

Marta Kulesza

## **Wieloczynnikowa analiza przyczyn zamierzonych samomouszkodzeń wśród dzieci i młodzieży**

### **Multifactorial analysis of the causes of intentional self-injury among children and adolescents**

Artykuł zawiera analizę problemu samouszkodzeń wśród dzieci i młodzieży, skupiając się na różnorodnych aspektach, takich jak czynniki biologiczne, środowiskowe, indywidualne i sytuacyjne. Tekst pokazuje, że samouszkodzenia są wynikiem oddziaływania predyspozycji jednostki, wyzwalaczy w najbliższym otoczeniu oraz sytuacyjnych wyzwalaczy. Analiza literatury przedmiotu uzupełniona została o analizę indywidualnych przypadków osób, które miały potwierdzoną próbę samobójczą w przedziale wiekowym 14–19 lat. Do głównych czynników ryzyka związanych z samobójstwami należą: zaburzenia psychiczne, nadużywanie substancji psychoaktywnych, przemoc ze strony bliskich osób, trudności w relacjach interpersonalnych, wysoki poziom lęku, tendencja do kompulsywnego regulowania emocji.

**Słowa kluczowe:** zamierzone samouszkodzenia, próby samobójcze, samobójstwa, czynniki ryzyka, czynniki ochronne

The article analyzes the problem of self-harm among children and adolescents, focusing on various aspects, such as biological, environmental, individual and situational factors. The text shows that self-harm is the result of the interaction of an individual's predispositions, triggers in the immediate environment and situational triggers. The analysis of the literature on the subject was supplemented with an analysis of individual cases of people who had a confirmed suicide attempt in the age group of 14-19. The main risk factors associated with suicide include: mental disorders, substance abuse, violence from close relatives, difficulties in

interpersonal relationships, high level of anxiety, and a tendency to compulsively regulate emotions.

**Key words:** intentional self-harm, suicide attempts, suicides, risk factors, protective factors

## Wstęp

Zachowania o charakterze samouszkodzeń, w tym zachowania samobójcze, są coraz częstszym problemem, z którym spotykają się specjaliści ochrony zdrowia. Należą one do zachowań autoagresywnych, czyli zamierzonych i przeprowadzonych z własnej woli uszkodzeniach własnego ciała z zamiarem odebrania sobie życia (samobójstwa) lub bez takiego zamiaru (samookaleczenia bez intencji samobójczych)<sup>1</sup>. Samobójstwa wśród dzieci poniżej 14. roku życia zdarzają się rzadko. To problemowe zjawisko dotyczy przede wszystkim młodzieży od 14. roku życia oraz osób dorosłych. Istnieje wiele czynników, które mogą zwiększać ryzyko samobójstw wśród dzieci i młodzieży, takich jak zaburzenia psychiczne, nadużywanie substancji psychoaktywnych, przemoc w rodzinie lub w środowisku rówieśniczym, ciężka chroniczna choroba, trudności szkolne, predyspozycje osobowościowe<sup>2</sup>. Jednocześnie według statystyk WHO samobójstwa są drugą najpowszechniejszą przyczyną śmierci wśród osób w wieku 10–29 lat. U tej grupy wiekowej samobójstwa stanowią 8,5% wszystkich zgonów Dane WHO z 2020 r. wskazują na ponad 800 tysięcy na całym świecie. Średnio co 40 sekund ktoś odbiera sobie życie<sup>3</sup>. W 2023 r. Komenda Główna Policji odnotowała 5233 przypadków prób samobójczych zakończonych zgonem, w tym 7 osób w grupie wiekowej 7–12 lat, 138 osób pomiędzy 13–18 r.ż. oraz 304 osoby pomiędzy 19 a 24 r.ż.<sup>4</sup>.

W niniejszym artykule przedstawię wieloczynnikową analizę czynników ryzyka zachowań o charakterze samouszkodzeń wśród dzieci

---

<sup>1</sup> American Psychiatric Association: Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5. American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.

<sup>2</sup> I. Grzegorzewska., L. Cierpiałkowska., A.R. Borkowska (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*, Warszawa 2022.

<sup>3</sup> P.Gałecki, (red.), *Psychiatria. Badanie stanu psychicznego ICD-11. Tom I i II*, Wrocław 2023, s. 284.

<sup>4</sup> <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html>.

i młodzieży w oparciu o analizę wybranych przypadków z praktyki psychoterapeutycznej w Poradni Zdrowia Psychicznego oraz stacjonarnego ośrodka Leczenia Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży w Warszawie. Przy doborze osób do analizy przypadku zastosowano następujące kryteria doboru: wiek (14–19 r.ż), okres udzielonego wsparcia (2021–2023), charakterystyka problemu (osoby z potwierdzoną próbą samouszkodzenia z zamiarem odebrania sobie życia).

## Deficycyjna charakterystyka zamierzonych samouszkodzeń

Termin samobójstwo obejmuje myśli, plany, działania, próby i dokonanie samobójstwa. Spektrum myśli samobójczych w okresie dojrzewania jest szerokie – od sporadycznego przekonania, że nie warto już żyć, aż do rozważenia aktywnego zakończenia własnego życia. O planach samobójczych możemy mówić, kiedy nastolatek ma już sformułowane konkretne metody uszkodzenia własnego ciała z zamiarem odebrania sobie życia. Próba samobójcza to zamieszone i przeprowadzone z własnej woli zachowanie o charakterze samouszkodzeń, którego celem jest doprowadzenie do śmierci<sup>5</sup>.

Zamierzone samouszkodzenia z zamiarem odebrania sobie życia należy odróżnić od samoookaleczeń bez intencji samobójczych, w których obrażenia ciała są z zasady niewielkie i nie zagrażają w poważny sposób życiu. Mają one charakter zachowań autoagresywnych, takich jak uderzanie głową, cięcia, przypalanie, drapanie, wyrwanie włosów, rozdrapywanie ran, kompulsywne obgryzanie paznokci. Celem samoookaleczeń jest regulacja afektu, szczególnie złagodzenie negatywnych emocji (lęku, poczucia winy, samotności, gniewu, cierpienia emocjonalnego), zadanie sobie bólu, wejście w inny stan świadomości, uzyskanie korzyści społecznych, zapobieganie tendencjom samobójczym, ukaranie siebie oraz wywieranie wpływu na otoczenie<sup>6</sup>.

Samobójstwo jest terminem medycznym, szczegółowo opisanym w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych

---

<sup>5</sup> K. Becker K., M. Kaess., P. Plener, *Suizidalität und nicht-suizidale selbstverletzende Verhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter*, „Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ 2017, nr45, s. 485–497

<sup>6</sup> Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP): Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter. 4. Edition. 2016 [https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-0311\\_S2k\\_Suizidalitaet\\_KiJu\\_2016-07\\_01-abgelaufen.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-0311_S2k_Suizidalitaet_KiJu_2016-07_01-abgelaufen.pdf).

ICD-10 (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) w kategorii ogólnej *zewnętrzne przyczyny zgonu XX*. Bardziej precyzyjne określenie zachowań związanych z zamierzonym zamiarem odebrania sobie życia oraz innymi zachowaniami o charakterze autoagresywnym zostały opisane w kategorii *zamierzone samouszkodzenie X60-X84*<sup>7</sup>. Do tej kategorii zalicza się:

- X60 Zamierzone zatrucie przez narażenie na nieopiodowe leki przeciwbólowe, przeciwgorączkowe i przeciwreumatyczne;
- X61 Zamierzone zatrucie przez narażenie na leki przeciwpadaczkowe, uspokajająco-nasenne, stosowane w chorobie Parkinsona i psychotropowe, niesklasyfikowane gdzie indziej;
- X62 Zamierzone zatrucie przez narażenie na narkotyki i leki psychodysleptyczne [halucynogenne];
- X63 Zamierzone zatrucie przez narażenie na inne leki działające na układ nerwowy wegetatywny;
- X64 Zamierzone zatrucie przez narażenie na inne i nieokreślone leki, środki farmakologiczne i substancje biologiczne;
- X65 Zamierzone zatrucie przez narażenie na alkohol;
- X66 Zamierzone zatrucie przez narażenie na rozpuszczalniki organiczne i chlorowcowe pochodne węglowodorów i ich pary;
- X67 Zamierzone zatrucie przez narażenie na inne gazy i pary;
- X68 Zamierzone zatrucie przez narażenie na pestycydy;
- X69 Zamierzone zatrucie przez narażenie na inne i nieokreślone środki chemiczne i szkodliwe substancje;
- X70 Zamierzone samouszkodzenie przez powieszenie, zadziergnięcie i zadławienie;
- X71 Zamierzone samouszkodzenie przez zanurzenie i utopienie;
- X72 Zamierzone samouszkodzenie przez postrzał z broni krótkiej;
- X73 Zamierzone samouszkodzenie przy użyciu broni wojskowej, strzelby i broni palnej długiej;
- X74 Zamierzone samouszkodzenie przez postrzał z innej i nieokreślonej broni;
- X75 Zamierzone samouszkodzenie przy użyciu materiału wybuchowego;
- X76 Zamierzone samouszkodzenie przez dym, ogień i płomień;

---

<sup>7</sup> H. Remschmidt., M. Schmidt., F. Poustka (red.), *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*. Huber, Bern 2012.

- X77 Zamierzone samouszkodzenie przez parę wodną, gorące pary i gorące przedmioty;
- X78 Zamierzone samouszkodzenie przy użyciu narzędzia ostrego;
- X79 Zamierzone samouszkodzenie przy użyciu narzędzia tępego;
- X80 Zamierzone samouszkodzenie przez skok z wysokości;
- X81 Zamierzone samouszkodzenie przez wskoczenie lub położenie się przed ruchomy przedmiot;
- X82 Zamierzone samouszkodzenie przez rozbitcie pojazdu mechanicznego;
- X83 Zamierzone samouszkodzenie w inny określony sposób;
- X84 Zamierzone samouszkodzenie w sposób nieokreślony.<sup>8</sup>

Również w klasyfikacji zaburzeń psychicznych *Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego* – APA DSM-V znajduje się kategoria *zachowania samobójcze (suicidal behaviour disorder, SBD)*<sup>9</sup> z wyróżnieniem pięciu kryteriów diagnostycznych:

1. Podjęcie próby samobójczej w ciągu ostatnich 24 miesięcy.
2. Działanie to nie spełnia kryteriów NSSV (samookaleczenia bez intencji samobójczej).
3. Diagnozy tej nie stosuje się do myśli samobójczych czy działań przygotowawczych.
4. Działanie nie było podjęte w stanie zaburzenia świadomości.
5. Osoba nie miała motywacji politycznej ani religijnej<sup>10</sup>.

Samobójstwo najczęściej poprzedza tzw. decyzyjny proces suicydalny, który składa się z 8 etapów. Obrazuje go przedstawiony na rysunku numer 1 schemat:

---

<sup>8</sup> A. Gmitrowicz, *Samobójstwa dzieci i młodzieży* [w:] I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Warszawa 2014, s. 477–488.

<sup>9</sup> American Psychiatric Association: Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5. American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.

<sup>10</sup> I. Makowska., A. Gmitrowicz, *Samookaleczenia bez intencji samobójczej a zachowania samobójcze*, „Psychiatria i Neurologia Kliniczna” 2018, nr18 (2). s. 173–179.

Rysunek 1. Decyzyjny proces suicydalny



Źródło: Opracowanie na podstawie: P.Gałecki (red.), *Psychiatria. Badanie stanu psychicznego ICD-11*. Tom I i II, Wrocław 2023, s. 288.

Podsumowując, samobójstwo jest zamierzonym działaniem o charakterze samouszkodzenia z intencją odebrania sobie życia przy użyciu różnych metod. Analizując problem samobójstw wśród dzieci i młodzieży, należy rozróżnić następujące pojęcia:

- Samobójstwo to zamierzone i samodzielne działanie zagrażające życiu;
- Próba samobójcza to działanie podjęte z zamiarem odebrania sobie życia, bez udziału osób trzecich i tragicznego zakończenia. Podjęte kroki mogą prowadzić do uszkodzeń ciała;
- Myśli samobójcze to automatyczne myśli i wyobrażenia dotyczące samobójstwa, planowanie wykonania czynności samouszkodzenia, wizualizacji przebiegu samobójstwa, silne pragnienie realizacji myśli<sup>11</sup>;
- Syndrom presuicydalny to termin, który wprowadził do literatury przedmiotu wiedeński psychiatra i psychoterapeuta Erwin Ringel.

<sup>11</sup> A. Gmitrowicz, *Samobójstwa dzieci i młodzieży* [w:] I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Warszawa 2014, s. 478.

Prowadził on badania jakościowe na ponad 700 pacjentach, którzy przeżyli próbę samobójczą. Rindel zdiagnozował zespół sygnałów, które mogą świadczyć o gotowości osoby do popełnienia samobójstwa. Do głównych symptomów zespołu presuicydalnego należą: zawężenie sytuacyjne, zawężenie dynamiczne, zawężenie stosunków międzyludzkich, zawężenie świata wartości<sup>12</sup>;

- Samookaleczanie bez intencji samobójczej to zachowania autoagresywne takie jak uderzanie głową, cięcia, przypalanie, przyduszanie, drapanie, wrywanie włosów, kompulsywne obgryzanie paznokci, rozdrapywanie ran, przedawkowania leków, których celem jest zadanie sobie bólu, wejście w inny stan świadomości, wzbudzenie reakcji otoczenia, uzyskanie korzyści społecznych (uznania wśród rówieśników), naśladownictwo a nie pozbawienie się życia<sup>13</sup>.

## Przyczyny zamierzonych samouszkodzeń wśród dzieci i młodzieży

Szczególnie wśród dzieci i młodzieży przyczyny zachowań samobójczych należy rozpatrywać, uwzględniając podejście wieloczynnikowe. Są to zachowania złożone, gdzie istotną rolę odgrywają czynniki indywidualne, sytuacyjne i środowiskowe, w tym biologiczne, osobowościowe, rodzinne, rówieśnicze, choroby współistniejące, traumatyczne wydarzenia życiowe<sup>14</sup>. Ponadto intrapsychniczne spojrzenie na samobójstwo uwzględnia również indywidualne kompetencje zarządzania stresem oraz radzenia sobie z problemami, poczucie sprawczości, możliwości wywierania wpływu na siebie i otoczenie (patrz koncepcja salutogenezy, resilience)<sup>15</sup>. Kompleksowe/wieloczynnikowe podejście do zachowań o charakterze

---

<sup>12</sup> T. Macho, *Das Leben Nehmen: Suizid in der Moderne*, Suhrkamp, Berlin 2017.

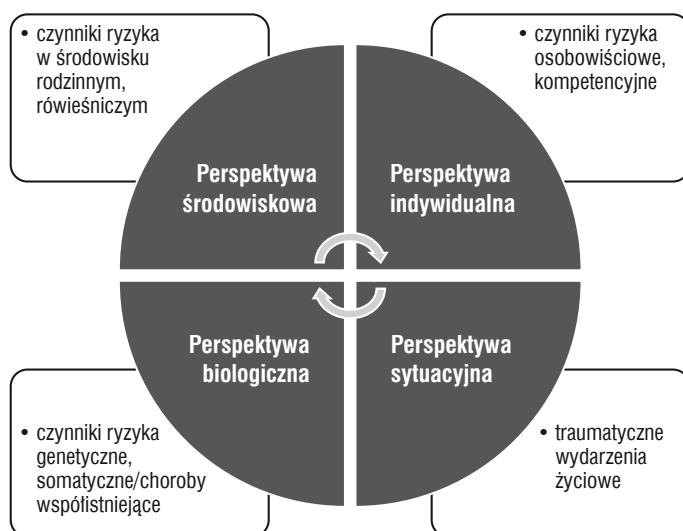
<sup>13</sup> I. Makowska., A. Gmitrowicz, *Samookaleczenia bez intencji samobójczej a zachowania samobójcze*, *Psychiatria i Neurologia Kliniczna* 2018, nr 18 (2), s. 173–179.

<sup>14</sup> N. Spröber., J. Straub., J. Fegert., M. Kölich, *Depression im Jugendalter*, Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2012; A. Chanlder, *Socioeconomic inequalities of suicides: Sociobiological and psychological intersections*. *European Journal of Social Theory* 2019, s. 1–19.

<sup>15</sup> A. Antonovsky, *Personality and Health: Testing the sense of coherence model*. [w:] H.S. Friedman, *Personality and disease*, New York 1990, s. 155–177; D. Bender., F. Lösel, *Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Prozessen: Konzeptuelle Grundlagen und Ergebnisse der Resilienzforschung* [w:] *Was Kinder stärkt? Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*, pod red. M. Fingerle., G. Opp, Ernst Reinhardt Verlag, München 2007, s. 57–78.

samouszkodzeń wśród dzieci i młodzieży przedstawia rysunek nr 1. Jednocześnie należy podkreślić wzajemne oddziaływanie poszczególnych grup czynników ryzyka oraz czynników chroniących. Zachowania o charakterze samouszkodzeń są zatem wynikiem wzajemnego wpływu predyspozycji jednostki (czynniki biologiczne, indywidualne), wyzwalaczy w najbliższym środowisku (rodzina, grupa rówieśnicza) oraz wyzwalaczy sytuacyjnych (stresogenne/traumatyczne sytuacje).

Rysunek 2. Kompleksowe podejście do samobójstwa wśród dzieci i młodzieży



Źródło: opracowanie własne na podstawie: M. Kulesza., A. Odrowąż-Coates., A. Perkowska-Klejman, *Suicide rates amongst adolescents. A mental health practitioner's perspective in Poland and a global, Big Data context*, Resocjalizacja Polska 2021, no. 21, pp. 461–486.

Z perspektywy biologicznej istotną rolę odgrywa występowanie chorób współistniejących, w tym zaburzeń depresyjnych, zaburzeń osobowości, zaburzeń zachowania, zaburzeń odżywiania, zespołu uzależnienia od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych. Dostępne badania pokazują, że wysoki procent nieletnich po próbie samobójczej miał zdiagnozowane inne zaburzenie psychiczne. Przy czym u chłopców dominowały zaburzenia zachowania, zaburzenia depresyjne, zespół uzależnienia od substancji psychoaktywnych, a u dziewcząt zaburzenia osobowości, zaburzenia odżywiania. Wyżej wymienione zaburzenia



związane są z nieprawidłowościami w funkcjonowaniu ośrodkowego układu nerwowego, w szczególności dysfunkcje w układzie serotoniner-gicznym (zmniejszenie stężenia serotoniny) oraz dysfunkcja osi podwzgórze-przysadka-nadnercza<sup>16</sup>.

Indywidualne/osobowościowe czynniki ryzyka dotyczą zarówno uwarunkowań charakterologicznych, jak i kompetencyjnych. Do osobowościowych zmiennych zwiększających tendencje samobójcze należą: gotowość do odczuwania lęku, silnej złości, wrogości, agresywność, impulsywność, poczucie braku kontroli, niska samoocena, zaburzone mechanizmy obronne. W obszarze kompetencyjnym można stwierdzić deficyty zakresie zarządzania emocjami, strategii radzenia sobie z problemami, sztywność i schematyczność myślenia, tendencje do zniekształceń poznawczych (negatywny odbiór otaczającej rzeczywistości, doświadczanych sytuacji), zaburzone style przywiązania oraz mechanizmy budowania relacji interpersonalnych (zachowania o charakterze lękowym, przywierającym, zależnym)<sup>17</sup>.

Środowiskowe czynniki ryzyka dotyczą przede wszystkim jakości relacji z najbliższym otoczeniem młodego człowieka, w tym rodziną i rówieśnikami. Zwiększona skłonność do samobójstw wśród dzieci i młodzieży występuje w rodzinach o nasilonym poziomie konfliktów, rozbitych, o zaburzonych relacjach opiekun-dziecko (brak wsparcia, gotowości okazywania emocji, sztywne granice, chłód emocjonalny, obojętność, splątanie emocjonalne, zależność emocjonalna, brak granic lub sztywne granice), modelujących nieprawidłowe zachowania (nadużywanie alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, próby samobójcze/samobójstwa w rodzinie). Zarówno w środowisku rodzinnym, jak i rówieśniczym zachowania przemocowe (przemoc fizyczna, psychiczna, seksualne, ekonomiczna, społeczna, wirtualna) są silnym predykatorem zachowań o charakterze samouszkodzeń<sup>18</sup>.

Większość prób samobójczych poprzedzonych jest wystąpieniem sytuacji kryzysowej. Jednocześnie należy pamiętać, że perspektywa dziecka/osoby nieletniej znacznie różni się od sposobu interpretacji

<sup>16</sup> M.M. Steele., T. Doey, *Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 2: treatment and prevention*, Canadian Journal of psychiatry 2007, 52, p. 35-45.

<sup>17</sup> P. Wilkinson., R. Kelvin., Ch. Roberts., B. Dubicka., I. Goodyer, *Clinical and Psychosocial Predictors of Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT)*, Canadian Journal of psychiatry 2011, s. 495-501.

<sup>18</sup> A. Gmitrowicz, *Samobójstwa dzieci i młodzieży* [w:] I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Warszawa 2014, s. 477-488.

określonych sytuacji przez osoby dorosłe. Wyzwalacze zewnętrzne (sytuacyjne) u dzieci i młodzieży nie mają często charakteru przewlekłego, chronicznego (z wyjątkiem zachowań o charakterze przemocowym). Do częstych doraźnych bodźców należą konflikty w rodzinie, rozstanie z chłopakiem/dziewczyną, niechciana ciąża, niepowodzenie szkolne/sportowe, jak i samobójcza śmierć osoby z najbliższego otoczenia lub samobójcza śmierć nagłośniona medialnie<sup>19</sup>.

Reasumując, z perspektywy indywidualnej, środowiskowej, biologicznej i sytuacyjnej skłonności do zachowań samobójczych będzie miała ta grupa dzieci i młodzieży, która:

- regularnie nadużywa alkoholu i narkotyków,
- wykazuje wysoką impulsywność, neurotyczność, niestabilność emocjonalną,
- ma choroby współistniejące, w tym zaburzenia osobowości,
- miała w ostatnim roku próbę samobójczą,
- miała samobójstwo lub próby samobójcze w najbliższym otoczeniu,
- ma bieżące krytyczne wydarzenia życiowe.

## Wnioski z analizy indywidualnych przypadków

W nawiązaniu do przedstawionych powyżej perspektyw biologicznej, środowiskowej, sytuacyjnej, indywidualnej dotyczących samobójstw, w tym podjęcia prób samobójczych przez dzieci i młodzież, poniżej przedstawiona została zbiorcza tabela 10 przypadków (z ostatnich dwóch lat 2021–2023). U wszystkich osób świadoma decyzja związana z próbą odebrania sobie życia była wypadkową wielu czynników, w tym występowania chorób współistniejących, zaburzonymi relacjami rodzinnymi, negatywnymi schematami radzenia sobie ze stresem oraz kontrolowania emocji, trudną sytuacją osobistą. Próba samobójcza była formą poradzenia sobie z rzeczywistością, ucieczki od niej, od cierpienia, bezsilności, wewnętrznego bólu i pustki lub rozwiązania problemów. Uwzględnione prezentowanej analizie przypadku osoby zostały dobrane w sposób celowy z próby klientów korzystających z wsparcia psychoterapeutycznego w ramach Centrum Interwencji Kryzysowej, w skład którego wchodzi Poradnia

---

<sup>19</sup> W. Radziwiłłowicz, *Autoagresja – samobójstwa i samookaleczenia*, [w:] I. Grzegorzewska., L. Cierpiałkowska, A.R. Borkowska (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*, Warszawa 2022, s. 257–268.

Tabela 1. Charakterystyka przypadków

Płeć	Wiek	Czynniki ryzyka biologiczne	Czynniki ryzyka środowiskowe	Czynniki ryzyka indywidualne	Czynniki ryzyka sytuacyjne	Rodzaj samouszkodzenia
K	17	F91 F19.1	Rodzina pełna, starsza siostra, rodzice wykształcenie wyższe, dominujący styl wychowania – odrzucający; porównywanie do siostry, krytykowanie, deprecjonowanie.	Impulsywność, tendencja do zachowań autodestrukcyjnych (samookaleczania), trudności w przestrzeganiu zasad i reguł społecznych (trudności w szkole), trudności w budowaniu relacji interpersonalnych (częste konflikty z rówieśnikami oraz z najbliższą rodziną), nalogowy schemat regulowania emocji;	Rozstanie z partnerem. Partner wszedł w relacje z jej siostrą.	X63
M	17	F19.2 Z81.1	Rodzina zrekonstruowana. Jedna młodsza siostra biologiczna i jedna młodsza siostra przyrodna. Kontakt z ojcem biologicznym sporadyczny. Przemoc fizyczna ze strony biologicznego ojca (przed rozstaniem rodziców). Przemoc wobec niego i matki. Wchodził w rolę bohatera – bronił matki i młodszej siostry. Parentyfikacja. W relacji z matką wchodził w rolę partnera. Matka – tendencja do „emocjonalnego wikłania” syna: wywoływanie poczucia winy, przerzucanie odpowiedzialności za swoje samopoczucie. W relacjach z siostrami poczucie bycia gorszym. Relacja partnerska z osobą uzależnioną – wspieranie się w schematach uzależnienia, planowanie wspólnego samobójstwa.	Wysoki poziom neurotyczności; chwiejność emocjonalna, wysoki poziom lęku. Silna potrzeba przynależności oraz akceptacji społecznej. Lęk przed odrzuceniem. Trudności w stawianiu granic innym. W relacjach społecznych tendencja do podporządkowywania się.	Pod wpływem namowy partnerki (próba samobójcza rozszerzona)	X63

Płeć	Wiek	Czynniki ryzyka biologiczne	Czynniki ryzyka środowiskowe	Czynniki ryzyka indywidualne	Czynniki ryzyka sytuacyjne	Rodzaj samouszkodzenia
M	19	F19.2	Rodzina rozbita; brak kontaktu z biologicznym ojcem; przemoc psychiczna ze strony partnera matki; dominujący styl wychowawczy: obojętny.	Impulsywność, agresywność, tendencja do podejmowania zachowań ryzykownych	Wyrzucenie z zamkniętego ośrodka leczenia uzależnień za złamanie regulaminu (abstynencja seksualna)	X62
M	17	F 60.31 F19.1	Relacja z matką – splątanie emocjonalne, zależność, brak granic; częste konflikty, histryczny rys relacji; Przemoc psychiczna, słowna zarówno ze strony matki, jak i syna; Relacja z ojcem – ojciec emocjonalnie nieobecny, wycofany, nieaktywny, obojętność, chłód emocjonalny.	Impulsywność, niestabilność emocjonalna, trudności z kontrolowaniem emocji, niewłaściwe sposoby rozwiązywania problemów (nadużywanie substancji psychoaktywnych, zachowania autodestrukcyjne)	Konflikt z dziewczyną;	X78
K	17	F91 F19.1	Dominujący styl wychowania – obojętny; odrzucenie ze strony rówieśników, brak akceptacji społecznej.	Schemat deprecjonowania i poniżania siebie, karania siebie; brak poczucia przynależności zarówno do systemu pierwotnego – rodzina, jak i rówieśniczego; trudności w przestrzeganiu zasad i reguł społecznych, trudności w budowaniu relacji interpersonalnych; liczne kontakty seksualne z mężczyznami; zachowania kompulsywne; wrogość, impulsywność.	Udostępnienie przez koleżankę na aplikacji messenger zdjęć pokazującego osobę pod wpływem substancji psychoaktywnych (jako forma odegrania się za odbicie partnera);	X63

Płeć	Wiek	Czynniki ryzyka biologiczne	Czynniki ryzyka środowiskowe	Czynniki ryzyka indywidualne	Czynniki ryzyka sytuacyjne	Rodzaj samouszkodzenia
M	16	F19.2 Z81.1	Uzależnienie od alkoholu ojca; ojciec stosował przemoc psychiczną, fizyczną, ekonomiczną wobec osoby, rodzeństwa i matki; konflikty z ojcem; odrzucenie przez ojca; brak wsparcia ze strony matki i siostry.	Zachowania kompulsywne; trudności z kontrolowaniem emocji; zaburzone sposoby radzenia sobie z problemami (zachowania nalogowe); utrwalony schemat krytykowania siebie i deprecjonowania, niska samoocena.	Kłótnia z ojcem	X70
M	16	F63.8 Z81.1	Rodzina rozbita; brak kontaktu z ojcem biologicznym; ojciec uzależniony od alkoholu – zaniechanie emocjonalne ze strony ojca, ojciec postawa pasywna, bierna, podporządkowana wobec matki; Matka bierno-agresywna – krytykowała ojca przy chłopcu, wzbudzała poczucie winy podczas kontaktów z ojcem, przetrzącała odpowiedzialność na ojca za rozpad związku – wzbudzała u syna poczucie gorszości – porównując go do kolegów z pełnych rodzin, idealizując ojców kolegów.	Impulsywność, niestabilność emocjonalna; Niewłaściwe sposoby radzenia sobie ze stresem/trudnościami (ucieczka w świat wirtualny, zachowania kompulsywne); szywność myślenia i działania; niska samoocena, wysoki samokrytycyzm.	Przegrana dużej sumy pieniędzy matki	X61
K	16	F33 F50.0	Zaburzona relacja z matką – postawa kontrolująca, autorytarna, ingerująca w prywatność. Krytykowanie córki, brak akceptacji seksualności dziecka. Wychowanie oparte na kontroli i wywoływaniu poczucia winy; Wycofanie z relacji z rówieśnikami – izolacja społeczna.	Bardzo wysoki poziom neurotyczności; schemat deprecjonowania, krytykowania i poniżania siebie; zachowania autoagresywne (okaleczanie się – nacinanie brzucha, ud, wbijanie sobie pinasek, głodzenie się), myśli rezygnacyjne, apatia; szywność myślenia, myślenie katastroficzne; niska samoocena; brak akceptacji swojej seksualności.	Brak	X61

Płeć	Wiek	Czynniki ryzyka biologiczne	Czynniki ryzyka środowiskowe	Czynniki ryzyka indywidualne	Czynniki ryzyka sytuacyjne	Rodzaj samouszkodzenia
K	19	F60.3	Rodzina pełna, starszy o 3 lata brat. Postawa rodziców odrzucająca. Deklarowany brak zainteresowania ze strony rodziców, rodzice skoncentrowani na pracy oraz na starszym bracie. Powtarzane przez rodziców słowa, że „była przypadkiem”. Nadużycie seksualne ze strony brata (dotykanie, klepanie, wulgarnie odzywanie się) – brak reakcji ze strony rodziców.	Schematy zachowaniowe, emocjonalne, poznawcze charakterystyczne dla zaburzenia osobowości z pogranicza – wysoka impulsywność, labilność emocjonalna, tendencja do doświadczenia skrajnych emocji, tendencja do reagowania złością i agresją na lęk, wysoki poziom lęku, lęk przed odrzuceniem. Od 12 roku życia samookaleczanie się jako sposób wywoływania reakcji u bliskich osób, poczucia winy, zainteresowania.	Brak	X63
M	18	F19.2 F63	Rodzina niepełna. Wychowywany przez matkę. Dwie młodsze siostry. Brak kontaktu z ojcem biologicznym. Rozwód w wieku 8 lat. Ojciec osoba uzależniona od alkoholu, przemoc fizyczna i psychiczna wobec niego i matki. W rodzinie rola „niewidzialnego dziecka”. Postawa matki – obojętna. Matka skoncentrowana na młodszym rodzeństwie. Przemoc psychiczna i słowna ze strony matki – wywoływanie poczucia winy, krytykowanie. Krzyk jako sposób rozwiązywania konfliktów.	Utrwalony schemat natłowego regulowania emocji – od 12 roku życia samookaleczanie. Od 14 roku życia regularne korzystanie z pornografii. Tendencja do dysocjacji w sytuacjach przemocowych. Wysoki poziom lęku. Utrwalony schemat deprecjonowania i krytykowania siebie. W relacjach interpersonalnych schemat wycofywania się, unikania kontaktów.	Złamanie abstynencji. Próba samobójcza pod wpływem substancji psychoaktywnych	X64

Źródło: opracowanie własne.

Zdrowia Psychicznego NZOZ oraz stacjonarny Ośrodek Leczenia Uzależnień dla Dzieci i Młodzieży NZOZ. Placówka udziela pomocy psychologicznej i psychiatrycznej osobom wykazującym symptomy zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania (głównie diagnoza nosologiczna ICD-10 F.00-F.99). Rocznie ze wsparcia PZP NZOZ korzysta średnio 200 osób, w szczególności są to klienci z zaburzeniami depresyjnymi, zaburzeniami zachowania, zaburzeniami nawyków i popędów, zaburzeniami osobowości, zaburzeniami odżywiania, zespołem uzależnień od substancji psychoaktywnych, zespołu uzależnień od alkoholu. Przy doborze osób do analizy przypadku zastosowano następujące kryteria doboru: wiek (14–19 r.ż), okres udzielonego wsparcia (2021–2023), charakterystyka problemu (osoby z potwierdzoną próbą samouszkodzenia z zamiarem odebrania sobie życia), tryb leczenia ambulatoryjny lub stacjonarny, pisemna zgoda osoby na przedstawienie analizy przypadku (dokonano anonimizacji danych).

## Podsumowanie

Tekst przekazuje kompleksowe spojrzenie na problem zamierzonych samouszkodzeń wśród dzieci i młodzieży, uwzględniając różnorodne czynniki ryzyka i sytuacyjne, a także analizując indywidualne przypadki z perspektywy psychoterapeutycznej. Do głównych przyczyn samobójstw, opierając się zarówno na analizie literatury przedmiotu, jak i analizie indywidualnych przypadków, należą: czynniki biologiczne, osobowościowe, środowiskowe, somatyczne i sytuacyjne.

Samouszkodzenia, w tym próby samobójcze, stają się coraz bardziej powszechne wśród dzieci i młodzieży. Statystyki WHO i dane krajowe wskazują, że jest to bardzo istotny problem w obszarze zdrowia publicznego, z którym coraz częściej spotykają się psychologowie, psychoterapeuci i pedagodzy. W związku z powyższym istnieje pilna potrzeba działań profilaktycznych w obszarze samouszkodzeń wśród dzieci i młodzieży. Czynniki ryzyka są złożone i różnorodne, co wymaga holistycznego podejścia do problemu. Znaczącą rolę w obszarze przeciwdziałania samouszkodzeniom odgrywa psychoterapia oraz wsparcie psychopedagogiczne, w tym psychoedukacja. Edukacja społeczeństwa, w tym rodziców, nauczycieli i rówieśników, może odegrać kluczową rolę w profilaktyce samouszkodzeń. Kontynuowanie badań nad obszarem analizy czynników ryzyka i czynników chroniących dotyczących samouszkodzeń wydaje się konieczne w celu opracowania bardziej skutecznych strategii profilaktycznych i interwencyjnych.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association: Desk Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-5. American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
- Antonovsky A, *Personality and Health: Testing the sense of coherence model* [w:] H.S. Friedman (red.), *Personality and disease*, New York 1990.
- Becker K., Kaess M., Plener P., *Suizidalität und nicht-suizidale selbstverletzende Verhaltensweisen im Kindes- und Jugendalter*, „Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ 2017, nr 45.
- Bender D., Lösel F, *Von generellen Schutzfaktoren zu spezifischen protektiven Prozessen: Konzeptuelle Grundlagen und Ergebnisse der Resilienzforschung* [w:] *Was Kinder stärkt? Erziehung zwischen Risiko und Resilienz*, pod red. M. Fingerle., G. Opp, Ernst Reinhardt Verlag, München 2007.
- Chandler A, *Socioeconomic inequalities of suicides: Sociobiological and psychological intersections*. European Journal of Social Theory 2019.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP): Leitlinie Suizidalität im Kindes- und Jugendalter. 4. Edition. 2016 [https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-0311\\_S2k\\_Suizidalitaet\\_KiJu\\_2016-07\\_01-abgelaufen.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-0311_S2k_Suizidalitaet_KiJu_2016-07_01-abgelaufen.pdf)
- Gałęcki P. (red.), *Psychiatria. Badanie stanu psychicznego ICD-11. Tom I i II*, Wrocław 2023.
- Gmitrowicz A, *Samobójstwa dzieci i młodzieży* [w:] I. Namysłowska (red.), *Psychiatria dzieci i młodzieży*, Warszawa 2014.
- Grzegorzewska I., Cierpiałkowska L., Borkowska A.R. (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*. PWN, Warszawa 2022.
- <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze/63803,Zamachy-samobojcze-od-2017-roku.html>
- Kulesza M., Odrowąż-Coates A., Perkowska-Klejman A, *Suicide rates amongst adolescents. A mental health practitioner's perspective in Poland and a global, Big Data context*, Resocjalizacja Polska 2021, no. 21.
- Macho T., *Das Leben Nehmen: Suizid in der Moderne*, Suhrkamp, Berlin 2017.
- Makowska I., Gmitrowicz A, *Samookaleczenia bez intencji samobójczej a zachowania samobójcze*. Psychiatria i Neurologia Kliniczna 2018, nr 18 (2).
- Radziwiłłowicz W., *Autoagresja – samobójstwa i samookaleczenia* [w:] I. Grzegorzewska, L. Cierpiałkowska, A.R. Borkowska (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*, Warszawa 2022.
- Remschmidt H., Schmidt M., Poustka F (red.), *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO*, Huber, Bern 2012.



Spröber N., Straub J., Fegert J., Kölch M, *Depression im Jugendalter*, Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2012.

Steele M.M., Doey T., *Suicidal behaviour in children and adolescents. Part 2: treatment and prevention*. Canadian Journal of psychiatry 2007, 52.

Wilkinson P., Kelvin R., Roberts CH., Dubicka D., Goodyer I, *Clinical and Psychosocial Predictors of Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in the Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT)*, Canadian Journal of psychiatry 2011.

