30	4,5	3,7	5,3	4,5	1,0	10,0	2,2
JA I	30	3,7	3,1	4,3	4,0	1,0	7,0	1,6

DINEMO – wynik ogólny; INNI – skala zdolności interpersonalnych; JA – skala zdolności intrapersonalnych; n – liczebność populacji; CI – przedział ufności; Min. – wartość najmniejsza; Maks. – wartość największa; SD – odchylenie standardowe
 DINEMO – general result; OTHERS – scale of interpersonal abilities; I – scale of intrapersonal abilities; n – size of population; CI – confidence interval; Min – the lowest value; Max – the highest value; SD – standard deviation

Tabela 3. Opis poziomu inteligencji emocjonalnej dla badanej podgrupy pacjentów dokonujących epizodycznych samouszkodzeń (SU≤4)
 Table 3. Description of the level of emotional intelligence for examined subgroup of patients with episodic self-harms (SH≤4)

Zmienna Variable	n n	Średnia Average value	95% CI – dolny zakres 95% CI – lower range	95% CI – górny zakres 95% CI – upper range	Mediana Median	Min. Min	Maks. Max	SD SD
DINEMO DINEMO	40	5,5	4,7	6,2	6,0	1,0	10	2,4
INNI OTHERS	40	4,8	4,1	5,6	5,0	1,0	9	2,4
JA I	40	4,7	4,0	5,3	5,0	1,0	10	2,0

DINEMO – wynik ogólny; INNI – skala zdolności interpersonalnych; JA – skala zdolności intrapersonalnych; n – liczebność populacji; CI – przedział ufności; Min. – wartość najmniejsza; Maks. – wartość największa; SD – odchylenie standardowe
 DINEMO – general result; OTHERS – scale of interpersonal abilities; JA – scale of intrapersonal abilities; n – size of population; CI – confidence interval; Min – the lowest value; Max – the highest value; SD – standard deviation

Tabela 4. Wyniki poziomu inteligencji emocjonalnej dla badanej podgrupy pacjentów z powtarzającymi się samouszkodzeniami (SU>4)
 Table 4. Results of the level of emotional intelligence for the examined subgroup of patients with recurrent self-harm (SH>4)

W tabeli 5 porównano średnie wartości wyników inteligencji emocjonalnej w podgrupach badanych pacjentów samouszkodzających się epizodycznie i z powtarzającymi się samouszkodzeniami. Wyniki prezentowane w tabeli 5 wskazują na istotne statystycznie różnice w ocenie DINEMO (p=0,005), zwłaszcza w zakresie oceny skali JA (p=0,04) – skali intrapersonalnej.

Table 5 compares the average values of the results of emotional intelligence in the examined subgroups of patients with episodic self-harm incidents and recurrent self-harm incidents. The results presented in table 5 indicate statistically significant differences in DINEMO evaluation (p=0.005), especially within evaluation of I scale (p=0.04) – intrapersonal scale.

Zmienna Variable		Liczba samouskoderzeń Number of self-harm				
		Grupa Group	n n	Średnia Average value	SD SD	p p
Inteligencja emocjonalna Emotional intelligence	DINEMO DINEMO	SU≤4	30	3,9	2,0	0,005
		SU>4	40	5,5	2,4	
	INNI OTHERS	SU≤4	30	4,5	2,2	0,48
		SU>4	40	4,8	2,4	
	JA I	SU≤4	30	3,7	1,6	0,04
		SU>4	40	4,7	2,0	

SU – samouszkodzenia; n – liczebność badanej populacji; SD – odchylenie standardowe; DINEMO – wynik ogólny; INNI – skala zdolności interpersonalnych; JA – skala zdolności intrapersonalnych; p – wartość dokładna dwustronnego prawdopodobieństwa testowego
 SH – self-harm; n – size of examined population (numbers); SD – standard deviation; DINEMO – general result; OTHERS – scale of interpersonal abilities; I – scale of intrapersonal abilities; p – precise value of bilateral test probability

Tabela 5. Porównanie średnich wartości i odchyżeń standardowych wyników DINEMO – poziomu inteligencji emocjonalnej w podgrupach pacjentów samouszkodzających się epizodycznie i z powtarzającymi się samouszkodzeniami
 Table 5. Comparison of average values and standard deviations in DINEMO results – emotional intelligence level in subgroups of patients with episodic self-harm incidents and recurrent self-harm incidents

PIŚMIENICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Suchańska A.: Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań 1998.
2. Favazza A.R.: Bodies under Siege: Self-mutilation and Body Modification in Culture and Psychiatry. Wyd. 2, The Johns Hopkins University Press, Baltimore 1996.
3. 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.
4. Favazza A.R.: The coming of age of self-mutilation. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1998; 186: 259-268.
5. Kinecka J.: W labiryncie emocji. O samouszkodzeniach, regulacji emocji i psychoanalizie. W: Suchańska A., Wycisk J. (red.): Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia. Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2006.
6. Salovey P., Sluyter D.J. (red.): Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna. Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 1999.
7. Goleman D.: Inteligencja emocjonalna. Media Rodzina, Poznań 1997.
8. Bradberry T., Greaves J.: Podręcznik inteligencji emocjonalnej. Wydawnictwo Helion, Gliwice 2006.
9. Muehlenkamp J.J.: Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *Am. J. Orthopsychiatry* 2005; 75: 324-333.
10. 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.
11. Wycisk J.: Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne. Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2004.
12. Hawton K., Fagg J., Simkin S. i wsp.: Trends in deliberate self-harm in Oxford, 1985-1995. Implications for clinical services and the prevention of suicide. *Br. J. Psychiatry* 1997; 171: 556-560.
13. Matczak A., Jaworowska A.: Dwuwymiarowy Inwentarz Inteligencji Emocjonalnej DINEMO. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2006.
14. Wycisk J.: Samouszkodzenia umiarkowane – charakterystyka zjawiska. W: Suchańska A., Wycisk J. (red.): Samouszkodzenia. Istota, uwarunkowania, terapia. Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2006.
15. Gratz K.L.: Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *J. Clin. Psychol.* 2007; 63: 1091-1103.
16. Gmitrowicz A., Jabłkowska K., Krzekotowska A.: Cechy osobowości i poziom inteligencji emocjonalnej młodocianych pacjentów dokonujących samouszkodzeń. *Psychiatria i Psychoterapia* 2006; 2: 17.
17. Phillips K.F.V., Power M.J.: A new self-report measure of emotion regulation in adolescents: The Regulation of Emotions Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 2007; 14: 145-156.

Informacja dla autorów!

Chcąc zapewnić naszemu czasopismu „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” wyższą indeksację MNiSW i Index Copernicus, zwracamy się do autorów o dopełnienie poniższych warunków podczas przygotowywania pracy do publikacji:

- Praca oryginalna powinna być poprzedzona **streszczeniem** zawierającym od **200 do 250 słów**, a praca pogładowa i kazuistyczna – **od 150 do 200 słów**.

Streszczeniu pracy oryginalnej należy nadać budowę strukturalną: wstęp, materiał i metoda, wyniki, wnioski.

- Liczba słów **kluczowych** nie może być mniejsza niż 5. Słowa kluczowe nie powinny być powtórzeniem tytułu. Najlepiej stosować słowa kluczowe z katalogu MeSH.

– **Praca oryginalna** winna zawierać elementy: wstęp, materiał i metoda, wyniki, omówienie, wnioski, piśmiennictwo.

- **Piśmiennictwo** powinno być ułożone w **kolejności cytowania**.

Pełny Regulamin ogłaszania prac znajduje się na stronie 84.