

Agnieszka Gmitrowicz, Dorota Warzocha, Paweł Kropiwnicki

Nasilenie agresji i poczucie kontroli u samouszkodzającej się młodzieży leczonej psychiatrycznie

Level of aggression and sense of control in self-harming youth receiving psychiatric treatment

Klinika Psychiatrii Młodzieżowej I Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Correspondence to: Dr hab. n. med. prof. nadzw. Agnieszka Gmitrowicz, Kierownik Kliniki Psychiatrii Młodzieżowej I Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, tel.: 42 675 77 16, tel. kom.: 602 650 852, faks: 42 675 77 16, e-mail: agnieszka.gmitrowicz@umed.lodz.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Zachowania autoagresywne coraz częściej stają się przyczyną hospitalizacji młodzieży na oddziałach psychiatrycznych. W ostatnich latach odnotowano prawie dwukrotny wzrost liczby pacjentów dokonujących zamierzonych samouszkodzeń bez intencji samobójczych. Zamierzone samouszkodzenia (ZSU) są definiowane jako akty bezpośredniej autodestruktywności, w których jednostka zmierza do wyrządzenia sobie natychmiastowej szkody, bez zamiaru samobójczego. W pracy przedstawiono wyniki badania przeprowadzonego wśród młodzieży (N=187) hospitalizowanej na Oddziale Psychiatrii Młodzieżowej Centralnego Szpitala Klinicznego UM w Łodzi, którego celem było porównanie nasilenia agresji, jej ukierunkowania oraz umiejscowienia kontroli w 2 wyodrębnionych grupach pacjentów – dokonujących ZSU (N=88) i bez tych zachowań (N=99). Do badania byli rekrutowani pacjenci kolejno przyjmowani na oddział z różnymi zaburzeniami psychicznymi. Wśród badanych było 58 chłopców (średnia wieku: 16,81 roku; SD=1,25) i 129 dziewcząt (średnia wieku: 16,5 roku; SD=1,38). Średnia wieku wszystkich pacjentów wynosiła 16,59 roku (SD=1,35). Z badań wykluczono pacjentów z rozpoznaniem upośledzenia umysłowego, ze względu na ich trudności w zrozumieniu pytań zawartych w narzędziach badawczych. Do badania wykorzystano kwestionariusze IPSA (Inwentarz Psychologicznego Syndromu Agresji) i „Delta” (Test Drwała do pomiaru nasilenia poczucia kontroli). W grupie pacjentów dokonujących ZSU stwierdzono istotnie wyższy poziom agresji, skierowanej zarówno na siebie, jak i na zewnątrz, wyższą skłonność do zachowań odwetowych i znacznie mniejsze poczucie wewnętrznej kontroli własnych zachowań niż w grupie bez tych zachowań. Program terapii dla pacjentów z ZSU powinien być nakierowany na redukcję poziomu agresji i rozwój kompetencji pod postacią kontroli wewnętrznej swoich zachowań.

Słowa kluczowe: zamierzone samouszkodzenia, agresja, poczucie kontroli, młodzież, zaburzenia psychiczne

Summary

Acts of autoaggression are a more and more frequent reason for psychiatric hospitalisation of adolescents. Within the last years the number of patients committing acts of deliberate self-harm without suicidal intentions almost doubled. Deliberate self-harm (DSH) is defined as an act of direct destructiveness, in which a person wants to commit self-harm immediately, without an intention of killing her/himself. In this paper we present the results of the study on the level and direction of aggression and the sense of control among inpatients (N=187) of the Department of Adolescent Psychiatry, Central University Hospital in Łódź. The studied group consisted of patients with deliberate self-harm (DSH group, N=88), whereas the control group comprised the patients without such behaviours (non-DSH group, N=99). For the study

we recruited patients who were admitted to the hospital due to various mental disorders – 58 boys, mean age 16.81, SD=1.25, and 129 girls, mean age 16.5, SD=1.38. The mean age of all patients was 16.59 (SD=1.35). Patients with mental retardation were excluded from the study, due to expected difficulties with understanding the questions. We used the IPSA (Inventory of Psychological Syndrome of Aggression) and “Delta” (test invented by Drwal, designed for evaluation of the sense of control). In the DSH group we found a significantly higher level of aggression, directed both inwards and outwards, a greater tendency of retaliatory behaviours and by far lower sense of internal control of one’s behaviours, as compared to the non-DSH group. Therapeutic programs for patients with DSH should aim at the reduction of aggression and the development of internal control over one’s behaviours.

Key words: deliberate self-harm, aggression, self-control, adolescent, mental disorders

WSTĘP

W polskim piśmiennictwie zamierzone samouszkodzenia (ZSU) często są definiowane jako nieakceptowane akty bezpośredniej autodestruktywności, w których jednostka zmierza do wyrządzenia sobie natychmiastowej szkody, bez zamiaru samobójczego, a przedmiotem ataku staje się jej własne ciało⁽¹⁻⁴⁾. W ostatnich latach w badaniach suicydologicznych zaznacza się tendencja do odrębnego analizowania ZSU z intencją i bez intencji samobójczej^(5,6). W literaturze anglojęzycznej ZSU bez zamiarów suicydalnych oznaczane są jako NSSI (*non-suicidal self-injury*).

Zachowania agresywne i autoagresywne są coraz powszechniej notowane wśród młodzieży, coraz częściej też stają się przyczyną hospitalizacji. W latach 2003-2007 zanotowaliśmy prawie dwukrotny wzrost udziału pacjentów dokonujących zamierzonych samouszkodzeń bez intencji samobójczych – z 25% do niemal 50% – wśród osób hospitalizowanych na Oddziale Psychiatrii Młodzieżowej Centralnego Szpitala Klinicznego UM w Łodzi. Mimo wdrożenia specjalnych strategii postępowania (psychoedukacja, indywidualne programy terapii, grupa terapeutyczna) w ostatnich latach odsetek pacjentów z ZSU sięga 40%⁽²⁾. Z obserwacji klinicznej wynika, że osoby z ZSU charakteryzują się ogólnie wyższym poziomem zachowań impulsywnych i agresywnych, częściej też mają poczucie braku kontroli nad swoimi zachowaniami⁽⁶⁾.

W niniejszej pracy postanowiliśmy sprawdzić, czy obserwacje te znajdują potwierdzenie w psychologicznych badaniach kwestionariuszowych – czy rzeczywiście pacjenci dokonujący samouszkodzeń mają ogólnie wyższy poziom agresji, czy agresja skierowana na siebie ma związek z agresją skierowaną na zewnątrz oraz czy zachowaniom autoagresywnym towarzyszy poczucie zmniejszonej kontroli wewnętrznej.

MATERIAŁ

Populację badaną* stanowiło 187 pacjentów w wieku 13-19 lat hospitalizowanych na Oddziale Psychiatrii Młodzieżowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Do badania byli rekrutowani

* Materiał ten był prezentowany w innej pracy dot. związku samouszkodzenia się młodzieży leczonej psychiatrycznie z zaburzeniami psychicznymi i wybranymi czynnikami środowiskowymi⁽²⁾.

INTRODUCTION

The Polish literature often defines deliberate self-harm (DSH) as unaccepted acts of direct self-destructiveness in which the individual intends to commit an immediate self-harm without suicide, and the object of attack becomes her/his own body⁽¹⁻⁴⁾. In recent years the suicidological studies show a tendency to separately analyse the DSH with and without suicidal attempt^(5,6). In English literature the DSH without suicidal intentions is defined as NSSI (*non-suicidal self-injury*).

Aggressive and autoaggressive behaviours are more and more prevalent among adolescents, besides they more and more often become a reason for hospitalisation. During 2003-2007 we noted an almost double increase in the number of patients committing deliberate self-harm without suicidal intentions – from 25% to almost 50% – among the patients hospitalized at the Department of Adolescent Psychiatry, Central University Hospital in Łódź. Even though special strategies were implemented (psychoeducation, individual therapy programmes, therapeutic group) in recent years the percentage of patients with DSH reaches 40%⁽²⁾. The clinical observation indicates that those with DSH are characterised by a generally higher level of impulsive and aggressive behaviours, besides they more often exhibit a sense of the lack of control of their behaviours⁽⁶⁾.

In this study we decided to check whether or not these observations are confirmed in psychological questionnaire studies – whether it is true that the self-harming patients exhibit a generally higher level of aggression, if aggression directed inwards is associated with aggression directed outwards and if autoaggressive behaviours are concomitant with the sense of decreased internal control.

MATERIAL

The examined population* consisted of 187 patients aged 13-19 years, hospitalized in the Department of Adolescent Psychiatry, Central University Hospital in Łódź. Recruited for the study were the consecutively admitted patients with various mental disorders. The subjects included 58 boys (mean age:

* This material was presented in another paper on association of self-harm of psychiatrically treated patients with mental disorders and selected environmental factors⁽²⁾.

pacjenci kolejno przyjmowani na oddział z różnymi zaburzeniami psychicznymi. Wśród badanych było 58 chłopców (średnia wieku: 16,81 roku; SD=1,25) i 129 dziewcząt (średnia wieku: 16,5 roku; SD=1,38). Średnia wieku wszystkich pacjentów wynosiła 16,59 roku (SD=1,35).

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

METODA

Wszyscy włączeni pacjenci byli badani psychiatrycznie przez tego samego badacza i diagnozowani zgodnie z klasyfikacją ICD-10. Ponadto pacjenci wypełniali, po uprzednim omówieniu z psychologiem*, Inwentarz Psychologicznego Syndromu Agresji – IPSA⁽⁷⁾ oraz Kwestionariusz „Delta”⁽⁸⁾, opisane poniżej. Pod koniec hospitalizacji pacjentów klasyfikowano według zmiennej zależnej, jaką było wystąpienie zamierzonych samouszkodzeń (ZSU) w trakcie hospitalizacji. W pracy przyjęto powszechnie cytowaną definicję samouszkodzeń określającą je jako: „zamierzone zadawanie sobie bólu i/lub uszkodzenie ciała pozbawione intencji samobójczych”⁽⁹⁾. Przy wypisie wszyscy wyłonieni pacjenci z ZSU – N=88 – byli oceniani przez badacza za pomocą specjalnie skonstruowanego „Kwestionariusza do oceny samouszkodzeń” uwzględniającego wybrane zmienne niezależne. Następnie porównano poszczególne wyniki uzyskane w wymienionych narzędziach psychologicznych w podgrupie pacjentów z ZSU i podgrupie pacjentów bez aktów autoagresji – N=99.

NARZĘDZIA

KWESTIONARIUSZ DO OCENY SAMOUSKODZEŃ

Kwestionariusz zawierał pytania dotyczące wcześniejszych i aktualnych zamierzonych samouszkodzeń oraz informacje obejmujące między innymi dane demograficzne, rozpoznanie psychiatryczne oraz iloraz inteligencji.

INWENTARZ PSYCHOLOGICZNEGO SYNDROMU AGRESJI (IPSA)

Inwentarz Psychologicznego Syndromu Agresji (IPSA) został użyty do oceny poziomu agresji. Jego autor, Zbigniew Gaś⁽⁷⁾, określił syndrom agresji jako zespół przeżyć, postaw i zachowań, których celem lub skutkiem jest wyrządzenie krzywdy sobie samemu lub innej osobie. Inwentarz obejmuje tendencje agresywne, zarówno te świadomie kierowane na zewnątrz lub na siebie samego, jak i te nieświadomione, a jedynie przeżywane. Pozwala na ustalenie rodzaju agresji (bezpośrednia, pośrednia) i jej ukierunkowania (na zewnątrz, na siebie samego). Składa się z 83 twierdzeń wchodzących w skład 10 skal:

* Badania psychologiczne przeprowadziła mgr psychologii Maria Andrzejewska.

16,81 years; SD=1.25) and 129 girls (mean age: 16.5 years; SD=1.38). The mean age of all the patients reached 16.59 years (SD=1.35).

Excluded from the study were patients with diagnosed mental retardation, due to their difficulties in understanding the questions contained in research tools.

METHOD

All included patients were examined psychiatrically by the same researcher and diagnosed according to ICD-10 classification. Besides, the patients filled out, following a former consultation with a psychologist*, the Inventory of Psychological Syndrome of Aggression – IPSA⁽⁷⁾ oraz “Delta” Questionnaire⁽⁸⁾, described below. At the end of hospitalization the patients were classified according to the dependent variable which was the occurrence of deliberate self-harm (DSH) during hospitalization. Assumed in the study was the commonly quoted definition of self-harm, according to which it is: “deliberate self-infliction of pain and/or body-injury without suicidal intention”⁽⁹⁾. On discharge, all the DSH patients – N=88 – were assessed by the researcher with a specially constructed “Questionnaire for self-injury evaluation”, including selected independent variables. Subsequently, a comparison was made of the results obtained by the mentioned psychological tools in the DSH patients subgroup and the non-DSH patients subgroup – N=99.

TOOLS

SELF-INJURY EVALUATION QUESTIONNAIRE

The questionnaire contained questions on earlier and current deliberate self-injuries and information including, among other, demographic data, psychiatric diagnosis and intelligence quotient.

INVENTORY OF PSYCHOLOGICAL SYNDROME OF AGGRESSION (IPSA)

The Inventory of Psychological Syndrome of Aggression (IPSA) was used for evaluation of the level of aggression. Its author Zbigniew Gaś⁽⁷⁾ determined the aggression syndrome as a set of experiences, attitudes and behaviours, the aim or outcome of which is self-harming or harming someone else. The Inventory comprises aggressive tendencies, both those consciously directed outwards or those directed to oneself and the tendencies which the subject is unaware of but experiences them anyway. It allows to establish the type of aggression (direct, indirect) and its direction (outwards or inwards). It consists of 83 statements within 10 scales:

- Scale I – Emotional autoaggression. The person who obtains high scores tends to issue unfavourable opinions about oneself, negative self-evaluation, and the tendency to debase oneself and think about self-destructiveness.

* Psychological studies were carried out by Maria Andrzejewska, M. Psych.

- Skala I – Samoagresja emocjonalna. Osoba uzyskująca wysokie wyniki jest skłonna do wydawania o sobie nieprzychylnych opinii, dokonuje negatywnej samooceny, ma skłonność do poniżania się, myśli o samounicestwieniu.
- Skala II – Samoagresja fizyczna. Osoba uzyskująca wysokie wyniki kieruje agresją fizyczną na siebie, zadaje sobie ból fizyczny, dokonuje samouszkodzeń, podejmuje próby samobójcze.
- Skala III – Wrogość wobec otoczenia. Osoba uzyskująca wysokie wyniki swą wrogość przenosi na otoczenie, wykazuje wrogie pragnienia wobec innych, jest negatywnie nastawiona do ludzi i podejrzliwa w stosunku do nich, czuje się wykorzystywana i niedoceniana.
- Skala IV – Nieuświadomione skłonności agresywne. Osoba uzyskująca wysokie wyniki przejawia skłonność do manifestowania czynności i zachowań pozornie nieagresywnych, będących jednak formą w miarę bezkonfliktowej i niekaranej agresywnej skłonności.
- Skala V – Agresja przemieszczona. Osoba uzyskująca wysokie wyniki dokonuje przemieszczenia celu zachowania agresywnego, wskutek czego bezpośredni atak na drugą osobę zmienia się w atakowanie przedmiotów martwych, np. trzaskanie drzwiami.
- Skala VI – Agresja pośrednia. Osoby uzyskujące wysokie wyniki przejawiają tendencje do zmiany formy napastliwości z bezpośredniej na pośrednią, polegającą na ośmieszeniu, plotkowaniu, donoszeniu.
- Skala VII – Agresja słowna. Osoby uzyskujące wysokie wyniki manifestują napastliwość słowną, przejawiającą się poprzez zrzęczenie, przeklinanie, krzyki, kłótnie i robienie wymówek.
- Skala VIII – Agresja fizyczna. Osoba o wysokich wynikach w tej skali ma silną tendencję do podejmowania działań o charakterze przemocy fizycznej. Atak kierowany jest bezpośrednio na osobę, której agresja dotyczy, i przybiera formę bicia, kopania, poszturchiwania i uderzania przedmiotami.
- Skala K – Kontrola zachowań agresywnych. Osoba uzyskująca wysokie wyniki kontroluje przejawy własnej agresywności, panuje nad agresywnymi impulsami, hamuje własną wrogą aktywność, potrafi wybierać, a następnie przejawiać mniej szkodliwe społecznie formy agresji, nie jest wybuchowa, nie doprowadza do spięć z ludźmi, z którymi się styka.
- Skala O – Skłonność do działań odwetowych. Osoba uzyskująca wysokie wyniki w sytuacji poczucia krzywdy reaguje agresją, potrafi się mścić, jest skłonna do przygotowywania i realizowania zamierzonej zemsty, rewanżuje się za doznane krzywdy, swe działania agresywne określa jako konieczne reakcje na zachowania innych osób.

Kwestionariusz umożliwia ponadto ustalenie ogólnego poziomu nasilenia syndromu WO, jak również dominującego kierunku agresji, określając: S – wskaźnik samoagresji, U – wskaźnik agresji ukrytej, Z – wskaźnik agresji skierowanej na zewnątrz⁽¹⁾.

Przy obliczaniu wyników przyjęto trójstopniową ocenę każdego twierdzenia inwentarza: odpowiedź diagnostyczną oceniano na

- Scale II – Physical autoaggression. The person who obtains high scores directs physical aggression to oneself, inflicts physical pain on oneself, along with self-injury, and undertakes suicidal attempts.
- Scale III – Hostility towards the environment. The person who obtains high scores transfers her/his hostility to those around, shows hostile desires towards other people, negative attitude to others, and is mistrustful of them, considers him/herself abused and underestimated.
- Scale IV – Unconscious aggressive tendencies. The person who obtains high scores manifests her/his inclination to manifest the seemingly non-aggressive activities and behaviours, which, however, are a form of relatively peaceful and unpunished aggressive tendency.
- Scale V – Transferred aggression. The person who obtains high scores transfers the objective of aggressive behaviour, therefore the direct attack on another person changes into attacking of inanimate objects, e.g. slamming the door.
- Scale VI – Indirect aggression. Those who obtain high scores manifest tendencies to change the form of aggressiveness from direct into indirect, which consists in ridiculing, gossiping, and denouncing.
- Scale VII – Verbal aggression. People who obtain high scores manifest verbal aggression through gouching, cursing, shouting, quarrelling and reproaching.
- Scale VIII – Physical aggression. The person who obtains high scores in this scale shows a strong tendency to undertake activities of the type of physical violence. An attack is aimed directly at a person to whom aggression refers, and assumes the form of beating, kicking, poking and hitting with objects.
- Scale K – Control of aggressive behaviours. The person who obtains high scores controls the signs of her/his aggressiveness, is in full control of her/his aggressive impulses, inhibits her/his own hostile activity, can choose and then show less socially hazardous forms of aggression, is not short-tempered, avoids clashes with the people she/he meets.
- Scale O – Tendency to retaliatory activities. The person who obtains high scores in a sense of harm situation responds with aggression, can be vengeful, is willing to prepare and take deliberate revenge, retaliates with experienced harms, and defines her/his aggressive activities as necessary responses to other people's behaviours.

Furthermore, the questionnaire enables establishing the total level of the syndrome intensity, WO, as well as the predominant direction of aggression, specifying: S – autoaggression rate, U – hidden aggression rate, Z – rate of aggression directed outwards⁽¹⁾.

The results were calculated assuming a three-degree evaluation of each statement within the inventory: diagnostic response was estimated at 2 scores, irresolute response ("??") – 1 score, and non-diagnostic response – 0 scores.

IPSA allows to calculate three types of rates:

- The calculation of the level of categories of behaviours within the aggression syndrome was carried out by summing up

2 punkty, odpowiedź niezdecydowaną („?”) – na 1 punkt, a odpowiedź niediagnostyczną – na 0 punktów.

IPSA pozwala na obliczenie trzech rodzajów wskaźników:

- Obliczenia nasilenia poszczególnych kategorii zachowań wchodzących w skład syndromu agresji dokonano poprzez zsumowanie ocen za każde twierdzenie w ramach każdej skali od I do VIII oraz skal K i O.
- Obliczenia ogólnego poziomu nasilenia syndromu wyrażonego za pomocą wyniku ogólnego WO dokonano według następującego wzoru:

$$WO = I + II + III + IV + V + VI + VII + VIII + 0 - K + 22$$
- Obliczenia dominującego kierunku agresji dokonano, opierając się na wzajemnym układzie trzech wskaźników: S, U i Z, gdzie: S (wskaźnik samoagresji) stanowi sumę wyników surowych skal I i II, U (wskaźnik agresji ukrytej) – sumę wyników surowych skal III i IV, Z (wskaźnik agresji skierowanej na zewnątrz) – sumę wyników surowych skal V, VI, VII i VIII.

Wszystkie wyniki surowe, a więc wyniki poszczególnych skal, WO oraz wskaźników S, U i Z, przeliczono według tabel norm stenowych. Otrzymane w ten sposób wartości przeliczone stanowiły podstawę wykreślenia graficznego profilu, charakteryzującego syndrom agresji. Profil jest dwuczęściowy. Pierwsza część obejmuje skale K, O, S, U, Z oraz WO i stanowi podstawę interpretacji, druga część – skale od I do VIII i jest pogłębieniem analizy syndromu agresji.

Interpretacji wyników IPSA dokonuje się w trzech etapach. Pierwszym etapem jest wynik ogólny WO, który określa nasilenie syndromu agresji u badanej osoby (poziom agresywności). Wyniki w stenach posiadają następującą interpretację słowną:

- 7.-10. sten – wyniki bardzo wysokie i wysokie;
- 5.-6. sten – wyniki przeciętne;
- 3.-4. sten – wyniki niskie;
- 1.-2. sten – wyniki bardzo niskie.

Normy stenowe zostały opracowane oddzielnie dla mężczyzn i kobiet.

Kolejnym etapem analizy jest scharakteryzowanie syndromu agresji za pomocą opisu nasilenia poszczególnych kategorii zachowań. W tym celu ocenia się wysokość skal K i O oraz wzajemną konfigurację wskaźników S, U i Z.

Ostatnim etapem interpretacji wyników jest określenie, jakie reakcje przejawia badany w zakresie poszczególnych rodzajów agresji (samoagresja, agresja ukryta i agresja skierowana na zewnątrz). Wykorzystuje się w tym celu wyniki w skalach od I do VIII.

KWESTIONARIUSZ DELTA

Kwestionariusz opracowany przez Radosława Drwala służy do pomiaru nasilenia poczucia kontroli, traktowanego jako wymiar osobowości⁽⁸⁾. Skonstruowany został w oparciu o teorię Rottera zakładającą, że wystąpienie określonego zachowania jednostki jest zdeterminowane nie tylko przez rodzaj celów, ale również przez oczekiwania jednostki dotyczące ich wystąpienia. W zależności od sposobu interpretacji przyczynowego związku między zachowaniem a jego następstwami poczucie kontroli podzielono na wewnętrzne i zewnętrzne. Jeżeli rezultat po-

the grades for each statement within each scale from I to VIII and scales K and O.

- The calculation of the total level of the syndrome expressed by the total result – WO was carried out according to the following formula:

$$WO = I + II + III + IV + V + VI + VII + VIII + 0 - K + 22$$
- The calculation of the dominant direction of aggression was based on interrelation of three rates: S, U and Z, where: S (autoaggression rate) constitutes the sum of raw results of scales I and II, U (hidden aggression rate) – sum of raw results of scales III and IV, Z (rate of aggression directed outwards) – sum of raw results of scales V, VI, VII and VIII.

All raw results, i.e. the results of respective scales, WO as well as rates S, U and Z, were recalculated according to standard ten tables. The recalculated values obtained in this way constituted a basis for drawing up a graphic profile which characterises the aggression syndrome. The profile consists of two parts. The first part comprises scales K, O, S, U, Z and WO and constitutes a basis for interpretation, whereas the other part comprises scales I to VIII and is an extension of the aggression syndrome analysis.

Interpretation of the IPSA results is divided into three stages. The first stage is the total result WO which determines the level of the aggression syndrome in the examined person (aggressiveness level). The standard ten results have the following verbal interpretation:

- 7.-10. standard ten – very high and high scores;
- 5.-6. standard ten – average scores;
- 3.-4. standard ten – low scores;
- 1.-2. standard ten – very low scores.

The standard ten norms were developed separately for men and women.

A consecutive stage of analysis consists in characterising the aggression syndrome by the description of the level of particular categories of behaviours. For this purpose, the height of scales K and O is evaluated, along with mutual configuration of rates S, U and Z.

The last stage of interpretation of results consists in determining what sort of response the subject shows within particular types of aggression (autoaggression, hidden aggression and aggression directed outwards). For this purpose, results in scales I – VIII are used.

DELTA QUESTIONNAIRE

The questionnaire developed by Radosław Drwal is used to measure the level of the sense of control, treated as the personality dimension⁽⁸⁾. It was constructed according to Rotter's theory assuming that the occurrence of the individual's specific behaviour is determined not only by the type of purposes but also by the individual's expectation as to their occurrence. Depending on interpretation of the cause-and-effect relationship between the behaviour and its consequences, the sense of control was divided into internal and external one. If the result of activities undertaken by an individual is perceived as de-

dejmowanych przez jednostkę działań postrzegany jest przez nią jako uwarunkowany własnym zachowaniem lub osobistymi właściwościami, mówi się o poczuciu kontroli wewnętrznej. Postrzeganie następstw działań jako kontrolowanych przez otoczenie, skutku przypadku, szczęścia czy przeznaczenia określa się jako poczucie kontroli zewnętrznej.

Kwestionariusz „Delta” składa się z 24 zdań twierdzących, które badany ocenia jako prawdziwe lub fałszywe. Czternaście z nich dotyczy ogólnych przekonań o możliwości kontrolowania własnego losu w codziennych sytuacjach – stanowią one skalę LOC, z kolei 10 pozostałych twierdzeń kontroluje ewentualne tendencje do przedstawiania siebie w nadmiernie korzystnym świetle – stanowią one skalę KŁ. Maksymalna ilość punktów w skali LOC to 14, a w skali KŁ – 10. Wyniki surowe przeliczane są według tabel norm stenowych. Wyniki w stenach posiadają następującą interpretację:

- 7.-10. sten – wyniki wysokie;
- 5.-6. sten – wyniki przeciętne;
- 1.-4. sten – wyniki niskie.

Wysokie wyniki w skali LOC wskazują na poczucie kontroli zewnętrznej, zaś niskie – wewnętrznej. Wysoki wynik w skali KŁ uwidacznia tendencje do przedstawiania siebie w zbyt korzystnym świetle.

OPRACOWANIE STATYSTYCZNE

Analizy statystyczne wykonano z wykorzystaniem pakietu statystycznego SPSS 12 PL dla Windows. Stosowano metody opisowe i wnioskowania statystycznego. Zgodność rozkładów zmiennych z rozkładem normalnym oceniano przy pomocy testu Shapiro-Wilka. Z uwagi na niezgodność rozkładów większości zmiennych z rozkładem normalnym oraz niejednorodność wariancji w grupach, analizy istotności różnic dla cech ilościowych wykonano z wykorzystaniem testów nieparametrycznych. I tak do oceny istotności różnic rozkładów w dwóch grupach niezależnych oraz w przypadku analiz dotyczących cech mierzonych za pomocą skal porządkowych korzystano z testu U Manna-Whitneya. Dla wszystkich analiz za maksymalne dopuszczalne prawdopodobieństwo popełnienia błędu I rodzaju przyjęto wartość $\alpha=0,001$. Niska wartość α została przyjęta z uwagi na relatywnie duże liczebności grup i związaną z tym wysoką moc stosowanego testu istotności. Jako miarę siły związku przyjęto współczynnik d zaproponowany przez Cohena w modyfikacji Rosnowa i Rosenthala, którego wartość interpretowano zgodnie z zaleceniami podanymi przez Cohena⁽¹⁰⁾.

WYNIKI

Celem odpowiedzi na postawione pytania badawcze dokonano oceny istotności różnic rozkładów wyników Testu Drwala i IPSA – zmiennych traktowanych jako przedziałowe – w grupach młodzieży dokonującej i niedokonującej ZSU. Co najmniej jeden akt samouszkodzenia się bez intencji samobójczych stwierdzono u blisko połowy hospitalizowanych pacjentów z zaburzeniami psychicznymi (u 47%; w tym: 76% dziewcząt i 24%

pendent on her/his own behaviour or personal qualities, we can speak about a sense of internal control. Perceiving the consequences of activities as being controlled by the environment, effect of a coincidence, happiness or intended use, is determined as a sense of external control.

The “Delta” questionnaire consists of 24 affirmative sentences which the subject determines as true or false. Fourteen of these refer to general convictions about a possibility to control one’s own fate in everyday situations – they constitute the LOC scale, whereas the other 10 statements control possible tendencies to present oneself in an excessively good light – these constitute the KŁ scale. The maximum amount of scores in the LOC scale is 14, whereas in KŁ scale – 10. The raw results are recalculated according to standard ten tables. The results in standard ten are interpreted as follows:

- 7.-10. standard ten – high scores;
- 5.-6. standard ten – average scores;
- 1.-4. standard ten – low scores.

High scores in the LOC scale point to the sense of external control, whereas low scores – to internal control. The high result in the KŁ scale exhibits tendencies to present oneself in too good light.

STATISTICAL ANALYSIS

Statistical analyses were carried out using the statistical package SPSS 12 PL for Windows. Descriptive methods along with statistical inference were used. The conformity of variable distributions with the normal distribution was evaluated using the Shapiro-Wilk test. Because of the discrepancy in distributions of most of the variables with the normal distribution as well as heterogeneity of variances in groups, the significance of the differences for quantitative features was analysed using nonparametric tests. And so the U Mann-Whitney test was used for evaluation of the significance of distribution differences in two independent groups and in the case of analyses relating to features measured by ordinal scales. The low value $\alpha=0,001$ was adopted as the maximum allowable probability of making the 1st type error for all analyses. The low value α was adopted due to relatively extensive groups and associated high power of the significance test applied. As a measure of the relation’s power, the coefficient d proposed by Cohen and modified by Rosnow and Rosenthal was adopted, its value being interpreted pursuant to Cohen’s recommendations⁽¹⁰⁾.

RESULTS

The questions posed in the study were answered basing on evaluation of the significance of differences in distributions of the results of the test devised by Drwal and IPSA – variables treated as interval variables – both in DSH and non-DSH groups. At least one self-harm incident without suicidal intention was found in almost half of the hospitalized patients with mental disorders (in 47%: 76% girls and 24% boys). The results presented in Table 1 indicate that the studied groups differed sig-

chłopców). Wyniki zamieszczone w tabeli 1 wskazują, że badane grupy różniły się istotnie w zakresie wartości przeciętnych niemal wszystkich analizowanych zmiennych. Jedyne różnice w podskali K Testu Drwala nie osiągnęły założonego wysokiego poziomu istotności. Wskaźnik *d* oceniający siłę obserwowanych efektów osiąga dla znacznej większości zmiennych wartości wysokie ($d \geq 0,8$) bądź bardzo wysokie ($d \geq 1,0$) wg klasyfikacji Cohena⁽¹⁰⁾, co wskazuje na potencjalnie duże znaczenie kliniczne obserwowanych różnic.

W badaniu kwestionariuszem IPSA grupa badana uzyskała znacząco wyższe wyniki we wszystkich skalach – nie tylko, co wydawałoby się oczywiste, w skali samoagresji fizycznej, ale także wrogości wobec otoczenia, nieświadomych skłonności agresywnych, agresji przemieszczonej, pośredniej, słownej i fizycznej. Gorsza w tej grupie była kontrola zachowań impulsywnych (skala K), za to większa skłonność do działań odwetowych (skala O). Podobnie wskaźniki S (samoagresji), U (agresji ukrytej) i Z (agresji skierowanej na zewnątrz) były istotnie wyższe w grupie osób dokonujących samouszkodzeń.

W badaniu kwestionariuszem „Delta” wskaźnik K (stawianie się w korzystnym świetle) nie osiągnął różnicy na poziomie istotności statystycznej, jednak wskaźnik L wyraźnie wskazywał na większe poczucie kontroli zewnętrznej w grupie badanej.

OMÓWIENIE

Na istotny związek nasilenia agresji z zachowaniami autodestrukcyjnymi wskazują zarówno badania zachodnie^(11,12), jak i prezentowane w niniejszej pracy. W badaniach Brittlebanka i wsp.⁽¹¹⁾ nasilenie skierowanej na siebie złości znalazło się wśród niezależnych czynników samouszkodzeń, z kolei w badaniu Rossa i Heatha⁽¹²⁾ osoby dokonujące samouszkodzeń charakteryzowały się istotnie wyższym poziomem złości zarówno skierowanej na zewnątrz, jak i na własną osobę. W prezentowanym badaniu pacjenci dokonujący ZSU uzyskali istotnie wyższe wartości przeciętne we wszystkich ośmiu skalach określających rodzaj agresji ($p < 0,0001$) oraz w trzech skalach określających kierunek agresji ($p < 0,0001$), a także w skali określającej ogólny poziom agresji ($p < 0,0001$). Jediną skalą, w której pacjenci dokonujący ZSU uzyskali niższe wyniki, była skala kontroli zachowań agresywnych ($p < 0,0001$). Istotne różnice pomiędzy grupami pacjentów z samouszkodzeniami oraz bez nich, dotyczące specyficznych zachowań agresywnych, świadczą o wyższym nasileniu różnych rodzajów agresji oraz słabym kontrolowaniu przejawów własnej agresywności i impulsywności przez osoby dokonujące ZSU.

Uzyskane wyniki wskazują na możliwość wyjaśniania samouszkodzeń za pomocą teorii Dollarda i Millera, dotyczącej zjawiska agresywności i autoagresywności, opartej na założeniu o „odwróceniu kierunku impulsów agresywnych z otoczenia na siebie samego”. Można przyjąć, że „samouszkodzenia są szczególną formą wyrażania agresji, która ma miejsce pomimo jej obciążenia karą i negatywnymi skutkami dla podmiotu”⁽¹³⁾.

Zamierzone samouszkodzenia są powszechnym problemem wśród młodzieży. Badania wykonane wśród 17-letnich

nieznacznie w wartościach średnich prawie wszystkich analizowanych zmiennych. Jedyne różnice w podskali K Testu Drwala nie osiągnęły założonego wysokiego poziomu istotności. Wskaźnik *d* oceniający siłę obserwowanych efektów osiąga dla znacznej większości zmiennych wartości wysokie ($d \geq 0,8$) bądź bardzo wysokie ($d \geq 1,0$) wg klasyfikacji Cohena⁽¹⁰⁾, co wskazuje na potencjalnie duże znaczenie kliniczne obserwowanych różnic.

W badaniu IPSA grupa badana uzyskała istotnie wyższe wyniki we wszystkich skalach – nie tylko, co wydawałoby się oczywiste, w skali samoagresji fizycznej, ale także wrogości wobec otoczenia, nieświadomych skłonności agresywnych, agresji przemieszczonej, pośredniej, słownej i fizycznej. Gorsza w tej grupie była kontrola zachowań impulsywnych (skala K), za to większa skłonność do działań odwetowych (skala O). Podobnie wskaźniki S (samoagresji), U (agresji ukrytej) i Z (agresji skierowanej na zewnątrz) były istotnie wyższe w grupie osób dokonujących samouszkodzeń.

W badaniu kwestionariuszem „Delta” wskaźnik K (stawianie się w korzystnym świetle) nie osiągnął różnicy na poziomie istotności statystycznej, jednak wskaźnik L wyraźnie wskazywał na większe poczucie kontroli zewnętrznej w grupie badanej.

DISCUSSION

A significant correlation between the level of aggression and self-destructive behaviours is indicated by both western studies^(11,12) and those presented in this study. In the studies carried out by Brittlebank et al.⁽¹¹⁾ the level of anger-in was within independent self-harm factors, whereas in the study carried out by Ross and Heath⁽¹²⁾ the self-harming persons were characterized by a significantly higher level of anger directed both outwards and to oneself. In the presented study the DSH patients obtained significantly higher average values in all eight scales determining the type of aggression ($p < 0,0001$) and in three scales determining the direction of aggression ($p < 0,0001$), as well as in the scale determining the total level of aggression ($p < 0,0001$). The only scale in which the DSH patients obtained lower results, was the scale of control of aggressive behaviours ($p < 0,0001$). Significant differences between groups of DSH patients and non-DSH subjects, relating to specific aggressive behaviours, indicate a higher level of various types of aggression and poor control of the signs of one's aggressiveness and impulsiveness by the DSH patients.

The obtained results point to the possibility of accounting for self-harm through the theory of Dollard and Miller, concerning aggressiveness and autoaggressiveness based on the assumption of "reversing the direction of aggressive impulses from the environment to oneself". We can assume that "self-harm is a special form of expressing aggression, which takes place despite its encumbrance with penalty and adverse effects for the subject"⁽¹³⁾.

Deliberate self-harm is a common problem among adolescents. The studies carried out among 17-year old students of Swedish schools ($N = 1663$)⁽¹⁴⁾ revealed its presence throughout the lifetime in 17% of subjects. The DSH was found more frequently

Zmienna Variable	ZSU DSH	Średnia Mean value	Me	SD	Min.	Maks.	CV%	U	Z	p	d
Drwal L	Tak/Yes	6,35	7	3,17	0	15	49,92	2469	5,11	<0,001	0,37
	Nie/No	4,02	4	2,14	0	10	53,23				
Drwal K	Tak/Yes	2,57	2	1,24	0	5	48,25	3550,5	2,25	0,0247	0,89
	Nie/No	2,13	2	1,11	0	5	52,11				
K	Tak/Yes	3,88	3	2,60	1	10	67,01	2292,5	5,62	<0,001	0,96
	Nie/No	6,21	6	2,65	1	10	42,67				
O	Tak/Yes	7,35	7	2,24	3	10	30,48	2208	5,87	<0,001	1,74
	Nie/No	5,24	5	2,15	3	10	41,03				
S	Tak/Yes	9,41	10	1,09	5	10	11,58	1033	9,29	<0,001	1,21
	Nie/No	6,43	7	2,16	2	10	33,59				
U	Tak/Yes	8,09	8	1,83	1	10	22,62	1704,5	7,27	<0,001	1,25
	Nie/No	5,75	5	2,04	2	10	35,48				
Z	Tak/Yes	8,11	9	2,02	4	10	24,91	1745,5	7,13	<0,001	1,52
	Nie/No	5,56	6	2,05	1	10	36,87				
WO	Tak/Yes	8,52	9	1,76	3	10	20,66	1265	8,45	<0,001	1,4
	Nie/No	5,54	6	2,14	1	10	38,63				
I	Tak/Yes	8,90	9	1,45	4	10	16,29	1435,5	8,03	<0,001	1,85
	Nie/No	6,39	7	2,09	2	10	32,71				
II	Tak/Yes	9,02	9	1,04	2	10	11,53	762,5	9,92	<0,001	1,24
	Nie/No	6,33	7	1,78	2	10	28,12				
III	Tak/Yes	8,15	8	1,80	3	10	22,09	1702,5	7,27	<0,001	0,97
	Nie/No	5,91	6	1,80	2	10	30,46				
IV	Tak/Yes	7,85	8	2,13	2	10	27,13	2147	6,05	<0,001	1,12
	Nie/No	5,74	6	2,22	2	10	38,68				
V	Tak/Yes	7,64	8	1,94	3	10	25,39	1935,5	6,62	<0,001	0,66
	Nie/No	5,45	5	1,98	2	10	36,33				
VI	Tak/Yes	7,99	8,5	1,96	5	10	24,53	2814,5	4,25	<0,001	1,07
	Nie/No	6,72	7	1,89	2	10	28,13				
VII	Tak/Yes	7,65	8	1,80	3	10	23,53	2012	6,41	<0,001	1,12
	Nie/No	5,69	6	1,85	3	10	32,51				
VIII	Tak/Yes	7,74	8	1,87	3	10	24,16	1984	6,57	<0,001	0,37
	Nie/No	5,86	5	1,45	2	10	24,74				

ZSU – występowanie zamierzonych samouszkodzeń; **Me** – Mediana; **SD** – odchylenie standardowe; **Min., Maks.** – wartości minimalna i maksymalna; **CV%** – współczynnik zmienności; **U** – wartość statystyki testu U Manna-Whitneya; **Z** – wartość standaryzowana rozkładu normalnego dla testu U Manna-Whitneya; **p** – wartość dwustronnego asymptotycznego prawdopodobieństwa testowego; **d** – wskaźnik siły efektu Cohena w modyfikacji Rosnowa i Rosenthala.

IPSA: **WO** – wynik ogólny; **K** – kontrola zachowań agresywnych; **O** – skłonność do działań odwetowych; **S** – wskaźnik samoagresji; **U** – wskaźnik agresji ukrytej; **Z** – wskaźnik agresji skierowanej na zewnątrz. Skale: **I** – Samoagresja emocjonalna; **II** – Samoagresja fizyczna; **III** – Wrogość wobec otoczenia; **IV** – Nieuświadomione skłonności agresywne; **V** – Agresja przemieszczona; **VI** – Agresja pośrednia; **VII** – Agresja słowna; **VIII** – Agresja fizyczna.

DSH – deliberate self-harm; **Me** – Median; **SD** – standard deviation; **Min., Maks.** – minimum and maximum values; **CV%** – coefficient of variation; **U** – statistical value of U Mann-Whitney test; **Z** – standardized value of normal distribution for U Mann-Whitney test; **p** – value of bilateral asymptotic probability; **d** – Cohen's effect power, as modified by Rosnow and Rosenthal.

IPSA: **WO** – total result; **K** – control of aggressive behaviours; **O** – tendency to retaliatory activities; **S** – rate of autoaggression; **U** – rate of hidden aggression; **Z** – rate of aggression directed outwards. Scale: **I** – Emotional autoaggression; **II** – Physical autoaggression; **III** – Hostility towards environment; **IV** – Unconscious aggressive tendencies; **V** – Transferred aggression; **VI** – Indirect aggression; **VII** – Verbal aggression; **VIII** – Physical aggression.

Tabela 1. Porównanie przeciętnych wartości wyników uzyskanych w Teście Drwala i poszczególnych podskalach IPSA w grupach młodzieży dokonującej ($N_{TAK}=88$) i niedokonującej samouszkodzeń ($N_{NIE}=99$)

Table 1. Comparison of average values of results obtained in the test devised by Drwal and in IPSA subscales in groups of adolescents committing self-harm ($N_{YES}=88$) and those without self-harm ($N_{NO}=99$)

uczniów szwedzkich szkół ($N=1663$)⁽¹⁴⁾ wykazały ich obecność w ciągu całego życia u 17% badanych. ZSU stwierdzano częściej u dziewcząt (23,3%) niż u chłopców (10,5%). Czynniki sprzyjającymi zjawisku były negatywne emocje związane z trudnymi przeżyciami (doświadczenie przemocy rówieśniczej – „bullyingu”, przemocy fizycznej w ogóle i przemocy seksual-

in girls (23.3%) than in boys (10.5%). The factors which promote this phenomenon were negative emotions associated with difficult experiences (violence from peers – bullying, physical violence and sexual violence). Such experiences may quite negatively mould the development of young people. One of the studies⁽¹⁵⁾ showed a statistically significant correla-

nej). Takie doświadczenia mogą w sposób bardzo negatywny modelować rozwój młodego człowieka. W jednym z badań⁽¹⁵⁾ wykazano istotny statystycznie związek między doświadczeniem bullyingu w okresie rozwojowym a występowaniem osobowości chwiejnej emocjonalnie typu *borderline* w dorosłości. W badaniu obejmującym grupę 1870 irlandzkich chłopców⁽¹⁶⁾ aż 363 (19,4%) było ofiarami bullyingu w przeszłości. W tej grupie występowanie ZSU było czterokrotnie częstsze w porównaniu z chłopcami niemającymi takich doświadczeń. W innym irlandzkim badaniu⁽¹⁷⁾ obejmującym 3881 uczniów ryzyko ZSU u nastolatków w ciągu całego życia wynosiło 8-12% i było aż trzykrotnie większe wśród dziewcząt. Jako czynniki ryzyka w obu grupach wyodrębniono używanie substancji psychoaktywnych oraz fakt posiadania samookaleczających się przyjaciół. Ponadto w grupie dziewcząt istotne były: niska samoocena, wykorzystanie seksualne, samookaleczenia wśród członków rodziny, kłótnie z rodzicami i problemy w relacjach rówieśniczych. U chłopców z kolei – doświadczenie bullyingu, problemy w szkole, impulsywność i zaburzenia lękowe. W anonimowym badaniu ankietowym uczniów łódzkich szkół ponadpodstawowych (N=1445; w tym 62% chłopców), analizującym wybrane czynniki ryzyka u ofiar przemocy fizycznej, stwierdzono, że doświadczenie przemocy fizycznej miało istotny związek między innymi z doświadczeniem przemocy psychicznej, płcią męską oraz dokonywaniem samouszkodzeń⁽¹⁸⁾.

Podobne wyniki przedstawił Falek⁽¹⁹⁾, badając grupę 104 osób obojga płci w wieku 14-18 lat. W badaniu za pomocą kwestionariusza Bussa-Durkee wykazano pozytywną korelację pomiędzy zachowaniami autoagresywnymi a agresywnością kierowaną na otoczenie (mierzoną zarówno jej poziomem ogólnym, jak i w poszczególnych podskalach). Największą różnicę pomiędzy grupami – badaną i kontrolną – zaobserwowano w nasileniu agresywności ogólnej.

Z przedstawionych prac wynika, że ZSU mogą być czynnikiem ryzyka rozwoju zaburzeń osobowości, jak również mogą świadczyć o poważnych problemach w życiu młodego człowieka, takich jak doświadczenie przemocy fizycznej (także rówieśniczej), seksualnej, oraz występowaniu niskiej samooceny, problemów szkolnych i w relacjach rówieśniczych oraz innych, o których często zbyt trudno jest mówić wprost.

WNIOSKI

W grupie pacjentów hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych dokonujących zamierzonych samouszkodzeń bez intencji samobójczych (ZSU) stwierdzono istotnie wyższy poziom agresji – skierowanej zarówno na siebie, jak i na zewnątrz – oraz wyższą skłonność do zachowań odwetowych niż w grupie bez tych zachowań.

Ponadto w grupie z ZSU występowało istotnie mniejsze poczucie wewnętrznej kontroli własnych zachowań niż w grupie odniesienia.

Pacjenci z ZSU powinni być objęci specjalnym programem terapii nakierowanym na redukcję poziomu agresji i rozwój kompetencji pod postacią kontroli wewnętrznej swoich zachowań.

tion between bullying experienced in the developmental period and the occurrence of an emotionally irresolute personality of the *borderline* type in adulthood.

In the study comprising a group of 1870 Irish boys⁽¹⁶⁾ as many as 363 (19.4%) were victims of bullying in the past. In this group the occurrence of DSH was four times more prevalent, as compared to the boys who did not have such experiences. In another Irish study⁽¹⁷⁾, involving 3881 students, the DSH risk in adolescents throughout their lifetime reached 8-12% and was as much as three times more frequent among girls. Identified as risk factors in both groups was the use of psychoactive substances and the fact of having self-injuring friends. Furthermore, significant in the group of girls were: low self-esteem, sexual abuse, self-mutilation among family members, quarrels with parents and problems in peers relations, whereas in the group of boys – being bullied, problems at school, impulsiveness and anxiety disorders. Anonymous questionnaire study of secondary schools students in Łódź (N=1445, incl. 62% of boys), analysing selected risk factors in victims of physical violence, indicated that experienced physical violence was significantly correlated among other with experienced mental violence, male gender and self-injuring⁽¹⁸⁾.

Similar results were presented by Falek⁽¹⁹⁾ in a study involving a group of 104 subjects of both genders, aged 14-18 years. The study using the Buss-Durkee questionnaire demonstrated a positive correlation between auto-aggressive behaviours and aggressiveness directed outwards (measured both by its total level and in respective subscales). The greatest difference between the examined group and controls was observed in the level of general aggressiveness.

The presented studies indicate that the DSH may be a risk factor of the development of personality disorders and may also show serious problems in adolescent's life, such as experienced physical violence (also among peers), sexual violence, low self-esteem, problems at school and in peers relations, and other problems which sometimes can hardly be discussed outright.

CONCLUSIONS

The group of patients hospitalized for mental disorders and committing deliberate self-harm (DSH) without suicidal intention exhibited a significantly higher level of aggression, directed both inwards and outwards, along with a higher tendency to retaliatory behaviour, as compared to the non-DSH group.

Besides, the DSH group exhibited a significantly lower sense of internal control of one's own behaviour, as compared to the reference group.

The DSH patients should be involved in a special therapy programme aimed at reduction of the level of aggression and development of competences in form of internal control of one's behaviour.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Szczepaniak A., Jabłkowska K., Gmitrowicz A.: Poziom inteligencji emocjonalnej u młodocianych pacjentów dokonujących samouszkodzeń. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2009; 9: 100-110.
2. Warzocha D., Pawełczyk T., Gmitrowicz A.: Associations between deliberate self-harm episodes in psychiatrically hospitalized youth and type of mental disorders and selected environmental factors. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy* 2010; 2: 23-29.
3. Jabłkowska K., Szczepaniak A., Gmitrowicz A.: Style radzenia sobie w sytuacjach stresowych prezentowane przez młodzież dokonującą samouszkodzeń. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2010; 10: 15-24.
4. Gmitrowicz A., Lewandowska A.: Charakterystyka uczniów dokonujących zamierzonych samouszkodzeń. *Suicydologia* 2010; 5-6: 77-85.
5. Muehlenkamp J.J., Walsh B.W., McDade M.: Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: the signs of self-injury program. *J. Youth Adolesc.* 2010; 39: 306-314.
6. Dougherty D.M., Mathias C.W., Marsh-Richard D.M. i wsp.: Impulsivity and clinical symptoms among adolescents with non-suicidal self-injury with or without attempted suicide. *Psychiatry Res.* 2009; 169: 22-27.
7. Gaś Z.: Inwentarz Psychologiczny Syndromów Agresji. *Przegląd Psychologiczny* 1980; 23: 144-157.
8. Drwal R.L.: Opracowanie kwestionariusza "Delta" do pomiaru poczucia kontroli. *Studia Psychologiczne* 1979; 1: 67-83.
9. Babiker G., Arnold L.: *Autoagresja. Mowa zranionego ciała.* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003.
10. Cohen J.: *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences.* Wyd. 2, Lawrence Erlbaum Associates, Nowy Jork 2003.
11. Brittlebank A.D., Cole A., Hassanyeh F. i wsp.: Hostility, hopelessness and deliberate self-harm: a prospective follow-up study. *Acta Psychiatr. Scand.* 1990; 81: 280-283.
12. Ross S., Heath N.L.: Two models of adolescent self-mutilation. *Suicide Life Threat Behav.* 2003; 33: 277-287.
13. Wycisk J.: *Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne.* Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2004.
14. Landstedt E., Gillander Gådin K.: Deliberate self-harm and associated factors in 17-year-old Swedish students. *Scand. J. Public Health* 2011; 39: 17-25.
15. Sansone R.A., Lam C., Wiederman M.W.: Being bullied in childhood: correlations with borderline personality in adulthood. *Compr. Psychiatry* 2010; 51: 458-461.
16. McMahon E.M., Reulbach U., Keeley H. i wsp.: Bullying victimisation, self harm and associated factors in Irish adolescent boys. *Soc. Sci. Med.* 2010; 71: 1300-1307.
17. McMahon E.M., Reulbach U., Corcoran P. i wsp.: Factors associated with deliberate self-harm among Irish adolescents. *Psychol. Med.* 2010; 40: 1811-1819.
18. Gmitrowicz A., Lewandowska A.: Czynniki ryzyka i konsekwencje doświadczania przemocy fizycznej wśród młodzieży. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2008; 8: 192-203.
19. Falek O., Pawełczyk A., Pawełczyk T., Rabe-Jabłońska J.: Poziom agresywności u młodzieży z zachowaniami autoagresywnymi. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2011; 1: 6-14.

Szanowni Autorzy

Uprzejmie przypominamy, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 6 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów publikacja artykułu w czasopiśmie „**Psychiatria i Psychologia Kliniczna**” – indeksowanego w Index Copernicus – umożliwi doliczenie 20 punktów edukacyjnych za każdy artykuł do ewidencji doskonalenia zawodowego. Podstawą weryfikacji jest notka bibliograficzna z artykułu.