

Ocena sylwetki psychologicznej osób po próbach samobójczych hospitalizowanych psychiatrycznie. Doniesienie wstępne

Analysis of psychological functioning of patients after their suicide attempts

Piotr Wierzbiński¹, Monika Talarowska¹, Marcelina Chamielec¹,
Iwona Mikołajczyk², Marta Strombek-Milczarek³, Antoni Florkowski¹

1 Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

2 Oddział Terapii dla Uzależnionych od Substancji Psychoaktywnych ze współistniejącymi innymi Zaburzeniami Psychicznymi. SPZOZ im. Babińskiego w Łodzi

3 - Szpital im. Babińskiego w Łodzi

Praca finansowana z Grantu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Nr 502 -03/5 -062-02/502-54-062

Streszczenie

Wstęp. Samobójstwo jest istotnym problemem psychiatrycznym. Dokonanie aktu celowego odebrania sobie życia przez pacjenta jest czynem trudnym i dramatycznym. Wciąż toczy się dyskusja na temat przyczyn tego zjawiska, które do tej pory jednoznacznie nie zostały ustalone. Istnieje wiele teorii dotyczących etiologii zachowań samobójczych, m.in. teoria socjologiczna, poznawczo-behawioralna oraz teorie neurobiologiczne. **Materiał i Metody:** W badaniu wzięło udział 76 osób, z tego 48 w grupie badanej. Do grupy badanej włączono osoby hospitalizowane w SPZOZ im. Babińskiego w Łodzi, które próbowały obecnie lub w przeszłości dokonać próby samobójczej. Każdy pacjent wykonał testy psychologiczne: CISS i IPSA-II. **Wyniki:** analiza statystyczna wykazała, że pacjenci podejmujący próby samobójcze różnią się pod względem cech funkcjonowania psychologicznego od osób z grupy porównawczej: odznaczają się większą agresją, są bardziej nieufni, mają trudności w panowaniu nad emocjami. **Wnioski:** Samobójstwom można próbować zapobiegać. Analiza sylwetki psychologicznej osób podejmujących próby samobójcze pozwoliłaby lepiej poznać mechanizmy leżące u podstaw czynów autodestrukcyjnych oraz wyodrębnić grupę osób z istotnie większym ryzykiem zachowań suicydalnych i stosować wobec nich oddziaływanie profilaktyczne.

Słowa kluczowe: samobójstwo, sylwetka psychologiczna, zachowania samobójcze

Abstract

Suicide is a serious psychiatric problem. A deliberate act of taking their own lives by patients is a difficult and dramatic move. There has been ongoing discussion about causes of this phenomenon and they still have not been established unequivocally. There are numerous theories on the etiology of suicidal behaviors including a sociological theory, cognitive-behavioral theory and neurobiological theories.

Material and methods:

The research is based on the survey of the control group that consisted of 76 persons including 48 of those who had already attempted suicide. Among the group were also Lodz Babinski Hospital patients who attempted suicide recently or in the more distant past. Each patient did psychological CISS and IPSA-II tests.

Results:

A statistical analysis shows that patients attempting suicide differ in psychological traits from the rest of the control group. They have greater aggressive tendencies and difficulties in controlling emotions. They also tend to be less trusting.

Conclusions:

It is possible to attempt to prevent suicide. A psychological profile of those who attempt suicide could lead to a better understanding of mechanisms that underlie self-destructive actions and help identify a group of persons with a significantly greater suicidal behavior risk and apply preventive measures to those persons.

Keywords: suicide, psychological functioning, suicidal behaviour

Wstęp

Samobójstwo jest aktem celowego odebrania sobie życia. Za zachowanie samobójcze uważa się każde zachowanie

lub czyn, skierowany przeciwko swojej osobie z zamiarem pozbawienia siebie życia. Do zachowań samobójczych zaliczyć można samobójstwo dokonane, próby samobójcze, idee samobójcze, deklaracje oraz

myśli samobójcze. Próbę samobójczą definiuje się jako autodestrukcyjny czyn podjęty z myślą o pozbawieniu siebie życia przy użyciu środków, które realnie zagrażały życiu. Jeśli takie zachowanie spowoduje zgon suicydenta mówimy o samobójstwie dokonanym [1, 2].

Według Ślipki „wszelkie podjęte przez daną osobę czynności autodestrukcyjne zalicza się do jednej z kategorii działań samobójczych, jeżeli tylko podejmująca je osoba czyni to w celu pozbawienia się życia i skutek ten osiąga. W przeciwnym razie mówi się o próbie lub zamachu samobójczym” [3].

Samobójstwa stanowią poważny problem psychiatryczny w większości krajów na świecie. Znajdują się one w dziesiątce najczęstszych przyczyn zgonów w wielu krajach, a w grupie wiekowej 16-35 lat są trzecią co do częstości przyczyną zgonów. W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej (USA) około 30 000 osób rocznie popełnia samobójstwo, co daje prawie 80 samobójstw dziennie. Szacuje się, że w USA prób samobójczych jest około 260 000 rocznie [4].

Liczba samobójstw w Polsce na przestrzeni lat ulega wahaniom między 4000 a 6000 zamachów samobójczych rocznie. Według danych Komendy Głównej Policji liczba zamachów samobójczych w 2010 roku wyniosła 5456 (w tym 4480 mężczyzn). Samobójstw stwierdzono 4087 przypadków. 3517 skutecznych zamachów samobójczych dokonali mężczyźni [5]. W 2011 roku prób samobójczych odnotowano 5124 (4195 mężczyzn). Skutecznych samobójstw zakończonych zgonem było 3839 w tym 3294 mężczyzn. Najczęstszymi sposobami dokonania zamachu samobójczego były powieszenie się, utopienie się i skok się z wysokości. 1258 osób dokonywało prób samobójczych pod wpływem alkoholu, w 3334 przypadkach nie ustalono stanu świadomości.

Próbując scharakteryzować osoby podejmujące próby samobójcze należy podkreślić, że mężczyźni trzykrotnie przeważają nad kobietami w próbach samobójczych [6]. 50% osób po próbie samobójczej dokonywało prób w przeszłości [7]. Uważa się, że 63% osób popełniających czyn samobójczy wcześniej dokonywało samookaleczeń, natomiast 19% z nich wykazywało gwałtowne zachowania i cechowało się nadmierną impulsywnością [8].

W społeczeństwach europejskich krajów zachodnich oraz Stanach Zjednoczonych skuteczne zamachy samobójcze częściej popełniają mężczyźni, to jednak prób samobójczych więcej dokonują kobiety. Wyjątek stanowią niektóre kraje azjatyckie, np. Chiny, gdzie odsetek kobiet dokonujących skutecznego zamachu samobójczego jest istotnie większy w porównaniu ze społeczeństwami krajów europejskich. Mężczyźni zwykle przeważają we wszystkich grupach wiekowych [9].

Mimo, że kobiety popełniają więcej prób samobójczych, są jednak zdecydowanie mniej skuteczne. Przyczyny tego zjawiska są nadal badane. Sądzi się, że kobiety wybierają metody samobójstw mniej letalne, z dużo mniejszym ryzykiem ciężkiego uszkodzenia ciała. Ponadto skłonne są do częstszego korzystania z pomocy me-

dycznej w przypadku zaburzeń pojawienia się u nich zaburzeń psychicznych. Większy odsetek mężczyzn popełniających skuteczną próbę samobójczą może być wynikiem częstszego uzależnienia od alkoholu i substancji psychoaktywnych w porównaniu z kobietami. Ponadto kobiety posiadają bardziej rozbudowaną sieć wsparcia społecznego wśród przyjaciół i rodziny, częściej są skłonne do opowiadania o swoich uczuciach innym w porównaniu z mężczyznami [10].

Do statystyk dotyczących samobójstw należy odnosić się krytycznie. Liczba samobójstw zwykle jest zaniżona głównie z powodu problemów z udowodnieniem, że miało się do czynienia z zamachem samobójczym. Ponadto prawna ocena popełnionego czynu istotnie wpływa na zaniżenie liczby samobójstw. Z przyczyn społeczno-kulturowych wielokrotnie nie ujawnia się, że miało się do czynienia z próbą samobójczą [11].

W analizie zjawiska samobójstwa czynniki etiologiczne wydają się mieć kluczowe znaczenie. Psychologia praktycznie od zawsze czyni próby opisanego zjawiska oraz jego uwarunkowań. Procesy psychologiczne jakie zachodzą u danej osoby zamierzającej popełnić samobójstwo odgrywają bardzo istotną rolę w etiologii samobójstwa a ich wyjaśnienie istotnie może pomóc zapobiegać tym zachowaniom. Istnieje wiele psychologicznych teorii dotyczących zachowań samobójczych: teoria psychoanalityczna, behawioralno-poznawcza oraz społeczna, której podwaliny stworzył Emil Durkheim [12].

W przedstawianej pracy autorzy skupili się na określeniu sylwetki psychologicznej osób hospitalizowanych psychiatrycznie, które próbowały popełnić samobójstwo. Postawiono następującą hipotezę badawczą: Pacjenci podejmujący próby suicydalne pod względem cech funkcjonowania psychologicznego różnią się od osób z grupy porównawczej.

Materiał

W badaniu wzięło udział 76 osób. 48 osób stanowiło grupę badaną, 28 osób stanowiło grupę kontrolną. Do grupy badanej włączono osoby hospitalizowane w SPZOZ im. J. Babińskiego w Łodzi, które próbowały obecnie, bądź w przeszłości dokonać próby samobójczej. Każdego pacjenta poproszono o wykonanie testów psychologicznych typu papier-ołówek polegających na zakreśleniu prawidłowej odpowiedzi na określone pytanie lub dopisaniu fragmentu zdania. Badania psychologiczne oraz analizy testów dokonał psycholog pracujący w Pracowni Psychologii Klinicznej Kliniki Psychiatrii Dorosłych. Wszelkie informacje uzyskane w czasie badania zostały objęte ochroną i posłużyły wyłącznie do celów naukowych. Podawane dane osobowe oraz wyniki przeprowadzonych testów nie będą rozpowszechniane, a jedynie wykorzystywane w ogólnych zestawieniach. Każda z badanych osób wyrażała pisemną zgodę na udział w badaniu zgod-

nie z protokołem zatwierdzonym przez Komisję Bioetyki UM w Łodzi, nr RNN/31/10/KB z dnia 12. 01. 2010 r.

Osobnikami stanowiącymi grupę kontrolną nie były osoby w wieku poniżej 18 lat oraz powyżej 65 lat, pracownicy służb mundurowych, studenci medycyny, osoby wobec których toczy się postępowanie sądowe, osoby ubezwłasnowolnione całkowicie i częściowo, oraz wszelkie inne osoby wobec których możemy powiedzieć, że występuje zależność służbowa. Grupa porównawcza została dobrana pod kątem płci i wieku. Ponadto kryterium wyłączającym pacjenta z badania był stan pacjenta uniemożliwiający podjęcie świadomej zgody w rozumieniu Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego.

Metody

W badaniu sylwetki psychologicznej użyto następujących metod:

I. *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych* (CISS), Norman S. Endler, James D.A. Parker - składa się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie podejmują w sytuacjach stresowych. Wynikiem testu są wyniki w 3 skalach:

a) Styl skoncentrowany na zadaniu: styl radzenia sobie polegający na podejmowaniu działań mających na celu rozwiązanie problemu.

b) Styl skoncentrowany na emocjach: koncentrowanie się na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych np. złość, poczucie winy, napięcie. Tendencja do myślenia życzeniowego.

c) Styl skoncentrowany na unikaniu: tendencja do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji trudnej. Może przyjmować dwie formy:

- angażowanie się w czynności zastępcze np. objadanie się, używki, oglądanie telewizji.

- poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

II. *Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji* (IPSA-II) Z.B.Gaś - Syndrom agresji określano jako zespół przeżyć, postaw i zachowań, których celem lub skutkiem (zamierzonym lub niezamierzonym) jest wyrządzenie krzywdy (bezpośrednio lub pośrednio) innej osobie lub samemu sobie. Zrewidowana wersja testu IPSA - II zawiera 11 aspektów (czynników) agresji. Są to: *skłonność do działań odwetowych* (czynnik I) - reagowanie na realną lub urojoną krzywdę agresją, mściwość, przygotowywanie i realizowanie zamierzonej zemsty, rewanż za doznane niepowodzenia; *tendencje autodestrukcyjne* (czynnik II) - skierowanie agresji fizycznej na siebie,

samouszkodzenia, próby samobójcze, *zaburzenia kontroli agresji* (czynnik III) - trudności z kontrolą przejawów własnej agresywności, opanowaniem impulsów, *agresja przemieszczona* (czynnik IV) - zmiana obiektu agresji na mniej zagrażający, *nieuświadomiane tendencje agresywne* (czynnik V) - skłonność do manifestowania czynności i zachowań pozornie nie agresywnych, które są formą w miarę bezkonfliktowej i nie karanej agresywnej aktywności, *agresja pośrednia* (czynnik VI) - zmiana formy napastliwości z bezpośredniej na pośrednią, atakowanie pośrednio konkretnych osób przez ośmieszanie ich, plotkowanie o nich, skarżenie, wyśmiewanie, groźby, nadmierne krytykowanie, *agresja instrumentalna* (czynnik VII) - podejmowanie zachowań agresywnych w celu osiągnięcia innych korzyści, *wrogość wobec siebie* (czynnik VIII) - wydawanie na swój temat nieprzychylnych opinii, negatywna samoocena, wyolbrzymianie własnych braków i niedostatków, samoponiżanie się, *agresja fizyczna wobec otoczenia* (czynnik IX) - skłonność do podejmowania w relacjach interpersonalnych działań o charakterze przemocy fizycznej, *wrogość wobec otoczenia* (czynnik X) - rzutowanie wrogości na otoczenie, negatywne nastawienie wobec ludzi, podejrzliwość, nieufność, *agresja reaktywna* (czynnik XI) - impulsywność i gwałtowność w działaniu, silne nacechowanie zachowań emocjami.

W analizie statystycznej wyników wykorzystano program statystyczny STATISTICA9.0 PL. Przy statystycznej weryfikacji hipotez przyjęto dwustronny obszar krytyczny. W analizie statystycznej wykorzystano metody statystyki opisowej oraz metody wnioskowania statystycznego.

Wyniki

Średni wiek osób w grupie porównawczej wynosi: 31, 75 lat, odchylenie standardowe (SD) = 7,76. Minimalny wiek - 24 lata, maksymalny - 54 lata. W grupie porównawczej było 16 kobiet i 12 mężczyzn. Grupa badana liczyła 48 osób. 25 kobiet i 23 mężczyzn. Minimalny wiek w grupie badanej wyniósł 20 lat, maksymalny 64 lata. Średni wiek w grupie badanej to 38,94, odchylenie standardowe (SD) = 11,88.

Dane dotyczące płci i wieku badanych osób zaprezentowano w tabelach 1 - 4.

Tabela 1. Charakterystyka grupy porównawczej pod względem płci

Tabela licznosci: płeć			
Kategoria	Licznosc	Skumulow. Liczn.	Procent
Kobiety	16	16	57,14
Mężczyźni	12	28	42,85

Tabela 2. Charakterystyka grupy porównawczej pod względem wieku

Tabela licznosci: wiek			
Od do	Licznosc	Skumulowana licznosc	Procent
20<x<=25	3	3	10,71
25<x<=30	13	16	46,42
30<x<=35	6	22	21,42
35<x<=40	3	25	10,71
40<x<=45	1	26	3,57
45<x<=50	0	26	0,00
50<x<=55	2	28	7,14
55<x<=60	0	28	0,00

Tabela 3. Charakterystyka grupy badanej pod względem wieku

Tabela licznosci: wiek			
Od do	Licznosc	Procent	Skumulow. Procent
10<x<=20	1	2,08	2,08
20<x<=30	17	35,41	37,50
30<x<=40	8	16,66	54,16
40<x<=50	12	25,00	79,16
50<x<=60	9	18,75	97,91
60<x<=70	1	2,08	100,00
70<x<=80	0	0,00	100,00

Tabela 4. Charakterystyka grupy badanej pod względem płci

Tabela licznosci: płeć			
Kategoria	Licznosc	Skumulow. Liczn.	Procent
Kobiety	25	52,08	52,08
Mężczyźni	23	47,91	100,00

Uzyskane przez badanych wyniki w poszczególnych testach wraz z ich statystycznym opisem przedstawiają tabele 5 i 6.

Tabela 5. Statystyka opisowa uwzględniająca punktację uzyskaną w testach psychologicznych w grupie badanej

N ważnych		Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Odch.Std.	Skośność	Kurtoza
CISS SSZ	47	51,19	50,00	34,00	70,00	9,39	0,22	-0,75
CISS SSE	47	51,13	52,00	29,00	71,00	9,45	-0,46	0,08
CISS SSU	47	43,43	43,00	25,00	61,00	8,90	0,02	-0,20
CISS ACZ	47	21,13	21,00	11,00	31,00	4,70	-0,14	-0,24
CISS PKT	47	14,00	14,00	6,00	25,00	4,41	0,00	-0,34
Ipsa 1	48	11,29	9,50	0,00	28,00	8,64	0,33	-1,23
Ipsa 2	48	7,17	8,00	0,00	13,00	3,60	-0,58	-0,39
Ipsa 3	48	9,10	10,00	0,00	18,00	4,60	-0,18	-0,80
Ipsa 4	48	6,79	6,00	0,00	18,00	5,32	0,43	-0,66
Ipsa 5	48	5,52	5,00	0,00	14,00	2,89	0,62	0,33
Ipsa 6	48	4,75	4,50	0,00	12,00	3,17	0,12	-0,81
Ipsa 7	48	5,38	4,00	0,00	16,00	4,60	0,70	-0,36
Ipsa 8	48	4,13	4,00	0,00	10,00	2,73	-0,01	-1,07
Ipsa 9	48	3,10	2,00	0,00	9,00	2,99	0,62	-1,05
Ipsa 10	48	5,31	5,00	0,00	12,00	3,47	0,48	-0,85
Ipsa 11	48	7,98	8,00	2,00	18,00	4,09	0,25	-0,42
Ipsa w.o.	48	43,44	44,00	8,00	92,00	21,47	0,12	-0,84

CISS-SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu, CISS-SSE – styl skoncentrowany na emocjach, CISS-SSU – styl skoncentrowany na unikaniu, CISS-ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze, CISS-PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich, IPSA-1 – czynnik pierwszy agresji – skłonność do działań odwetowych, IPSA-2 – czynnik drugi agresji – tendencje autodestrukcyjne, IPSA-3 – czynnik trzeci agresji – zaburzenia kontroli agresji, IPSA-4 – czynnik czwarty – agresja przemieszczona, IPSA-5 – czynnik piąty – nieświadomione tendencje agresywne, IPSA-6 – czynnik szósty – agresja pośrednia, IPSA-7 – czynnik siódmy – agresja instrumentalna, IPSA-8 – czynnik ósmy – wrogość wobec siebie, IPSA-9 – czynnik dziewiąty – agresja fizyczna wobec otoczenia, IPSA-10 – czynnik dziesiąty – wrogość wobec otoczenia, IPSA-11 – czynnik jedenasty – agresja reaktywna

IPSA-wog - wartości ogólne Inwentarza Psychologicznego Syndromu Agresji

Tabela 6. Statystyka opisowa uwzględniająca wyniki w poszczególnych testach psychologicznych w grupie porównawczej

N ważnych		Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Odch. Std.	Skośność
CISS SSZ	27	58,63	59,00	40,00	76,00	8,96	-0,23
CISS SSE	27	40,59	42,00	25,00	56,00	9,62	-0,18
CISS SSU	27	42,00	41,00	26,00	63,00	10,37	0,30
CISS ACZ	27	17,67	17,00	8,00	28,00	5,91	0,33
CISS PKT	27	16,37	16,00	10,00	25,00	4,09	0,43
Ipsa 1	27	5,41	4,00	0,00	23,00	5,77	1,85
Ipsa 2	27	1,67	2,00	0,00	6,00	1,71	0,71
Ipsa 3	27	4,41	4,00	0,00	12,00	3,94	0,53
Ipsa 4	27	2,22	2,00	0,00	8,00	2,69	1,06
Ipsa 5	27	4,56	4,00	0,00	10,00	3,08	0,06
Ipsa 6	27	1,22	0,00	0,00	6,00	1,65	1,40
Ipsa 7	27	1,19	0,00	0,00	6,00	1,69	1,50
Ipsa 8	27	0,78	0,00	0,00	5,00	1,37	1,89
Ipsa 9	27	1,07	0,00	0,00	6,00	1,69	1,54
Ipsa 10	27	1,78	2,00	0,00	6,00	1,58	0,97
Ipsa 11	27	5,22	5,00	2,00	12,00	2,78	0,55
Ipsa w.o.	27	17,81	19,00	0,00	52,00	12,45	0,77

CISS-SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu, CISS-SSE – styl skoncentrowany na emocjach, CISS-SSU – styl skoncentrowany na unikaniu, CISS-ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze, CISS-PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich, IPSA-1 – czynnik pierwszy agresji – skłonność do działań odwetowych, IPSA-2 – czynnik drugi agresji – tendencje autodestrukcyjne, IPSA-3 – czynnik trzeci agresji – zaburzenia kontroli agresji, IPSA-4 – czynnik czwarty – agresja przemieszczona, IPSA-5 – czynnik piąty – nieświadomione tendencje agresywne, IPSA-6 – czynnik szósty – agresja pośrednia, IPSA-7 – czynnik siódmy – agresja instrumentalna

IPSA-8 – czynnik ósmy – wrogość wobec siebie, IPSA-9 – czynnik dziewiąty – agresja fizyczna wobec otoczenia, IPSA-10 – czynnik dziesiąty – wrogość wobec otoczenia, IPSA-11 – czynnik jedenasty – agresja reaktywna, IPSA-wog - wartości ogólne Inwentarza Psychologicznego Syndromu Agresji

Tabela 7. Porównanie wyników testów psychologicznych grupy porównawczej i grupy po próbach samobójczych

Grupa porównawcza	N ważn. Grupa 1	N ważn. Grupa 2	Średnia Grupa 1	Średnia Grupa 2	Z	poziom p
CISS SSZ	47	27	51,19149	58,62963	-2,35063	0,018742
CISS SSE	47	27	51,12766	40,59259	-2,35063	0,018742
CISS SSU	47	27	43,42553	42,00000	0,17766	0,858987
CISS ACZ	47	27	21,12766	17,66667	-1,33931	0,180470
CISS PKT	47	27	14,00000	16,37037	-1,59214	0,111354
Pacjenci po próbie samobójczej	N ważn. Grupa 1	N ważn. Grupa 2	Sum.rang Grupa 1	Sum.rang Grupa 2	Z	poziom p
Ipsa 1	48	27	2090,000	760,000	2,93605	0,003324
Ipsa 2	48	27	2326,000	524,000	5,54096	0,000000
Ipsa 3	48	27	2182,500	667,500	3,95704	0,000076
Ipsa 4	48	27	2159,000	691,000	3,69765	0,000218
Ipsa 5	48	27	1928,000	922,000	1,14793	0,250999
Ipsa 6	48	27	2242,000	608,000	4,61379	0,000004
Ipsa 7	48	27	2207,000	643,000	4,22747	0,000024
Ipsa 8	48	27	2278,500	571,500	5,01667	0,000001
Ipsa 9	48	27	2094,000	756,000	2,98020	0,002881
Ipsa 10	48	27	2231,000	619,000	4,49237	0,000007
Ipsa 11	48	27	2086,500	763,500	2,89741	0,003763
Ipsa w.o.	48	27	2266,000	584,000	4,87869	0,000001

CISS-SSZ – styl skoncentrowany na zadaniu, CISS-SSE – styl skoncentrowany na emocjach, CISS-SSU – styl skoncentrowany na unikaniu, CISS-ACZ – angażowanie się w czynności zastępcze, CISS-PKT – poszukiwanie kontaktów towarzyskich, IPSA-1 – czynnik pierwszy agresji – skłonność do działań odwetowych, IPSA-2 – czynnik drugi agresji – tendencje autodestrukcyjne, IPSA-3 – czynnik trzeci agresji – zaburzenia kontroli agresji, IPSA-4 – czynnik czwarty – agresja przemieszczona, IPSA-5 – czynnik piąty – nieświadomione tendencje agresywne, IPSA-6 – czynnik szósty – agresja pośrednia, IPSA-7 – czynnik siódmy – agresja instrumentalna, IPSA-8 – czynnik ósmy – wrogość wobec siebie, IPSA-9 – czynnik dziewiąty – agresja fizyczna wobec otoczenia, IPSA-10 – czynnik dziesiąty – wrogość wobec otoczenia, IPSA-11 – czynnik jedenasty – agresja reaktywna, IPSA-wog – wartości ogólne Inwentarza Psychologicznego Syndromu Agresji

W celu weryfikacji hipotezy badawczej: pacjenci podejmujący próby samobójcze pod względem funkcjonowania psychologicznego różnią się od osób z grupy badawczej, porównano grupę porównawczą i grupę badaną pod względem wyników w poszczególnych testach psychologicznych wykonywanych przez pacjentów. Wyniki przedstawiono w tabeli 7.

W teście CISS różnice istotne statystycznie pomiędzy badanymi grupami dotyczyły dwóch skal: CISS SSZ (styl skoncentrowany na zadaniu), CISS SSE (styl skoncentrowany na emocjach). W pierwszym przypadku wyższe wyniki osiągnęły osoby z grupy porównawczej, w drugim podteście – wyższe wyniki uzyskały osoby z grupy badanej.

Także w kolejnym teście – IPSA, osoby z grupy badanej w każdej ze skal uzyskały istotnie wyższe wyniki w porównaniu do grupy porównawczej: IPSA 1 (czynnik pierwszy agresji – skłonność do działań odwetowych), IPSA 2 (czynnik drugi agresji – tendencje autodestrukcyjne), IPSA 3 (czynnik trzeci agresji – zaburzenia kontroli agresji), IPSA 4 (czynnik czwarty – agresja przemieszczona), IPSA 6 (czynnik szósty – agresja pośrednia), IPSA 7 (czynnik siódmy – agresja instrumentalna), IPSA 8 (czynnik ósmy – wrogość wobec siebie), IPSA 9 (czynnik dziewiąty – agresja fizyczna wobec otoczenia), IPSA 10 (czynnik dziesiąty – wrogość wobec otoczenia), IPSA 11 (czynnik jedenasty – agresja reaktywna), IPSA wog (wartości ogólne Inwentarza Psychologicznego Syndromu Agresji).

Omówienie wyników

Wykazano, że pacjenci podejmujący próby samobójcze różnią się pod względem cech funkcjonowania psychologicznego od grupy porównawczej. Hipoteza mówiąca o różnicach pomiędzy pacjentami podejmującymi próby suicydalne oraz grupą kontrolną pod względem cech funkcjonowania psychologicznego została potwierdzona. W tabelach 3, 4 i 5 przedstawiono wyniki poszczególnych testów psychologicznych dla obydwu badanych grup. W większości z nich zaobserwowano istotne statystycznie różnice pomiędzy badanymi grupami, co wskazuje na różnice w zakresie analizowanych cech.

Pacjenci podejmujący próby samobójcze w sytuacjach trudnych najczęściej wybierają strategie radzenia sobie powiązane z rozładowaniem negatywnych emocji, podczas gdy osoby z grupy porównawczej, strategie nastawione na rozwiązanie problemu. Opisane zjawisko może być przyczyną mniejszej efektywności osób z grupy badanej w zakresie zdolności radzenia sobie z przeciwno-

ściami, co w konsekwencji doprowadza do zachowań autoagresywnych i samobójczych.

Osoby podejmujące próby samobójcze odznaczały się wyższym poziomem agresji w porównaniu do osób z grupy porównawczej (Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji – IPSA-II). Do cech pacjentów dokonujących samouszkodzeń należą: skłonność do działań odwetowych, tendencje autodestrukcyjne, zaburzenia kontroli agresji, agresja przemieszczona, agresja pośrednia, agresja instrumentalna, wrogość wobec siebie, agresja fizyczna wobec otoczenia, wrogość wobec otoczenia oraz agresja reaktywna.

Opisane cechy występujące u pacjentów po próbach samobójczych mogą stać u podstaw zachowań autodestrukcyjnych które w sytuacjach kryzysowych ulegają spotęgowaniu. Ocena psychologiczna sytuacji w której zagrożenie czynem samobójczym jest prawdopodobne jest złożona i składa się na nią wiele czynników, wzajemnie na siebie oddziałujących. One decydują o zachowaniu danej osoby. Z pewnością u podłoża tych zjawisk znajdują się czynniki neurobiologiczne. Czynniki psychologiczne powiązane są ze strukturą osobowości zdolności danej jednostki do wyciągania wniosków ze zdarzeń w przeszłości i przełożenia ich na aktualną sytuację kryzysową. Na to wszystko nakładają się współistniejące zaburzenia psychiczne jak zaburzenia nastroju, organiczne deficyty ośrodkowego układu nerwowego czy zaburzenia psychotyczne. Z pewnością zaburzenia kontroli agresji, wrogość wobec siebie, agresja reaktywna, trudności w kontrolowaniu własnych emocji i reakcji, nadmierna koncentracja na emocjach to istotne czynniki ryzyka popełnienia czynu autodestrukcyjnego. Tendencja do kierowania agresji przeciwko sobie jest zresztą jedną ze składowych opisanego przez Erwina Ringla zespołu presuicydalnego [13]. Do pozostałych cech charakterystycznych dla tego zespołu należą: osłabienie funkcji poznawczych i zawężenie ich do przeżywania poczucia lęku, niepokoju, zagrożenia, utrzymywanie się przekonania o mniejszej wartości, poczucie niewydolności prowadzące do dominowania postawy rezygnacyjnej oraz ucieczka od rzeczywistości do rozważań o śmierci i samobójstwie, jako jedynym sposobie wyjścia z trudnej sytuacji. Dokładna ocena psychologiczna danej osoby może pozwolić zakwalifikować ją do grupy podwyższonego ryzyka popełnienia czynu samobójczego w przyszłości.

Wnioski

1. Osoby podejmujące próby samobójcze różną się istotnie pod względem funkcjonowania psychologicznego od osób z grupy porównawczej. W zakresie badanych testów psychologicznych można stwierdzić, że osoby podejmujące próby samobójcze są skłonne większą rolę w kontrolowaniu odczuwanych doznań bólowych przypisywać innym, głównie personelowi medycznemu.
2. Pacjenci podejmujący próby samobójcze częściej dokonują samouszkodzeń, odznaczają się większą agresją, zarówno wobec siebie jak i otoczenia. Są bardziej nieufni, podejrzliwi skłonni do działań odwetowych i impulsywnych. Mają również trudność w panowaniu nad zachowaniami impulsywnymi.
3. Osoby takie są bardziej narażone na zjawisko samobójstwa w sytuacjach kryzysowych.
4. Uwzględnienie tych wszystkich cech powinno znajdować odzwierciedlenie w schematach postępowania z osobami po próbie samobójczej w celach profilaktycznych.

Correspondence address

dr n. med. Piotr Wierzbński
Klinika Psychiatrii Dorosłych
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,
91-229 Łódź,
ul. Aleksandrowska 159, pawilon XI
Tel: 42 652 12 89, fax: 42 640 50 58
mail: piotr.wierzbinski@umed.lodz.pl

References:

1. Stengel E., Cook N.G. Contrasting suicide rates in industrial communities. *J. Ment Sci.* 1961; 107: 1011–1019.
2. Stengel E. Recent research into suicide and attempted suicide. London 1958.
3. Ślipko T. Prawa i obowiązki osoby względem siebie jako całości. *Zarys etyki szczegółowej*. T. 1. Wyd. Ap. Modlitwy, Kraków 1982
4. Kaplan & Sadock's. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Ninth edition. 2009
5. *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2011*, LXXI Warszawa
6. Arto M, Demeter E, Rihmer Z i wsp. Retrospective psychiatric assessment of 200 suicides in Budapest. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 77: 454-6
7. Hawton KE & Catalan J (1987) *Attempted suicide: A practical Guide to its Management*, 2nd edition. Oxford: Oxford University Press.
8. Safer Services (1999) *National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide by People with Mental Illness*, Report 1999. Department of Health
9. Barraclough BM and Hughes J (1987) *Suicide: Clinical and epidemiological studies*. Beckenham: Croom Helm.
10. Duberstein P, Conwell Y: Preventing suicide in older adults. *Directions in Psychiat.* 2000; 20:351
11. Pollock LR, Williams JM. Problem – solving in suicide attempters. *Psychol Med.* 2004 Jan 34(1): 163 – 7.
12. *Samobójstwo: Studium z socjologii* Warszawa 2006, Oficyna Naukowa, s. 500, ISBN 83-7459-016-5 (*Le Suicide* 1897).
13. Ringel E. The presuicidal syndrome. *Suicide Life Threat Behav.* 1976 Fall; 6 (3): 131-49