

dr hab. Elżbieta Greszta, prof. UKSW
mgr Agnieszka Kwiatkowska
mgr Paulina Trębicka
mgr Marcin Nowak
Wydział Filozofii Chrześcijańskiej
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego

Uwarunkowania samobójstw – przegląd teorii i badań

Wprowadzenie

Jak napisał Albert Camus w „Micie Syzyfa”, jest tylko jeden problem filozoficzny prawdziwie poważny: samobójstwo. Odpowiedzieć na to fundamentalne pytanie filozofii to orzec, czy życie jest, czy nie jest warte trudu, by je przeżyć.

Samobójstwo jest złożonym zjawiskiem, które opisuje się i analizuje z wielu perspektyw. Świadczy o tym, m.in. mnogość definicji samobójstwa. W niniejszej pracy przedstawionych zostanie tylko kilka z nich. Jedna z najstarszych pochodzi z 1897 roku i została podana przez francuskiego socjologa Durkheima, cyt.: „samobójstwo to każdy przypadek śmierci, będący bezpośrednim lub pośrednim wynikiem działania lub zaniechania, przejawianego przez ofiarę, zdającą sobie sprawę ze skutków swojego zachowania” (za: Bąbik, Olejniczak, 2014, s. 100). Kolejna znana definicja Edwina Shneidmana głosi, że: „we współczesnym zachodnim świecie, samobójstwo jest świadomie podjętym działaniem mającym na celu samozniszczenie; jest działaniem, które można określić jako wielowymiarowe zaburzenie występujące u jednostki, której potrzeby nie są zaspokojone i która sama definiuje problem, w którym samobójstwo spostrzega jako najlepsze rozwiązanie” (za: Grzywa, Kucmin, Kucmin, 2009, s. 432). Obie definicje zakładają świadomość czynu samobójczego oraz jego skutków. Jednak specjaliści z dziedziny suicydologii zwracają również uwagę na próby samobójcze podejmowane przez dzieci i młodzież, w przypadku którym, z racji niewielkiego doświadczenia życiowego, nie można mówić o pełnej świadomości popełnionego czynu (Hołyst, 2012).

Samobójstwo rozpatrywane także było jako poświęcenie w osiągnięciu celu (Uzan, 1972, za: Bąbik, Olejniczak, 2014), choć w większości definicji to śmierć jest celem samobójstwa. Na uwagę zasługuje definicja Hołyst z 1994 roku, który podaje, że „najbardziej plastyczną definicją samobójstwa będzie określenie go jako końcowego ogniwa trwającego czasem latami procesu autodestrukcji, wzajemnie powiązanych myśli i czynów, który nie jest jedynie aktem samounicestwienia” (za: Bąbik, Olejniczak, 2014, s. 101).

Jak widać nie ma jednej definicji samobójstwa, jasno określającej to złożone zjawisko. Dotyczy to również próby podziału samobójstw i zachowań składających się na ten akt. Najprostszy podział zakłada samobójstwa dokonane i niedokonane oraz próby samobójcze (Makara-Studzińska, 2001). Zwraca się uwagę na to, że żeby samobójstwo zaistniało, potrzebuje sytuacji samobójczej, która jest swego rodzaju procesem. Proces ten zaczyna się od myśli samobójczych, koncentrujących się na temacie śmierci, nie zaś konkretnym jej planowaniu. Następnie przechodzi w tendencje samobójcze, które są planowaniem zamachu na własne życie i powstają w trudnej, stresującej sytuacji, kiedy osoba posiadała już myśli samobójcze. Tendencje samobójcze prowadzą często do aktu samobójczego, który jest świadomym wyborem śmierci (Płużek, 1998).

Typologia samobójstw jest różnorodna gdyż powstawała w zależności od aspektów na które zwracali uwagę jej autorzy. Tak na przykład można wyróżnić typologię ze względu na wolę i stopień pewności śmierci, motywację, stosunek do śmierci, świadomość wyboru śmierci, czy stopień relacji interpersonalnych obecnych w społeczeństwie (Makara-Studzińska, 2001). Psychologiczna typologia samobójstw rozróżnia samobójstwa, jako skutek zaburzeń psychicznych oraz takie, które mają charakter demonstracyjny i wreszcie samobójstwo, jako skutek przemyślanej i świadomej decyzji (Przybylakowa, 1958, za: Makara-Studzińska, 2001). Samobójstwo ma nie tylko wymiar osobisty ale i społeczny (Hołyst, Staniaszek, Binczycka-Anholcer, 2002). Jednakże Durkheim (1897, s. 8) zwraca uwagę na to, że „samobójstwo jest aktem jednostki, który dotyka tylko jednostki, wydaje się, że musi być uwarunkowane indywidualnymi czynnikami i dlatego ma podłoże psychologiczne”.

Rozpoznanie czynników ryzyka i mechanizmów zachowań samobójczych jest niezwykle ważne dla prewencji i terapii. Rozumienie procesów prowadzących do samobójstwa i przeciwdziałanie im jest jednakże bardzo trudne. Suicydologia, nauka o samobójstwach, jest niejasna i trwa w stagnacji z powodu braku zadawalających

modeli teoretycznych, wyjaśniających mechanizmy tego zjawiska (Grewal i Porter 2007). Główna uwaga współczesnej suicydologii koncentruje się na identyfikowaniu czynników ryzyka, które są związane z zachowaniami samobójczymi (Rogers, 2001). Najwięcej badań skupia się na opisywaniu społecznych i demograficznych czynników, związanych z tym zjawiskiem, brakuje natomiast umocowanych teoretycznie badań dotyczących zachowań samobójczych.

Starsze teorie psychologiczne wyjaśniają tendencje samobójcze jako przejaw działania popędu śmierci (Freud, 1917), jako przejaw samozniszczenia (uzewnętrznienie kompleksu sadyzmu i masochizmu) lub jako ucieczkę od przykrych emocjonalnych stanów i samoświadomości (Baumeister 1990, Maltzberger i Weinberg, 2006). Wśród współczesnych teorii psychologicznych najbardziej obiecujące w wyjaśnianiu mechanizmu zachowań samobójczych jest dwuczynnikowy model zachowania samobójczego Schotte'a i Cluma (1987), teoria nadziei Snydera (2002) oraz interpersonalna teoria samobójstw van Ordena i in. (2010). Ponadto, przydatny zarówno w rozumieniu jak i prewencji samobójstw są modele odwołujące się do czynników ochronnych i czynników ryzyka.

1. Dwuczynnikowy model zachowania samobójczego Schotte'a i Cluma

Schotte i Clum (1987) zaproponowali dwuczynnikowy model zachowania samobójczego: „stres - poczucie beznadziejności” (*diathesis–stress–hopelessness model of suicidal behavior*), który wywodzi się z koncepcji Becka (1985). Poczucie beznadziejności (*hopelessness*) jest definiowane jako negatywne widzenie przyszłości i spodziewanie się niepowodzenia. Według Becka poczucie beznadziejności stanowi kognitywną cechę depresji. Beck zidentyfikował trzy poznawcze cechy depresji (tzw. triada depresyjna): negatywny stosunek do siebie, do świata i do przyszłości. Trzeci element triady depresyjnej, pokrywa się z pojęciem poczucia beznadziejności.

Poczucie beznadziejności jest znaczącym czynnikiem ryzyka ogólnie zaburzeń psychicznych, ale szczególnie - depresji i zachowań samobójczych (Hanna, 1991). Początkowo wykazano, że to depresja jest silnym predykatorem zamachów samobójczych. Wiele badań udowodniło, że jednostka, która dokonuje zamachu samobójczego lub sygnalizuje zamiar samobójstwa ma wysoki poziom depresji (m.in. Westefeld i inni, 2000, Brown i Vinokur, 2003). Stwierdzono, że depresja jest najbardziej powszechnym zaburzeniem psychicznym wśród jednostek, które podjęły próby samobójcze. Choć depresja wydawała się użytecznym konstruktem do

przewidywania samobójstwa, wkrótce odkryto, że poczucie beznadziejności okazało się lepszym wskaźnikiem zachowań samobójczych (Hughes i Neimeyer, 1993). Badania potwierdziły dobitnie, że poczucie beznadziejności koreluje silniej niż depresja z myślami samobójczymi oraz bardziej precyzyjnie niż depresja, przewiduje ewentualne samobójstwo (Wetzel i in., 1980, Beck i in., 1985). Odwołując się do badań, Beck i współautorzy (1985) przyjęli, że teoria beznadziejności (*hopelessness theory*) może być użytecznym modelem do oceny, zrozumienia i przewidywania zachowania samobójczego. Stwierdzono ponadto, że poczucie beznadziejności ma raczej charakterystykę względnie trwałej cechy, a nie przemijającego stanu, gdyż utrzymuje się wśród dorosłych z przeszłością suicydalną nawet po ustąpieniu kryzysu (Szanto i in., 1998). Wpływa to w sposób oczywisty na perspektywę terapii, która powinna obejmować także długofalowe redukcje wysokiego poziomu poczucia beznadziejności. Także zdaniem O'Connora i Sheehy'ego (2002), osoba doświadczająca poczucia beznadziejności, gniewu lub rozdrażnienia jest bardziej zagrożona samobójstwem, niż osoba klinicznie depresyjna i letargiczna, a poczucie beznadziejności wydaje się być jedną z najważniejszych zmiennych w depresji, predysponujących do samobójstwa.

Dalsze badania potwierdziły założenie o związku poczucia beznadziejności z zachowaniami samobójczymi. Udowodniono empirycznie, że poczucie beznadziejności jest jednym z najlepszych prognostyków tendencji i zachowań samobójczych, takich jak myśli i planów samobójczych (Holden, Mendonca, i Mazmanian, 1985), prób samobójczych (Salter i Platt, 1990), jak i dokonanego samobójstwa (Beck, Steer, Kovacs, i Garrison, 1985). Beck i współautorzy (Beck, Weissman, Lester i Trexler, 1974) skonstruowali skalę do mierzenia poczucia beznadziejności (Beck Hopelessness Scale, BHS). Skala BHS mierzy trzy czynniki: "uczucia dotyczące przyszłości", "utrata motywacji" i „oczekiwania dotyczące przyszłości”.

Rozwinięciem koncepcji Becka jest dwuczynnikowy model zachowania samobójczego: „stres - poczucie beznadziejności” (*diathesis–stress–hopelessness model of suicidal behavior*) zaproponowany przez Schotte'a i Cluma (1982, 1987; za Dixon, Heppner, Rudd 1994). Według tego modelu, jednostki, wykazujące niedobór zdolności rozwiązywania problemów, są wystawione na występowanie wysokiego poziomu negatywnego stresu i wówczas są one poznawczo niezdolne, by tworzyć efektywne rozwiązania w procesie adaptacyjnego radzenia sobie, co z kolei prowadzi do poczucia beznadziejności. To poczucie beznadziejności powoduje

zwiększone ryzyko zachowania samobójczego. Teoria Schotte'a i Cluma zakłada, że deficyt zdolności w rozwiązaniu problemów będzie prowadził do zachowania samobójczego, głównie przez jego wpływ na poczucie beznadziejności. W modelu Schotte'a i Cluma poczucie beznadziejności pośredniczy w związku między deficytami w rozwiązywaniu problemów i samobójstwem.

Badania Dixona, Heppnera, Rudda (1994), weryfikujące model Schotte'a i Cluma, pokazały, że poczucie beznadziejności jest bezpośrednim predykatorem myśli samobójczych, natomiast zdolności w rozwiązaniu problemów mają wpływ bezpośredni, poprzez wpływ na poczucie beznadziejności. Potwierdzono w badaniach hipotezę, że wyższy poziom optymizmu redukuje związek pomiędzy poczuciem beznadziejności a myślami samobójczymi, zatem optymizm jest ważnym moderatorem tego związku (Hirsch, Conner, 2006). Jednostki bardziej optymistyczne są mniej zagrożone myślami i próbami samobójczymi w obliczu przykrych zdarzeń życiowych. Wzmacnianie aktywnych, skoncentrowanych na przyszłości stylów radzenia sobie ze stresem u osób faktycznie lub potencjalnie narażonych na traumatyczne przeżycia zabezpiecza przed zachowaniami i myślami samobójczymi (Hirsch, Wolford, LaLonde, Brunk, Morris, 2007). Zdaniem Millsa i Kronera (2004), interakcja między poczuciem beznadziejności a świadomością bycia pożądanym w społeczeństwie pomaga przewidzieć zachowania suicydalne. Ponadto, negatywne przekonania dotyczące przyszłości w połączeniu z niskimi zdolnościami społecznymi, oznaczają podwyższoną podatność na ryzyko samobójstwa.

2. Teoria nadziei Snydera

Użytecznym modelem wyjaśniającym mechanizm zachowań samobójczych, obok teorii beznadziejności Schotte'a i Cluma – jest teoria nadziei Snydera (*hope theory*; Snyder, 2002). Wymienione teorie wzajemnie się dopełniają. Gottschalk (1974) traktuje nadzieję i poczucie beznadziejności jako dwa bieguny na tym samym continuum oczekiwań w stosunku do przyszłości.

Snyder (2002) opisuje nadzieję jako zjawisko dwuczynnikowe, które obejmuje dwa podstawowe komponenty, skierowane na cele: „siła do działania” (*agency*) i „drogi do celu” (drogi „wyjścia”, strategie działania; *pathways*). Komponent: „siła do działania” zawiera determinację, siłę woli (hart ducha, zdolność do „zaciskania zębów”) w dążeniu do celu; podczas gdy komponent „drogi do celu” zawiera planowanie skierowane na cel. Ważnym założeniem teorii nadziei jest to, że

oczekiwanie skutecznego osiągnięcia celu, jest związane z większymi poziomami zarówno „siły do działania”, jak i generowania „dróg do celu”. „Siła do działania” jest motywacyjną składową nadziei (Snyder, 1995). „Siła do działania” wynika z postrzegania siebie jako jednostki zdolnej do osiągnięcia celów w przeszłości, obecnie i w przyszłości. „Siła do działania” pozwala rozpocząć i kontynuować generowanie strategii i sposobów osiągnięcia celu („dróg do celu”, „dróg wyjścia”). „Siła do działania” jest szczególnie ważna we wzbudzaniu motywacji do generowania alternatywnych strategii, kiedy jednostka napotyka na przeszkody. Komponent „drogi do celu” wiąże się z przekonaniem jednostki, że jest zdolna zaplanować niezawodne i skuteczne sposoby osiągnięcia zamierzonego celu. Zazwyczaj, jednostki są w stanie wytworzyć przynajmniej jedną dobrą strategię („drogę”), by osiągnąć cel. Jednostki z wysokim poziomem nadziei potrafią wygenerować wiele różnych strategii osiągnięcia celu (Snyder, 2002). Omawiane dwa komponenty nadziei są wzajemnie, dodatnio skorelowane. Aby podtrzymać proces zmierzania do celu, zarówno poczucie „siły do działania”, jak i poczucie zdolności do generowania „dróg” osiągnięcia celów, muszą być jednocześnie aktywne. Badania Vincenta, Boddana’a i MacLeoda (2004), potwierdziły ważność obu aspektów nadziei dla tworzenia się lub nie – zachowań samobójczych.

Snyder (1995) opisuje samobójstwo jako „ostateczny akt nadziei”. Według niego, kiedy jednostki doznają „głębokiego, chronicznego i niekończącego się zablokowania w drodze do celu, mogą porzucić swoje cele życiowe na rzecz samobójstwa” (por. także: Snyder, 2002, s. 267). Zablokowanie ważnych celów życia jednostki wzbudza jej frustrację. Snyder uważa, że poczucie bycia zablokowanym i sfrustrowanym - poczucie beznadziejności - jest katalizatorem, który wzbudza pragnienie śmierci.

Według Snydera nadzieja ma fundamentalne znaczenie dla przetrwania jednostki. Snyder wyjaśnia, że kiedy pewne zamierzone cele są blokowane przez przeszkody, jednostki mogą te cele porzucić, a nawet porzucić wszystkie cele swojego życia, co stanowi pierwszy krok do przyjęcia celu samobójstwa. Z drugiej strony, wprowadzenie lub pokazanie istotnych, ważnych celów dla jednostki, może przeciwdziałać samobójstwu. Ta zależność została potwierdzona np. w odniesieniu do odpowiedzialności za rodzinę. Znaczenie rodziny i dzieci ujemnie koreluje z myślami i planami samobójczymi (Linehan i inni., 1983).

3. Interpersonalna teoria samobójstw van Ordena i współautorów

Van Orden i in. (2010) zakładają, że najbardziej niebezpieczna forma pragnienia popełnienia samobójstwa jest spowodowana przez dwa interpersonalne konstrukty - zablokowane poczucie przynależności oraz poczucie bycia ciężarem dla innych, a także poczucie bezsilności związane z przeżywaniem tych stanów. Co więcej badacze zakładają że zdolność do popełnienia samobójstwa jest czymś innym niż pragnienie popełnienia samobójstwa. Zgodnie z tą teorią, zdolność do popełnienia samobójstwa wyłania się poprzez habituację oraz działanie antagonistycznych procesów, w odpowiedzi na powtarzającą się ekspozycję na fizyczny ból oraz doświadczenia wywołujące lęk.

Van Orden i in. (2010) wyróżniają czynniki ryzyka popełnienia samobójstwa takie jak: (1) konflikty rodzinne a wśród nich przemoc rodzinną, stres oraz przekonanie, iż jest się ciężarem dla rodziny oraz (2) choroby psychiczne. Wśród ludzi którzy popełnili samobójstwo, aż 95% cierpiało na jakiś rodzaj zaburzeń psychicznych. Niektóre z nich cechuje większy wskaźnik ryzyka popełnienia samobójstwa. Należą do nich: depresja, choroba dwubiegunowa, borderline, anoreksja, schizofrenia oraz uzależnienia. Jednakże, mimo iż zaburzenia te zwiększają ryzyko popełnienia samobójstwa 25% badanych nie umiera. Podejmują próby samobójcze nie zakończone śmiercią lub mają myśli samobójcze. Kolejnymi czynnikami ryzyka popełnienia samobójstwa są: (3) poprzednie próby samobójcze; (4) choroba somatyczna; (5) izolacja społeczna oraz (6) bezrobocie.

Teoria interpersonalna zakłada, że ludzie popełniają samobójstwo, ponieważ mogą i chcą tego dokonać. Kluczowe znaczenie dla wyjaśniania zjawiska samobójstwa mają trzy konstrukty, zaprezentowane przez autorów tej teorii. Są to: (1) zablokowane poczucie przynależności (*thwarted belongingness*), (2) poczucie bycia ciężarem (*perceived burdensomeness*) oraz (3) nabyta zdolność do samobójstwa (*acquired capability for suicide*). Dwa pierwsze terminy związane są z pragnieniem popełnienia samobójstwa, a co za tym idzie - z myślami o popełnieniu samobójstwa natomiast drugi termin związany jest z aspektem wykonania i intencji (van Orden i in., 2010).

Potrzeba przynależności jest silną ludzką potrzebą. Potrzeba, aby gdzieś przynależać składa się z dwóch elementów. Pierwszym z nich jest potrzeba częstych, przyjemnych i pozytywnych interakcji z innymi ludźmi, natomiast drugim - jest potrzeba, aby te interakcje z wybranymi osobami były długotrwałe, stabilne oraz

pełne troski. Deficyt tych dwóch potrzeb, czyli samotność oraz brak bliskich relacji, składają się na zablokowane poczucie przynależności, które przyczynia się do powstania u jednostki pragnienia śmierci. Zablokowane poczucie przynależności jest według autorów dynamicznym stanem afektywno-poznawczym (van Orden i in., 2010).

Poczucie bycia ciężarem dla innych może wiązać się z takimi czynnikami, jak konflikty w rodzinie, choroba somatyczna lub bezrobocie. Wszystkie one wpływają na poczucie bycia ciężarem, a co za tym idzie, tworzy przekonanie jednostki, że jest ona niepotrzebna oraz że jej istnienie jest męczące i uciążliwe dla innych ludzi. Na poczucie bycia ciężarem dla innych składają się dwa pojęcia: przekonanie, że jednostka jest tak pełna wad, iż jest dla innych zawadą oraz naładowane emocjonalnie przekonanie nienawiści jednostki do siebie samej. Poczucie bycia ciężarem jest według autorów dynamicznym stanem afektywno-poznawczym (van Orden i in., 2010).

Zgodnie z interpersonalną teorią samobójstw, możliwe jest nabycie zdolności do samobójstwa poprzez habituację oraz działanie antagonistycznych procesów - w odpowiedzi na powtarzającą się ekspozycję na ból fizyczny oraz doświadczenia wywołujące lęk. Innymi słowy, jednostka może przyzwyczać się do bólu oraz lęku, związanego z samookaleczeniem, czyniąc łatwiejszym późniejsze angażowanie się jej w zachowania samobójcze. Według van Ordena i in. (2010) na nabytą zdolność do samobójstwa składają się: wzmożona tolerancja na ból oraz obniżony lęk przed śmiercią.

4. Czynniki ryzyka i czynniki chroniące przed zachowaniami samobójczymi

Sánchez (2001) proponuje zintegrowany model zachowań samobójczych, który odwołuje się nie tylko do czynników ryzyka samobójstwa (jak w większości prac z tej dziedziny), ale również – do czynników ochronnych. Autor wymienia psychologiczne właściwości jednostki, które zwiększają ryzyko samobójstwa. Są to: autodestrukcyjne zachowania, nieodpowiednia kontrola impulsów i obniżona zdolność oceny sytuacji, niska tolerancja na stres i słabe zdolności radzenia sobie, zniekształcenia poznawcze, sztywne myślenie i irracjonalne przekonania oraz deficyty w rozwiązaniu problemów. Ochronnymi czynnikami, które obniżają ryzyko samobójstwa są rodzina i pozarodzinne systemy wsparcia, znaczące związki, satysfakcjonujące życie towarzyskie i umiejętność konstruktywnego korzystania

z wolnego czasu. Z badań wynika, że przed samobójstwem chroni ponadto małżeństwo oraz posiadanie dzieci poniżej 18 roku życia. Ochronnymi czynnikami są także wartości związane z religią i kulturą. Według Sáncheza (2001) zachowania samobójcze mogą być efektem połączonych i interakcyjnych skutków występowania wielu wymienionych wyżej czynników ryzyka i załamania się czynników ochronnych.

5. Tendencje samobójcze a stosunek do własnego ciała

Podstawową przesłanką do poszukiwania związku pomiędzy cielesnością a zachowaniem autodestrukcyjnym jest fakt, że u osób samobójczych stosunek do własnego ciała jest odmienny. Manifestuje się to poprzez dysocjację, uczucie oddzielenia się od ciała, odrętwienie, podwyższony próg wrażliwości zmysłowej, analgezję, a także apatię i negatywne uczucia w stosunku do własnego ciała (Orbach, i in., 1997). Może to ułatwiać zjawisko *acting out* w stosunku do własnego ciała właśnie. Zakłada się, że dysocjacja i uczucie oddzielenia się od ciała są wczesnymi stadiami mentalnej ucieczki od traumy (Briere, 1992; za: Orbach, i in., 1997) i wynikają z powiększającego się bólu psychicznego. Chociaż takie formy obrony są nieefektywne w dłuższej perspektywie, stają się nawykową odpowiedzią na taki ból. Gdy ból psychiczny, na przykład pod postacią poczucia beznadziejności, będącym najpoważniejszym wskaźnikiem zagrożenia samobójstwem staje się niemożliwy do zniesienia, wywołuje tendencję do obrony poprzez dysocjację, czy nawet analgezję. W następstwie zniesione zostają hamulce powstrzymujące przed uszkodzeniem własnego ciała, co ułatwia zachowania samobójcze (Orbach, i in. 1997).

Samobójstwo jest bezpośrednim atakiem na fizyczne *Ja*, zatem jest wysoce prawdopodobne, że wiąże się ono ze specyficznym stosunkiem do tego aspektu własnej osoby. Sposób doświadczenia własnego ciała może stać się czynnikiem ryzyka samobójczego (Suchańska i in., 2003). W takim podejściu wychodzi się z założenia, że zachowanie życia wymaga aktywnej ochrony i dbałości o ciało, a także miłości do swego fizycznego *Ja*. Ciało może, poprzez dostarczanie przyjemności i zaspokojenia, wzmacniać atrakcyjność życia, a cielesna reaktywność na ból i wrażliwość na wewnętrzne procesy somatyczne służyć mogą jako sygnały ostrzegawcze w sytuacji zagrożenia fizycznego. Z drugiej strony negatywny stosunek do własnego ciała, wyrażający się poprzez nienawiść, niewrażliwość, poczucie braku kontroli i spójności, połączony często ze stresem, podnosi ryzyko

zachowań autodestruktywnych. Mniejszy jest wówczas ból, a większa obojętność wobec *Ja* fizycznego. U osób z tendencjami samobójczymi stwierdzono wyższą tolerancję bólu fizycznego, wzrastającą wraz z poziomem stresu (Orbach i in., 1998).

Badania Orbacha, i in. (1997) pokazały, że osoby z tendencjami samobójczymi mają wyższy próg bólu, niż grupa pacjentów psychiatrycznych i grupa osób zdrowych. Trzeba tu dodać, że wyniki te uzyskano w grupie wiekowej 13-19 lat. W tych samych badaniach okazało się, że wysoki próg bólu najwyżej pozytywnie koreluje z poczuciem beznadziejności i tendencjami samobójczymi. Autorzy odnosili się w swoich badaniach do koncepcji Schneidmana (1980; za: Orbach, i in., 1997), który traktuje poczucie beznadziejności jako ból psychiczny, poddanie się wobec życiowych wyzwań i apatię w stosunku do siebie i całego otoczenia. Ich zdaniem, kolejnym aspektem poczucia beznadziejności jest utrata zainteresowania własnym ciałem i tym, co się z nim dzieje. Osoba samobójcza, o wysokim poziomie poczucia beznadziejności, może przestać chronić swoje ciało przed bólem i uszkodzeniem. Wymienieni wcześniej badacze sugerują, że ważnym wskaźnikiem zachowań autodestrukcyjnych jest pozycja jednostki w wymiarze miłości *versus* odrzucenia własnej cielesności. Emocjonalne zaangażowanie związane z ciałem należy do regulatorów wspomnianych zachowań. Negatywne nastawienia i odczucia w stosunku do własnego ciała pociągają za sobą brak przyjemności i satysfakcji cielesnej, mogą zatem ułatwiać zachowania samobójcze, ponieważ akt taki znacznie łatwiej przeprowadzić nie mając pozytywnych odniesień do swej cielesności.

Wszystkie przesłanki wskazują na to, że taki charakterystyczny stosunek do własnego ciała połączony z wysokim progiem bólu mogą pomagać potencjalnym samobójcom w przeprowadzeniu zamachu, jako że w kontekście cielesnych przyjemności i satysfakcji mają oni niewiele do stracenia. Stopień zaangażowania wobec własnego ciała, we wszystkich czterech wymiarach, wyróżnionych przez Orbacha i jego współpracowników (1998), daje się wyjaśnić opieką i ochroną macierzyńską oraz samoposzanowaniem. Im wyższe samoposzanowanie, tym bardziej pozytywny obraz, odczucia i postawy wobec własnego ciała, więcej komfortu w kontakcie dotykowym i wyższa dbałość o własne ciało.

Badano także wpływ postrzegania wagi swojego ciała na ryzyko powstawania myśli samobójczych (Eaton, i in., 2005; za: Stack, Lester, 2007). Okazało się, że młodzież, która postrzega siebie jako zbyt dużo lub zbyt mało ważącą wykazuje myśli i próby samobójcze częściej, niż ci, którzy uważają swoją wagę za normalną. Stosunek do swojej wagi jest jednym z wymiarów stosunku do własnego ciała,

a zależność wykazana we wspomnianych badaniach, może potwierdzać przypuszczenie, że osoby o tendencjach samobójczych nie akceptują swojej cielesności. U kobiet, które stwierdzają u siebie nadwagę, zachowania i myśli samobójcze występują znacząco częściej niż u tych, dla których waga nie jest problemem. Jeżeli chodzi o mężczyzn, to tendencje autodestrukcyjne przejawiają zarówno ci, którzy oceniają się jako za dużo, jak i za mało ważących (Whetstone, Morrisey, Cummings, 2007).

6. Zjawisko grupowania się samobójstw

Do rozpowszechnienia samobójstw często przyczyniają się środki społecznego przekazu. Już w 1974 roku udowodnił to Daniel Philips (1974; za: Cekiera, 2005), socjolog z Uniwersytetu Kalifornijskiego, nazywając to zjawisko *efektem Wertera*. Niejednokrotnie potwierdzano psychologiczną „zaraźliwość samobójstwa”. Philips udowodnił również, że efekt naśladownictwa dotyczył także wieku. Gdy samobójcą był ktoś młody – samobójstwo popełniali młodzi; gdy była to osoba w starszym wieku – samobójstwo popełniali starsi (tamże). Temat ten został przedstawiony również przez Haw, i in. (2013). Zwrócili uwagę na to, że grupowanie się samobójstw, chociaż stosunkowo rzadkie, jest powodem wielkiego niepokoju społeczności, których dotyczy.

Haw i in. (2013) przeanalizowali literaturę dotyczącą grupowania samobójstw, opisali czynniki ryzyka ich powstawania oraz przedstawili psychologiczne mechanizmy, leżące u podłoża czasoprzestrzennych grupowań samobójstw zwanych też punktowymi. Według nich, potencjalnymi czynnikami ryzyka są: bycie adolescentem lub młodym dorosłym, uzależnienie od narkotyków lub alkoholu oraz dokonywanie samookaleczeń w przeszłości. Autorzy opisują także psychologiczne mechanizmy tego zjawiska takie jak: emocjonalne zarażanie, naśladowanie, sugestia, społeczne uczenie się, wiązanie się w grupy w zależności od podobieństwa, torowanie myśli, społeczna integracja, regulacja oraz żałoba z powikłaniami.

7. Tendencje samobójcze a style radzenia sobie w sytuacjach stresowych

Według badań Kovacs, Becka i Weissmana (1975; za: Pilecka, 2005) wysoki poziom poczucia beznadziejności wraz z wysokim poziomem depresji, wiąże się z motywacją do ucieczki od sytuacji problemowej. Choć to poczucie beznadziejności

może być niewspółmierne z obiektywną sytuacją potencjalnego samobójcy, należy zwrócić uwagę na to, że wiele wyników badań potwierdza tezę o trudnej sytuacji życiowej i wysokim poziomie stresu takich osób. Paykel i in. stwierdzili, że osoby po próbie samobójczej, w ciągu 6 miesięcy przed zamachem doświadczyły o 50% więcej takich zdarzeń, niż badani cierpiący na depresję i cztery razy więcej, niż osoby z grupy kontrolnej (Paykel i in., 1975; za: Krysińska, 2004). M. Pecyna (1998) wymienia kilka czynników powodujących zatrzymanie się w psychologicznym rozwoju młodego człowieka, do których należy nieumiejętność przeżywania sytuacji trudnych i negatywne emocje. Te ostatnie modyfikują zachowanie i postawy dając w efekcie niską samoocenę, utratę entuzjazmu, poczucie winy, płaczliwość.

Badania Pileckiej (2005) pokazały, że im większa plastyczność w reagowaniu na stresy środowiska, związane także z niezaspokojonymi potrzebami, tym niższe ryzyko samobójcze. U kobiet po próbach samobójstwa stwierdzono obniżoną umiejętność rozwiązywania problemów i trudności życiowych, adaptacji oraz obniżony próg tolerancji na sytuacje stresowe. Z badań wynikało ponadto, że kobiety po próbach samobójczych mają mniejsze zaufanie do siebie, niż kobiety z grupy kontrolnej, co zapewne wpływa na obniżoną wiarę we własne możliwości w sytuacji stresowej. Jest to jeden z aspektów samoakceptacji, której poziom generalnie jest obniżony wśród osób suicydalnych. Z tych samych badań wynika, że większość dziewcząt o tendencjach autodestrukcyjnych postrzega samobójstwo jako jedyny sposób rozwiązania trudnej sytuacji życiowej (Pilecka, 2005).

Trudności w rozwiązywaniu problemów mogą mieć różne podłoże psychologiczne, jak trudności w koncentracji podczas rozwiązywania problemu, w ocenie zależności pomiędzy różnymi jego komponentami, czy w dostosowywaniu rozwiązań do zmieniających się wymogów sytuacji. W tych właśnie zakresach, młodzi ludzie po próbach samobójczych, ujawniali gorsze funkcjonowanie, niż pozostałe badane grupy. Badania Krysińskiej (2004) wykazały, że osoby o tendencjach samobójczych wykazują podwyższone poczucie bezradności w sytuacji problemowej, wyższą impulsywność i tendencję do odwlekania prób rozwiązania problemu. Dotyczy to zarówno osób, które podjęły próbę samobójczą, jak i tych z myślami samobójczymi. Okazało się również, że w sytuacji stresu, niska umiejętność rozwiązywania problemów interpersonalnych skutkuje myślami samobójczymi.

Osoby suicydalne, ujawniają trudności w generowaniu alternatywnych sposobów rozwiązania problemu i skupiają się na potencjalnie negatywnych

skutkach wprowadzenia danego rozwiązania w życie. Osoby o tendencjach samobójczych wykazują niskie poczucie kompetencji w rozwiązywaniu problemów i wysokie natężenie poczucia beznadziejności w sytuacji stresu. Ponadto osoby, u których występują myśli samobójcze, proponują rozwiązania problemów, które są nieadekwatne i nacechowane biernością oraz przejawiają mniejszą gotowość do wprowadzania tych rozwiązań w życie, jak również wykazują trudności w odróżnianiu rozwiązań przystosowawczych i nieprzystosowawczych (Biggam, Power 1999; Wilson i in., 1995; za: Krysińska, 2004).

Baumeister (1991; za: Suchańska i in., 2003) prezentuje model *ucieczki od Ja* jako jeden z możliwych mechanizmów rządzących zjawiskiem autodestrukcji. W tej koncepcji samobójstwo jest efektem eskalacji pragnienia ucieczki od problemów i ich konsekwencji dla Ja. Innymi słowy, człowiek może wierzyć, że czuje się lepiej nie czując emocji i nie będąc świadomym samego siebie, zamiast tkwić w sytuacji stresowej. Elementem procesu dochodzenia do samobójstwa jest trudne doświadczenie, którego wyniki lub okoliczności znajdują się znacznie poniżej standardów danej osoby. Standardy te często wiążą się z nierealistycznie wysokimi oczekiwaniami, wcześniejszymi doświadczeniami porażki lub z obydwoma czynnikami naraz. Rozczarowanie porażką uderza we własne *Ja* i ma dla niego negatywne konsekwencje, a porównanie standardów z obrazem *Ja* po porażce rodzi stan awersyjnej samoświadomości oraz negatywne emocje. Człowiek próbujący wyjść poza ten przykry stan, może postrzegać samobójstwo, jako najlepsze wyjście z problemu. Hipotezę o unikowym stylu radzenia sobie w sytuacjach trudnych, wśród osób z tendencjami samobójczymi, można powiązać także z pasywnością i submisją takich osób, na którą wskazuje Baumeister (1991; za: Suchańska i in., 2003). Pasywność ta wiąże się z niechęcią wobec znaczącej aktywności, która staje się przypadkowa, mało znacząca i o niskim poziomie złożoności, obsesyjna, impulsywna lub kompulsywna. Według Shneidmana (1994; za: Suchańska i in., 2003) uniwersalną przyczyną samobójstw jest poszukiwanie rozwiązania problemu, a czynnikiem stresowym są niezaspokojone potrzeby psychiczne. Samo działanie samobójcze określa jako ucieczkę, której nie towarzyszą emocje, a raczej postawa ambiwalentna oraz poczucie beznadziejności i bezradności. Sytuacja nierozwiązywalnego problemu jest rodzajem sytuacji trudnej. U osób samobójczych stwierdzono tendencję do podawania ujednoczonych propozycji rozwiązania różnego rodzaju problemów, czemu towarzyszyły emocje negatywne i pesymizm, a także próby unikania rozwiązań.

8. Wpływ środowiska rodzinnego na tendencje samobójcze

Niesprzyjające warunki rodzinne wpływają na tendencje samobójcze osób, pochodzących z takich rodzin. Według Waage (1966; za: Pilecka, 2005) trudno jest znaleźć suicydalne osoby pochodzące ze środowisk korzystnych pod względem emocjonalnym i społecznym. Istotnym czynnikiem ryzyka jest brak poczucia bezpieczeństwa i kontaktu z rodzicami (Malicka- Gorzelańczyk, 2001). Na podstawie kilkuletnich badań młodych osób po próbach samobójczych stwierdzono obecność w ich dzieciństwie poważnych konfliktów związanych z domem rodzinnym. Dzieci takie odbierały opiekę rodzicielską jako wymuszoną i pozbawioną radości, a co za tym idzie, nie potrafiły cieszyć się sobą i nie oczekiwały szczęścia w kontaktach interpersonalnych (za: Pilecka, 2005). Także wrogość w stosunku do dziecka jest jedną z cech środowiska rodzinnego osób autodestrukcyjnych. Wordan (1976; za: Pilecka, 2005) na podstawie analizy czynnikowej danych osób po próbach samobójczych, wyodrębnił szereg czynników związanych z domem i relacjami z bliskimi. Były to między innymi: nieprawidłowe relacje interpersonalne i częste, silne, destrukcyjne więzy zależnościowe, częste zmiany miejsc zamieszkania w dzieciństwie i wczesne opuszczenie domu rodzinnego, słabe więzy emocjonalne z rodziną, separacja od rodziców we wczesnym okresie życia przez porzucenie, opuszczenie dobrowolne lub rozbitcie rodziny, patologia rodziny (alkoholizm, bezrobocie), patologia społeczna (trudności w przestrzeganiu norm prawnych, nadużywanie alkoholu, częste zmiany miejsc zamieszkania).

W rozwoju zachowań suicydalnych znamioną rolę pełni śmierć jednego lub obojga rodziców przed okresem dojrzewania, szczególnie, jeśli była to śmierć samobójcza. Im młodsze jest dziecko w momencie śmierci rodzica, tym większe jest prawdopodobieństwo późniejszego samobójstwa (za: Pilecka, 2005). Pecyna (1998) podkreśla, że jednym z najważniejszych czynników ryzyka zachowania samobójczego jest utrata obiektu miłości we wczesnym dzieciństwie oraz pojawienie się reakcji agresywnej na utratę obiektu, poczucie winy i oczekiwanie na karę.

Orbach (1988) badał stosunek do życia i śmierci, charakteryzujący dzieci o tendencjach samobójczych. W kilku jego badaniach powtarza się związek przyczynowy pomiędzy konfrontacją dziecka z niemożliwą do zniesienia sytuacją i nierozwiązywalnym problemem a samobójstwem. Nierozwiązywalny problem można zdefiniować z fenomenologicznego punktu widzenia jako dziecięce

doświadczenie bycia uwięzionym w pułapce bez wyjścia. Zjawisko to ma określone korelaty sytuacyjne i może być zoperacjonalizowane. Orbach uważa, że konceptualizacja dynamiki procesu w obrębie koncepcji nierozwiązywalnego problemu jest użyteczna dla określenia jasnych wskazówek do terapii, gdyż pokazuje proces, w którym pewne sytuacje wytwarzają tendencje samobójcze. Jedną z cech problemu, który jest poza dziecęcą możliwością rozwiązania, jest jego psychologiczna złożoność. Taki problem ma swoje głębokie korzenie w życiu rodziny, jako całości i zwykle jest długotrwały i wielostronnie zdeterminowany. Rozwiązanie go wymaga radykalnej zmiany w rodzinie. Takie złożone sytuacje pojawiają się w rodzinach, które pomimo dekompensacji, próbują pozostawać niezmienną całością, w rodzinach, w których długotrwała, wstrzymywana złość i wrogość pomiędzy rodzicami, ujawnia się poprzez obciążanie dziecka rolą kozła ofiarnego. Inna sytuacja rodzinna, w której nietrudno o powstanie nierozwiązywalnego problemu, to kompensowanie rodzinnych porażek i rozczarowań, poprzez wybranie dziecka do reprezentowania idealnego obrazu rodziny. Główną cechą takich sytuacji jest wymóg zarządzania wewnętrzną lub zewnętrzną rzeczywistością dziecka, podczas gdy problem jest albo niemożliwy do rozwiązania, albo rozwiązanie go pozostaje poza jego realnymi możliwościami. W pewnych okolicznościach możliwość rozwiązania problemu zmniejsza się nie z powodu jego natury, ale poprzez sposób, w jaki rodzice ograniczają możliwości działania. Może się to sprowadzać do dopuszczenia tylko jednego, zwykle niepożądanego dla dziecka rozwiązania. Zawężaniu repertuaru dopuszczalnych zachowań mogą towarzyszyć groźby, kary fizyczne, zaniechanie przez rodziców okazywania miłości i inne drastyczne środki.

Orbach (1988) wyróżnia kilka konkretnych okoliczności rodzinnych, które owocują łańcuchem problemów, gdzie każda próba rozwiązania rodzi kolejny. Dziecko jest stale konfrontowane z problemem, konfliktem, dylematem, co doprowadza je do stanu wzmożonego niepokoju, któremu towarzyszyć może bierność i wycofanie. Częstokroć problemy, które sprowadzają rodzinę po pomoc do psychologa, przyjmują zamaskowaną formę i nie są w pełni jasne dla samych zainteresowanych. Jest to szczególnie charakterystyczne dla sytuacji, w których tendencje samobójcze młodych ludzi są mylnie traktowane jako próba zwrócenia na siebie uwagi. Zdaniem Orbacha zachowania samobójcze są zawsze powodowane poważniejszymi motywami, niż tylko manipulacyjne, jednak całość skomplikowanych rodzinnych uwarunkowań jest zwykle zamaskowana lub dobrze ukryta.

Niewyjaśniona natura rodzinnych konfliktów sprzyja powstawaniu sytuacji nierozwiązywalnego problemu, pełniącego ważną rolę w dynamice zachowań suicydalnych. Kiedy kluczowy problem pozostaje niewidoczny, a towarzyszy mu stały przymus zrobienia czegoś w celu rozwiązania, dziecko zostaje doprowadzone do poczucia, że „na ślepo” walczy z niewidzialnym, potężnym wrogiem. Ostatecznie dochodzi do tego, że dziecko pozostaje bez wsparcia i bez możliwości uniknięcia wymagań i presji rodziny. W kontakcie z suicydalnym dzieckiem, zdaniem Orbacha (1988), stopniowo ujawnia się jego samotność, izolacja w obrębie rodziny. Poziom osłabienia wsparcia może być wyznacznikiem siły, z jaką ujawniają się samobójcze zachowania dziecka.

Badania osób po próbach samobójczych, przeprowadzone przez Pilecką (2005) ujawniała konflikty z matką, polegające na braku wzajemnego zrozumienia. Jeśli chodzi o stosunek do ojca, to najczęstszym czynnikiem ryzyka było jego słabe zainteresowanie rodziną. Znaczna część osób z tendencjami autodestrukcyjnymi uważało się za niepotrzebne i nieakceptowane w rodzinie. Pilecka wskazuje także na obecność nieprawidłowych relacji z płcią przeciwną, co powoduje negatywny stosunek do małżeństwa. Wiąże się to prawdopodobnie ściśle z obserwowanymi nieprawidłowościami w rodzinach pochodzenia, osób z tendencjami samobójczymi. Jeżeli chodzi o osobowość rodziców osób samobójczych, to w wielu badaniach powtarza się wzór dorosłych, lecz niedojrzałych emocjonalnie opiekunów, gdzie ojcowie to zwykle bierni, słabi lub nieobecni, często źle przystosowani alkoholicy lub przestępcy, matki zaś zazwyczaj reprezentują postawę dominującą, chłód uczuciowy i odrzucający lub ambiwalentny stosunek. Także dzieci, które doświadczyły przemocy seksualnej lub przemocy fizycznej, w późniejszym czasie wykazują próby samobójcze (m.in. Alanen, 1977; Gladstone i in., 1999; za Pilecką, 2005). Również O'Connor i Sheehy (2002) podkreślają, że samobójstwem zagrożone są zarówno ofiary, jak i sprawcy molestowania (zaniedbywania, molestowanie fizycznego i seksualnego). Ich zdaniem czynniki prognostyczne dla prób samobójczych to: próby samobójcze w przeszłości, zaburzenia osobowości, alkohol, leczenie psychiatryczne, bezrobocie, pochodzenie z niskiej klasy społecznej, narkotyki, kryminalna przeszłość, przemoc.

Badania Warzochy, Gmitrowicz i Pawełczyk (2008) dotyczyły związku samouszkodzeń z próbami samobójczymi, zaburzeniami psychicznymi i rodzajami patologii w rodzinie. Okazało się, że czynniki patologiczne w rodzinie takie jak przemoc fizyczna i seksualna, problem alkoholowy oraz brak wsparcia ze strony

członków rodziny związane są z występowaniem samookaleceń u badanej młodzieży. Wyniki potwierdziły związek występowania samouszkodzeń z podjętymi próbami samobójczymi. Jednakże badania Krajewskiej, Florkowskiego i Gmitrowicz (2014) nie potwierdziły istotnego związku zespołu zależności alkoholowej u rodziców a występowania prób samobójczych u ich dzieci (13-18 lat), hospitalizowanych psychiatrycznie. Okazało się, że u około połowy pacjentów choć jeden rodzic spełniał kryteria uzależnienia alkoholowego. Ponad połowa badanych nastolatków była po próbach samobójczych, przy czym nieznacznie częściej próby były dokonywane przez dziewczęta, których rodzice mieli problem z alkoholem. Autorzy tych badań przypuszczają, że istotnym czynnikiem związanym z próbami samobójczymi młodzieży może być ogólnie patologia rodziny, bez rozróżnienia jej przyczyn.

9. Różnice indywidualne a skłonności suicydalne

Conrad i in. (2009) badali związki między cechami osobowości oraz myślami i próbami samobójczymi. Badania te wykazały, że osoby ze skłonnościami samobójczymi mają wyższe wyniki w skali „unikania krzywdy” (*harm avoidance*), która odnosi się do zachowań związanych z nadmiernym zamartwianiem się, pesymizmem, nieśmiałością, byciem zależnym, wątpliwym i męczliwym. Skala ta koreluje dodatnio ze skalą „Neurotyzmu” oraz ujemnie ze skalą „Ekstrawersja”. Ponadto, osoby o skłonnościach samobójczych uzyskały niskie wyniki w skali samoukierunkowania (*self-directedness*) oraz wysokimi wynikami w skali samotranscendencji (*self-transcendence*). Pierwsza z nich dotyczy zdolności do adaptowania i regulowania swojego zachowania, zależnie od sytuacji w celu osiągnięcia osobistych celów i realizacji wyznawanych wartości. Potocznie nazywana jest ona skalą woli. Jest związana z umiejscowieniem kontroli. Druga skala, odnosząca się do samotranscendencji, jest związana z doświadczaniem oraz przeżywaniem idei duchowych, między innymi rozważań nad tym, iż jest się integralną częścią wszechświata. Conrad i in. (2009), uznali wysoki poziom w skali „unikania krzywdy” za znaczący czynnik ryzyka popełnienia samobójstwa.

Séguin, Robert i Beauchamp (2017) wykazali, że cechy osobowościowe oraz temperamentalne mogą być znaczącym czynnikiem podatności na zachowania samobójcze. Celem ich badań było, po pierwsze sprawdzenie, w oparciu o rozwojowe profile nieszczęśliwych wydarzeń życiowych (*developmental profiles of*

adversity), możliwości istnienia podgrup wśród osób, które straciły bliską osobę w wyniku samobójstwa, a także zbadanie związku wymiarów osobowości oraz charakteru z wynikiem trajektorii życiowej badanych. Wyniki wyróżniły dwie różne trajektorie życiowe badanych oraz wyodrębniły ich różne charakterologiczne profile. Badani przydzieleni do grupy o trajektorii życiowej z dużym poziomem nieszczęśliwych wydarzeń życiowych oraz większą liczbą problemów psychicznych, charakteryzowali się większą predyspozycją do „unikania krzywdy” natomiast badani przydzieleni do grupy o trajektorii życiowej z niskim poziomem nieszczęśliwych wydarzeń życiowych odznaczali się większą predyspozycją do samoukierowania.

Specjaliści z dziedziny suicydologii zwrócili również uwagę na czynniki ryzyka takie jak agresja i impulsywność (Gvion, Apter, 2011). Z badań wynika, że istnieje związek pomiędzy agresywnością, impulsywnością oraz zachowaniami samobójczymi. Istnieją też dowody na to, iż ten związek jest silniejszy wśród młodych osób i jego znaczenie maleje wraz z wiekiem. Naukowcy twierdzą, iż agresja oraz zachowania samobójcze mają takie samo podłoże neurobiologiczne. Wiele osób dokonujących prób samobójczych charakteryzuje wysoki poziom agresji (m.in. Conner, i in., 2001; Carballo, i in., 2006; Doihara, i in., 2008; McGirr, i in., 2008; Mann, Currier, 2009; za: Gvion, Apter, 2011).

Z badań wynika, że impulsywność może służyć jako predyktor zachowań samobójczych. Badacze zaobserwowali, że osoby które popełniają samobójstwo ze skutkiem śmiertelnym, posiadali wyższy poziom impulsywności niż osoby, których próba samobójcza nie była śmiertelna. Co więcej, istotnym jest aby zwrócić uwagę na charakter próby samobójczej, która może być sama w sobie impulsywna, niezależnie od jednostki. Według badaczy należy określić, czy próba samobójcza miała impulsywny charakter oraz czy osoba, która dokonuje próby samobójczej jest impulsywna. Pomimo, iż próby samobójcze częściej popełniają osoby bardziej impulsywne, same próby samobójcze, które kończą się śmiercią jednostki, najczęściej są przemyślane oraz zaplanowane (m.in. Dumais, i in., 2005, Maser, i in., 2002; Swann, i in., 2005, Anestis, i in.2007; za: Gvion, Apter, 2011).

Obniżenie nastroju, impulsywność, agresja i zachowania samobójcze związane są ze złym funkcjonowaniem układu serotoninowego (Fudalej, i in., 2006). Suicydologia zwraca więc uwagę na możliwość genetycznego podłoża zachowań samobójczych. Fudalej, i in. (2006) podkreślają złożoność i wzajemność czynników genetycznych i środowiskowych prowadzących do samobójstwa. Autorzy ci uważają

również, że skłonność do zachowań suicydalnych może być dziedziczona i niezwiązana z genetycznymi predyspozycjami różnych zaburzeń natury psychicznej. Przegląd badań, przez nich dokonany, wskazuje w głównej mierze na związek genów układu serotoninowego z występowaniem zachowań samobójczych. Wskazują oni również na istnienie hipotez dotyczących związku zachowań samobójczych z niektórymi cechami temperamentu, które są dziedziczone.

Na uwagę zasługuje również kwestia autodestruktywności pośredniej. Pośrednia autodestruktywność polega wchodzeniu w sytuacje zagrożenia i podwyższonego ryzyka oraz zaniedbywania własnego bezpieczeństwa czy zdrowia. Odnosi się do zachowań, których jednostka jest nieświadoma albo lekceważy ich szkodliwe następstwa. W badaniach Tsirigotis, i in. (2011) porównane zostały osoby po próbach samobójczych z grupą kontrolną pod względem przejawów autodestruktywności pośredniej. Okazało się, że poziom autodestruktywności pośredniej osób po próbach samobójczych znajduje się w górnej granicy przeciętnych wyników. Uogólniona tendencja do autodestruktywności oraz nasilenie poszczególnych jej objawów jest większa w grupie badanej, w porównaniu z grupą kontrolną. Osoby suicydalne przejawiają w dużej mierze zachowania świadczące o bezradności i bierności w trudnych sytuacjach, transgresji i podejmowaniu ryzyka oraz zaniedbywaniu zdrowia. Osoby bez incydentu samobójczego wykazują znacznie mniejsze nasilenie zachowań autodestruktywnych aktywnych niż biernych. Natomiast osoby po próbach samobójczych, aktywne i bierne zachowania autodestruktywne mają na takim samym poziomie.

Badania Makara-Studzińskiej i Koślak (2009) dotyczyły systemu wartości osób w wieku 14-19, będących po próbach samobójczych. W porównaniu do rówieśników, badana młodzież uzyskała niższe wyniki w skalach wartości hedonistycznych, estetycznych i witalnych. Co oznacza, że wartości związane z codziennym życiem, zdrowiem i siłą fizyczną oraz harmonią są mniej cenione przez niedoszłych młodych samobójców. Również tożsamość narodowa, wiedza i religia są mało istotne dla badanej grupy, o czym świadczą niskie wyniki w skali potrzeb świętych i prawdy. Wartości cenione przez młodzież po próbach samobójczych to miłość i przyjaźń, majątek i bogactwo oraz psychiczny i fizyczny dobrostan. Osoby badane uznały posiadanie dużej grupy przyjaciół i bycie potrzebnym innym za wyznacznik szczęścia. Wyniki tych badań korespondują z interpersonalną teorią samobójstw.

Istnieje szereg publikacji na temat silnego związku pomiędzy PTSD a zachowaniami samobójczymi ale tylko kilka bada mechanizmy psychologiczne

leżące u podstaw zachowań samobójczych w ramach PTSD. Badania Panagioti, i in. (2012) w oparciu o nowy teoretyczny model samobójstwa, miały na celu sprawdzić czy percepcja odniesienia porażki (*defeat*) oraz usidlenia (*entrapment*), pośredniczą w związku 3 typów negatywnej samooceny (radzenia sobie z emocjami, rozwiązywania problemów oraz społecznego wsparcia) z samobójczym zachowaniem u badanych, którzy w ostatnim miesiącu doświadczyli objawów PTSD. Badacze stworzyli model teoretyczny, oparty są założeniu, że myśli i zachowania samobójcze są narzędziami umożliwiającymi ucieczkę od coraz bardziej dotkliwych uczuć odniesienia porażki oraz usidlenia. Głównym założeniem modelu jest występowanie u ludzi o skłonnościach do samobójstwa - negatywnych, pełnych uprzedzeń systemów oceny.

W ramach systemu oceny zawarte są sądy, przekonania oraz stosunek do świata. Największe znaczenie mają dwa rodzaje negatywnych ocen: ocena sytuacji oraz ocena własnej osoby, która obejmuje zniekształconą ocenę cech osobowych, zdolności poznawczych, umiejętności rozwiązywania problemów oraz dostępności do społecznych zasobów i czynników ratunkowych. Ocena własnej osoby ma duże znaczenie, ponieważ potrafi wpłynąć na ocenę sytuacji. Obie negatywne oceny, ocena sytuacji oraz ocena własnej osoby, zwiększają oraz wzmacniają uczucia porażki oraz usidlenia. Badania potwierdzają, że percepcja uczuć porażki oraz usidlenia pośredniczą w związku pomiędzy samooceną a zachowaniami samobójczymi, zwłaszcza u osób z PTSD (Panagioti, i in., 2012).

Sobański i in. (2015) badali związek myśli samobójczych z osobowością i objawami nerwicowymi u pacjentów leczonych na oddziale dziennym. Wyniki pokazały, że występowanie myśli samobójczych u badanych pacjentów jest częste oraz wiąże się istotnie z wysokim poziomem globalnego nasilenia objawów i nerwicowej dezintegracji osobowości. Okazało się, że cechy osobowości nerwicowej korelują z występowaniem myśli samobójczych, lecz nie są istotnie związane z nasileniem ich występowania. Dodatkowo cechy tej osobowości nie są związane z niewystępowaniem lub zmniejszeniem uciążliwości myśli samobójczych u badanych osób.

Na uwagę zasługuje próba klasyfikacji osób z zachowaniami samobójczymi, która powstała w wyniku analizy klasterowej wyników badań, dokonana przez Wołodźko i Kokoszke (2014). Analizując uzyskane klastery, stworzyli pięć typów osób suicydalnych:

- 1) Osoby z wieloma zaburzeniami psychicznymi i/lub silnie nasilonymi ich objawami, najczęściej hospitalizowane, m.in. z problemami psychicznymi, społecznymi i zdrowotnymi.
- 2) Osoby bez stwierdzonych zaburzeń psychicznych lub z niezbyt mocno nasilonymi objawami zaburzeń psychicznych, najczęściej osoby pozostające pod wpływem silnego stresu.
- 3) Osoby z zaburzeniami osobowości i tendencją do spostrzegania przyczyn własnych problemów jako niezależnych od nich, z tendencją do eksternalizacji (w tym antyspółeczni i psychopatyczni). To osoby często nadużywające substancji psychoaktywnych, z objawami dystymii i osobowością typu B, w tym borderline. Są to też osoby agresywne i impulsywne (co wiąże się z uzależnieniami).
- 4) Osoby wycofane społecznie z zaburzeniami osobowości z tendencją do unikania (w tym: negatywistyczni-unikający-schizoidalni, unikający-zależni-negatywistyczni, izolujący się). To osoby z osobowością typu A i borderline, z niestabilnością emocjonalną, silnym lękiem, poczuciem winy i małym poczuciem własnej wartości. Są to jednostki nieasertywne, zależne i potrzebujące opieki a jednocześnie unikające i nieufne.
- 5) Osoby depresyjne (w modelu poznawczym depresji) (Wołodźko i Kokoszka, 2014).

Podsumowanie

Problematyka samobójstwa jest złożonym zagadnieniem, które można analizować z wielu perspektyw. Trudności w rozumieniu tego zjawiska skutkują brakiem ujednoczonych definicji, wielością pojęć oraz małą liczbą teorii wyjaśniających mechanizmy leżące u jego podłoża. Niemniej jednak współczesne odkrycia suicydologii pozwalają na wyróżnienie wielu czynników ryzyka popełnienia samobójstwa. Różni autorzy jednomyślnie wskazują na to, iż samobójstwo jest efektem końcowym długofalowego wyniszczającego jednostkę procesu. Teorie wskazują na kluczową rolę poczucia beznadziejności oraz braku nadziei oraz problemu zablokowanego poczucia przynależności i poczucia bycia ciężarem, a także związaną z nimi bezsilność.

Prowadzone badania wskazują również, że zaburzone poczucie przynależności do grupy, brak bliskich relacji z innymi oraz brak świadomości bycia

pożądanym w społeczeństwie, stanowią istotne podłoże popełnienia samobójstwa. Bardzo ważnym czynnikiem okazuje się być środowisko rodzinne dzieci i młodzieży. Wiele badań potwierdza, że próby samobójcze w przeszłości, brak wsparcia ze strony najbliższych, zaburzenia osobowości, przemoc fizyczna i seksualna, mogą skutkować zachowaniami samobójczymi.

Znajomość czynników ryzyka i mechanizmów powstawania zachowań samobójczych są wiedzą, pozwalającą na skuteczne prowadzenie działań profilaktycznych oraz interwencyjnych. Wartościowe i efektywne jest podejście oparte na zintegrowanym modelu, odwołującym się zarówno do teorii, jak i czynników ochronnych oraz czynników ryzyka samobójstw. Na szczególną uwagę zasługuje interpersonalna teoria samobójstw van Ordena i współautorów. Zwraca ona uwagę m.in. na konieczność uruchomienia źródeł wsparcia dla osób zagrożonych samobójstwem. Proces prewencyjny i interwencyjny polegałby na tworzeniu poczucia przynależności oraz zniwelowanie poczucia bycia ciężarem, a tworzeniu przeświadczenia o byciu ważnym i potrzebnym dla innych. Ponadto, wydaje się uzasadnione założenie, że samobójstwa mogą być uruchamiane wzrostem poczucia beznadziejności i utratą nadziei oraz połączeniem wielu czynników ryzyka i załamania się czynników ochronnych.

Teoria beznadziejności Schotte'a i Cluma oraz teoria nadziei Snydera stanowiąc niezależne i unikalne wyjaśnienia zachowań samobójczych, wzajemnie się dopełniają. Teoria poczucia beznadziejności skupia się na negatywnych aspektach funkcjonowania człowieka, podczas gdy teoria nadziei Snydera przyjmuje pozytywny punkt widzenia, pokazujący możliwości jednostki, tj. drogi „wyjścia”. Model poczucia beznadziejności zwraca uwagę na negatywne myśli o przyszłości, podczas gdy teoria nadziei Snydera wskazuje, że niski poziom nadziei oznacza brak pozytywnej antycypacji przyszłości. Teoria nadziei i teoria beznadziejności może służyć jako ramowy program w prewencji w stosunku do jednostek zagrożonych procesami samobójczymi.

Samobójstwo może być analizowane w procesie, w którym osoby stają się coraz bardziej samobójcze. Ten proces rozpoczyna się od zadziałania zewnętrznych stresorów, przy deficytach zdolności radzenia sobie oraz braku dostępności i odpowiedniości czynników ochronnych. Jeżeli jednostka nie może poradzić sobie z stresem, może to wywołać utratę nadziei (tj. siły do działania i generowania dróg „wyjścia”) oraz poczucie beznadziejności. W dalszej konsekwencji mogą pojawić się myśli samobójcze, zamiar samobójstwa i ostatecznie samobójstwo. Teoria nadziei

może wskazać nowe podejście do zapobiegania samobójstwom i terapii jednostek zagrożonych procesem samobójczym. W przypadku osób zagrożonych samobójstwem, można zastosować uruchamianie nadziei poprzez aktywne nauczanie i rozwijanie umiejętności stopniowego tworzenia „siły do działania” i generowania „dróg wyjścia”.

Bibliografia:

- Baumeister, R.F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological Review*, 99, 90-113.
- Bąbik, A., Olejniczak, D. (2014). Uwarunkowania i profilaktyka samobójstw wśród dzieci i młodzieży w Polsce. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, Badania, Praktyka*, 13(2), 99-121.
- Beck, A.T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343–352.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Kovacs, M., i Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: A 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 559–563.
- Brown, S.L. i Vinokur, A.D. (2003). The interplay among risk factors for suicidal ideation and suicide. *American Journal of Community Psychology*, 32, 131–141.
- Burlingame, C.C. (1938). Review of Man Against Himself. *Psychological Bulletin*, 35, 250-251.
- Cekiera, C. (2005). Psychologiczne i aksjologiczne aspekty samobójstw. *Suicydologia*, 1(1), 21-20.
- Cheng, A.T.A., Chen, T.H.H., i Chen, C.C., i in. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors of suicide. *British Journal of Psychiatry*, 177, 360–365.
- Conrad, R., Walz, F., Geiser, F., Imbierowicz, K., Liedtke, R., & Wegener, I. (2009). Temperament and character personality profile in relation to suicidal ideation and suicide attempts in major depressed patients. *Psychiatry Research*, 170(2), 212-217.
- Dixon W.A., Heppner P.P., Rudd M.D. (1994). Problem-solving appraisal, hopelessness, and suicide ideation: Evidence for a mediational model. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 91-98.
- Fudalej, S., Wojnar, M., Matsumoto, H., Fudalej, M. (2006). Genetyka zachowań samobójczych. *Postępy Psychiatrii I Neurologii*, 15(2), 83-91.

- Gottschalk, L. (1974). A hope scale applicable to verbal samples. *Archives of General Psychiatry*, 30, 779–785.
- Grewal, P.K., Porter J.E. (2007). Hope theory: a framework for understanding suicidal action. *Death Studies*, 31, 131–154.
- Grzywa, A., Kucmin, A., Kucmin, T.(2009). Samobójstwa - epidemiologia, czynniki, motywy i zapobieganie. Część I. *Polski Merkurusz Lekarski*, 27(161), 432-436.
- Guindon, M.H. i Smith, B. (2002). Emotional barriers to successful reemployment: Implications for counsellors. *Journal of Employment Counseling*, 39, 73–82.
- Gvion, Y., Apter, A. (2011). Aggression, impulsivity, and suicide behavior: a review of the literature. *Archives of Suicide Research*, 15(2), 93-112.
- Hanna, F. J. (1991). Suicide and hope: The common ground. *Journal of Mental Health Counseling*, 13, 459–472.
- Hirsch, J. K., Conner, K. R. (2006). Dispositional and explanatory style optimism as potential moderators of the relationship between hopelessness and suicidal ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(6), 661-669.
- Hirsch, J.K., Wolford, K., LaLonde, S.M., Brunk, L., Morris, A.P. (2007). Dispositional optimism as a moderator of the relationship between negative life events and suicide ideation and attempts. *Cognitive Therapy and Research*, 31(4), 533-546.
- Holden, R.R., Mendonca, J.D., i Mazmanian, D. (1985). Relation of response set to observed suicide intent. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 17, 359–368.
- Hołyst, B. (2012). *Suicydologia*. Warszawa: LexisNexis.
- Hołyst, B., Staniaszek, M., Binczycka-Anholcer, M. (red.). (2002). *Samobójstwo*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej.
- Haw, C., Hawton, K., Niedzwiedz, C., Platt, S. (2013). Suicide clusters: a review of risk factors and mechanisms. *Suicide and life-threatening behavior*, 43(1), 97-108.
- Hughes, S.L. i Neimeyer, R.A. (1993). Cognitive predictors of suicide risk among hospitalized psychiatric patients: A prospective study. *Death Studies*, 17, 103–124.
- Krajewska, K., Florkowski, A., Gmitrowicz, A. (2014). Związek zespołu zależności alkoholowej rodziców z występowaniem prób samobójczych wśród nastoletnich pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 14(3), 196–201.
- Krysińska, K. (2004). Deficyty a zakresie umiejętności rozwiązywania problemów u osób samobójczych. *Poznańskie Zeszyty Humanistyczne*, t. 3, 35-47.

- Kwon Jin-Won; Chun H.; Cho Sungil (2009). A closer look at the increase in suicide rates in South Korea from 1986–2005. *BMC Public Health*, 9, 72.
- Linehan, M.M., Goodstein, J.L., Nielsen, S.L., i Chiles, J.A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 276–286.
- Makara-Studzińska, M. (2001). Wybrane zagadnienia z problematyki suicydologii. *Annales UMCS, Sectio I*, 26(17), 219-231.
- Makara-Studzińska, M., Koślak, A. (2009). System wartości młodzieży po próbach samobójczych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 9(3), 159-166.
- Malicka-Gorzelańczyk, H. (2001). *Psychospołeczne uwarunkowania zamachów samobójczych dzieci i młodzieży*, (w:) T. Sołtysiak, M. Karwowska (red.), *Polska młodzież - zaburzenia, zagrożenia w aktualnej rzeczywistości społecznej*, s. 461- 469, Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej .
- Mills, J.F., Kroner, D.G. (2004). A New Instrument to Screen for Depression, Hopelessness, and Suicide in Incarcerated Offenders. *Psychological Services*, 1(1), 83-91.
- O'Connor, R. C., Sheehy, N.(2002). Cognitive style and suicidal behaviour: implications for therapeutic intervention, research lacunae and priorities. *British Journal of Guidance and Counselling*, 30(4), 353-362.
- Orbach, I. (1988). *The „insolvable problem” in the dynamics of suicidal behavior in children*, (w:) S. Lesse (red.), *What we know about suicidal behavior and how to treat it*, 423-437, Northvale, Nowy Jork: Jason Aronson Inc.
- Orbach, I., Mikulincer, M., King, R., Cohen, D., & Stein, D. (1997). Thresholds and tolerance of physical pain in suicidal and nonsuicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(4), 646-652.
- Orbach, I., Mikulincer, M., Stein, D., Cohen, O. (1998). Self- representation of suicidal adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 107 (3), 435-439.
- Panagioti, M., Gooding, P., Taylor, P. J., Tarrrier, N. (2012). Negative self-appraisals and suicidal behavior among trauma victims experiencing PTSD symptoms: the mediating role of defeat and entrapment. *Depression and Anxiety*, 29(3), 187-194.
- Pecyna M.B. (1998). *Motywacje i determinanty sytuacyjne prób samobójczych a postępowanie pedagogiczno-psychologiczne*, (w:) *Psychologia kliniczna w praktyce pedagogicznej*, s. 204-228, Warszawa: Wydawnictwo Akademickie "Żak".

- Pilecka, B. (2005). *Osobowościowe korelaty prób samobójczych u młodzieży*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Płużek Z. (1998). *Samobójstwo*, (w:) W. Szewczuk (red.), *Encyklopedia psychologii*, Warszawa, s. 783–787.
- Rogers, J.R. (2001). Theoretical grounding: The “missing link” in suicide research. *Journal of Counseling and Development*, 79, 16–25.
- Salter, D. i Platt, S. (1990). Suicidal intent, hopelessness and depression in a para-suicide population: The influence of social desirability and elapsed time. *British Journal of Clinical Psychology*, 151, 361–371.
- Sánchez, H.G. (2001). Risk factor model for suicide assessment and intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 32, 351-358.
- Séguin, M., Robert, M., & Beauchamp, G. (2017). Temperament and Character Profiles of Group-Based Suicide Cases. *Crisis*, 38(3), 177–185.
- Snyder, C.R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling & Development*, 73, 355–360.
- Snyder, C.R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13, 249–275.
- Sobański, J.A., Cyranka, K., Rodziński, P., Klasa, K., Rutkowski, K., Dembińska, E., Mielimąka, M., Müldner-Nieckowski, Ł., Smiatek-Mazgaj, B. (2015). Czy cechy osobowości i nasilenie objawów nerwicowych wiążą się ze sprawozdawaniem myśli samobójczych u pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych? *Psychiatria Polska*, 49(6), 1343-1358.
- Stack, S., Lester, D. (2007). Body mass and suicide risk. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 28(1), 46-47.
- Suchańska, A., Krysińska, K.(2003). *Samobójstwo- perspektywa psychologiczna*. Konin: Wydawnictwo PWSZ w Koninie.
- Szanto K., Reynolds C.F., Conwell Y., Begley A.E., Houck P. (1998). High levels of hopelessness persist in geriatric patients with remitted depression and a history of attempted suicide. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, 1401-1406.
- Tsirigotis, K., Gruszczyński, W., Lewik-Tsirigotis, M., Kruszyna, M. (2011). Przejawy autodestruktywności pośredniej u osób po próbach samobójczych. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 11, 83-91.
- Warzocha, D., Gmitrowicz, A., Pawełczyk, T. (2008). Związek samouszkodzeń wśród młodzieży hospitalizowanej psychiatrycznie z rodzajem zaburzeń psy-

- chicznych i wybranymi czynnikami środowiskowymi. *Psychiatria Polska*, 42(5), 659-669.
- Westefeld, J.S., Range, L.M., Rogers, J.R., Maples, M.R., Bromley, J.L., Alcorn, J. (2000). Suicide: An overview. *The Counseling Psychologist*, 28, 445–510.
- Wetzel, R.D., Margulies, T., Davis, R., i Karam, E. (1980). Hopelessness, depression, and suicidal intent. *Journal of Clinical Psychiatry*, 41, 159–160.
- Whetstone, L. M., Morrissey, S. L., Cummings, D. M. (2007). Children at risk: the association between perceived weight status and suicidal thoughts and attempts in middle school youth. *Journal of School Health*, 77(2), 59-66.
- Wołodźko, T., Kokoszka, A. (2014). Próba klasyfikacji osób podejmujących zachowania samobójcze – przegląd badań z zastosowaniem analizy skupień. *Psychiatria Polska*, 48(4), 823-834.
- van Orden, K.A., Witte, T.K., Cukrowicz, K.C., Braithwaite, S.R., Selby, E.A., Joiner Jr, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575–600.
- Vincent, P.J., Boddana, P., MacLeod, A.K. (2004). Positive life goals and plans in parasuicide. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11, 90–99.