

Ewa Ogłodek

Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy

Samouszkodzenia w chorobach psychicznych

Self-harm in mental disorders

STRESZCZENIE

Samouszkodzenia, które są wyrazem autodestrukcji, są sposobem spowodowania sobie bólu i uszkodzenia ciała bez dokonania aktów samobójczych. Samouszkodzenia spełniają w życiu ludzi różną funkcję: kontroli własnych emocji, komunikacji z innymi, podświadomej ucieczki od przykrych uczuć. Szczególne znaczenie posiada subiektywna reakcja terapeuty na dokonywanie samookaleczeń przez pacjenta, w tym rozumienie i ograniczanie negatywnych aspektów przeciwprzeniesienia.

Celem pracy jest ukazanie etiologii samouszkodzeń oraz możliwości terapii. W pracy ukazano rolę traumatycznych doświadczeń okresu dzieciństwa i życia dorosłego. Leczenie samouszkodzeń prowadzi do przyspieszania procesu powrotu do zdrowia i poprawy funkcjonowania społecznego pacjenta. Istotne jest eliminowanie aktów autoagresji i uchronienie pacjenta przed samobójstwem. Do osiągnięcia zamierzonego efektu terapeutycznego są potrzebne odpowiednie metody terapeutyczne skuteczne dla konkretnego pacjenta.

Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20 (3): 404–408

Słowa kluczowe: samouszkodzenie, przeciwprzeniesienie, terapia

ABSTRACT

Self-harm that are an expression of self-destruction, are a way of causing pain and damage to the body without an act of suicide. Self-harm in people's lives fulfill different functions: control your emotions, communication with others, subconscious escape from painful feelings. Particular importance is the therapist's subjective reaction to make self-harm by the patient, including understanding and reducing the negative aspects of countertransference. Aim of this study is to demonstrate the etiology of self-harm and treatment options. The paper presents the role of traumatic experiences of childhood and adult life. Treatment of self-harm leading to accelerating the process of recovery and improve the social functioning of the patient. It is important that eliminated acts of self-harm and save from suicide. To achieve the desired therapeutic effect are needed therapeutic methods effective for an individual patient.

Nursing Topics 2012; 20 (3): 404–408

Key words: self-harm, countertransference, therapy

Wstęp

Samouszkodzenia to nieakceptowane akty bezpośredniej autodestrukcji, zamierzone sposoby zadawania sobie bólu i uszkodzanie ciała bez intencji samobójczych. Najbardziej rozpowszechnione formy samouszkodzeń polegają na okaleczeniu skóry poprzez nacinanie. Do innych sposobów zadawania sobie ran należą między innymi: drapanie, przypalanie, gryzienie, nakłuwanie, pocieranie, wprowadzanie po skórze ostrych przedmiotów lub szkodliwych substancji [1]. Typowe dla tego rodzaju zachowań autodestrukcyjnych są: początek w okresie adolescencji, wieloletni przebieg, częstsze występowanie u kobiet, wielokrotnie

powtarzające się epizody samouszkodzeń z użyciem zmiennych metod [2]. Dotychczas przeprowadzone wyniki badań wskazują na wieloczynnikową etiologię samouszkodzeń. Obecnie przeważa pogląd, że u podłoża zachowań autodestrukcyjnych leży interakcja biologicznej predyspozycji i traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa. Samookaleczenie stanowi zarówno metodę radzenia sobie w trudnej sytuacji, jak i próbę uzyskania wpływu na okoliczności, w stosunku do których osoby czują się bezsilne [3]. W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób Psychiczych (ICD-10) samouszkodzenia są opisywane często w przypadku rozpoznawania zaburzeń osobowości, szczególnie osobowości chwiej-

Adres do korespondencji: dr n. med. Ewa Ogłodek, ul. Kurpińskiego 19, 85–028 Bydgoszcz, tel. 669 300 460; faks (52) 585 42 66, e-mail: maxeva@interia.pl

nej emocjonalnie — typu *borderline* oraz osobowości dyssocjalnej [4]. Istnieje ponadto związek dokonywania samouszkodzeń z innymi zaburzeniami psychicznymi: zaburzeniami lękowymi, dysocjacyjnymi, depresyjnymi i zaburzeniami odżywiania. Kong w swoich badaniach obserwował współwystępowanie samookaleczeń z zaburzeniami odżywiania. Częstość występowania samookaleczeń wynosiła 13,6–42,1% u pacjentów z anoreksją oraz 27,8–68% u pacjentów z bulimią [5]. Ponadto obserwowano współistnienie występowania samookaleczeń i zaburzeń kompulsyjnych — trichotilomanii oraz kompulsyjnego obgryzania paznokci [6].

Cel pracy

Celem pracy jest ukazanie etiologii samouszkodzeń oraz możliwości terapii. W pracy ukazano rolę traumatycznych doświadczeń okresu dzieciństwa i życia dorosłego.

Relacja z ciałem

Częstą konsekwencją traumatycznych, bolesnych przeżyć, zarówno w dzieciństwie, jak i w życiu dorosłym, związaną z samouszkodzeniami, jest poczucie obcości własnego ciała i nienawiść do niego. Ogromne znaczenie psychologiczne skóry i jej udziału w przeżywaniu przemocy, porzucenia, zaniedbania wskazuje na jej istotną rolę w samookaleczeniach. Poczucie obcości ciała spotyka się zwłaszcza u osób, które doświadczyły seksualnej i/lub fizycznej przemocy. Samookaleczenie jest wówczas atakiem na ciało. Mechanizmy psychologiczne związane z dokonywaniem samouszkodzeń są następujące: wzmocnienie poczucia autonomii i kontroli, odzyskanie poczucia rzeczywistości, potrzeba zapiekania się sobą, demonstrowanie lub wyrażanie własnych doświadczeń traumatycznych, chęć ponownego przeżywania urazu. Samouszkodzenia są związane z radzeniem sobie ze stresem: regulacją napięcia i lęku, radzeniem sobie z gniewem oraz spełniają funkcje związane z nawiązywaniem relacji. Ponadto samookaleczanie się spełnia funkcje związane z karaniem własnej osoby i pozostawaniem w roli ofiary. Doznawana przemoc często odbija się na skórze w postaci naruszenia jej ciągłości, spowodowania ran i bólu, których doświadcza osoba za jej pośrednictwem. Skóra pełni istotne funkcje psychologiczne, jest środkiem komunikacji i kontaktu: „skóra może swędzić, skóra może płakać i może szaleć z wściekłości” [7].

Uwarunkowania biologiczne samouszkodzeń

Wśród biologicznych uwarunkowań samouszkodzeń podkreśla się występowanie zaburzeń w regulacji neuroprzebieżnikowej. Ból i trauma wywołane samouszkodzeniem stymulują i uwalniają endorfiny, endogenne opiaty powodują niewrażliwość na ból. U pacjentów z problemem samookaleczeń poziom endorfin jest od-

powiednio proporcjonalnie skorelowany z głębokością zadawanych sobie ran. W piśmiennictwie dotyczącym teorii neuroprzebieżnikowych odgrywających istotną rolę w funkcjonowaniu układu nerwowego w stresie spotykamy liczne doniesienia wskazujące na to, iż istotną rolę w zmniejszeniu nasilenia samouszkodzeń odgrywa układ serotonergiczny. W badaniu Skårderud i Sommerfeldt obserwowali złagodzenie nasilenia samouszkodzeń współistniejących z depresją lub zaburzeniami obsesyjno-kompulsyjnymi podczas leczenia lekami przeciwdepresyjnymi. Poszukiwania biochemicznych wskaźników samouszkodzeń wskazują na prawdopodobny związek tego typu zachowań z wysoką kortyzolemią, jak również z obniżonym stężeniem całkowitego cholesterolu w surowicy pacjentów. Obserwowano również podwyższone stężenie hormonu dehydroepiandrosteronu (DHEA) u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń stresowych pourazowych dokonujących samouszkodzeń. Obserwacja ta stała się podstawą do rozpatrywania związku tego hormonu z występowaniem zachowań autoagresywnych [8].

Epidemiologia samouszkodzeń

W piśmiennictwie występuje zaskakująco mało danych epidemiologicznych dotyczących rozpowszechnienia i częstotliwości występowania samouszkodzeń w ogólnej populacji. Powodem tego może być fakt, iż osoby dokonujące samouszkodzeń często ukrywają swoje zachowania przed otoczeniem. Osoby te z powodu lęku, wstydu i braku zrozumienia nie zgłaszają się o pomoc [9]. Według badań Bowers i wsp. częstość występowania samouszkodzeń w populacji osób leczonych psychiatrycznie mieści się w przedziale 7–10% [10]. Mimo że wskaźnik samouszkodzeń rośnie wraz z kolejnymi latami obserwacji klinicznej, to jednak z dostępnych danych wynika, iż wzrost ten dotyczy głównie ludzi młodych [11]. Najczęściej tego typu zachowania podejmują nastolatki, 20- i 30-latki. W wielośrodkowym badaniu ankietowym *Child and Adolescent Self-harm in Europe* (CASE) dotyczącym rozpowszechnienia samouszkodzeń wśród dzieci i młodzieży nieleczonych psychiatrycznie wykazano, że uczniowie dokonujący samouszkodzeń stanowili w zależności od kraju 2,7–12,9% badanej populacji [12]. Najczęstszą formą samouszkodzeń było nacinanie skóry, które stwierdzono u 74,1% badanych [13]. Wielu autorów zwraca uwagę, że samouszkodzenia są zjawiskiem bardziej rozpowszechnionym wśród kobiet niż wśród mężczyzn. Jak wynika z badań, kobiety dokonują samouszkodzeń 3-krotnie częściej [14–16]. Samookaleczenia pełnią różną funkcję: kontroli regulacji emocji, komunikacji, ucieczki od nieakceptowanych uczuć, są formą stosowania wobec siebie kary i samoupokorzenia [17]. Wyniki badań pokazują, że dokonywanie samouszkodzeń poprzez cięcie może być związane z wysokim ryzykiem powtarzania się sa-

mookaleczeń w przyszłości, a także może współistnieć z istnieniem innych metod dokonywania aktów autoagresji [18]. Samookaleczenia u pacjentów z zaburzeniami osobowości są związane z niestabilnymi cechami osobowości. Około 70% pacjentów z osobowością *borderline* dokonuje samookaleczeń bez zamiarów samobójczych [19]. Osoby okaleczające się często są pod wpływem intensywnych negatywnych emocji, mają ograniczoną zdolność do ich regulowania i nie potrafią prawidłowo funkcjonować w kontaktach interpersonalnych. Samookaleczenie może się stać dla nich krótkoterminowym złagodzeniem wewnętrznego bólu związanego z rozregulowaniem uczuć [20]. Pacjenci ze skłonnościami do samouszkodzeń ciała zazwyczaj nie planują aktów samobójczych, jednak impulsywna autoagresja zwiększa ryzyko dokonania śmierci samobójczej. Według koncepcji Durkheima próba samobójcza wymaga obecności trzech czynników: zaburzenia poczucia więzi emocjonalnych, niskiej samooceny, istnienia prób samobójczych lub samookaleczeń w przeszłości [21]. Czynniki te często są obecne u osób samookaleczających się, stanowią więc potencjalne ryzyko dokonania impulsywnych aktów samobójczych w przyszłości.

Doświadczenia z dzieciństwa a samouszkodzenia

Wykorzystanie seksualne oraz zaniedbanie opieki to dwa rodzaje przeżyć wskazywanych przez osoby badane, które doprowadziły ich do podjęcia decyzji o samookaleczeniu. Wyniki badań nad przyczynami samookaleczeń wskazują na znaczenie traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa, takich jak: przemoc fizyczna i seksualna, zaniedbanie emocjonalne, a także osierocenie lub innego rodzaju straty w życiu osób dokonujących aktów autoagresji. Husain i wsp. ustalili, że 41% dzieci z grupy osób wykorzystywanych seksualnie i zaniedbywanych wychowawczo praktykowało akty autoagresji: uderzanie głową w mur, gryzienie się, przyżeganie bądź nacinanie skóry [22]. Natomiast Marzano i wsp. dowiedli, że zachodzi silny związek między samouszkodzeniami a sytuacjami traumatycznymi, do których zaliczyli oni seksualne wykorzystanie w dzieciństwie, a także: depresję rodziców, hospitalizację dziecka we wczesnym dzieciństwie [23]. Wszystkie te sytuacje mogą się stać powodem poczucia utraty wpływu na swoje życie oraz zachowań autodestrukcyjnych. Wilson i wsp. przeprowadzili sondaż wśród kobiet z historią samouszkodzeń [24]. Celem badania było pogłębienie zrozumienia motywacji dokonywanych działań autoagresywnych. Większość badanych kobiet odnosiła swe samookaleczenia wyłącznie do doświadczeń z dzieciństwa. Ponadto w badanej grupie 25% osób twierdziło, że trudne przeżycia z dzieciństwa i życia dorosłego odgrywają taką samą rolę w dokonywaniu samousz-

kodzeń, a 14% upatrywało przyczyn swoich samookaleczeń wyłącznie w doświadczeniach życia dorosłego.

Osoby dokonujące samookaleczeń doznały również znaczących strat w dzieciństwie związanych ze śmiercią rodziców lub rodzeństwa. Według doniesień Greydanus i Shek brak komunikacji w rodzinie w okresie dzieciństwa stawał się powodem dokonywania samookaleczeń będących formą nawiązania komunikacji [25]. Według Bergerud i wsp. trudnymi przeżyciami okresu dzieciństwa, które mogą się stać źródłem napięć emocjonalnych i zachowań autodestrukcyjnych, są również: nadmierne w stosunku do możliwości dziecka oczekiwania w domu i w szkole, znęcanie się i odrzucenie ze strony rówieśników, rasizm oraz strach i zawstydzenie z powodu dojrzewania płciowego [26]. W badaniach van Rijsselberghe i wsp. wykazano, że samookaleczenia mają związek z trudnymi doświadczeniami płciowymi, takimi jak: wykorzystanie seksualne (49%), zaniedbania opieki w dzieciństwie (49%), nadużycia emocjonalne (43%), brak komunikacji w rodzinie (27%), przemoc fizyczna (25%), utrata bliskiej osoby/rozłąka (17%), inne (19%) [27]. Almasi i wsp. w swoim badaniu zwrócili uwagę, że 79% badanych osób podkreślało znaczenie urazu psychicznego wyniesionego z dzieciństwa, a 89% zgłaszało braki w opiece ze strony rodziców [28]. Najczęściej z zachowaniami autodestrukcyjnymi badane osoby wiązały wykorzystanie seksualne. Nakagawa i wsp. w badaniu przeprowadzonym z udziałem nastolatków dokonujących samouszkodzeń wykazali, że wielu z nich przeżyło w przeszłości utratę rodzica (w wyniku śmierci bądź rozłąki — często spowodowanej pobytem w placówce opiekuńczej) [29]. Ponadto wiele osób z badanej grupy miało doświadczenia przemocy fizycznej bądź seksualnej, a czynnik ten wykazał najsilniejszą korelację z samouszkodzeniem.

Doświadczenia życia dorosłego a samookaleczenia

Jak wynika z piśmiennictwa dotyczącego samookaleczeń wśród kobiet po przeżyciach traumatycznych, spora liczba osób zgłaszała nadużycia emocjonalne, a aż 25% z tej grupy doznało w życiu przemocy fizycznej. Niektóre z tych osób były świadkami aktów przemocy w swojej rodzinie (same zaś nie uległy żadnym fizycznym nadużyciom) [30].

W badaniach przeprowadzonych przez Chiesa i Fonagy najczęściej wymienionymi przez kobiety przeżyciami traumatycznymi okresu życia dorosłego były gwałt i wykorzystanie seksualne lub napastowanie (22%). Wiele kobiet twierdziło, że impulsem wyzwalamym u nich samouszkodzenia była przemoc emocjonalna lub fizyczna (14%) doznana w związkach z mężczyznami, inne zgłaszały brak wsparcia i komunikacji w związkach partnerskich (13%). Znaczącymi przeżyciami z okresu

dorobosci majacymi związek z dokonywaniem samouszkodzeń byly równiez: poronienia, utrata dziecka oraz bezpłodność (10%). Kobiety wykorzystywały okaleczenie się jako metodę radzenia sobie z poczuciem lęku, które pojawiło się szczególnie często po rozpadzie związku [31].

Samouszkodzenia a próba samobójcza – atak na własną egzystencję

Ryzyko samobójstwa w grupie osób dokonujących samouszkodzeń wzrasta wraz z liczbą tych zachowań. Według Chiesa i Fonagy w ciągu roku 1 na 6 pacjentów dokonujących samookaleczeń ciała podejmował próbę samobójczą, natomiast po 4 latach dokonywanych samouszkodzeń co czwarta osoba z tej grupy badanej próbowała odebrać sobie życie. Śmiercią samobójczą w ciągu pierwszego roku po dokonaniu samouszkodzenia ginęło 0,5–2,5% okaleczających się osób [32].

Leczenie pacjentów z samouszkodzeniami

Istotne jest w procesie leczenia poważne traktowanie pacjentów samookaleczających się, gdyż próby dokonywania samouszkodzeń ciała powodują ogromne cierpienie psychiczne pacjenta oraz pogorszenie jego jakości życia. Według badań Urnes ludzie, którzy dokonywali świadomie samookaleczeń, często zgłaszali wiele motywów prowadzących ich do działań autodestrukcyjnych. Badane osoby wskazywały na pojawiające się w ich myśleniu pragnienia śmierci. Formą leczenia osób z samouszkodzeniami ciała jest poddanie się psychoterapii ponawczo-behawioralnej pomagającej w zmniejszeniu częstości występowania samookaleczeń. Osoby zgłaszające trudności w regulacji emocji, takich jak: lęk, rozpacz, złość, mające poczucie chaosu lub dysocjacji często decydują się na samouszkodzenia ciała. Pacjenci z tendencjami do samookaleczeń mają słabą regulację emocjonalną, co zwykle jest związane z podwyższonym poziomem negatywnych emocji. Jak podaje Urnes w swoim artykule [33], jedna z pacjentek opisywała nastawienie do procesu samookaleczania, stwierdzając, że nóż jest jej najlepszym przyjacielem. Wypowiedź ta wyrażała coś istotnego: samookaleczenie było dla pacjentki narzędziem, z którym łączyła ona swoje niestabilne emocje. Doświadczenie kliniczne wskazuje, że pacjentów z ciężkimi zaburzeniami osobowości trudno jest leczyć w warunkach ambulatoryjnych czy na oddziale dziennym. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów z osobowością chwiejną emocjonalnie. Pacjenci ci przejawiają wyraźną tendencję do zachowań impulsywnych i często dokonują samouszkodzeń, podejmują próby samobójcze, nadużywają alkoholu lub narkotyków. Podejmowanie pracy wglądowej, takiej jak psychoterapia psychoanalityczna, czy psychodynamiczna wiąże się z ryzykiem nasilenia się zachowań typu

acting out związanych z zachowaniami gwałtownymi prowadzącymi często do przerwania leczenia. Innym ważnym aspektem i źródłem trudności w pracy terapeutycznej jest stosowanie przez pacjentów samookaleczających się mechanizmu obronnego — rozszczepienia (*splitting*) polegającego na tym, iż osoba pozostająca w kontakcie z osobą stosującą rozszczepienie może nagle zostać zaklasyfikowana do jednej z kategorii i być deprecjonowana lub idealizowana. Pacjent od początku pobytu pracuje z zespołem terapeutycznym, w skład którego wchodzi psychoterapeuta i pielęgniarka. Według wzorca z Cassel dotyczącego leczenia pacjentów z samouszkodzeniami ciała, praca pielęgniarska opiera się na przekonaniu, że pacjenci o bardziej nasilonych zaburzeniach, którzy reagują złością i oburzeniem na oczekiwanie, powinni zacząć funkcjonować jako odpowiedzialni dorośli, gdyż zawierają zdrową część mogącą funkcjonować społecznie. Podczas codziennych spotkań personelu dyskutuje się o pacjentach i ich mechanizmach przeciwprzeniesieniowych. Terapeuta i pielęgniarka prowadząca wymieniają informacje, prowadzona jest regularna superwizja całego zespołu terapeutycznego. Istotnym jest zrozumienie przez pacjentów mechanizmów obronnych, takich jak: wyparcie, przeniesienie, przeciwprzeniesienie, którym ulegają w procesie terapeutycznym [34].

Podsumowanie

U podłoża samouszkodzeń leży często subiektywne przekonanie, że jest to jedyna forma rozładowania napięcia emocjonalnego. Ma ono przeważnie charakter mechanizmu obronnego w sytuacji psychologicznie trudnej. Może być wykorzystywane w celu zwrócenia na siebie uwagi, przy braku możliwości porozumienia się z otoczeniem. Bywa też sposobem wyrażenia i/lub karania siebie za własne potrzeby emocjonalne. W szczególnych przypadkach staje się atakiem na własną egzystencję. Istotne z punktu widzenia opieki psychiatrycznej staje się wczesne podjęcie leczenia pacjentów dokonujących samouszkodzeń ciała, by móc dotrzeć do przyczyny dokonywania samouszkodzeń, zapobiec procesowi nasilenia się częstości zachowań autoagresywnych oraz uchronić pacjenta przed możliwą próbą samobójczą.

Piśmiennictwo

1. Sommerfeldt B., Skírderud F. What is self-harm? Tidsskr. Nor. Laegeforen 2009; 129 (8): 754–758.
2. Sun F.K. A concept analysis of suicidal behavior. Public Health Nurs. 2011; 28 (5): 458–468.
3. Oliffe J.L., Han C.S., Ogradniczuk J.S. i wsp. Suicide from the perspectives of older men who experience depression: a gender analysis. Am. J. Mens. Health 2011; 5 (5): 444–454.
4. Wu C.Y., Stewart R., Huang H.C., Prince M. i wsp. The impact of quality and quantity of social support on help-seeking behavior prior to deliberate self-harm. Gen. Hosp. Psychiatry 2011; 33 (1): 37–44.

5. Kong S.S. Impact of eating psychopathology, obsessive-compulsion and depression on self-harm behavior in patients with eating disorders. *J. Korean Acad. Nurs.* 2009; 39 (4): 459–468.
6. Krishnakumar P., Geeta M.G., Riyaz A. Deliberate self harm in children. *Indian Pediatr.* 2011; 48 (5): 367–371.
7. Skårderud F. Self-harm and sports-case reports. *Tidsskr. Nor. Laegeforen* 2009; 129 (9): 888–890.
8. Skårderud F., Sommerfeldt B. Self-harm and eating disorders. *Tidsskr. Nor. Laegeforen* 2009; 129 (9): 877–881.
9. Dickinson T., Hurlley M. Exploring the antipathy of nursing staff who work within secure healthcare facilities across the United Kingdom to young people who self-harm. *J. Adv. Nurs.* 2012; 68 (1): 147–158.
10. Bowers L., Whittington R., Nolan P. i wsp. Relationship between service ecology, special observation and self-harm during acute in-patient care: City-128 study. *Br. J. Psychiatry* 2008; 193 (5): 395–401.
11. Jayaram G., Sporney H., Perticone P. The Utility and Effectiveness of 15-minute Checks in Inpatient Settings. *Psychiatry (Edgmont)* 2010; 7 (8): 46–49.
12. Snyder R.A., Fields W. A model for medication safety event detection. *Int. J. Qual. Health Care* 2010; 22 (3): 179–186.
13. Guttridge K. Safer self-injury or assisted self-harm? *Theor. Med. Bioeth.* 2010; 31 (1): 79–92.
14. Case B.G., Olfson M., Marcus S.C. i wsp. Trends in the inpatient mental health treatment of children and adolescents in US community hospitals between 1990 and 2000. *Arch. Gen. Psychiatry* 2007; 64 (1): 89–96.
15. Dwyer T.A., Mosel Williams L. i wsp. Defibrillation beliefs of rural nurses: focus group discussions guided by the Theory /f Planned Behaviour. *Rural Remote Health* 2005; 5 (2): 322.
16. Young R., Sweeting H., Ellaway A. Do schools differ in suicide risk? The influence of school and neighbourhood on attempted suicide, suicidal ideation and self-harm among secondary school pupils. *BMC Public Health* 2011; 11 (1): 874.
17. Crawford M.J., Turnbull G., Wessely S. Deliberate self harm assessment by accident and emergency staff-an intervention study. *J. Accid. Emerg. Med.* 1998; 15 (1): 18–22.
18. Le L.C., Blum R.W. Intentional injury in young people in Vietnam: prevalence and social correlates. *MEDICC. Rev.* 2011; 13 (3): 23–28.
19. Kirchner T., Ferrer L., Fornis M. i wsp. Self-harm behavior and suicidal ideation among high school students. Gender differences and relationship with coping strategies. *Actas Esp. Psiquiatr.* 2011; 39 (4): 226–235.
20. Guthrie E., Kapur N., Mackway-Jones K. i wsp. Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ* 2001; 323 (7305): 135–138.
21. Kahler C.W., Leventhal A.M., Daughters S.B. i wsp. Relationships of personality and psychiatric disorders to multiple domains of smoking motives and dependence in middle-aged adults. *Nicotine Tob. Res.* 2010; 12 (4): 381–389.
22. Husain N., Chaudhry N., Durairaj S.V. i wsp. Prevention of self harm in British South Asian women: study protocol of an exploratory RCT of culturally adapted manual assisted Problem Solving Training (C- MAP). *Trials* 2011; 12: 159.
23. Marzano L., Fazel S., Rivlin A. i wsp. Psychiatric disorders in women prisoners who have engaged in near-lethal self-harm: case-control study. *Br. J. Psychiatry* 2010; 197 (3): 219–226.
24. Wilson S., van Loo S., Geuens T. i wsp. Personality traits of patients who have recovered completely from depression. *Tijdschr. Psychiatr.* 2010; 52 (1): 9–16.
25. Greydanus D.E., Shek D. Deliberate self-harm and suicide in adolescents. *Keio. J. Med.* 2009; 58 (3): 144–151.
26. Bergerud T., Møller P., Larsen F. i wsp. A community short-term crisis unit does not reduce acute admissions to psychiatric wards. *Tidsskr. Nor. Laegeforen* 2009; 129 (19): 1973–1976.
27. van Rijsselberghe L., Portzky G., van Heeringen C. Self harm in adolescents in Flanders. *Tijdschr. Psychiatr.* 2009; 51 (9): 629–640.
28. Almasi K., Belso N., Kapur N. i wsp. Risk factors for suicide in Hungary: a case-control study. *BMC Psychiatry* 2009; 9: 45.
29. Nakagawa M., Kawanishi C., Yamada T. i wsp. Characteristics of suicide attempters with family history of suicide attempt: a retrospective chart review. *BMC Psychiatry* 2009; 9: 32.
30. Sansone R.A., Sansone L.A. Measuring self-harm behavior with the self-harm inventory. *Psychiatry (Edgmont)* 2010; 7 (4): 16–20.
31. Chiesa M., Fonagy P. Cassel Personality Disorder Study Methodology and treatment effects. *Br. J. Psychiatry* 2000; 176: 485–491.
32. Chiesa M., Fonagy P. Psychosocial treatment for severe personality disorder. 36-month follow-up. *Br. J. Psychiatry* 2003; 183: 356–362.
33. Skårderud F., Sommerfeldt B. Self-harm and eating disorders. *Tidsskr. Nor. Laegeforen* 2009; 129 (9): 877–881.
34. Mehlum L., Holseth K. Self-harm — what approach should we take? *Tidsskr. Nor. Laegeforen* 2009; 129 (8): 759–762.