

# Rola negatywnych doświadczeń w dzieciństwie jako uwarunkowań samookaleczeń bez intencji samobójczych wśród dzieci i młodzieży

Philip Baiden<sup>a</sup>, Shannon L. Stewart<sup>b</sup>, Barbara Fallon<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Factor-Inwentash Wydział Pracy Socjalnej, Uniwersytet w Toronto

<sup>b</sup>Wydział Edukacji, Uniwersytet Zachodniego Ontario

Celem badania było określenie rozpowszechnienia oraz wpływu negatywnych doświadczeń w dzieciństwie na występowanie samookaleczeń bez intencji samobójczych (non-suicidal self-injury, NSSI) u dzieci i młodzieży, w kontekście środowiskowej oraz szpitalnej opieki zdrowia psychicznego. Dane do badania uzyskano ze zbioru interRAI – Zdrowie Psychiczne Dzieci i Młodzieży (Child and Youth Mental Health). Zbadano łącznie 2038 dzieci i nastolatków w wieku 8–18 lat ( $M = 12,49$ ,  $SD = 2,88$ , 61,1% badanych było płci męskiej). Przeprowadzono dwuczynnikową regresję logistyczną w celu identyfikacji predyktorów NSSI jako funkcji negatywnych doświadczeń z dzieciństwa, depresji i wsparcia społecznego, przy jednoczesnym kontrolowaniu wieku, płci, typu pacjenta, opieki prawnej, stanu cywilnego rodziców/opiekunów, historii umieszczenia w rodzinie zastępczej i diagnozy zdrowia psychicznego. Spośród 2038 badanych dzieci i nastolatków u 592 (29%) występowały NSSI. W wieloczynnikowym modelu regresji logistycznej wykazano, że szanse wystąpienia NSSI u dzieci i nastolatków, które doświadczyły przemocy fizycznej, były o 49% większe, a u dzieci i nastolatków, które zostały wykorzystane seksualnie, o 60% większe, w porównaniu z osobami, które nie doświadczyły przemocy. Inne predyktory NSSI to: starszy wiek, płeć żeńska, hospitalizacja, depresja, zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi, destrukcyjne zaburzenia zachowania i zaburzenia nastroju. U dzieci i nastolatków, które otrzymały jakąś formę wsparcia społecznego, szanse wystąpienia NSSI malały o 26%. Procedury oceny wskaźników zdrowia psychicznego, zwłaszcza u dzieci i nastolatków z historią negatywnych doświadczeń w dzieciństwie, powinny

zatem uwzględniać NSSI. Wzmocnienie sieci wsparcia społecznego oraz zwrócenie uwagi na depresję i powiązane z nią umiejętności regulacji emocji w dzieciństwie mogą pomóc zapobiegać NSSI wśród dzieci i młodzieży.

### SŁOWA KLUCZOWE:

NEGATYWNE DOŚWIADCZENIA W DZIECIŃSTWIE, ACE, SAMOOKALECZENIA BEZ INTENCJI SAMOBÓJCZYCH, DZIECI, NASTOLATKI, INTERRAI

## WSTĘP

Zjawisko samookaleczeń bez intencji samobójczych (non-suicidal self-injury, NSSI) definiuje się jako „bezpośrednie i celowe zniszczenie tkanki swojego ciała przy braku intencji samobójczych” (Nock, Favazza, 2009, s. 9). Nawet 70% dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi samookalecza się, przez co NSSI to główny problem zdrowia publicznego na całym świecie (Kaess i in., 2013; Thomassin, Shaffer, Madden, Londi, 2016; Weismore, Esposito-Smythers, 2010; Zetterqvist, Lundh, Svedin, 2014). W przeszłości NSSI było uznawane przede wszystkim za objaw zaburzenia osobowości typu borderline (*borderline personality disorder*, BPD), do tego stopnia, że w trzeciej edycji Diagnostycznego i statystycznego podręcznika zaburzeń psychicznych (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-III) wydanego przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association, 1980), zostało zakwalifikowane jako jeden z symptomów BPD i włączone do takich zachowań jak „czynności samodestrukcyjne fizycznie, np. gesty samobójcze, samookaleczenia, powtarzające się wypadki lub bójk” (American Psychiatric Association, 1980, s. 323). Z biegiem czasu NSSI zaczęło być jednak rozumiane szerzej jako zachowanie wymagające własnej klasyfikacji diagnostycznej (Claes, Vandereycken, 2007; Muehlenkamp, 2005, 2014; Posner, Brodsky, Yershova, Buchanan, Mann, 2014). W DSM-5 NSSI zostało uznane za autonomiczną kategorię diagnostyczną, którą wymieniono w załączniku jako jedno z zaburzeń psychicznych wymagających dalszych badań. Autorzy DSM-5 zaproponowali następującą definicję NSSI:

dokonywanie przez pięć lub więcej dni w ciągu ostatniego roku przez jednostkę celowego samookaleczenia, uszkodzenia powierzchni własnego ciała, mogącego wywołać krwawienie, zasinienie lub ból (np. nacinanie, przypalanie, nakłuwanie, uderzanie,

nadmierne tarcie), z oczekiwaniem, że szkoda doprowadzi tylko do drobnych lub umiarkowanych obrażeń ciała. (American Psychiatric Association, 2013, s. 803)

Zachowania, takie jak cięcie, szczypanie, szturchanie, drapanie, wbijanie szpilek i igieł w skórę oraz ciągnięcie za włosy, które prowadzą do samookaleczenia, ale bez intencji samobójczych, i powodują niezagrażające życiu uszkodzenia ciała – klasyfikuje się jako NSSI (Nock, Favazza, 2009). Natomiast takie zachowania jak samouszkodzenia z użyciem broni palnej i przedawkowanie leków z zamiarem samobójstwa są klasyfikowane jako samookaleczenia samobójcze (*suicidal selfinjury*, SSI; Messer, Fremouw, 2008; Muehlenkamp, 2014; Posner i in., 2014). Zamiar, zagrożenie życia oraz powtarzalność/częstotliwość to trzy ważne konstrukty, które odróżniają NSSI od SSI. Szczegółowo te trzy konstrukty omawiają Hamza, Stewart, Willoughby (2012) i Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll, Joiner (2007a, 2007b).

### **Wskaźniki rozpowszechnienia NSSI wśród dzieci i młodzieży**

Wskaźniki rozpowszechnienia NSSI wśród dzieci i młodzieży są bardzo zróżnicowane w wyniku wpływu wielu czynników, takich jak czas od ostatniego epizodu NSSI, liczba odnotowanych epizodów NSSI, badana populacja, jak również powody angażowania się w NSSI. W Kanadzie wskaźniki te wahają się zazwyczaj od 7% w badaniach uczniów (Duggan, Heath, Hu, 2015) do 77% w badaniach klinicznych (Preyde i in., 2014). Heath, Toste, Nedecheva i Charlebois (2008) szacowali skalę NSSI wśród studentów z dużego miejskiego uniwersytetu w Montrealu (Quebec) za pomocą *Inwentarza celowego samookaleczania (Deliberate Self-Harm Inventory, DSHI)* i odkryli, że 11,7% studentów zadeklarowało angażowanie się w NSSI w jakimś momencie ich życia. W badaniu podłużnym Preyde i in. (2012) przeanalizowali dane 169 dzieci i nastolatków z pięciu centrów zdrowia psychicznego w południowo-zachodnim Ontario i odkryli, że 57 uczestników (34%) angażowało się w NSSI przed rozpoczęciem leczenia. Z tych 57 uczestników 27 (47%) angażowało się w łagodne zachowania NSSI (np. wielokrotne szczypanie), 23 (40%) – w poważne zachowania NSSI (np. głębokie cięcia brzytwą), a siedmiu (12%) – w zachowania NSSI zagrażające życiu (Preyde i in., 2012).

Badania przeprowadzone w innych częściach Kanady również pokazywały znaczne różnice w szacunkach rozpowszechnienia NSSI wśród młodzieży w badaniach klinicznych, rozciągające się od 40% (Kaess i in., 2013) do 80% (Auerbach i in., 2014). Systematyczny przegląd przeprowadzony przez Swannell, Martina, Page'a, Hasking i St Johna (2014) w celu zbadania wpływu czynników metodologicznych na NSSI

w próbach nieklinicznych wykazał, że łączna szacunkowa częstość występowania NSSI wśród młodzieży wynosi 17,2%. Swannell i in. (2014) stwierdzili również, że czynniki metodologiczne przyczyniły się do więcej niż połowy niejednorodności wskaźników rozpowszechnienia. Ponadto Muehlenkamp, Claes, Havertape i Plener (2012) przeprowadzili systematyczny przegląd badań opublikowanych w latach 2005–2011 na temat występowania NSSI wśród młodzieży i stwierdzili, że średnia skala występowania NSSI w ciągu życia w badaniach wynosi 18% ( $SD = 7,3\%$ ). Wykazali również, że badanie NSSI przy użyciu pojedynczych elementów skutkuje niższym wskaźnikiem rozpowszechnienia niż ocena za pomocą szczegółowej listy zachowań.

### Czynniki związane z NSSI

Jednym spójnym czynnikiem, który został zidentyfikowany jako istotny predyktor NSSI wśród nastolatków, są negatywne doświadczenia z dzieciństwa (*adverse childhood experience*, ACE; Franzke, Wabnitz, Catani, 2015; Glassman, Weierich, Hooley, Deliberto, Nock, 2007; Gratz, 2006; i in., 2013; Zetterqvist i in., 2014). Yates (2009) zaobserwowała, że aż 80% osób angażujących się w NSSI zadeklarowało występowanie ACE. Negatywne doświadczenia z dzieciństwa to niepokojące lub traumatyczne wydarzenia, takie jak przemoc emocjonalna, fizyczna i seksualna, zaniedbanie emocjonalne i fizyczne, a także czynniki ryzyka opiekuna, takie jak uzależnienie lub używanie substancji psychoaktywnych, choroba psychiczna, przebywanie w więzieniu, separacja lub rozwód oraz przemoc wobec matki (Saul i in., 2014).

Szacunki na podstawie danych z badania *Canadian Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect* (CIS) sugerują, że w Kanadzie rośnie liczba dzieci i nastolatków, które doświadczyły przemocy i zaniedbania oraz których przypadki zostały zgłoszone (Trocmé i in., 2010). Przykładowo, w 1998 r. w Kanadzie prowadzono dochodzenie w sprawie 135 261 przypadków przemocy i zaniedbywania dzieci, co stanowiło 21,57 na 1000 wszystkich dochodzeń dotyczących dzieci. Do 2008 r. wskaźnik ten wzrósł do 39,16 dochodzeń na 1000 dzieci (235 842 przypadki dochodzeń dotyczących przemocy i zaniedbania; Trocmé i in., 2010 r.). Według CIS-2008 ponad ⅓ udowodnionych przypadków krzywdzenia dzieci było związanych z byciem świadkiem przemocy domowej (34%) lub zaniedbaniem (34%), a następnie z doświadczeniem przemocy fizycznej (20%), emocjonalnej (9%) i wykorzystania seksualnego (3%).

Dostępne piśmiennictwo potwierdza, że doświadczenie ACE wiąże się ze zwiększonym prawdopodobieństwem wystąpienia wielu negatywnych skutków w późniejszym życiu, w tym lęku i depresji (Coohey, Dirks-Bihun, Renner, Baller, 2014;

Greger, Myhre, Lydersen, Jozefiak, 2015; Larkin, Felitti, Anda, 2014), prób samobójczych (Dube i in., 2001), picia alkoholu, palenia papierosów i używania narkotyków (Braciszewski, Colby, 2015; Traube, James, Zhang, Landsverk, 2012), niską samooceną (Arslan, 2016) i ryzykownymi zachowaniami seksualnymi (Anda i in., 2006; Noll, Haralson, Butler, Shenk, 2011). Inne badania podłużne (np. Lewis i in., 2011), przeglądy systematyczne i metaanalizy (Agnew-Blais, Danese, 2016; Maniglio, 2010, 2012) również wykazały silny związek między ACE a problemami zdrowia psychicznego. Wykorzystując dane z badań podłużnych nad przemocą i zaniedbywaniem dzieci, Lewis i in. (2011) odkryli, że doświadczenie ACE prognozuje internalizację problemów z zachowaniem w wieku 14 lat i palenie papierosów w wieku 16 lat. Ponadto Maniglio (2010, 2012) przeprowadził przeglądy systematyczne, na podstawie których stwierdził, że doświadczenie wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie jest istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju zarówno depresji, jak i zaburzeń lękowych, niezależnie od płci ofiary i drastyczności doświadczonej przemocy.

Na podstawie analiz związku między ACE a NSSI w różnych przeglądach systematycznych i metaanalizach (Ford, Gomez, 2015; Lang, Sharma-Patel, 2011; Maniglio 2011; Smith, Kouros, Meuret, 2014) wykazano, że nastolatki, które doświadczyły ACE, są skłonniejsze do angażowania się w NSSI, nawet po dostosowaniu czynników demograficznych i znanych czynników związanych ze zdrowiem psychicznym. Podobne wyniki uzyskano u hospitalizowanych nastolatków (np. Bifulco i in., 2014; Kaess i in., 2013; Thomassin i in., 2016). Przebywanie w rodzinie zastępczej również zostało powiązane z NSSI (Grenville, Goodman, Macpherson, 2012). Shenk, Noll i Cassarly (2010) przeanalizowali dane na temat 129 młodych kobiet ze Środkowego Zachodu USA, które w wieku 14–18 lat doświadczały przemocy, i 82 kobiet, które nie miały takich doświadczeń. Okazało się, że te nastolatki, które doświadczyły wykorzystania seksualnego, zaniedbania lub wielokrotnej przemocy, istotnie częściej deklarowały angażowanie się w NSSI. W wielu badaniach wykazano, że dzieci i młodzież narażone na pośrednie formy negatywnych doświadczeń, takich jak uzależnienie rodziców, problemy ze zdrowiem psychicznym lub bycie świadkiem przemocy domowej, są narażone na większe ryzyko angażowania się w NSSI (Armiento, Hamza, Stewart, Leschied, 2016). W niektórych badaniach nie potwierdzono jednak istotnego statystycznie związku między ACE, w szczególności przemocą fizyczną i zaniedbaniem, a NSSI (Auerbach i in., 2014; Glassman i in., 2007).

W badaniach, w których wykazano związek między NSSI a negatywnymi doświadczeniami w dzieciństwie, stwierdzono, że nastolatki, które doświadczyły ACE prawdopodobnie mają problemy z radzeniem sobie z traumatycznymi doświadczeniami z przeszłości i w rezultacie mogą angażować się w NSSI jako sposób na regulację

swoich afektów i emocji, co nawiązuje się do teorii regulacji afektywnej (Messer, Fremouw, 2008; Suyemoto, 1998). Ta teoria stawia hipotezę, że angażowanie się w NSSI wynika z potrzeby kontrolowania przeszłych doświadczeń traumy lub gniewu i bólu, których nie można wyrazić słowami ani innymi metodami (Suyemoto, 1998). Różne badania, zarówno przekrojowe, jak i podłużne, znalazły poparcie dla teorii regulacji afektywnej w wyjaśnianiu NSSI wśród dzieci i nastolatków z ACE (Joiner i in., 2007; Nock, Prinstein, 2005; Noll, Horowitz, Bonanno, Trickett, Putnam, 2003). Brown, Comtois i Linehan (2002) zbadali przyczyny prób samobójczych w kontrze do NSSI wśród 75 kobiet spełniających kryteria zaburzenia osobowości typu borderline i okazało się, że pragnienie wyrażenia gniewu, ukarania siebie, wywołania normalnych uczuć oraz rozproszenia swojej uwagi to najczęściej deklarowane przyczyny angażowania się w NSSI, podczas gdy chęć polepszenia sytuacji innych była najczęstszym powodem prób samobójczych.

Dodatkowo Nock i Prinstein (2004) zbadali funkcje NSSI wśród nastolatków i odkryli, że ponad połowa (53%) badanych angażuje się w NSSI w celu regulacji afektu (inne deklarowane powody: złagodzenie odrętwienia lub pustki, ukaranie się, poczucie odprężenie). Bureau i in. (2010) badali swoiste aspekty leżące u podstaw związku między wczesnymi relacjami rodzic-dziecko a NSSI wśród studentów ze wschodniej Kanady. Relacje między nastolatkami z grupy angażującej się w NSSI a ich rodzicami, w porównaniu z relacjami rodzic-dziecko w grupie nastolatków nieangażujących się w NSSI, charakteryzowały się: większym zaniedbaniem opieki oraz lękiem, większą nadopiekuńczością i alienacją, mniejszą troską, mniejszym zaufaniem i gorszą komunikacją (Bureau i in., 2010). Ponadto Tatnell, Kelada, Hasking i Martin (2014) przeprowadzili badanie podłużne wśród 2637 nastolatków z 40 szkół średnich w Australii i odkryli, że uczniowie, którzy wychowali się w rodzinach, w których występował inny niż bezpieczny styl przywiązania, mieli o 11% większe szanse na angażowanie się NSSI w dalszej części badania.

Na podstawie dostępnego piśmiennictwa wykazano również, że problemy ze zdrowiem psychicznym, takie jak lęk (Claes, Luyckx, Bijttebier i in., 2015), depresja (Bentley, Cassiello-Robbins, Vittorio, Sauer-Zavala, Barlow, 2015; Tuisku i in., 2006) oraz nadużywanie alkoholu i używanie substancji psychoaktywnych (Brausch, Boone, 2015; Gratz, Tull, 2010; Rossow i in., 2007) są istotnymi predyktorami NSSI wśród dzieci i młodzieży. Bentley i in. (2015) przeprowadzili metaanalizę 56 badań, w których oceniano NSSI wśród osób z zaburzeniami emocjonalnymi i bez nich. Stwierdzili, że u osób z diagnozą zaburzeń emocjonalnych, takich jak zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, zespół stresu pourazowego (PTSD) i zaburzenie

obsesyjno-kompulsyjne (OCD), prawdopodobieństwo angażowania się NSSI jest istotnie większe niż u ich odpowiednikach bez takiej diagnozy.

## Cel badania

Podczas gdy badania z innych krajów oceniały wpływ ACE na NSSI wśród hospitalizowanych nastolatków (patrz np. Kaess i in., 2013; Thomassin i in., 2016), jak dotąd niewiele badań w kontekście kanadyjskim zbadało wpływ ACE na NSSI na próbach klinicznych dzieci i młodzieży mających problemy ze zdrowiem psychicznym. Większość istniejących badań na temat NSSI wśród dzieci i młodzieży w Kanadzie została przeprowadzona na populacji ogólnej lub opiera się na próbach studentów, w których odsetek osób mających negatywne doświadczenia w dzieciństwie jest znacznie niższy niż w próbach klinicznych lub próbach z systemu ochrony dzieci (Heath i in., 2008). Tak więc, na podstawie danych ze zbioru interRAI – Ocena Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży (*Child and Youth Mental Health Assessment, ChYMN*) celami badania były:

1. ocena rozpowszechnienia NSSI wśród dzieci i młodzieży w odniesieniu do środowiskowej i szpitalnej opieki zdrowia psychicznego w kanadyjskiej prowincji Ontario;
2. określenie wpływu ACE na NSSI po uwzględnieniu czynników demograficznych, depresji, wsparcia społecznego i diagnoz dotyczących zdrowia psychicznego.

## DANE I METODOLOGIA

### Uczestnicy

W badaniu wykorzystano dane z zbioru interRAI – Zdrowie Psychiczne Dzieci i Młodzieży (ChYMH; Stewart, Hirdes i in., 2015). Dane w tym zbiorze zostały zebrane z 24 centrów zdrowia psychicznego w Ontario od listopada 2012 r. do czerwca 2016 r. Szczegółowy opis interRAI ChYMH, zawierający pomiary zmiennych, został przedstawiony przez autorów w innym miejscu (Baiden, Stewart, Fallon, w recenzji), we wcześniejszych publikacjach (Armiento i in., 2016; Stewart, Hamza, 2017; Stewart, Hirdes i in., 2015), jest także dostępny na stronie internetowej interRAI pod adresem [www.interrai.org/child-and-youth-mental-health.html](http://www.interrai.org/child-and-youth-mental-health.html). InterRAI ChYMH jest kompleksowym instrumentem zawierającym około 400 elementów klinicznych obejmujących różne wskaźniki zachowania i stanu psychicznego, stres i traumę, doświadczanie przemocy w dzieciństwie, siłę i odporność (*resilience*),

wsparcie społeczne, używanie substancji psychoaktywnych, historię leczenia, informacje diagnostyczne DSM-IV, funkcjonowanie poznawcze i wykonawcze, zdrowie, stan odżywienia i wiele skal, które można wykorzystać do pomiaru wyników, a także protokoły planowania opieki umożliwiające identyfikację obszarów bezpośredniego zagrożenia lub ryzyka. Lekarze są poinstruowani, aby wypełniać narzędzie, wykorzystując informacje z różnych źródeł: rodziny, dzieci lub młodzieży, innych instytucji oraz dokumentacji medycznej.

Pakiet oceny InterRAI opracowano do wykorzystania przez naukowców i lekarzy w celu pomocy ludziom z grup ryzyka. Jest obecnie stosowany na arenie międzynarodowej. Liczne badania wykazały, że pytania i skale wbudowane w ChYMh cechują się silnymi właściwościami psychometrycznymi (Phillips i in., 2012; Phillips, Hawes, 2015; Stewart, Currie, Arbeau, Leschied, Kerry, 2015; Stewart, Hamza, 2017). Badana próba składała się z 2038 dzieci i młodzieży w wieku 8–18 lat ( $M = 12,49$ ;  $SD = 2,88$ ). Większość (61,1%) stanowili mężczyźni, a 239 osób (11,7%) było hospitalizowanych. Około 55% dzieci i nastolatków mieszkało z obojgiem rodziców, 33,6% – z jednym rodzicem, 6,5% – samotnie lub z innymi krewnymi, a pozostałe 5,4% pochodziło z placówek ochrony dzieci. Około 17% badanych miało doświadczenie pobytu w rodzinie zastępczej. Jeśli chodzi o stan cywilny opiekunów, to 44,1% rodziców/opiekunów było małżeństwem lub mieszkało z partnerem/partnerką, 29,5% było wcześniej w związku małżeńskim, 21,1% nigdy nie wzięło ślubu, zaś 5,4% badanych nie znało stanu cywilnego swoich rodziców/opiekunów. Spośród różnych diagnoz stanu zdrowia psychicznego u 47,4% rozpoznano zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD), u 38,0% – zaburzenia lękowe, u 24,7% – destrukcyjne zaburzenia zachowania, u 23,8% – zaburzenia w uczeniu się lub komunikacji, u 15,1% – zaburzenia nastroju, a u 11,2% – zaburzenia ze spektrum autyzmu. U mniej niż 3,5% dzieci i nastolatków rozpoznano zaburzenia snu, zaburzenia adaptacyjne, reaktywne zaburzenia przywiązania, zaburzenia związane z używaniem substancji psychoaktywnych, zaburzenia odżywiania, schizofrenię oraz inne zaburzenia psychotyczne. Analizy zanonimizowanych danych zostały zatwierdzone przez Radę ds. Etyki Badań Uniwersytetu Zachodniego Ontario.

### Pomiary

**Zmienna wynikowa.** Badana zmienna wynikowa to NSSI. Mierzono ją za pomocą dwóch pytań – na temat historii zachowań samookaleczających oraz intencji za nimi stojących. Zachowanie samookaleczające zdefiniowano jako celowe i zamierzone działanie polegające na samookaleczeniu, które wymaga świadomości ze strony



dziecka, że jego postępowanie może mieć szkodliwe następstwa. Osoby wypełniające zostały poproszone o ocenę czasu, jaki upłynął od ostatnich zachowań samookalczających dziecka, w tym zarówno motywowanych śmiertelnie zachowań samobójczych, jak i samookaleczenia się bez intencji samobójczych (np. cięcie się, samouszkodzenie się, podpalanie się, uderzanie głową, itp.) na sześciopunktowej skali od 0 = *nigdy*, 1 = *ponad rok temu*, 2 = *od 31 dni do roku temu*, 3 = *od 8 do 30 dni temu*, 4 = *od 4 do 7 dni temu*, do 5 = *w ciągu ostatnich 3 dni*. Nieintencjonalne, przypadkowe lub nieświadome zachowania autodestruktywne, które mogą prowadzić do urazów lub przedwczesnej śmierci, nie zostały uznane za zachowania samookalczające się. Osoby z historią samookaleczenia się zostały zakodowane jako 1, a osoby bez historii samookaleczenia – jako 0. Wypełniający zostali również poproszeni o sprawdzenie, czy dziecko kiedykolwiek celowo zaangażowało się w zachowania samookalczające się z zamiarem zabicia się. Ta zmienna została również zakodowana jako 0 = *nie* i 1 = *tak*. Na potrzeby tego badania osoby, które brały udział w zachowaniach samookalczających się z zamiarem zabicia się, zostały wyłączone z analizy, ponieważ NSSI obejmuje zachowanie samookalczające bez intencji samobójczych. Podobną metodę zastosowano w poprzednich badaniach dotyczących pomiaru NSSI (patrz np. Armiento i in., 2016; Muehlenkamp, Gutierrez, 2004).

**Zmienne wyjaśniające.** Badane zmienne wyjaśniające to doświadczenie przemocy emocjonalnej, przemocy fizycznej, wykorzystywania seksualnego, zaniedbania, bycie świadkiem przemocy domowej, uzależnienie rodziców oraz nadużywanie przez nich substancji psychoaktywnych. Aktualność występowania tych stresogennych i traumatycznych wydarzeń życiowych oceniono na podstawie deklaracji dzieci/nastolatków, informacji od nauczycieli, rodziców/opiekunów oraz kart pacjentów, z następującymi opcjami kodowania: 0 = *nigdy*, 1 = *ponad rok temu*, 2 = *od 31 dni do roku temu*, 3 = *od 8 do 30 dni temu*, 4 = *od 4 do 7 dni temu*, 5 = *w ciągu ostatnich 3 dni*.

W instrukcji wypełniania ChYMH przemoc emocjonalna jest definiowana jako umieszczenie dziecka w dominująco nieprzyjaznym środowisku emocjonalnym stworzonym przez sprawcę przemocy w celu kontroli, w taki sposób, że sprawca unieważnia poczucie własnej wartości krzywdzonego dziecka, jego tożsamość, energię, zdolność odczuwania i badania swoich potrzeb. Przemoc fizyczna odnosi się do każdego incydentu skutkującego nieprzypadkowym uszkodzeniem, uwięzieniem lub nadmierną karą fizyczną bez względu na wiek dziecka w danym momencie. Wykorzystywanie seksualne oznacza dowolną formę odstąpienia narządów płciowych, dotykanie lub przymus seksualny, gwałt bez względu na wiek dziecka w danym momencie. Zaniedbanie zdefiniowano w odniesieniu do braku zaspokojenia

podstawowych potrzeb emocjonalnych (np. główny opiekun nie zapewnia wystarczającego uczucia, ciepła lub wrażliwości na dziecko), potrzeb fizycznych (np. nieodpowiednia odzież zimowa) lub potrzeb w zakresie bezpieczeństwa (np. dziecko zostawione w samochodzie w letnim upale). Bycie świadkiem przemocy domowej odnosi się do dziecka, które ma świadomość, wiedzę lub jest świadkiem fizycznych lub werbalnych działań lub gróźb wobec innego członka rodziny. Uzależnienie rodziców lub nadużywanie przez nich substancji psychoaktywnych zdefiniowano jako sytuację, kiedy rodzic lub główny opiekun używa alkoholu lub narkotyków w sposób powtarzający się i stały (Stewart, Hirdes i in., 2015). Zmienne te zostały zakodowane jako zmienne binarne 0 = *nigdy* oraz 1 = *kiedykolwiek*.

Badanie to uwzględnia również wsparcie społeczne i pomiar depresji. Wsparcie społeczne mierzono w oparciu o dostępność wsparcia, na które dziecko może liczyć w celu zaspokojenia swoich potrzeb emocjonalnych lub z którego może skorzystać w sytuacji kryzysu. Dzieci, które potrzebują wsparcia, ale nie mają członków rodziny (spoza rodziny nuklearnej) lub bliskich przyjaciół, którzy są chętni i potrafią zapewnić stałe wsparcie, zostały zakodowane jako 0, natomiast dzieci mogące liczyć na wsparcie – jako 1.

Wreszcie depresję mierzono jako zmienną przedziałową, stosując *Skalę objawów depresji (Depression Symptoms Scale, DSS)* z *interRAI ChYMH*, która jest standaryzowaną i zatwierdzoną skalą do pomiaru depresji składającą się z dziewięciu elementów (Stewart, Hamza, 2017). Wypełniający zostali poproszeni o zakodowanie w pięciopunktowej skali Likerta (0 = *nieobecny*, 1 = *obecny, ale nie występujący w ciągu ostatnich 3 dni*, 2 = *występujący przez 1–2 dni z ostatnich 3 dni*, 3 = *występujący codziennie w ciągu ostatnich 3 dni*, 4 = *występujący codziennie w ciągu ostatnich 3 dni, 3 lub więcej epizodów lub w sposób ciągły*) obecność następujących wskaźników stanu psychicznego: smutny, wyrażający ból lub zmartwiony wyraz twarzy (np. zmarszczone brwi, ciągłe marszczenie brwi); płacz, płaczliwość; negatywne wypowiedzi (np. „nic nie ma znaczenia”, „nikt mnie nie lubi, nienawidzę swojego życia”, „wolałbym raczej umrzeć”, „jaki jest pożytek, pozwól mi umrzeć”); pomniejszanie własnych zasług („jestem głupia”, „jestem zła”, „nie mogę zrobić niczego dobrze”, „jestem niczym”, „nikomu nie jestem potrzebna”), wyrażanie poczucia winy lub wstydu (np. „zrobiłem coś okropnego”, „to moja wina”, „jestem okropną osobą”), wyrażenie beznadziei („nie ma nadziei na przyszłość”, „nic nie zmieni się na lepsze”), drażliwość (wyraźny wzrost wybuchowości lub łatwe wpadanie w zamartwianie się), brak motywacji i wycofanie się z zainteresowań (Stewart, Hirdes i in., 2015). Wyniki rozciągały się w zakresie DSS 0–36, wyższe wyniki wskazywały na poważne objawy depresji. Analiza krzywej ROC (*receiver operating characteristics*) przeprowadzona na DSS dała

następujące kliniczne wartości odcięcia: 0 (brak), 1–8 (niski), 9–14 (umiarkowany), 15–18 (wysoki) i 19–36 (bardzo wysoki; Stewart, Fadiya, Hirdes, 2016). Skalę objawów depresji stosowano wśród dzieci oraz młodzieży z problemami zdrowia psychicznego i stwierdzono, że ma silne właściwości psychometryczne (Stewart, Hamza, 2017). Wewnętrzna spójność dziewięciu elementów została oszacowana przy użyciu współczynnika  $\alpha$  Cronbacha, aby ustalić, w jakim stopniu elementy korelują ze sobą. W niniejszym badaniu wewnętrzna spójność ( $\alpha$  Cronbacha) dla DSS wynosiła  $\alpha = 0,81$ , co sugeruje, że wszystkie dziewięć elementów jest silnie skorelowanych ze sobą i mierzy jeden konstrukt.

**Zmienne kontrolne.** Badanie objęło również następujące zmienne: wiek, płeć, typ pacjenta, opiekę prawną nad dzieckiem, stan cywilny rodziców/opiekunów oraz doświadczenie umieszczenia w rodzinie zastępczej. Wiek mierzono jako zmienną ciągłą, podczas gdy płeć kodowano jako zmienną binarną, przy czym płeć męska była kategorią referencyjną. Dzieci i młodzież hospitalizowane w stacjonarnych placówkach zdrowia psychicznego zakodowano jako 1 i porównano z dziećmi i nastolatkami z ambulatoryjnych placówek zdrowia psychicznego, które zakodowano jako 0. Zarówno opiekę prawną, jak i stan cywilny rodziców/opiekunów mierzono jako zmienne nominalne. Dzieci i nastolatki z doświadczeniem umieszczenia w rodzinie zastępczej zostały zakodowane jako 1 i porównane z dziećmi bez takiego doświadczenia, które zostały zakodowane jako 0.

## Analiza danych

Statystyki opisowe dla wszystkich zmiennych w pierwszej kolejności przygotowano, używając wartości procentowych dla zmiennych nominalnych. Średnia, odchylenie standardowe i rozstęp obliczono dla wieku i depresji. Przeprowadzono analizę dwuczynnikową związku między NSSI a zmiennymi nominalnymi za pomocą testu chi-kwadrat Pearsona, a jednoczynnikową analizę wariancji (ANOVA) przeprowadzono w celu porównania średniego wieku i wskaźnika depresji u dzieci i nastolatków angażujących się w NSSI w porównaniu z tymi, które nie angażowały się w NSSI. Zastosowano dwuczynnikową regresję logistyczną, aby zidentyfikować predyktory NSSI jako funkcję ACE, depresji i wsparcia społecznego, jednocześnie kontrolując wiek, płeć, typ pacjenta, opiekę prawną, stan cywilny rodziców/opiekunów, historię umieszczenia w rodzinie zastępczej oraz diagnozy zdrowia psychicznego. Zastosowano dwuczynnikową regresję logistyczną, ponieważ jest ona bardziej niezawodna w przewidywaniu binarnych zmiennych zależnych z niezależnymi zmiennymi,

które można zmierzyć jako zmienne ciągłe lub nominalne (Hosmer, Lemeshow, 2000; Tabachnick, Fidell, 2007). Wszystkie zmienne wprowadzono do modelu przy użyciu metody Enter (Wprowadzania). Do oceny ogólnego dopasowania modelu wykorzystano szereg wskaźników dopasowania, w tym test statystyczny *Hosmer-Lemeshow Goodness-Of-Fit*, w którym nieistotny test statystyczny chi-kwadrat wskazuje na dobre dopasowanie (Hosmer, Lemeshow, 2000). Do oceny istotności statystycznej modelu regresji logistycznej wykorzystano również Testy Omnibusowe Współczynników Modeli (*Omnibus Tests of Model Coefficients*), które są zgodne z rozkładem chi-kwadrat. Odsetek wariacji w NSSI, który można wyjaśnić za pomocą predyktorów, oszacowano na podstawie współczynnika pseudo R-kwadratu Nagelkerke, podczas gdy odsetek dzieci i nastolatków prawidłowo zaklasyfikowanych jako zaangażowanych w NSSI w porównaniu z osobami nieangażującymi się w NSSI oceniono na podstawie tabeli klasyfikacji. Zmienne uznano za istotne, jeśli wartość *p* była mniejsza niż 0,05. Określono skorygowany iloraz szans (AOR) i 95% przedział ufności (CI). Wszystkie analizy statystyczne zostały wykonane przy użyciu programu SPSS wersja 23 dla Windows (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA).

## WYNIKI

### Charakterystyka próby

Tabela nr 1 pokazuje ogólny rozkład badanych zmiennych. Spośród 2038 badanych dzieci i nastolatków 592 osoby (29% badanych), wskazały, że angażowały się w NSSI. Około czterech na pięć osób spośród dzieci i nastolatków (79,1%) miało członków rodziny lub bliskich przyjaciół, którzy są w stanie zapewnić im stałe wsparcie w razie potrzeby. W odniesieniu do ACE więcej niż ¼ dzieci i nastolatków była krzywdzona emocjonalnie (26,5%) lub była świadkiem przemocy w rodzinie (26,6%), 19,7% miało rodziców z uzależnieniami lub nadużywających substancji psychoaktywnych, 17,6% doświadczyło zaniedbania, 16,1% doświadczyło przemocy fizycznej, a 8,1% – przemocy seksualnej. Średni wynik depresji w próbie mieścił się w rozstępie umiarkowanym ( $M = 11,13$  [ $SD = 7,37$ ], rozstęp = 0–36).

**Tabela 1***Charakterystyka próby (N = 2038)*

| Zmienne  | Częstości (%) | Średnia | SD   |
|--|---------------|---------|------|
| Wiek w momencie oceny  |               | 12.49   | 2.88 |
| Wskaźnik depresji  |               | 11.13   | 7.37 |
| Angażowanie się w NSSI   |               |         |      |
| Nie  | 1446 (71,0)   |         |      |
| Tak  | 592 (29,0)    |         |      |
| Płeć   |               |         |      |
| Mężczyzna  | 1246 (61,1)   |         |      |
| Kobieta  | 792 (38,9)    |         |      |
| Typ pacjenta   |               |         |      |
| Ambulatoryjny  | 1799 (88,3)   |         |      |
| Stacjonarny  | 239 (11,7)    |         |      |
| Opieka prawna nad dzieckiem  |               |         |      |
| Oboje rodzice  | 1110 (54,5)   |         |      |
| Mama/Tata samotnie   | 685 (33,6)    |         |      |
| Inni opiekunowie   | 133 (6,5)     |         |      |
| Służby ochrony dzieci  | 110 (5,4)     |         |      |
| Stan cywilny rodziców/opiekunów  |               |         |      |
| W małżeństwie / mieszkają z parterem/partnerką                         | 898 (44,1)    |         |      |
| Wcześniej w związku małżeńskim   | 600 (29,5)    |         |      |
| Nigdy nie wzięli ślubu   | 430 (21,1)    |         |      |
| Nieznany   | 109 (5,4)     |         |      |
| Historia umieszczenia w rodzinie zastępczej                            |               |         |      |
| Brak   | 1701 (83,5)   |         |      |
| Przynajmniej raz   | 336 (16,5)    |         |      |
| Wsparcie społeczne   |               |         |      |
| Nie  | 426 (20,9)    |         |      |
| Tak  | 1611 (79,1)   |         |      |
| Przemoc emocjonalna  |               |         |      |
| Nie  | 1497 (73,5)   |         |      |
| Tak  | 541 (26,5)    |         |      |
| Przemoc fizyczna   |               |         |      |
| Nie  | 1709 (83,9)   |         |      |
| Tak  | 329 (16,1)    |         |      |
| Wykorzystywanie seksualne  |               |         |      |
| Nie  | 1872 (91,9)   |         |      |
| Tak  | 166 (8,1)     |         |      |
| Zaniedbanie  |               |         |      |
| Nie  | 1678 (82,4)   |         |      |
| Tak  | 359 (17,6)    |         |      |
| Bycie świadkiem przemocy domowej                                       |               |         |      |
| Nie  | 1496 (73,4)   |         |      |
| Tak  | 542 (26,6)    |         |      |
| Uzależnienie rodziców / używanie przez nich substancji psychoaktywnych |               |         |      |
| Nie  | 1636 (80,3)   |         |      |
| Tak  | 402 (19,7)    |         |      |
| Reaktywne zaburzenie przywiązania                                      |               |         |      |
| Nie  | 1989 (97,6)   |         |      |

| Zmienne   | Częstości (%) | Średnia | SD |
|---|---------------|---------|----|
| Tak   | 49 (2,4)      |         |    |
| ADHD  |               |         |    |
| Nie   | 1072 (52,6)   |         |    |
| Tak   | 966 (47,4)    |         |    |
| Destrukcyjne zaburzenia zachowania                              |               |         |    |
| Nie   | 1535 (75,3)   |         |    |
| Tak   | 503 (24,7)    |         |    |
| Zaburzenia uczenia się lub komunikacji                          |               |         |    |
| Nie   | 1552 (76,2)   |         |    |
| Tak   | 486 (23,8)    |         |    |
| Zaburzenia ze spektrum autyzmu                                  |               |         |    |
| Nie   | 1809 (88,8)   |         |    |
| Tak   | 229 (11,2)    |         |    |
| Zaburzenia spowodowane przyjmowaniem substancji psychoaktywnych |               |         |    |
| Nie   | 1992 (97,7)   |         |    |
| Tak   | 46 (2,3)      |         |    |
| Schizofrenia i inne choroby psychiczne                          |               |         |    |
| Nie   | 2023 (99,93)  |         |    |
| Tak   | 15 (0,7)      |         |    |
| Zaburzenia nastroju   |               |         |    |
| Nie   | 1730 (84,9)   |         |    |
| Tak   | 308 (15,1)    |         |    |
| Zaburzenia lękowe   |               |         |    |
| Nie   | 1263 (62,0)   |         |    |
| Tak   | 775 (38,0)    |         |    |
| Zaburzenia odżywiania   |               |         |    |
| Nie   | 1999 (98,1)   |         |    |
| Tak   | 39 (1,9)      |         |    |
| Zaburzenia snu  |               |         |    |
| Nie   | 1974 (96,9)   |         |    |
| Tak   | 64 (3,1)      |         |    |
| Zaburzenia adaptacyjne  |               |         |    |
| Nie   | 1977 (97,0)   |         |    |
| Tak   | 61 (3,0)      |         |    |

## Wyniki analiz dwuczynnikowych

Jak pokazano w tabeli 2, średni wiek dzieci i nastolatków, które angażowały się w NSSI, był znacznie wyższy niż średni wiek dzieci i nastolatków, które nie angażowały się w NSSI ( $M_{noNSSI} = 12,01$  vs  $M_{NSSI} = 13,66$ ,  $F(1, 2037) = 146,82$ ,  $p < 0,001$ ). Również średni wynik depresji wśród dzieci i nastolatków, które zaangażowały się w NSSI, był znacznie wyższy niż średni wynik depresji wśród dzieci i nastolatków, które nie angażowały się w NSSI ( $M_{noNSSI} = 10,24$  vs  $M_{NSSI} = 13,31$ ,  $F(1, 2037) = 75,55$ ,  $p < 0,001$ ).

**Tabela 2**

Wynik ANOVA badający związek między NSSI a wiekiem i depresją (N = 2038)

| Zmienne               | Bez NSSI<br>Średnia (SD) | NSSI<br>Średnia (SD) | Stopnie swobody (df) |
|-----------------------|--------------------------|----------------------|----------------------|
| Wiek w momencie oceny | 12,01 (2,82)             | 13,66 (2,69)         | 146,82 (1, 2036)***  |
| Depresja              | 10,24 (7,10)             | 13,31 (7,55)         | 75,55 (1, 2036)***   |

\*\*\*  $p < 0,001$ .

Analiza dwuczynnikowa pokazała wiele istotnych związków między badanymi zmiennymi a NSSI, co przedstawiono w tabeli 3. Około 42% kobiet w porównaniu do 21% mężczyzn angażuje się w NSSI ( $\chi^2 = 102,09$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,001$ ). Odsetek nastolatków hospitalizowanych, którzy angażowali się w NSSI (40,6%), był znacznie wyższy niż odsetek młodzieży leczonej ambulatoryjnie (27,5%,  $\chi^2 = 17,49$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,001$ ). Ponad 1/3 nastolatków z historią umieszczenia w rodzinie zastępczej angażowała się w NSSI (35,4%) w porównaniu z 27,8% nastolatków bez historii umieszczenia w rodzinie zastępczej ( $\chi^2 = 7,88$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,005$ ). Trochę ponad 1/3 dzieci i nastolatków, które nie mają wsparcia społecznego (34,3%), w porównaniu z nieco ponad jednym na czworo dzieci i nastolatków, które mają wsparcie społeczne (27,6%), angażuje się w NSSI ( $\chi^2 = 7,23$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,001$ ). Dzieci i młodzież częściej angażowały się w NSSI, jeżeli: doświadczyły przemocy emocjonalnej (39,6% vs 25,3%,  $\chi^2 = 39,46$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,001$ ), doświadczyły przemocy fizycznej (41,9% vs 26,6%,  $\chi^2 = 31,66$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,001$ ), były wykorzystywane seksualnie (53,6% vs 26,9%,  $\chi^2 = 52,92$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,001$ ), były zaniedbywane (34,3% vs 27,9%,  $\chi^2 = 5,72$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,017$ ), były świadkami przemocy w rodzinie (33,9% vs 27,3%,  $\chi^2 = 8,6$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,003$ ), lub miały rodziców z uzależnieniami lub używających substancji psychoaktywnych (35,6% vs 27,4%,  $\chi^2 = 10,34$ ,  $df = 1$ ,  $p < 0,001$ ).

**Tabela 3**

Związek dwuczynnikowy pomiędzy NSSI i predyktorami (N = 2038)

| Zmienne       | Historia NSSI |            | Chi-kwadrat (sig.) |
|---------------|---------------|------------|--------------------|
|               | Nie           | Tak        |                    |
| Płeć          |               |            | 102,09 (0,001)     |
| Mężczyzna     | 985 (79,1)    | 261 (20,9) |                    |
| Kobieta       | 461 (58,2)    | 331 (41,8) |                    |
| Typ pacjenta  |               |            | 17,49 (0,001)      |
| Ambulatoryjny | 1305 (72,5)   | 495 (27,5) |                    |

| Zmienne   | Historia NSSI |            | Chi-kwadrat (sig.) |
|---|---------------|------------|--------------------|
|   | Nie           | Tak        |                    |
| Stacjonarny   | 142 (59,4)    | 97 (40,6)  |                    |
| Opieka prawna nad dzieckiem   |               |            | 9,77 (0,021)       |
| Oboje rodzice   | 808 (72,8)    | 302 (27,2) |                    |
| Mama/Tata samotnie  | 485 (70,8)    | 200 (29,2) |                    |
| Inni opiekunowie  | 86 (64,7)     | 47 (35,3)  |                    |
| Stużby ochrony dzieci   | 67 (60,9)     | 43 (39,1)  |                    |
| Stan cywilny rodziców/opiekunów   |               |            | 5,74 (0,125)       |
| W małżeństwie / mieszkają z parterem/<br>partnerką                      | 661 (73,4)    | 237 (26,4) |                    |
| Wcześniej w związku małżeńskim  | 411 (68,5)    | 189 (31,5) |                    |
| Nigdy nie wzięli ślubu  | 299 (69,5)    | 131 (30,5) |                    |
| Nieznany  | 74 (67,9)     | 35 (32,4)  |                    |
| Historia umieszczenia w rodzinie zastępczej                             |               |            | 7,88 (0,005)       |
| Brak  | 1228 (72,2)   | 437 (27,8) |                    |
| Przynajmniej raz  | 217 (64,6)    | 119 (35,4) |                    |
| Wsparcie społeczne  |               |            | 7,23 (0,007)       |
| Nie   | 1166 (72,4)   | 445 (27,6) |                    |
| Tak   | 280 (65,7)    | 146 (34,3) |                    |
| Przemoc emocjonalna   |               |            | 39,46 (0,001)      |
| Nie   | 1119 (74,7)   | 378 (25,3) |                    |
| Tak   | 327 (60,4)    | 214 (39,6) |                    |
| Przemoc fizyczna  |               |            | 31,66 (0,001)      |
| Nie   | 1255 (73,4)   | 454 (26,6) |                    |
| Tak   | 191 (58,1)    | 138 (41,9) |                    |
| Wykorzystywanie seksualne   |               |            | 52,92 (0,001)      |
| Nie   | 1369 (73,1)   | 503 (26,9) |                    |
| Tak   | 77 (46,4)     | 89 (53,6)  |                    |
| Zaniedbanie   |               |            | 5,72 (0,017)       |
| Nie   | 1209 (72,1)   | 469 (27,9) |                    |
| Tak   | 236 (65,7)    | 123 (34,3) |                    |
| Bycie świadkiem przemocy domowej  |               |            | 8,60 (0,003)       |
| Nie   | 1088 (72,7)   | 408 (27,3) |                    |
| Tak   | 358 (66,1)    | 184 (33,9) |                    |
| Uzależnienie rodziców/używanie przez nich<br>substancji psychoaktywnych |               |            | 10,34 (0,001)      |
| Nie   | 1187 (72,6)   | 449 (27,4) |                    |
| Tak   | 259 (64,4)    | 143 (35,6) |                    |

Tabela 4 przedstawia rozkład ACE według typu pacjenta (pacjent stacjonarny w porównaniu z ambulatoryjnym). Odsetek ACE wśród nastolatków hospitalizowanych był znacznie wyższy niż wśród osób leczonych ambulatoryjnie, z wyjątkiem przypadków wykorzystywania seksualnego, gdzie związek między tymi zmiennymi nie był istotny statystycznie.



**Tabela 4***Związek dwuczynnikowy pomiędzy typem pacjenta a ACE (N = 2038)*

| Zmienne  | Typ pacjenta  |             | Chi-kwadrat (sig.) |
|--|---------------|-------------|--------------------|
|  | Ambulatoryjny | Stacjonarny |                    |
| Przemoc emocjonalna  |               |             | 14,66 (0,001)      |
| Nie  | 1346 (74,8)   | 151 (63,2)  |                    |
| Tak  | 453 (25,2)    | 88 (36,8)   |                    |
| Przemoc fizyczna   |               |             | 8,32 (0,004)       |
| Nie  | 1524 (84,7)   | 185 (77,4)  |                    |
| Tak  | 275 (15,3)    | 54 (22,6)   |                    |
| Wykorzystywanie seksualne  |               |             | 1,94 (0,164)       |
| Nie  | 1658 (92,2)   | 214 (89,5)  |                    |
| Tak  | 141 (7,8)     | 25 (10,5)   |                    |
| Zaniedbanie  |               |             | 29,60 (0,001)      |
| Nie  | 1512 (84,0)   | 166 (69,7)  |                    |
| Tak  | 287 (16,0)    | 72 (30,3)   |                    |
| Bycie świadkiem przemocy domowej                                     |               |             | 18,28 (0,000)      |
| Nie  | 1348 (74,9)   | 148 (61,9)  |                    |
| Tak  | 451 (25,1)    | 91 (38,1)   |                    |
| Uzależnienie rodziców/używanie przez nich substancji psychoaktywnych |               |             | 5,75 (0,017)       |
| Nie  | 1458 (81,0)   | 178 (74,5)  |                    |
| Tak  | 341 (19,0)    | 61 (25,5)   |                    |

## Wyniki analiz wieloczynnikowych

Chociaż większość zmiennych była istotnie związana z NSSI na poziomie analizy dwuczynnikowej, te czynniki nie kontrolowały jednak wpływu innych predyktorów, nie można więc było stwierdzić wpływu netto każdej zmiennej na NSSI. Wyniki analiz wieloczynnikowych skorygowano o wpływ wszystkich pozostałych predyktorów. Historia umieszczenia w rodzinie zastępczej, opiekun prawny, przemoc emocjonalna, zaniedbanie, bycie świadkiem przemocy domowej i uzależnienia rodziców zostały zredukowane do zmiennych nieistotnych statystycznie w modelu wieloczynnikowym po dostosowaniu innych czynników.

Wyniki przedstawione w tabeli 5 wskazują, że każdy dodatkowy wzrost wieku o rok zwiększył szanse na angażowanie się w NSSI o 21% (AOR = 1,21,

95% CI = 1,16–1,27). Szansa angażowania się w NSSI była ponad dwukrotnie większa dla kobiet niż dla mężczyzn (AOR = 2,43, 95% CI = 1,92–3,06). Pacjenci stacjonarni mieli o 40% większe szanse na angażowanie się w NSSI w porównaniu z osobami leczonymi ambulatoryjnie (AOR = 1,40, 95% CI = 1,01–1,95). Każdy dodatkowy wzrost objawów depresji zwiększa szanse na angażowanie w NSSI o 6%, efekt netto ze wszystkich innych predyktorów (AOR = 1,06, 95% CI = 1,04–1,07). Dzieci i nastolatki z rozpoznaniem ADHD (AOR = 1,31, 95% CI = 1,01–1,69), destrukcyjnymi zaburzeniami zachowania (AOR = 1,52, 95% CI = 1,15–2,01) lub zaburzeniami nastroju (AOR = 1,78, 95% CI = 1,33–2,39) również miały większe szanse na angażowanie się w NSSI. Dzieci i nastolatki z rozpoznaniem zaburzeń uczenia się lub komunikacji miały niższe szanse na angażowanie się w NSSI (AOR = 0,56, 95% CI = 0,43–0,75). Dzieci i nastolatki, które otrzymały jakąś formę wsparcia społecznego, miały 24% mniejszą szansę na angażowanie się w NSSI niż ich rówieśnicy, którzy nie mieli wsparcia społecznego (AOR = 0,76, 95% CI = 0,58–0,99).

Pośród różnych zmiennych ACE jedynie przemoc fizyczna i wykorzystywanie seksualne okazały się istotnymi predyktorami NSSI w modelu wielozmiennym. Dzieci i nastolatki, które doświadczyły przemocy fizycznej, miały o 49% wyższe szanse angażowania się w NSSI (AOR = 1,49, 95% CI = 1,06–2,09), a dzieci i nastolatki, które były wykorzystywane seksualnie, miały 60% wyższe szanse angażowania się w NSSI (AOR = 1,60, 95% CI = 1,09–2,34), w porównaniu z osobami, które nie miały takich doświadczeń.

Test Hosmera-Lemeshowa GOF wskazuje, że ogólne dopasowanie modelu było dobre, a zmienne wniosły znaczący wkład do modelu ( $\chi^2 = 7,37$ ,  $df = 8$ ,  $p = 0,498$ ). W Testach Omnibusowych Współczynników Modeli uzyskano wartość chi-kwadrat 403,61, która była statystycznie istotna, ( $p < 0,001$ ). Łącznie, wszystkie predyktory w tym modelu wyjaśniły 25,7% wariacji NSSI, a 71,6% dzieci zostało prawidłowo sklasyfikowanych jako angażujące się lub nieangażujące się w NSSI.

## Tabela 5

Regresja logistyczna analizująca predyktory NSSI (N = 2038)

| Zmienne                     | $\beta$ | OR   | 95% CI    | $p$   |
|-----------------------------|---------|------|-----------|-------|
| Wiek w momencie oceny       | 0,193   | 1,21 | 1,16–1,27 | 0,001 |
| Płeć – kobieta              | 0,886   | 2,43 | 1,92–3,06 | 0,001 |
| Typ pacjenta – stacjonarny  | 0,338   | 1,40 | 1,01–1,95 | 0,045 |
| Opieka prawna nad dzieckiem |         |      |           |       |
| Oboje rodzice (KR)          | 1,00    |      |           |       |
| Mama/Tata samotnie          | -0,149  | 0,86 | 0,67–1,10 | 0,249 |

| Zmienne   | $\beta$ | OR   | 95% CI    | p     |
|---|---------|------|-----------|-------|
| Inni opiekunowie  | 0,182   | 1,20 | 0,76-1,90 | 0,435 |
| Służby ochrony dzieci   | 0,070   | 1,07 | 0,61-1,90 | 0,811 |
| Stan cywilny rodziców/opiekunów   |         |      |           |       |
| W małżeństwie / mieszkają z parterem/<br>partnerką (KR)                   | 1,00    |      |           |       |
| Wcześniej w związku małżeńskim  | 0,073   | 1,08 | 0,80-1,45 | 0,628 |
| Nigdy nie wzięli ślubu  | 0,272   | 1,31 | 0,93-1,86 | 0,123 |
| Nieznany  | -0,005  | 0,99 | 0,58-1,72 | 0,986 |
| Historia umieszczenia w rodzinie zastępczej                               | 0,126   | 1,14 | 0,78-1,65 | 0,509 |
| Depresja  | 0,056   | 1,06 | 1,04-1,07 | 0,001 |
| Wsparcie społeczne  | -0,271  | 0,76 | 0,58-0,99 | 0,047 |
| Przemoc emocjonalna   | 0,061   | 1,06 | 0,78-1,45 | 0,700 |
| Przemoc fizyczna  | 0,396   | 1,49 | 1,06-2,09 | 0,023 |
| Wykorzystywanie seksualne   | 0,467   | 1,60 | 1,09-2,34 | 0,017 |
| Zaniedbanie   | -0,091  | 0,91 | 0,63-1,32 | 0,626 |
| Bycie świadkiem przemocy domowej  | -0,011  | 0,99 | 0,73-1,34 | 0,943 |
| Uzależnienie rodziców / używanie przez nich<br>substancji psychoaktywnych | 0,211   | 1,24 | 0,91-1,68 | 0,179 |
| Wstępna diagnoza psychiatryczna   |         |      |           |       |
| Reaktywne zaburzenie przywiązania   | 0,532   | 1,70 | 0,87-3,34 | 0,122 |
| ADHD  | 0,270   | 1,31 | 1,01-1,69 | 0,040 |
| Destrukcyjne zaburzenia zachowania  | 0,421   | 1,52 | 1,15-2,01 | 0,003 |
| Zaburzenia uczenia się lub komunikacji                                    | -0,573  | 0,56 | 0,43-0,75 | 0,001 |
| Zaburzenia ze spektrum autyzmu  | 0,073   | 1,08 | 0,76-1,53 | 0,684 |
| Zaburzenia spowodowane przyjmowaniem<br>substancji psychoaktywnych        | 0,657   | 1,93 | 0,98-3,82 | 0,059 |
| Schizofrenia i inne choroby psychiczne                                    | 0,855   | 2,35 | 0,74-7,53 | 0,150 |
| Zaburzenia nastroju   | 0,577   | 1,78 | 1,33-2,39 | 0,001 |
| Zaburzenia lękowe   | -0,035  | 0,97 | 0,77-1,22 | 0,769 |
| Zaburzenia odżywiania   | 0,662   | 1,94 | 0,91-4,13 | 0,086 |
| Zaburzenia snu  | -0,181  | 0,84 | 0,45-1,56 | 0,570 |
| Zaburzenia adaptacyjne  | 0,202   | 1,22 | 0,67-2,22 | 0,507 |

KR = kategoria referencyjna.

Test statystyczny Hosmer-Lemeshow GOF = 8,34 (0,401).

Omnibus chi-kwadrat = 403,38 (0,001).

Pseudo R kwadrat Nagelkerke = 0,257.

Ogólny procent poprawnie sklasyfikowany = 71,7%.

## DYSKUSJA WYNIKÓW

Celem badania było poznanie skali NSSI wśród dzieci i młodzieży w kontekście środowiskowych i stacjonarnych placówek zdrowia psychicznego w Ontario w Kanadzie oraz określenie wpływu ACE na NSSI, po skontrolowaniu wpływu innych znanych predyktorów. Okazało się, że 29% dzieci i nastolatków angażuje się w NSSI. Ten wynik jest dość zgodny z wynikiem Preyde i in. (2012) wśród dzieci i nastolatków korzystających z opieki dotyczącej zdrowia psychicznego w południowo-zachodnim

Ontario oraz jest znacznie wyższy niż wynik badania studentów college'ów w Kanadzie (np. Duggan i in., 2015; Heath i in., 2008). Odsetek młodzieży, która doświadczyła ACE i angażuje się w NSSI, może być niedoszacowany i wydaje się być względnie niższy niż to, co stwierdzono na innych próbach klinicznych (patrz np. Kaess i in., 2013; Thomassin i in., 2016). To, że badana próba składała się też z ośmiolatek (średnia wieku próby = 12,49 roku), może odgrywać rolę w proporcji osób zgłaszających NSSI. W wieloczynnikowym modelu regresji logistycznej pojawiły się następujące predyktory NSSI: starszy wiek, płeć żeńska, hospitalizacja, depresja, diagnoza ADHD, destrukcyjne zaburzenia zachowania, zaburzenia nastroju, a także doświadczenie przemocy fizycznej oraz wykorzystywania seksualnego. Posiadanie wsparcia społecznego było ujemnie związane z NSSI.

Ustalenie, że starsze nastolatki częściej angażują się w NSSI, potwierdza wyniki wcześniejszych badań, w których stwierdzono, że NSSI rozpoczyna się zazwyczaj w okresie dojrzewania, w wieku 12–17 lat (Claes, Luyckx, Baetens, Van de Ven, Witteman, 2015; Muehlenkamp, Gutierrez, 2004; Sornberger, Heath, Toste, McLouth, 2012), chociaż w niektórych przypadkach zaczyna się dopiero po 18 r.ż. (Whitlock, Eckenrode, Silverman, 2006). Muehlenkamp i Gutierrez (2004) stwierdzili, że do 13 r.ż. 15% respondentów zaangażowało się w NSSI, 26% – przed ukończeniem 14 lat, a 17% – przed 15 r.ż. W badaniach podłużnych Sourander i in. (2006) ocenili dane na temat 839 nastolatków oraz 738 rodziców i stwierdzili znaczny wzrost angażowania się w NSSI w wieku 12–15 lat. Ustalili, że w wieku 12 lat 2,7% chłopców i 3,1% dziewczyn angażuje się w NSSI, a w wieku 15 lat, odpowiednio, 4,6% i 12,6%. Stwierdzili również, że w porównaniu z dziećmi w wieku poniżej 12 lat nastolatki w wieku 12–15 lat trzy razy częściej angażowały się w NSSI w czasie trwania badania. Zostało to potwierdzone nawet po kontroli płci, wskaźników zachowań inter- i eksternalizujących *Listy kontrolnej zachowania dziecka (Child Behavior Checklist, CBCL)*, nerwowości struktury rodziny oraz samopoczucia matki i ojca (Sourander i in., 2006).

Wynik pokazujący, że dorastające kobiety są bardziej skłonne do angażowania się w NSSI niż ich koledzy, zarówno potwierdza i zaprzecza poprzednim badaniom nad NSSI. Podczas gdy niektórzy uczeni (np. Christoffersen, Møhl, DePanfilis, Vammen, 2015; Heilbron, Prinstein, 2010; Sornberger i in.; 2012, Zetterqvist i in., 2014) stwierdzili, że częstość występowania NSSI jest wyższa wśród dziewczyn niż wśród chłopców, inni (np. Heath i in., 2008; Hilt, Nock, Lloyd-Richardson, Prinstein, 2008; Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, Kelley, 2007; Muehlenkamp, Gutierrez, 2004) nie znaleźli istotnego statystycznie związku między płcią a NSSI. Sornberger i in. (2012) stwierdzili, że jedna na trzy nastolatki płci żeńskiej angażuje się w NSSI,

w porównaniu do jednego na sześć nastolatków płci męskiej. Stwierdzili również, że wśród nastolatków, którzy zgłosili, że kiedykolwiek angażowali się w NSSI, 23% kobiet i 17,9% mężczyzn angażowało się w NSSI częściej.

Jedną z przyczyn różnic płci w częstości występowania NSSI może być sposób, w jaki mężczyźni i kobiety reagują na stres (Altemus, 2006; Kuehner, 2003) lub regulują emocje (Nolen-Hoeksema, 2012). Na przykład, podczas gdy kobiety częściej używają bardziej skierowanych wewnętrznie i pasywnych reakcji, takich jak rozmyślanie w celu regulacji emocji, mężczyźni w tym celu częściej uciekają się do tłumienia lub unikania, takiego jak zwracanie się w stronę alkoholu (Nolen-Hoeksema, 2012). W rezultacie niektóre badania, w których stwierdzono wyższe wskaźniki NSSI wśród kobiet, również wykazały wyższe wskaźniki depresji wśród kobiet niż mężczyzn (Andover, Pepper, Ryabchenko, Orrico, Gibb, 2005).

Okazało się, że chociaż zarówno historia umieszczenia w rodzinie zastępczej, jak i opieka prawna były powiązane z NSSI na poziomie analizy dwuczynnikowej, efekt ten znika, gdy w modelu wieloczynnikowym dostosowujemy inne czynniki. Często powodem umieszczenia dziecka w opiece zastępczej są warunki bezpieczeństwa w jego rodzinie pochodzenia (np. przemoc, zaniedbanie). Gdy forma krzywdzenia była kontrolowana w modelu, umieszczanie w rodzinie zastępczej nie było już istotne statystycznie. Jest to prawdopodobnie spowodowane tym, że przemoc fizyczna i wykorzystywanie seksualne uwzględniły ten efekt w naszym modelu.

Badania konsekwentnie określają znaczenie wsparcia społecznego i posiadanie powiernika jako czynników ochronnych przed NSSI (Claes, Bouman i in., 2015; Christoffersen i in., 2015; Heath, Baxter, Toste, McLouth, 2010). Tseng i Yang (2015) odkryli odwrotną zależność między wsparciem rodzinnym a NSSI zarówno dla chłopców, jak i dziewczyn, a także między wsparciem rodzinnym a myślami o NSSI u dziewczyn. Andover, Pepper i Gibb (2007) przeanalizowali NSSI i strategie radzenia sobie ze stresem wśród 44 nastolatków, którzy zaangażowali się w NSSI, oraz 44 nastolatków z grupy kontrolnej. Stwierdzili, że ci, którzy angażowali się w NSSI, znacznie rzadziej otrzymywali wsparcie od swoich rodziców i częściej stosowali unikające strategie radzenia sobie ze stresem. Posiadanie pewnej ilości wsparcia zapewnia nastolatkom możliwość zastanowienia się nad stresującą sytuacją życiową i unikania podejmowania działań, które mogą być szkodliwe dla zdrowia psychicznego i dobrego samopoczucia (Hay, Meldrum, 2010).

Po kontroli czynników demograficznych, depresji i wsparcia społecznego okazało się, że negatywne doświadczenia bezpośrednio skierowane do dziecka (przemoc fizyczna i wykorzystywanie seksualne) są predyktorami NSSI, podczas gdy negatywne doświadczenia w dzieciństwie związane z funkcjonowaniem rodziców, takie

jak problemy rodziców ze zdrowiem psychicznym i przemoc domowa, nie były predyktorami NSSI. Chociaż badania sugerują, że krzywdzenie bezpośrednie i pośrednie często współwystępują (Brownridge i in., 2016), nasze wyniki potwierdzają te wcześniejsze badania, w których stwierdzono, że tylko bezpośrednie znęcanie się nad dzieckiem prognozuje psychopatologię (Diamond, Muller, 2004; McKee, Payne, 2014). W badaniu Kulkarniego, Grahama-Bermanna, Raucha i Senga (2011) również nie udało się znaleźć istotnego związku między byciem świadkiem przemocy w rodzinie a diagnozą zespołu stresu pourazowego – zarówno aktualną, jak i w ciągu całego życia – chociaż bezpośrednie krzywdzenie dziecka taki związek wykazywało. Potrzebne są dodatkowe badania, aby w pełni zrozumieć wpływ krzywdzenia pośredniego na NSSI.

Wykorzystywanie seksualne konsekwentnie określa się jako czynnik ryzyka NSSI (Ford, Gómez, 2015; Shenk i in., 2010). Bolen, Winter i Hodges (2013) badali różne style przywiązania jako czynniki moderujące związek między wykorzystywaniem seksualnym w dzieciństwie a NSSI wśród osób, które rozpoczęły leczenie w USA. Stwierdzili, że badani angażowali się w NSSI jako sposób na zrównoważenie swoich neurofizjologicznych symptomów pourazowych. Dodatkowo przemoc fizyczna była istotnym predyktorem NSSI, choć nie była jednoznacznie związana z NSSI w piśmiennictwie (Auerbach i in., 2014; Glassman i in., 2007). Przemoc fizyczna i seksualna to dwie formy krzywdzenia, które są bezpośrednie i obejmują atak na ciało, podczas gdy bycie świadkiem przemocy domowej, przemoc emocjonalna oraz uzależnienia rodziców / nadużywanie przez nich substancji psychoaktywnych są pośrednimi formami krzywdzenia. Możliwe, że uczucia związane z naruszeniem własnego ciała zwiększają prawdopodobieństwo angażowania się w NSSI.

Nieistotne wyniki dotyczące bycia świadkiem przemocy domowej, zaniedbania, przemocy emocjonalnej i uzależnienia rodziców wydają się przeczyć niektórym wcześniejszym badaniom (np. Bifulco i in., 2014; Kaess i in., 2013; Thomassin i in., 2016). Ostatnie badanie przeprowadzone przez Armiento i in. (2016) wykazało, że narażenie na pośrednie krzywdzenie w dzieciństwie było jedynym predyktorem NSSI po dostosowaniu wieku i płci uczestników. Dotkliwość (częstość, intensywność i czas trwania) oraz czas od ostatniego bezpośredniego i pośredniego krzywdzenia mogą być ważne do wzięcia pod uwagę w przyszłych badaniach, aby rozwikłać obecne wyniki. Pomocne w wyjaśnieniu czasu wystąpienia ACE i wieku rozpoczęcia NSSI będą również badania podłużne.

Depresja i zaburzenia nastroju wśród nastolatków są znanymi predyktorami NSSI (Bentley i in., 2015; Duggan i in., 2015; Tuisku i in., 2006), co potwierdzono w tym badaniu. Ten wynik wspiera teorię regulacji afektywnej. Depresja jest jedną z oznak,

że dana osoba ma trudności w radzeniu sobie ze swoją sytuacją życiową, a chorowanie na depresję może poważnie wpłynąć na zdolność regulowania emocji i skupienie się prawie wyłącznie na negatywnych aspektach życia. Depresja może również objawiać się bólem emocjonalnym, dla którego NSSI może być ujściem. Negatywne stwierdzenia, poczucie wstydu / poczucie winy i wyrażanie poczucia beznadziejności (np. „nienawidzę swojego życia”, „nikomu nie jestem potrzebna”, „zrobiłem coś okropnego”, „to moja wina”, „nie ma nadziei na przyszłość” i „nic się nie zmieni na lepsze”) zaobserwowano szczególnie wśród osób, które doświadczyły wykorzystywania seksualnego (Aakvaag i in., 2016; Feiring, Taska, 2005; Gorey, Richter, Snider, 2001). To, że nastolatki z ADHD i destruktywnymi zaburzeniami zachowania są skłonniejsze do angażowania się w NSSI, jest również zgodne z wynikami wcześniejszych badań, które sugerują, że nastolatki, które mają trudności z kontrolowaniem własnego zachowania, mają problemy z planowaniem lub nie mają wglądu w swoje działania, mogą angażować się w zachowania ryzykowne stwarzające zagrożenie dla siebie i innych (Allely, 2014; Hinshaw, in., 2012; Meza, Owens, Hinshaw, 2016).

W związku z tym ważne jest zrozumienie przez lekarzy i profesjonalistów, że wpływ zdrowia psychicznego na zachowania zagrażające życiu, takie jak NSSI, może być spotęgowany przez ACE, w szczególności przez doświadczenia przemocy bezpośredniej. Ustalenia te są zgodne z wcześniejszymi badaniami przeprowadzonymi poza Kanadą, które oceniały związek między ACE a NSSI wśród nastolatków na próbach klinicznych (Glassman i in., 2007) oraz nieklinicznych (Gratz, 2006; Zetterqvist i in., 2014). Stwierdzenie, że przemoc fizyczna jest predyktorem NSSI, jest sprzeczne z niektórymi wcześniejszymi badaniami na próbach klinicznych nastolatków, w których stwierdzono jedynie, że jest nim jedynie wykorzystywanie seksualne, a nie przemoc fizyczna (Auerbach i in., 2014; Kaess i in., 2013). Należy jednak zauważyć, że badania Auerbacha i in. (2014) oraz Kaess i in. (2013) cechowały się małą liczebnością próby i niższą mocą testów statystycznych (odpowiednio, 194 i 125 nastolatków).

## Ograniczenia badawcze

Istnieją pewne ograniczenia tego badania, które należy odnotować. Po pierwsze, opierało się na danych przekrojowych i dlatego nie można wyciągnąć wniosków przyczynowych dotyczących związku między niektórymi czynnikami związanymi z NSSI. Potrzebne są dodatkowe badania, które będą opierać się na danych podłużnych, aby wyjaśnić pewne niuanse między ACE a NSSI oraz niektóre niespójności w piśmiennictwie. Po drugie, chociaż próba była duża i reprezentatywna dla

populacji dzieci i młodzieży otrzymujących pomoc kliniczną w Ontario, przyszłe badania powinny badać populacje kliniczne w różnych regionach Kanady. Po trzecie, dotychczasowe piśmiennictwo dotyczące ACE uznało znaczenie pomiaru w rozumieniu wyników i swoistości. Dychotomiczny charakter pytań dotyczył jednak jedynie tego, czy ACE występowały czy nie, i nie pozwalał na dalsze badanie efektów „dawkowania”. Przyszłe badania, które oceniłyby wpływ „dawkowania” ACE na NSSI oraz mechanizm, za pomocą którego czynniki ryzyka i czynniki chroniące wpływają na NSSI, mogą pomóc w identyfikacji dzieci i nastolatków z historią ACE, które są mniej lub bardziej zagrożone angażowaniem się w NSSI. Potrzebne są również dodatkowe badania, aby ustalić, w jaki sposób można dokonać uogólnienia wyników obecnego badania na placówki zdrowia psychicznego poza Kanadą. Wreszcie, badania międzykulturowe z wykorzystaniem ChYMH dostarczyłyby dodatkowych dowodów na wpływ ACE na NSSI.

### **Implikacje kliniczne**

Wyniki tego badania mają implikacje na zapewnienie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży w Ontario. Dzieci i nastolatki, które doświadczyły przemocy fizycznej i wykorzystywania seksualnego, są bardziej zagrożone angażowaniem się w NSSI. Procedury oceny uwzględniające wskaźniki problemów ze zdrowiem psychicznym, szczególnie wśród dzieci i nastolatków z historią ACE, powinny również uwzględniać NSSI. Młode osoby z historią ACE i depresją są jeszcze bardziej narażone na angażowanie się w NSSI. Z klinicznego punktu widzenia zrozumienie mechanizmu, za pomocą którego mogą wystąpić zachowania NSSI może pomóc lekarzom i pracownikom socjalnym pracującym z krzywdzonymi dziećmi i nastolatkami w zapobieganiu przyszłych zachowań NSSI. Połączenie ACE i objawów depresji wśród dzieci i nastolatków, które angażują się w NSSI, może także zwrócić uwagę lekarzy, żeby opracowali interwencje mające na celu pomoc tym osobom i ich opiekunom w rozwinięciu umiejętności regulacji emocji tak, aby radzili sobie z przebytą traumą i w konsekwencji poprawili swoje samopoczucie psychiczne. Uczenie umiejętności regulacji emocji w dzieciństwie tych, którzy doświadczyli przemocy fizycznej lub seksualnej może zatem pomóc w zapobieganiu przyszłemu angażowaniu się w NSSI. Wsparcie społeczne jest czynnikiem chroniącym. Poszerza to piśmiennictwo, które zaleca skupienie się na odporności i zwiększeniu wsparcia jako sposobach na poprawę funkcjonowania. Interwencje skierowane do dzieci i młodzieży z historią ACE powinny także zawierać sposoby pomocy w nawiązaniu bliskich więzi z co najmniej jednym członkiem rodziny



lub rówieśnikiem, który byłby wrażliwy na ich emocje i uwzględniał ich potrzeby we wczesnym okresie życia.

## PODZIĘKOWANIA

Badanie otrzymało częściowe wsparcie Stypendium Doktoranckiego – Nagrody Josepha-Armanda Bombardiera (*Joseph-Armand Bomardier Canada Graduate Scholarship-Doctoral Award*) przyznawanego przez Radę Nauk Społecznych i Humanistycznych (*Social Sciences and Humanities Research Council, SSHRC*) w Kanadzie. Badanie zostało także wsparte dotacją *Siła Wspólnoty (Community Vitality)* za pośrednictwem Fundacji Społeczności Londyńskiej (*London Community Foundation*). Specjalne podziękowania dla dzieci, młodzieży i ich rodzin za poświęcony czas oraz wysiłek.

Przedruk za zgodą wydawcy, tłumaczenie redakcyjne, niekonsultowane z wydawcą. Artykuł pierwotnie ukazał się w: *Child Abuse & Neglect*, 69 (2017) 163–176.

© 2017 Elsevier Ltd.

Tłumaczenie: Joanna Włodarczyk.

## BIBLIOGRAFIA

- Aakvaag, H. F., Thoresen, S., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G., Røysamb, E., Olf, M. (2016). Broken and guilty since it happened: A population study of trauma-related shame and guilt after violence and sexual abuse. *Journal of Affective Disorders*, 204, 16–23.
- Agnew-Blais, J., Danese, A. (2016). Childhood maltreatment and unfavourable clinical outcomes in bipolar disorder: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(4), 342–349.
- Allely, C. S. (2014). The association of ADHD symptoms to self-harm behaviours: a systematic PRISMA review. *BMC Psychiatry*, 14(1), 2–13. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-14-133>.
- Altemus, M. (2006). Sex differences in depression and anxiety disorders: Potential biological determinants. *Hormones and Behavior*, 50(4), 534–538.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders-III*. Waszyngton, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V (5th ed.)*. Waszyngton, DC: American Psychiatric Association.

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C. H., Perry, B. D., ... Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186.
- Andover, M. S., Pepper, C. M., Ryabchenko, K. A., Orrico, E. G., Gibb, B. E. (2005). Self-Mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 581–591.
- Andover, M. S., Pepper, C. M., Gibb, B. E. (2007). Self-mutilation and coping strategies in a college sample. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(2), 238–243.
- Armiento, J., Hamza, C. A., Stewart, S. L., Leschied, A. (2016). Direct and indirect forms of childhood maltreatment and nonsuicidal self-injury among clinically referred children and youth. *Journal of Affective Disorders*, 200, 212–217.
- Arslan, G. (2016). Psychological maltreatment, emotional and behavioral problems in adolescents: The mediating role of resilience and self-esteem. *Child Abuse & Neglect*, 52, 200–209.
- Auerbach, R. P., Kim, J. C., Chango, J. M., Spiro, W. J., Cha, C., Gold, J., ... Nock, M. K. (2014). Adolescent nonsuicidal self-injury: Examining the role of child abuse, comorbidity, and disinhibition. *Psychiatry Research*, 220(1–2), 579–584.
- Baiden, P., Stewart, S.L. Fallon, B. (w procesie recenzji). The mediating effect of depressive symptoms on the relationship between bullying victimization and non-suicidal self-injury among adolescents: Findings from community and inpatient mental health settings in Ontario, Canada. *Psychiatry Research*.
- Bentley, K. H., Cassiello-Robbins, C. F., Vittorio, L., Sauer-Zavala, S., Barlow, D. H. (2015). The association between nonsuicidal self-injury and the emotional disorders: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 37, 72–88.
- Bifulco, A., Schimmenti, A., Moran, P., Jacobs, C., Bunn, A., Rusu, A. C. (2014). Problem parental care and teenage deliberate self-harm in young community adults. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78(2), 95–114.
- Bolen, R. M., Winter, V. R., Hodges, L. (2013). Affect and state dysregulation as moderators of the relationship between childhood sexual abuse and nonsuicidal selfinjury. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(1), 201–228.
- Braciszewski, J. M., Colby, S. M. (2015). Tobacco use among foster youth: Evidence of health disparities. *Children and Youth Services Review*, 58, 142–145.
- Brausch, A. M., Boone, S. D. (2015). Frequency of nonsuicidal Self-Injury in adolescents: Differences in suicide attempts, substance use, and disordered eating. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(5), 412–622.

- Brown, M. Z., Comtois, K. A., Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198–202.
- Brownridge, D. A., Taillieu, T., Afifi, T., Chan, K. L., Emery, C., Lavoie, J., Elgar, F. (2016). Child maltreatment and intimate partner violence among indigenous and non-indigenous Canadians. *Journal of Family Violence*, 1–13.
- Bureau, J., Martin, J., Freynet, N., Poirier, A. A., Lafontaine, M., Cloutier, P. (2010). Perceived dimensions of parenting and non-suicidal self-injury in young adults. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(5), 484–494.
- Christoffersen, M. N., Møhl, B., DePanfilis, D., Vammen, K. S. (2015). Non-suicidal self-Injury—Does social support make a difference? An epidemiological investigation of a Danish national sample. *Child Abuse & Neglect*, 44, 106–116.
- Claes, L., Vandereycken, W. (2007). Self-injurious behavior: Differential diagnosis and functional differentiation. *Comprehensive Psychiatry*, 48(2), 137–144.
- Claes, L., Bouman, W. P., Witcomb, G., Thurston, M., Fernandez-Aranda, F., Arcelus, J. (2015a). Non-suicidal self-injury in trans people: Associations with psychological symptoms, victimization, interpersonal functioning, and perceived social support. *The Journal of Sexual Medicine*, 12(1), 168–179.
- Claes, L., Luyckx, K., Baetens, I., Van de Ven, M., Witteman, C. (2015b). Bullying and victimization, depressive mood, and non-suicidal self-injury in adolescents: The moderating role of parental support. *Journal of Child and Family Studies*, 24(11), 3363–3371.
- Claes, L., Luyckx, K., Bijttebier, P., Turner, B., Ghandi, A., Smets, J., ... Goris, Y. (2015c). Non-suicidal self-injury in patients with eating disorder: Associations with identity formation above and beyond anxiety and depression. *European Eating Disorders Review*, 23(2), 119–125.
- Coohey, C., Dirks-Bihun, A., Renner, L. M., Baller, R. (2014). Strain, depressed mood and suicidal thoughts among maltreated adolescents in the united states. *Child Abuse & Neglect*, 38(7), 1171–1179.
- Diamond, T., Muller, R. T. (2004). The relationship between witnessing parental conflict during childhood and later psychological adjustment among university students: Disentangling confounding risk factors. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 36(4), 295–309.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA*, 286(24), 3089–3096.

- Duggan, J., Heath, N., Hu, T. (2015). Non-suicidal self-injury maintenance and cessation among adolescents: A one-year longitudinal investigation of the role of objectified body consciousness, depression and emotion dysregulation. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 9(1), 1–12.
- Feiring, C., Taska, L. S. (2005). The persistence of shame following sexual abuse: A longitudinal look at risk and recovery. *Child Maltreatment*, 10(4), 337–349.
- Ford, J. D., Gómez, J. M. (2015). The relationship of psychological trauma and dissociative and posttraumatic stress disorders to nonsuicidal self-injury and suicidality: A review. *Journal of Trauma Dissociation*, 16(3), 232–271.
- Franzke, I., Wabnitz, P., Catani, C. (2015). Dissociation as a mediator of the relationship between childhood trauma and nonsuicidal self-injury in females: A path analytic approach. *Journal of Trauma Dissociation*, 16(3), 286–302.
- Glassman, L. H., Weierich, M. R., Hooley, J. M., Deliberto, T. L., Nock, M. K. (2007). Child maltreatment, non-suicidal self-injury, and the mediating role of self-criticism. *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2483–2490.
- Gorey, K. M., Richter, N. L., Snider, E. (2001). Guilt, isolation and hopelessness among female survivors of childhood sexual abuse: Effectiveness of group work intervention. *Child Abuse & Neglect*, 25(3), 347–355.
- Gratz, K. L., Tull, M. T. (2010). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among inpatients with substance use disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 34(6), 544–553.
- Gratz, K. L. (2006). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: The role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 238.
- Greger, H. K., Myhre, A. K., Lydersen, S., Jozefiak, T. (2015). Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population. *Child Abuse & Neglect*, 45, 122–134.
- Grenville, J., Goodman, D., Macpherson, A. K. (2012). Characteristics of self-harm behaviour among identified self-harming youth in care. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(5), 646–659.
- Hamza, C. A., Stewart, S. L., Willoughby, T. (2012). Examining the link between non-suicidal self-injury and suicidal behavior: A review of the literature and an integrated model. *Clinical Psychology Review*, 32, 482–495.
- Hay, C., Meldrum, R. (2010). Bullying victimization and adolescent self-harm: Testing hypotheses from general strain theory. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(5), 446–459.

- Heath, N. L., Toste, J. R., Nedecheva, T., Charlebois, A. (2008). An examination of non-suicidal self-injury among college students. *Journal of Mental Health Counseling*, 30(2), 137–156.
- Heath, N. L., Baxter, A. L., Toste, J. R., McLouth, R. (2010). Adolescents' willingness to access school-based support for nonsuicidal self-injury. *Canadian Journal of School Psychology*, 25(3), 260–276.
- Heilbron, N., Prinstein, M. J. (2010). Adolescent peer victimization, peer status, suicidal ideation, and nonsuicidal self-injury: Examining concurrent and longitudinal associations. *Merrill-Palmer Quarterly*, 56(3), 388–419.
- Hilt, L. M., Nock, M. K., Lloyd-Richardson, E. E., Prinstein, M. J. (2008). Longitudinal study of nonsuicidal self-injury among young adolescents rates, correlates, and preliminary test of an interpersonal model. *The Journal of Early Adolescence*, 28(3), 455–469.
- Hinshaw, S. P., Owens, E. B., Zalecki, C., Huggins, S. P., Montenegro-Nevado, A. J., Schrodek, E., Swanson, E. N. (2012). Prospective follow-up of girls with attention-deficit/hyperactivity disorder into early adulthood: Continuing impairment includes elevated risk for suicide attempts and self-injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 1041–1051.
- Hosmer, D. W., Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression* (2 wyd.). Nowy Jork, NY: Wiley.
- Joiner, T. E., Sachs-Ericsson, N. J., Wingate, L. R., Brown, J. S., Anestis, M. D., Selby, E. A. (2007). Childhood physical and sexual abuse and lifetime number of suicide attempts: A persistent and theoretically important relationship. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 539–547.
- Kaess, M., Parzer, P., Mattern, M., Plener, P. L., Bifulco, A., Resch, F., Brunner, R. (2013). Adverse childhood experiences and their impact on frequency, severity, and the individual function of nonsuicidal self-injury in youth. *Psychiatry Research*, 206(2), 265–272.
- Kuehner, C. (2003). Gender differences in unipolar depression: An update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 163–174.
- Kulkarni, M. R., Graham-Bermann, S., Rauch, S. A., Seng, J. (2011). Witnessing versus experiencing direct violence in childhood as correlates of adulthood PTSD. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(6), 1264–1281.
- Lang, C. M., Sharma-Patel, K. (2011). The relation between childhood maltreatment and self-injury: A review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma, Violence Abuse*, 12(1), 23–37.

- Larkin, H., Felitti, V. J., Anda, R. F. (2014). Social work and adverse childhood experiences research: Implications for practice and health policy. *Social Work in Public Health, 29*(1), 1–16.
- Lewis, T. L., Kotch, J., Wiley, T. R., Litrownik, A. J., English, D. J., Thompson, R., ... Dubowitz, H. (2011). Internalizing problems: A potential pathway from childhood maltreatment to adolescent smoking. *Journal of Adolescent Health, 48*(3), 247–252.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine, 37*(08), 1183–1192.
- Maniglio, R. (2010). Child sexual abuse in the etiology of depression: A systematic review of reviews. *Depression and Anxiety, 27*(7), 631–642.
- Maniglio, R. (2011). The role of child sexual abuse in the etiology of suicide and non-suicidal self-injury. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 124*(1), 30–41.
- Maniglio, R. (2012). Child sexual abuse in the etiology of anxiety disorders: A systematic review of reviews. *Trauma, Violence Abuse, 14*(2), 96–112.
- McKee, J. R., Payne, B. K. (2014). Witnessing domestic violence as a child and adulthood emotionality: Do adults feel the consequences of exposure to partner abuse later in the life course? *Journal of Aggression, Maltreatment Trauma, 23*(3), 318–331.
- Messer, J. M., Fremouw, W. J. (2008). A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clinical Psychology Review, 28*(1), 162–178.
- Meza, J. I., Owens, E. B., Hinshaw, S. P. (2016). Response inhibition, peer preference and victimization, and self-harm: Longitudinal associations in young adult women with and without ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology, 44*(2), 323–334.
- Muehlenkamp, J. J., Gutierrez, P. M. (2004). An investigation of differences between Self-Injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 34*(1), 12–23.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 6*(10), 1–9.
- Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry, 75*(2), 324–333.
- Muehlenkamp, J. J. (2014). Distinguishing between suicidal and nonsuicidal self-injury. W: M. K. Nock (red.), *The oxford handbook of suicide and self-injury* (s. 23–46). Nowy Jork, NY: Oxford University Press.

- Nock, M. K., Favazza, A. R. (2009). Nonsuicidal self-injury: Definition and classification. W: M. K. Nock (red.), *Understanding nonsuicidal self-injury: Origins, assessment, and treatment* (s. 9–18). Waszyngton, DC: American Psychological Association.
- Nock, M. K., Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 885–890.
- Nock, M. K., Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(1), 140–146.
- Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion regulation and psychopathology: The role of gender. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 161–187.
- Noll, J. G., Horowitz, L. A., Bonanno, G. A., Trickett, P. K., Putnam, F. W. (2003). Revictimization and self-harm in females who experienced childhood sexual abuse: Results from a prospective study. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(12), 1452–1471.
- Noll, J. G., Haralson, K. J., Butler, E. M., Shenk, C. E. (2011). Childhood maltreatment, psychological dysregulation, and risky sexual behaviors in female adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(7), 743–752.
- Phillips, C. D., Hawes, C. (2015). The interRAI pediatric home care (PEDS HC) assessment: Evaluating the long-term community-based service and support needs of children facing special healthcare challenges. *Health Services Insights*, 8, 17–24.
- Phillips, C. D., Patnaik, A., Moudouni, D. K., Naiser, E., Dyer, J. A., Hawes, C., ... Elliott, T. R. (2012). Summarizing activity limitations in children with chronic illnesses living in the community: A measurement study of scales using supplemented interRAI items. *BMC Health Services Research*, 12, 19.
- Posner, K., Brodsky, B., Yershova, K., Buchanan, J., Mann, J. (2014). The classification of suicidal behavior. W: M. K. Nock (red.), *The oxford handbook of suicide and self-injury* (s. 7–22). Nowy Jork, NY: Oxford University Press.
- Preyde, M., Watkins, H., Csuzdi, N., Carter, J., Lazure, K., White, S., ... Frensch, K. (2012). Non-suicidal self-injury and suicidal behaviour in children and adolescents accessing residential or intensive home-based mental health services. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(4), 270–281.
- Preyde, M., Vanderkooy, J., Chevalier, P., Heintzman, J., Warne, A., Barrick, K. (2014). The psychosocial characteristics associated with NSSI and suicide attempt of youth admitted to an in-patient psychiatric unit. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 23(2), 100–110.
- Rossow, I., Ystgaard, M., Hawton, K., Madge, N., Van Heeringen, K., De Wilde, E. J., ... Morey, C. (2007). Cross-National comparisons of the association between

- alcohol consumption and deliberate Self-Harm in adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(6), 605–615.
- Saul, J., Valle, L. A., Mercy, J. A., Turner, S., Kaufmann, R., Popovic, T., Centers for Disease Control Prevention (CDC) (2014). CDC grand rounds: Creating a healthier future through prevention of child maltreatment. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 63(12), 260–263 mm6312a2 [pii].
- Shenk, C. E., Noll, J. G., Cassarly, J. A. (2010). A multiple mediational test of the relationship between childhood maltreatment and non-suicidal self-injury. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(4), 335–342.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., Joiner, T. E. (2007a). Rebuilding the tower of babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 1: Background, rationale, and methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248–263.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., Joiner, T. E. (2007b). Rebuilding the tower of babel: A revised nomenclature for the study of suicide and suicidal behaviors part 2: Suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264–277.
- Smith, N. B., Kouros, C. D., Meuret, A. E. (2014). The role of trauma symptoms in non-suicidal self-injury. *Trauma, Violence, and Abuse: A Review Journal*, 15(1), 41–56.
- Sornberger, M. J., Heath, N. L., Toste, J. R., McLouth, R. (2012). Nonsuicidal self-injury and gender: Patterns of prevalence, methods, and locations among adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(3), 266–278.
- Sourander, A., Aromaa, M., Pihlakoski, L., Haavisto, A., Rautava, P., Helenius, H., Sillanpää, M. (2006). Early predictors of deliberate self-harm among adolescents. A prospective follow-up study from age 3 to age 15. *Journal of Affective Disorders*, 93(1), 87–96.
- Stewart, S. L., Hamza, C. A. (2017). The Child and Youth Mental Health Assessment (ChYMH): An examination of the psychometric properties of an integrated assessment developed for clinically referred children and youth. *BMC Health Services Research*, 17(82), 1–10. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1970-9>.
- Stewart, S. L., Currie, M., Arbeau, K., Leschied, A., Kerry, A. (2015a). *Assessment and planning for community and custodial services: The application of interRAI assessment in the youth justice system. Serious and violent young offenders and youth criminal justice: A Canadian perspective*. Burnaby, BC: Simon Fraser University Press.
- Stewart, S. L., Hirdes, J., Curtin-Telegdi, N., Perlman, C., McKnight, M., MacLeod, K., ... Morris, J. (2015b). *interRAI child and youth mental health (ChYMH) assessment form and user's manual: For use with in-patient and community-based assessments*.



- Stewart, S. L., Fadiya, B., Hirdes, J. P. (2016). *Cut points for selected scales of the inter-RAI Child and Youth Mental Health instrument*. Praca przedstawiona na InterRAI Network of Excellence in Mental Health, Capetown, RPA.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531–554.
- Swannell, S. V., Martin, G. E., Page, A., Hasking, P., St John, N. J. (2014). Prevalence of nonsuicidal Self-Injury in nonclinical samples: Systematic review, metaanalysis and meta-regression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(3), 273–303.
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S. (2007). Using multivariate statistics. W: L. S. Fidell (red.), *Using multivariate statistics* (5 wyd.). Boston, MA: Pearson/Allyn Bacon.
- Tatnell, R., Kelada, L., Hasking, P., Martin, G. (2014). Longitudinal analysis of adolescent NSSI: The role of intrapersonal and interpersonal factors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(6), 885–896.
- Thomassin, K., Shaffer, A., Madden, A., Londino, D. L. (2016). Specificity of childhood maltreatment and emotion deficit in nonsuicidal self-injury in an inpatient sample of youth. *Psychiatry Research*, 244, 103–108.
- Traube, D. E., James, S., Zhang, J., Landsverk, J. (2012). A national study of risk and protective factors for substance use among youth in the child welfare system. *Addictive Behaviors*, 37(5), 641–650.
- Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T. (2010). *Canadian incidence study of reported child abuse and neglect-2003*. Ottawa: Public Health Agency of Canada.
- Tseng, F., Yang, H. (2015). Internet use and web communication networks, sources of social support, and forms of suicidal and nonsuicidal Self-Injury among adolescents: Different patterns between genders. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(2), 178–191.
- Tuisku, V., Pelkonen, M., Karlsson, L., Kiviruusu, O., Holli, M., Ruutu, T., ... Marttunen, M. (2006). Suicidal ideation, deliberate self-harm behaviour and suicide attempts among adolescent outpatients with depressive mood disorders and comorbid axis I disorders. *European Child Adolescent Psychiatry*, 15(4), 199–206.
- Weismore, J. T., Esposito-Smythers, C. (2010). The role of cognitive distortion in the relationship between abuse, assault, and non-suicidal self-injury. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(3), 281–290.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117(6), 1939–1948. <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2005-2543>.

- Yates, T. M. (2009). *Developmental pathways from child maltreatment to nonsuicidal self-injury*.
- Zetterqvist, M., Lundh, L., Svedin, C. G. (2014). A cross-sectional study of adolescent non-suicidal self-injury: Support for a specific distress-function relationship. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 8(23), 1–14.

### THE ROLE OF ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES AS DETERMINANTS OF NONSUICIDAL SELF-INJURY AMONG CHILDREN AND ADOLESCENTS REFERRED TO COMMUNITY AND INPATIENT MENTAL HEALTH SETTINGS

*The objectives of this study were to examine the prevalence of, and determine the effect of adverse childhood experiences on non-suicidal self-injury among children and adolescents referred to community and inpatient mental health settings. Data for this study were obtained from the interRAI Child and Youth Mental Health dataset. A total of 2038 children and adolescents aged 8–18 years (M = 12.49; SD = 2.88, 61.1% males) were analyzed. Binary logistic regression was fitted to identify predictors of non-suicidal self-injury as a function of adverse childhood experiences, depression, and social support while simultaneously controlling for age, gender, type of patient, legal guardianship, marital status of parents/caregivers, history of foster family placement, and mental health diagnoses. Of the 2038 children and adolescents examined, 592 (29%) of this clinical sample engaged in non-suicidal self-injury. In the multivariate logistic regression model, children and adolescents who were physically abused had 49% higher odds of engaging in non-suicidal self-injury and children and adolescents who were sexually abused had 60% higher odds of engaging in non-suicidal self-injury, when compared to their non-abused counterparts. Other predictors of non-suicidal self-injury include: older age, female gender, inpatient status, depression, attention deficit-hyperactivity disorder, disruptive behavior disorder, and mood disorders. Children and adolescents who had some form of social support had a 26% decrease in the odds of engaging in non-suicidal self-injury. Assessment procedures for indicators of mental health, particularly among children and adolescents with a history of adverse childhood experiences, should also take into account non-suicidal self-injury. In addition to bolstering social support networks, addressing depression and related emotion regulation skills in childhood may help prevent future non-suicidal self-injury behaviors.*

**KEYWORDS:**

ADVERSE CHILDHOOD EXPERIENCES, NON-SUICIDAL SELF-INJURY, CHILDREN, ADOLESCENTS, INTERRAI

**Cytowanie:**

Baiden, P., Stewart, S. L., Fallon, B. (2018). Rola negatywnych doświadczeń w dzieciństwie jako uwarunkowań samookaleczeń bez intencji samobójczych wśród dzieci i młodzieży. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka*, 17(3), 103–137.



Artykuł jest dostępny na licencji *Creative Commons Uznanie autorstwa–Użycie niekomercyjne–Bez utworów zależnych 3.0 Polska*.