

**mgr Joanna Halicka**  
**Psycholog**

## **AUTOAGRESJA MŁODZIEŻY**

### **Dlaczego młodzież podejmuje próby samobójcze i samookalecza się?**

Zachowania autoagresywne (zachowania samobójcze, takie jak myśli i próby samobójcze oraz samobójstwa dokonane oraz samouszkodzenia bez intencji samobójczej) są jednym z najpoważniejszych problemów zdrowia psychicznego na świecie. Coraz więcej rodziców i nauczycieli jest zaniepokojonych zachowaniami autoagresywnymi dzieci. Rozpowszechnienie autoagresji jest alarmujące – w 2016 r w Polsce około 14% młodzieży 14 i 15 letniej dokonało samouszkodzeń, a 8% myślało o samobójstwie. Wobec wymiaru tego problemu oraz niebezpieczeństwa jakie za sobą niosą te zachowania niezwykle istotnym jest, aby poznać czynniki ryzyka i funkcje tych zachowań. Znając przyczyny oraz funkcje autoagresji jest większa szansa na szybsze dostrzeżenie jej symptomów, a w konsekwencji skuteczne reagowanie lub całkowite zapobieganie tym zachowaniom u dzieci i młodzieży.

#### **Czym jest autoagresja i jak często występuje?**

Autoagresją nazywamy działanie zmierzające do zadania sobie psychicznej lub fizycznej szkody, bezpośrednio lub pośrednio zagrażające życiu. Wyróżnia się następujące rodzaje autoagresji: zachowania suicydalne, do których należą: myśli, próby samobójcze i samobójstwa dokonane, a także samouszkodzenia i myśli o samouszkodzeniach (Linowski, Wysocki, 2012). Zachowania autoagresywne mogą służyć podobnym celom, mogą nawet być dokonane za pomocą tych samych metod. Co zatem łączy te zachowania, a co je odróżnia? Czym dokładnie są zachowania suicydalne, a czym samookaleczenia?

Samobójstwo - dokonana próba samobójcza to „działanie polegające na odebraniu sobie życia” (O'Connor, Nock, 2014). Śmierć w wyniku samobójstwa jest zachowaniem celowym, dobrowolnym, świadomym i zaplanowanym. Próbą samobójczą to zapoczątkowanie realizacji planu, która zostało w jakiś sposób udaremnione (O'Connor, Nock, 2014). Myśli samobójcze (samobójstwo wyobrażone) są najczęściej występującym rodzajem zachowań samobójczych. Polegają na wyobrażeniu rozwiązywania problemów w postaci odebrania sobie życia. U większości doświadczających ich osób pozostają odrzucone i przemijają.

Samobójstwa według aktualnych informacji WHO należą do dwudziestu najczęstszych przyczyn zgonów wśród całej populacji, są trzecią przyczyną zgonów wśród młodzieży wieku 15 – 24 i czwartą przyczyną śmierci dzieci w wieku 10 – 14

(Narodowe Centrum Statystyki Zdrowia, 2011). Średnie rozpowszechnienie prób samobójczych wśród młodzieży szkolnej w Europie wynosi 10,5%, a w USA 8%.

Próby samobójcze młodzieży w Polsce dokonywane są głównie przez przedawkowanie leków (43%), narkotyków (18%) i powieszenie (12%) (Makara-Studzińska, 2013). Według badań dominującymi uczuciami odczuwanymi przez młodzież bezpośrednio przed próbą samobójczą jest lęk oraz poczucie bezradności i beznadziei.

Obok zachowań samobójczych (prób i myśli samobójczych oraz samobójstw dokonanych), niezwykle poważnymi i niepokojącymi zachowaniami, często mylonymi z próbami samobójczymi są samouszkodzenia ciała (samookaleczenia). To działania w ramach których osoba wyrządza sobie krzywdę, nie mające skutku i zamiaru samobójczego (O'Connor, Nock, 2014; Babikier, Arnold, 2002; Halicka, Kiejna, 2015). Główne cechy charakterystyczne samouszkodzeń to: celowość, intencjonalność, niewielkie zagrożenie dla życia, nieakceptowalność społeczna, brak sankcji społecznych.

Przyjmuje się, że na całym świecie przynajmniej raz umyślnie uszkadzało własne ciało 7-45% młodzieży (Gmitowicz i in., 2015; Hawton, James, 2005). Różnice ilościowe w rozpowszechnieniu samouszkodzeń zależą od kraju, płci i grupy wiekowej. Wśród uczniów w Polsce częstość samouszkodzeń wynosi 15% (Lewandowska, 2004). Najwyższe rozpowszechnienie samouszkodzeń, na poziomie 30-45% dotyczy młodzieży przebywającej w placówkach opiekuńczo-wychowawczych i hospitalizowanej psychiatrycznie (Warzocha i in., 2010). Wśród dorosłych zachowanie to utrzymuje się na poziomie 6% (Klonsky 2011). Zachowania autoagresywne, zarówno samouszkodzenia jak i próby samobójcze, dotyczą 2-3 krotnie częściej dziewcząt niż chłopców.

Samouszkodzenia dokonywane są najczęściej w postaci cięcia i nacinania (70-90%), a także uderzanie się (21-44%), przypalania (15-35%), gryzienia, siniaczenia czy drapania skóry, ingerencji w gojenie się ran (np. rozdrapywanie ran i strupów), klucia się, wbijania igieł, wbijania przedmiotów pod paznokcie, wrywania włosów czy przyjmowanie leków w dawkach przekraczających lecznicze (Zetterqvist, 2015). Głównym stanem emocjonalnym przed dokonaniem samookaleczeń jest złość, a dominującym stanem emocjonalnym po akcie samouszkodzenia jest najczęściej odczucie ulgi.

Okres dojrzewania to czas wysokiego ryzyka dla wystąpienia autoagresji – prób samobójczych i samookaleczeń. Najwięcej młodzieży zaczyna dokonywać autoagresji w wieku około 13-15, a zachowania te stają się natężone w środkowym okresie dojrzewania czyli w wieku 14-16 r.ż. Wiele danych wskazuje na to, że coraz więcej młodzieży podejmuje te zachowania oraz młodsze osoby decydują się na podjęcia próby samobójczej i samookaleczenie się. W celu zrozumienia powodu. Dla którego dzieci i młodzież dokonują aktów autoagresji należy przyjrzeć się bliżej przyczynom i funkcjom tych zachowań.

## **Funkcje prób samobójczych i samouszkodzeń. Czemu służą próby samobójcze i samookaleczania?**

Najczęściej wymienianą funkcją autoagresji młodzieży jest potrzeba przerwania cierpienia psychicznego. Przy zaistnieniu czynników ryzyka samobójstw, śmierć może wydawać się młodej osobie jedyną zauważalną drogą rozwiązania sytuacji problemowej. Młodzież najczęściej podejmuje próby samobójcze nie ze względu na pragnienie śmierci, ale ponieważ nie widzi innej drogi rozwiązania swojej trudnej do zniesienia sytuacji; aby zwrócić uwagę otoczenia, bezgłośnie krzyknąć o pomoc i wyzwolić się od bólu psychicznego. W efekcie samookaleczania się nastolatki zmieniają ból psychiczny w łatwiejszy do zniesienia ból fizyczny. Samouszkodzenia pozwalają zagłuszenie cierpienia i skupienie uwagi na bólu wynikającego z ranienia ciała (Walsh, 2006).

Jedną z częściej wymienianych funkcji samouszkodzeń jest regulacja emocji; próba poradzenia sobie z emocjami trudnymi. Samouszkodzenia służą mają radzeniu sobie i są sposobem na przetrwanie, ponieważ redukują nieprzyjemne stany psychiczne - napięcie oraz lęk i pomagają radzić sobie ze złością. Mechanizm ten polega na odwróceniu uwagi od lęku czy napięcia i przeniesieniu jej na inne, łatwiej osiągalne zachowania, takie jak okaleczenia. Zachowania autoagresywne są uważane za wynik próby hamowania negatywnych emocji, takich jak złość, lęk, strach, rozdrażnienie lub smutek. Służą rozładowaniu napięcia i w ten sposób powodują uczucie ulgi (Nock, 2006).

Kolejną częstą funkcją autoagresji jest chęć uzyskania kontroli w sytuacji jej utraty. Ta funkcja pojawia się u nastolatków, którzy uważają, że ich życie niezależne jest od ich woli, niemożliwe do zmiany, czują silny nadzór i kierowanie sobą przez inne osoby, np. nadmiernie wymagających rodziców lub nauczycieli. Samouszkodzenie powoduje doznanie ulgi rozumianej jako przywrócenie kontroli i władzy nad sobą samym. "Nie mam wpływu na nic w moim życiu, ale mam wpływ na uszkodzenie siebie." Nastolatek przez samookaleczenia, które doją mu kontrolę nad własnym ciałem może chcieć w ten wręcz symboliczny sposób szukać kontroli nad własnym życiem (Gmitrowicz i in., 2015).

Nierzadko samouszkodzenia mogą być traktowane jako forma samooczyszczenia, w przypadku kiedy młoda osoba o jeszcze chwiejnej samoocenie, postrzega siebie jako "brudną", "złą", "skażoną", "gorszą". Spływająca po ciele krew w symboliczny sposób obmywa, powoduje poczucie ulgi i oczyszczenia. Samouszkodzenia mogą być formą rytuału kończącego dzień. Rytualna postać samouszkodzeń jest opisywana jako sposób na pozbycie się negatywnych emocji nagromadzonych w ciągu dnia, próba rozładowania napięcia emocjonalnego. Pozwala wyciszyć się przed nocą i może być skrzętnie ukrywana jak pisanie intymnego pamiętnika.

Istotną funkcją autoagresji jest również karanie. Samokaranie jest charakterystyczne dla samouszkodzeń i najczęściej wiąże się z negatywnym obrazem siebie. W okresie dojrzewania samoocena dopiero się kształtuje, jest jeszcze chwiejna i zależy od czynników zewnętrznych, np. od zdania rówieśników. Wiele nastoletnich osób ma tendencje do samoponiżania się, samooskarżania i niskiego poczucia własnej wartości. Samouszkodzenia są wyrazem kierowania doświadczanej złości przeciwko sobie. Samouszkodzenia mogą być także próbą karania innych, chociaż jest to zdecydowanie rzadsza funkcja niż samokaranie (Babikier, Arnold, 2003). Natomiast karanie innych jest główną funkcją prób samobójczych podejmowanych przez młodzież. Jak pokazują badania, chęć zemsty i ukarania otoczenia jest częstszą przyczyną podejmowania prób samobójczych przez nastolatków niż chęć śmierci (Makara-Studzińska, 2013).

Istnieją różnice między chłopcami a dziewczętami w zakresie funkcji autoagresji. Dziewczęta mają większe trudności radzeniem sobie w doświadczaniu nieprzyjemnych emocji i z tego względu próbują poradzić sobie z nimi poprzez środki nieprzystosowane, takie jak samouszkodzenia i próby samobójcze, częściej niż chłopcy. Chłopcom autoagresja służy częściej dostarczeniu stymulacji przez doświadczenie silnych emocji i pozbycie się nudy oraz w celu wzmocnienia poczucia własnej wartości lub zaspokojenia ciekawości (Warzocha i in., Gmitrowicz i in., 2010).

### **Przyczyny samobójstw i samouszkodzeń. Dlaczego młodzież podejmuje próby samobójcze i samookalecza się?**

Przyczyny autoagresji u dorosłych zostały szczegółowo zbadane i opisane. Należą do nich: bezrobocie, śmierć współmałżonka, samotność, zapadnięcie na chorobę somatyczną, trudna sytuacja socjoekonomiczna (Patterson, 1996). Innymi często wymienianymi czynnikami ryzyka zachowań autoagresywnych u osób dorosłych są: płeć męska, wiek podeszły lub młodzieńczy, rasa biała, samotność, brak wsparcia społecznego, współwystępowanie depresji, wcześniejsze próby samobójcze, nadużywanie alkoholu/ narkotyków, zaburzenia psychiatryczne, czy współwystępowanie choroby somatycznej.

Mniej natomiast wiadomo na temat przyczyn autoagresji młodzieży. Autoagresja jest jednym ze sposobów radzenia sobie z gwałtownymi zmianami psychofizycznymi. Młodzież często nie radzi sobie z intensywnymi i szybkimi zmianami rozwojowymi zachodzącymi w okresie dojrzewania, takimi jak: poszukiwanie własnej tożsamości, próba samostanowienia, poczucie osamotnienia, zachodzące zmiany w wyglądzie zewnętrznym, zwiększona chwiejność emocjonalna czyli łatwość przechodzenia z jednego skrajnego stanu emocjonalnego w inny równie skrajny (Gmitrowicz i in., 2015).

Główną intencją prób samobójczych podejmowanych przez osoby dorosłe jest pragnienie śmierci (Walsh, 2006). Według badań śmierć jest trzecim z kolei motywem młodzieży do podjęcia próby samobójczej. Tym, co głównie skłania nastolatków do

podjęcia próby samobójczej jest próba przerwania cierpienia psychicznego, chęć zwrócenia uwagi otoczenia, a na kolejnym miejscu znajduje się karanie innych lub zemsta na najbliższym otoczeniu (Makara-Studzińska, 2013). Dlatego próby samobójcze młodzieży można odczytać jako próbę wołania o pomoc.

Istotnym czynnikiem podjęcia próby samobójczej jest wcześniejsza próba samobójcza lub wcześniejsze samookaleczenia. 25-30% osób podejmujących próbę samobójczą, ponawia te zachowania. U młodzieży po próbie samobójczej występuje trzykrotnie większe ryzyko myśli samobójczych (Wilkinson, 2011). Dlatego tak ważnym jest objęcie opieką psychologiczną osób dokonujących autoagresji.

Najistotniejszą grupą czynników wpływającą na autoagresję młodzieży są przyczyny rodzinne. Głównym czynnikiem mającym wpływ na podejmowane przez młodzież prób samobójczych jest emocjonalne odrzucenie przez osoby bliskie i ważne, szczególnie przez rodziców. Istotne dla prawidłowego rozwoju nastolatka są relacje z rodzicami. Upośledzenie relacji rodzic-dziecko jest często wskazywanym przez młodzież powodem podjęcia próby samobójczej. Innymi czynnikami rodzinnymi związanymi z samouszkodzeniami młodzieży są konflikty z rodzicami, nieprawidłowe relacje rodzinne, utrata kontaktu i wsparcia bliskich (Warzocha i in. 2008). Brak prawidłowych więzi rodzinnych może być przyczyną podejmowania autoagresji jako próby radzenia sobie z tymi problemami. Natomiast prawidłowe relacje rodzinne mogą być czynnikiem ochronnym przed próbami samobójczymi i samookaleczeniami.

Zachowanie rodziców ma niebagatelny wpływ na autoagresję ich dzieci - konflikty rodziców, próby samobójcze rodziców, ich choroby psychiczne lub alkoholizm, rozwód, separacja, ponowne małżeństwo, mogą wyzwać silny stres i trudne emocje – autoagresja może być próbą ich odreagowania (Brown i in., 2005). Prawdopodobieństwo samouszkodzeń jest wyższe u młodzieży wychowywanej w rodzinach niepełnych (Hawton i in., 2002). Ponad 50% adolescentów dokonujących autoagresji jest wychowywanych przez jednego rodzica (Lewandowska i in. 2004).

Kolejnym traumatycznym wydarzeniem, które powoduje decyzję o próbie samobójczej jest śmierć jednego lub obojga rodziców (Makara-Studzińska, 2013) oraz doświadczenie przemocy, szczególnie seksualnej i zaniedbywania (Babikier, Arnold, 2003). Innymi czynnikami rodzinnymi związanymi z autoagresją są: skrajnie wysokie lub niskie oczekiwania rodziców lub nadmierna kontrola z ich strony.

Adolescencja to czas, w którym najsilniej oddziałującą na młodego człowieka grupą społeczną jest grupa rówieśnicza. Wykluczenie z niej silnie negatywnie wpływa na samopoczucie nastolatków i może prowadzić do prób samobójczych. Poza tym, innymi istotnymi czynnikami podjęcia próby samobójczej związanymi z rówieśnikami są: świadomość negatywnej oceny przez innych, brak przyjaciół lub grupy towarzyskiej, z którą może spędzać czas wolny oraz trudności w relacjach z kolegami, brak sympatii i niska pozycja w grupie rówieśników.

Nie mniej ważne są czynniki związane z kryzysem rozwojowym. Najbardziej

istotnym jest niemożność realizacji własnej drogi życiowej, niepokój związany z wchodzeniem w nowe role społeczne, trudność w podejmowaniu dojrzałych decyzji oraz niepokój związany z ustanowieniem własnej tożsamości psychoseksualnej. Adolescencja to czas gwałtownym przemian fizycznych, które niejednokrotnie mają wpływ na podjęcie próby samobójczej. Problemy z dojrzewaniem biologicznym, brak akceptacji swojego wyglądu oraz brak wpływu na zmiany zachodzące w budowie ciała mogą również mieć wpływ na decyzję o samobójstwie nastolatka (Makara-Studzińska, 2013).

Kolejna grupa czynników wpływających na autoagresję młodzieży są czynniki socjoekonomiczne, takie jak: niski status socjoekonomiczny, ubóstwo, niskie wykształcenie, niski dochód (Sulska, Sumiła, 2006).

### **Co zrobić gdy dziecko podejmuje próbę samobójczą lub się okalecza?**

Kluczem do skutecznego reagowania na zachowania autoagresywne jest odpowiednia identyfikacja przyczyn, które zostały opisane powyżej. W związku z tym, główną przyczyną autoagresji są zaburzone relacje rodzic-dziecko należy dążyć do uzdrowienia relacji z dzieckiem. Należy otoczyć dziecko wsparciem i zrozumieniem. Dla zapobiegania autoagresji koniecznym jest zadbanie o zaspokojenie potrzeb dziecka: bezpieczeństwa, bycia zrozumianym, akceptowanym, kochanym i ważnym. W związku z tym, że dzieci wzorują się na rodzicach, a więc rodzice modelują zachowanie dzieci, a ponadto problemy rodziców są dla nich silnym stresorem, warto zadbać o własne zdrowie psychiczne, brak nałogów i poprawność relacji z bliskimi. Zdrowy i szczęśliwy rodzic może kształtować zdrowe i szczęśliwe dziecko, nigdy odwrotnie.

Charakterystyczną formą samouszkodzeń młodzieży są zachowania impulsywne, które podejmowane są w sytuacji silnego pobudzenia, np. gdy nastolatek doświadcza upokorzenia, poniżenia, odrzucenia, wykluczenia lub innego trudnego do zniesienia stanu emocjonalnego. Z kolei próby samobójcze rzadko podejmowane są w sposób impulsywny, spontaniczny. Zwykle podjęcie próby samobójczej poprzedzone jest okresem kilkutygodniowego myślenia i planowania samobójstwa. Badania pokazują, że 80% osób podejmujących próby samobójcze komunikuje wcześniej swoje zamiary werbalnie lub przez zachowanie (Simo, Hales, 2012). Dlatego niezwykle istotnym jest wzmocnienie relacji z własnym dzieckiem, by w porę dostrzec niepokojące symptomy.

Młody człowiek dokonujący samouszkodzeń lub podejmujący próbę samobójczą, czuje wiele trudnych i nieprzyjemnych emocji takich jak poczucie winy i wstyd. Zdecydowanie niedobrym pomysłem w sytuacji autoagresji dziecka jest przenoszenie własnej frustracji na dziecko: krzyczenie na nie i obwinianie go. Raczej należałoby wysłuchać tego, co nastolatek ma do powiedzenia i poszukać pomocy.

Zwykle, gdy dochodzi do próby samobójczej lub samouszkodzenia się młodego człowieka, niezbędna jest pomoc z zewnątrz. Pierwszym krokiem powinna być wizyta

w poradni psychologiczno-pedagogicznej w celu znalezienia przyczyn i mechanizmów pojawiania się tego rodzaju zachowań. Diagnosta po zebraniu wywiadu od rodzica i zbadaniu dziecka pomoże w znalezieniu rozwiązania tej sytuacji, by takie zachowania nie ponawiały się w przyszłości. Pomocna może być także konsultacja u psychologa dziecięcego. Często autoagresja dziecka jest efektem zaburzonego funkcjonowania rodziny, wobec czego niewystarczająca może być terapia jedynie dziecka, a konieczna może być terapia całego systemu rodzinnego.

### **Podsumowanie**

Najnowsze dane światowe wskazują, że ciągle rośnie liczba przypadków autoagresji nastolatków oraz obniża się wiek rozpoczynania tych zachowań u dzieci. Coraz więcej młodych osób w Polsce i na całym świecie dokonuje autoagresji, zarówno prób samobójczych jak i samouszkodzeń. Zachowania autoagresywne są jednym z najpoważniejszych i najpowszechniejszych problemów współczesnego zdrowia psychicznego oraz zachowaniami powodującymi największy niepokój rodziców. Na świecie samobójstwa osób dorosłych stanowią 15. przyczynę śmierci, a u młodzieży drugą. Około 20% nastolatków podejmuje samouszkodzenia w skali światowej. Wobec wymiaru problemu jakim jest autoagresja wśród młodzieży niezwykle istotnym jest próba zapobiegania takim zachowaniom.

Należy podkreślić, że główną funkcją autoagresji młodzieży nie jest pragnienie śmierci, ale zachowania te służą młodym osobom innym celom, takim jak zwrócenie uwagi otoczenia, próba ucieczki od bólu psychicznego, regulacja emocji, karanie siebie, karanie innych czy próba odzyskania kontroli nad swoim życiem.

Głównymi przyczynami autoagresji są czynniki związane ze środowiskiem rodzinnym, takie jak: jest poczucie emocjonalnego odrzucenia przez rodziców, konflikty z rodzicami, konflikty rodziców, śmierć lub choroba rodziców. Istoty wpływ a podjęcie działań autoagresywnych ma też odrzucenie z grupy rówieśniczej oraz brak akceptacji samego siebie. Z kolei główną funkcją zachowa autoagresywnych jest chęć przerwania bólu psychicznego i transformacja w ból fizyczny, łatwiejszy do zniesienia, regulacja emocji oraz próba odzyskania kontroli.

Najczęściej wymienianymi czynnikami ochronnymi przed autoagresją są dobre relacje z rodzicami, poczucie bezpieczeństwa i przynależności do grupy rówieśniczej, wsparcie ze strony bliskich, wysoka samoocena, niska impulsywność, stabilność emocjonalna (Mayes i in., 2013). W związku z dużym rozpowszechnieniem autoagresji, należy mieć uważność, czy zachowanie to nie dotyczy także własnego dziecka. W przypadku dostrzeżenia symptomów autoagresji niezbędna może okazać się pomoc z zewnątrz, np. wizyta w poradni psychologiczno-pedagogicznej lub konsultacja u psychologa dziecięcego.

## LITERATURA

1. Babikier G, Arnod L. Autoagresja. Mowa zranionego ciała. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2002.
2. Brown LK, Houck CD, Hadley WS, Lescano CM. Self-cutting and sexual risk among adolescents in intensive psychiatric treatment. *Psychiatr. Serv.* 2005; 56: 216–218.
3. Gmitowicz A, Makara-Struzińska M, Młodożeniec A. Ryzyko samobójstwa u młodzieży. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 2015.
4. Halicka J, Kiejna. A. Non suicidal self-injury (NSSI) and suicide- criteria differentiation. *Advanced in Clinical and Experimental Medicine*, 2017.
5. Hawton K, Rodham K, Evans E, Weatherall R. Deliberate self-harm in adolescents: self report survey in schools in England. *BMJ* 2002; 23 (74): 1207–1211
6. Hawton K, James A. Suicide and deliberate self harm in young people. *BMJ.* 2005; 330(7496): 891–894.
7. Joiner TE. Why people die by suicide. Cambridge, MA: Harvard University Press. 2005.
8. [Klonsky ED](#). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychol Med.* 2011 Sep;41(9):1981-6. doi: 10.1017/S0033291710002497. Epub 2011 Jan 5.
9. Lewandowska A, Śmigielski J, Gmitrowicz A. Rodzinne czynniki ryzyka a samouszkodzenia u młodzieży szkolnej. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2004; 4: 224–233.
10. Linowski K, Wysocki I, Agresja, autoagresja i przemoc w życiu człowieka: przyczyny, przejawy, przeciwdziałanie i resocjalizacja. 2012
11. Makara-Studzińska M. Przyczyny prób samobójczych u młodzieży w wieku 14-18 lat. *Psychiatria.* 2013.
12. [O'Connor RC](#), [Nock MK](#). The psychology of suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry.* 2014 Jun;1(1):73-85. doi: 10.1016/S2215-0366(14)70222-6. 2014.
13. Patterson WM, Dohn HH, Bird J *et al.*: Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale. *Psychosomatics* 1996; 24: 343–345.
14. Simon RI, Hales RE. The American Psychiatric Publishing Textbook of Suicide Assessment and Management, wyd. 2. Washington: American Psychiatric Publishing; 2012.



15. Sulska, Sumiła. Zachowania samobójcze u pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie na oddziale młodzieżowym. *Psychiatria*. 2006.
16. Walsh B. *Treating self-injury: A practical guide*. New York: Guilford Press. 2006.
17. Warzocha D, Gmitrowicz A, Pawełczyk T. Self-harm done by young patients during their psychiatric hospitalization in relation to the presence of specific mental disorders and chosen environmental factors. *Psychiatria Polska*. 2008; 659–669.
18. Wilkinson P, Goodyer M. Non-suicidal self-injury.. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011 doi: 10.1007/s00787-010-0156.
19. Zetterqvist M. The DSM-5 diagnosis of nonsuicidal self-injury disorder: a review of the empirical literature. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2015; 9:31.