

Zróźnicowanie autodestruktywności pośredniej ze względu na płeć u osób po próbach samobójczych

Differentiation of indirect self-destructiveness due to sex (gender) in individuals after suicide attempts

Konstantinos Tsirigotis¹, Wojciech Gruszczyński²,
Marta Tsirigotis-Maniecka³

¹Zakład Psychologii, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach,
Filia w Piotrkowie Trybunalskim
Kierownik: dr A. Witusik

²Instytut Psychologii Stosowanej Społecznej Akademii Nauk w Łodzi
Dyrektor: prof. dr hab. Z. Juczyński

³Zakład Technologii Organicznej i Farmaceutycznej Politechniki Wrocławskiej
Kierownik: prof. dr hab. inż. K.A. Wilk

Summary

Aim. The aim of this study was to examine the sex (gender) differentiation of indirect self-destructiveness as a generalised behavioural tendency and its manifestations in individuals who attempted suicides.

Methods. 147 individuals (114 females and 33 males) after suicide attempts were studied; the reference group consisted of 558 individuals (399 females and 159 males). Indirect self-destructiveness was examined by means of the Polish version of the Chronic Self-Destructiveness Scale (CS-DS) including Transgression and Risk (A1), Poor Health Maintenance (A2), Personal and Social Neglects (A3), Lack of Planfulness (A4) and Helplessness, Passiveness in the Face of Problems/Difficulties (A5).

Results. Sex (gender) and suicide attempt significantly differentiate scores of the subjects on all indices/scales of indirect self-destructiveness. Scores of individuals after suicide attempts are considerably higher on almost all scales. In that group, significant differences between females and males occurred on the A2-Poor Health Maintenance, A3-Personal and Social Neglects, A4-Lack of Planfulness and A5-Helplessness scales. It was only on the A2-Poor Health Maintenance scale that females achieved higher scores.

Conclusions. The intensity of indirect self-destructiveness in females who attempted suicides achieved the level observed in males who attempted suicides. Poor health maintenance

nance was also more intense in them than in the group of males. Males after suicide attempts displayed the lowest poor health maintenance. Results of this study may have preventive and therapeutic implications.

Słowa kluczowe: autodestryktywność pośrednia, próby samobójcze, płeć (rodzaj)

Key words: indirect self-destructiveness, suicide attempts, sex (gender)

Wstęp

Zachowanie człowieka może mieć skutki inne niż zamierzone lub zupełnie nieoczekiwane, a nawet szkodliwe dla niego samego i to niezależnie od stopnia uświadomienia tego przez podmiot oraz niezależnie od czasowej perspektywy (teraz bezpośrednio lub później) lub rodzaju szkody (szkoda fizyczna vs psychologiczna).

Przeważnie pod nazwą „zachowania autodestryktywne” większość autorów rozumie zachowania należące do kategorii autodestryktywności bezpośredniej, tj. najczęściej samouszkodzenia, samookaleczenia i próby samobójcze bądź samobójstwa dokonane. W literaturze na ogół można spotkać badania nad autodestryktywnością bezpośrednią lub nad poszczególnymi i odosobnionymi zachowaniami będącymi przejawami tego, co dziś określamy mianem autodestryktywności pośredniej lub chronicznej. Stwierdzono na przykład, że w populacji osób nadużywających narkotyków autodestryktywność bezpośrednia u mężczyzn różni się od autodestryktywności pośredniej u kobiet [1, 2].

Do niedawna niektórzy autorzy uważali autodestryktywność pośrednią za konstrukt teoretyczny, ale najnowsze badania wykazują, że jest to zjawisko kliniczne, a według niektórych autorów nawet syndrom.

Kelley ujmuje chroniczną autodestryktywność jako uogólnioną tendencję do podejmowania zachowań zwiększających prawdopodobieństwo negatywnych, a zmniejszających prawdopodobieństwo pozytywnych konsekwencji dla podmiotu [3]. Dla celów niniejszej pracy przyjęto, iż autodestryktywność pośrednia/chroniczna to zachowania, których prawdopodobny negatywny skutek jest upośredniony dodatkowymi czynnikami, a związek między zachowaniem a szkodą spostrzegany jest jako prawdopodobny. Tak rozumiana autodestryktywność pośrednia obejmuje zarówno podejmowanie określonych działań, jak i ich zaniechanie, dotyczy wchodzenia w sytuacje zagrożenia i podwyższonego ryzyka (forma aktywna) bądź też zaniedbywania własnego bezpieczeństwa czy zdrowia (forma pasywna). Ponadto taka autodestryktywność to forma samoniszczenia o zwiększonym dystansie między działaniem a skutkiem [4, 5]. Wyróżnia się kilka głównych kategorii zachowań pośrednio autodestryktywnych: transgresję i ryzyko, zaniedbania zdrowotne, zaniedbania osobiste i społeczne, nieuważność, nieostrożność i brak planowania oraz bezradność i bierność w obliczu problemów. Transgresja i ryzyko obejmuje zachowania naruszające normy społeczne, jak np. regulamin szkolny czy zasady współżycia oraz zachowania ryzykowne podejmowane dla chwilowej przyjemności, jak np. hazard czy brawurowa jazda samochodem połączona z pragnieniem zaimponowania innym, poczucia się docenionym, lepszym, zauważonym. W ramach tej kategorii znajdujemy również ule-

ganie pokusom, impulsywność i poszukiwanie ryzykownego pobudzenia. Zaniedbania zdrowotne to zachowania szkodliwe dla zdrowia, jak np. nadmierne jedzenie i picie, zaniedbywanie wizyt u lekarza czy lekceważenie jego zaleceń. Zaniedbania osobiste i społeczne to zaniedbania np. obowiązków czy spraw ważnych dla podmiotu (osobiście i interpersonalnie). Nieuważność, nieostrożność i brak planowania to działania głównie pod wpływem tego, co przyniesie chwila, bez jakiegó dalszej perspektywy. Bezradność i bierność obejmuje rezygnację z działania lub niepodejmowanie go w warunkach, w których działanie takie mogłoby przerwać cierpienie czy zapobiec jakiemuś zagrożeniu [3, 4, 5].

Z kolei po stronie autodestruktywności bezpośredniej samobójstwo to ważne zagrożenie zdrowia publicznego na całym świecie. Zagadnienie samobójstw jest tematem, który od dawna nurtuje ludzkość i przedstawiciele różnych dziedzin nauki i wiedzy. Nie jest to dziwne, zważywszy na fakt, iż w wymiarze indywidualnym (osobistym, osobniczym, intrapsychnicznym) to wyraz ogromnego cierpienia jednostki, a w wymiarze społecznym – tragedia dla bliskich oraz strata członka społeczności i pożytku, który społeczeństwo mogłoby z niego mieć.

Liczba samobójstw rośnie na całym świecie, zwłaszcza w populacji osób młodych oraz dorosłych mężczyzn [6, 7, 8]. Co więcej, liczba gwałtownych sposobów samobójstwa (np. powieszenie się) zwiększa się, co oznacza, że te bardziej śmiertelne sposoby przyczyniają się do wyższego stopnia ryzyka samobójstwa [9].

Dotychczas zostały zbadane niektóre cechy osobowości osób po próbach samobójczych, np. złość, agresja czy temperament/charakter [10]. Stwierdzono, że wśród czynników sprzyjających próbom samobójczym jest bezradność i beznadziejność [11] oraz poczucie alienacji i bycia nierozumianym przez innych [12].

Niezakończona zgonem próba samobójcza należy do najsilniejszych klinicznych predyktorów ostatecznego (dokonanego) samobójstwa, na co wskazuje zjawisko powtarzania prób samobójczych [13].

Autodestruktywność pośrednia jest wyraźnie inną postacią szkodenia sobie samemu niż autodestruktywność bezpośrednia oraz jakością inną niż autoagresja [14]. Jest to zagadnienie o tyle ważne, że próby samobójcze czy samobójstwa niedokonane, jak i nasilenie autodestruktywności pośredniej mogą jednak skutkować samobójstwem dokonanym [13]. Nie przez przypadek autodestruktywność pośrednią określa się mianem powolnego samobójstwa.

Powszechnie wiadomo, że mężczyźni wykazują więcej zachowań autodestruktywnych, lecz większość badań i danych dotyczy autodestruktywności bezpośredniej. W literaturze światowej prawie całkowicie brak jest prac nad płciowym zróźnicowaniem nasilenia autodestruktywności pośredniej jako uogólnionej tendencji traktowanej w sposób całościowy (holistyczny) u osób po próbach samobójczych. W jednym z nielicznych projektów badawczych nad rodzajowym zróźnicowaniem autodestruktywności pośredniej stwierdzono, że ma ona, jako uogólniona tendencja behawioralna, większe nasilenie u mężczyzn niż u kobiet [15].

Cel

Celem niniejszej pracy było zbadanie zróżnicowania, ze względu na płeć, autodestruktywności pośredniej i jej przejawów u osób, które podjęły próby samobójcze.

Material i metoda

Badania zostały przeprowadzone wśród osób, które podjęły próby samobójcze przy użyciu różnych metod i były hospitalizowane z tego powodu. Badana populacja (grupa PS) składała się ze 147 osób (114 kobiet i 33 mężczyzn) w wieku 23–33 lat. U badanych osób nie stwierdzono zaburzeń psychotycznych ani upośledzenia umysłowego. W celu dodatkowych porównań międzygrupowych wykorzystano wyniki populacji porównawczej składającej się z 558 osób (399 kobiet i 159 mężczyzn) bez prób samobójczych (grupa NS) w wieku 19–25 lat.

Badania były anonimowe, a udział dobrowolny. Uzyskanie zgody kierownictwa placówek oraz samych osób badanych zdecydowało o udziale w badaniach. Przestrzegano zasad zawartych w deklaracji helsińskiej.

Do badania autodestruktywności pośredniej i jej przejawów zastosowano polską wersję Chronic Self-Destructiveness Scale (CS-DS) K. Kelley w adaptacji Suchańskiej.

W celu zbadania chronicznej autodestruktywności jako tendencji uogólnionej Kelley stworzyła narzędzie badawcze obejmujące kilka kategorii zachowań i składające się z zestawu 52 twierdzeń. Polska wersja narzędzia, tak jak i oryginalna wersja, charakteryzuje się wysoką rzetelnością oraz trafnością i obejmuje następujące skale: Transgresję i Ryzyko (A1), Zaniedbania Zdrowotne (A2), Zaniedbania Osobiste i Społeczne (A3), Nieuważność, Nieostrożność i Brak Planowania (A4) oraz Bezradność i Bierność wobec trudności (A5). Ogólny wynik (lub globalny wskaźnik) autodestruktywności pośredniej otrzymuje się poprzez zsumowanie wyników poszczególnych skal [3, 4, 5].

W analizie statystycznej otrzymanych wyników zastosowano metody opisowe i metody wnioskowania statystycznego. Dla scharakteryzowania wartości przeciętnej dla cech ilościowych obliczono średnią arytmetyczną (\bar{x} , M), a za miarę rozrzutu przyjęto odchylenie standardowe (σ , SD). Zgodność rozkładów cech ilościowych z rozkładem normalnym oceniano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Z powodu braku zgodności rozkładów zmiennych zależnych z rozkładem normalnym w opracowaniu statystycznym uzyskanych wyników wykorzystano nieparametryczną analizę wariancji rang (ANOVA) Kruskala-Wallisa. Dla wszystkich analiz przyjęto maksymalny dopuszczalny błąd I rodzaju $\alpha = 0,05$; za statystycznie istotne uznano $p \leq 0,05$. Analizy statystyczne wykonano za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA PL 10.0 dla systemu Windows [16].

Wyniki

Obraz i struktura autodestruktywności pośredniej u osób, które podjęły próby samobójcze, może być pełniejszy, jeśli ich wyniki rozpatrzyć w odniesieniu do wyników osób, które takich prób nie podjęły.

Profilogram w CS-DS (wykres 1) może dostarczyć wielu informacji na temat psychologicznego funkcjonowania osób badanych, zwłaszcza w zakresie autodestruktywności pośredniej.

W celu zbadania wewnętrznej struktury autodestruktywności pośredniej należałoby przyrzeć się wynikom w poszczególnych skalach CS-DS w ramach całych populacji (PS i NS), jak również w ramach grup kobiet i mężczyzn w tych populacjach (tab. 1–6, wyk. 1).

Tabela 1. Wyniki ANOVA rang Kruskala-Wallisa w CS-DS (wskaźnik globalny)

Zmienna zależna: autodestruktywność pośrednia	Zmienne niezależne (grupujące): płeć, próba „S” Test Kruskala-Wallisa: $H = 55,05$; $p = 0,0000$			
	Średnia	Odch. stand.	Suma rang	Średnia ranga
NS – Kobiety	121,41	17,11	5913,00	64,98
NS – Mężczyźni	126,73	22,57	2308,00	76,93
PS – Kobiety	153,97	24,96	4820,50	126,86
PS – Mężczyźni	154,27	12,81	1493,50	135,77

PS – osoby po próbach samobójczych, NS – osoby bez prób samobójczych

Tabela 2. Wyniki ANOVA rang Kruskala-Wallisa w skali A1 (Transgresja)

Zmienna zależna: A1 – Transgresja i Ryzyko	Zmienne niezależne (grupujące): płeć, próba „S” test Kruskala-Wallisa: $H = 50,13$; $p = 0,0000$			
	Średnia	Odch. stand.	Suma rang	Średnia ranga
NS – Kobiety	39,04	8,03	6167,50	67,78
NS – Mężczyźni	39,47	9,86	2128,50	70,95
PS – Kobiety	53,34	11,98	4764,00	125,37
PS – Mężczyźni	54,27	8,69	1475,00	134,09

PS – osoby po próbach samobójczych, NS – osoby bez prób samobójczych

Tabela 3. Wyniki ANOVA rang Kruskala-Wallisa w skali A2 (Zaniedbania Zdrowotne)

Zmienna zależna: A2 – Zaniedbania Zdrowotne	Zmienne niezależne (grupujące): płeć, próba „S” test Kruskala-Wallisa: $H = 16,15$; $p = 0,001$			
	Średnia	Odch. stand.	Suma rang	Średnia ranga
NS – Kobiety	27,20	6,19	6788,50	74,59
NS – Mężczyźni	28,73	6,73	2604,50	86,81
PS – Kobiety	32,61	6,96	4274,50	112,49
PS – Mężczyźni	26,82	6,51	867,50	78,86

PS – osoby po próbach samobójczych, NS – osoby bez prób samobójczych

Na podstawie konfiguracji skal można ułożyć ich tzw. porządek rangowy pod względem wysokości (a tym samym nasilenia) każdej ze skal dla każdej z populacji i grup.

Porządek rangowy skal CS-DS pod względem nasilenia w populacji NS jest jednorodny, tj. taki sam w całej populacji oraz w grupach kobiet i mężczyzn: Bezradność, Zaniedbania Zdrowotne, Zaniedbania Osobiste i Społeczne, Nieuważność, Brak Planowania, Transgresja i Ryzyko. Natomiast w populacji PS ten porządek rangowy jest zróżnicowany. Pierwsza znacząca różnica między profilogramami PS i NS polega na tym, że w grupie PS porządek rangowy (konfigurację) skal ustanowiły wyniki kobiet: porządek rangowy skal całej populacji PS jest taki sam jak konfiguracja skal u kobiet. Przewaga liczebna kobiet w tej grupie nie ma istotnego znaczenia, ponieważ podobna przewaga występuje również w populacji NS, ale nie występują w niej takie zależności. O ile w przypadku dwóch najwyższych skal (Bezradność oraz Transgresja i Ryzyko) ich kolejność jest taka sama (odpowiednio pierwsze i drugie miejsce) w całej populacji PS, jak i w grupach kobiet i mężczyzn, tak w przypadku pozostałych skal jest inny. W grupie kobiet wygląda następująco: Zaniedbania Zdrowotne, Zaniedbania Osobiste i Społeczne oraz Nieuważność, tj. w całej populacji PS, u mężczyzn zaś: Zaniedbania Osobiste i Społeczne, Nieuważność i Zaniedbania Zdrowotne (najniższy wynik wśród wszystkich badanych populacji i grup).

O ile we wszystkich populacjach i grupach najwyższa była skala A5, o tyle w populacji NS na drugim miejscu była A2, a w populacji PS na drugim miejscu była A1.

Zastosowany test ANOVA rang Kruskala-Wallisa (tab. 1–6) wykazał, że płeć oraz próba samobójcza stanowią zmienne jakościowe istotnie różnicujące wyniki badanych osób we wszystkich skalach CS-DS oraz we wskaźniku ogólnym (globalnym) autodestruktywności pośredniej (test H: od 16,15 do 55,05; istotność od 0,001 do 0,0000).

Tabela 4. Wyniki ANOVA rang Kruskala-Wallisa w skali A3 (Zaniedbania Osobiste i Społeczne)

Zmienna zależna: A3 – Zaniedbania Osobiste i Społeczne	Zmienne niezależne (grupujące): płeć, próba „S” test Kruskala-Wallisa: H = 25,49; p = 0,0000			
	Średnia	Odch. stand.	Suma rang	Średnia ranga
NS – Kobiety	28,22	5,47	6676,00	73,36
NS – Mężczyźni	28,77	6,99	2269,00	75,63
PS – Kobiety	32,79	7,13	4124,50	108,54
PS – Mężczyźni	35,64	4,51	1465,50	133,23

PS – osoby po próbach samobójczych, NS – osoby bez prób samobójczych

Tabela 5. Wyniki ANOVA rang Kruskala-Wallisa w skali A4 (Nieuważność, Brak Planowania)

Zmienna zależna: A4 – Nieuważność	Zmienne niezależne (grupujące): płeć, próba „S” test Kruskala-Wallisa: $H = 21,22$; $p = 0,0001$			
	Średnia	Odch. stand.	Suma rang	Średnia ranga
NS – Kobiety	18,43	4,47	6394,50	70,27
NS – Mężczyźni	21,70	5,02	3020,50	100,68
PS – Kobiety	21,21	5,52	3754,00	98,79
PS – Mężczyźni	24,27	4,56	1366,00	124,18

PS – osoby po próbach samobójczych, NS – osoby bez prób samobójczych

Tabela 6. Wyniki ANOVA rang Kruskala-Wallisa w skali A5 (Bezradność)

Zmienna zależna: A5 – Bezradność	Zmienne niezależne (grupujące): płeć, próba „S” test Kruskala-Wallisa: $H = 44,72$; $p = 0,0000$			
	Średnia	Odch. stand.	Suma rang	Średnia ranga
NS – Kobiety	6,63	1,98	1391,50	46,38
NS – Mężczyźni	8,30	1,99	7345,50	80,72
PS – Kobiety	9,00	2,10	1083,50	98,50
PS – Mężczyźni	15,32	0,97	4714,50	124,07

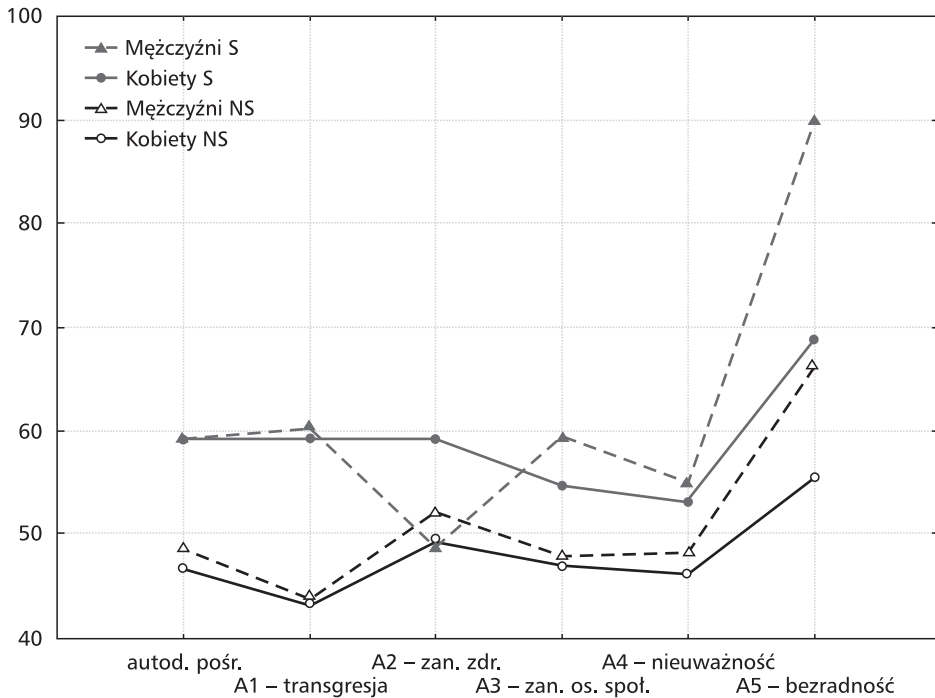
PS – osoby po próbach samobójczych, NS – osoby bez prób samobójczych

Jak widać na wykresie i w tabelach, wyniki grupy PS są wyraźnie wyższe niż wyniki grupy NS prawie we wszystkich skalach, co pozostaje w zgodzie z wynikami innej pracy [17].

Natomiast w każdej z populacji nieco inaczej wyglądają różnice wyników w skalach CS-DS między kobietami a mężczyznami. W populacji NS różnice statystycznie istotne wystąpiły w przypadku wskaźnika ogólnego autodestruktywności pośredniej, w skalach Zaniedbania Zdrowotne, Nieuważność i Bezradność; we wszystkich skalach mężczyźni uzyskali wyniki wyższe [15]. Z kolei w populacji PS istotne statystycznie różnice między wynikami kobiet i mężczyzn wystąpiły w skalach Zaniedbania Zdrowotne, Zaniedbania Osobiste i Społeczne, Nieuważność i Bezradność [18]. We wszystkich skalach, oprócz skali Zaniedbania Zdrowotne, wyniki wyższe uzyskali mężczyźni. To właśnie w skali A2 uzyskali oni wyniki niższe niż kobiety. Co więcej, mężczyźni po próbach samobójczych uzyskali najniższe wyniki w tej skali w obu badanych populacjach.

Kolejną cechą specyficzną dla populacji PS jest fakt, że kobiety uzyskały wskaźnik globalny autodestruktywności pośredniej prawie identyczny jak mężczyźni. Natomiast w populacji NS mężczyźni uzyskali wyniki wyższe niż kobiety [15].

Kobiety w populacji PS, jak wspomniano, uzyskały w skali Bezradność wyniki niższe niż mężczyźni, lecz bardzo zbliżone do wyników mężczyzn z grupy NS.



Wykres 1. Porównanie wyników w CS-DS kobiet i mężczyzn po próbach samobójczych (S) i bez prób samobójczych (NS)

Omówienie wyników

W omówieniu wyników trudno będzie odnieść się do wyników innych badań w tym zakresie, ponieważ autorzy tej pracy nie znaleźli w dostępnej literaturze prac poświęconych temu zagadnieniu.

Brak różnic w porządku rangowym wysokości skal CS-DS między kobietami a mężczyznami w populacji NS może sugerować brak różnic w wewnętrznej strukturze autodestruktywności pośredniej między kobietami a mężczyznami: jest ona podobna u kobiet i u mężczyzn. Wysoka pozycja A2 w tej populacji może wynikać z faktu, że ludzie na ogół bardziej zaniedbują swoje zdrowie niż inne swoje sprawy.

O ile w populacji porównawczej na drugim miejscu były Zaniedbania Zdrowotne, o tyle w populacji badanej na drugim miejscu była Transgresja i Ryzyko (A1). Wynik taki może korespondować lub być wyrazem czynu, którego te osoby dopuściły się: przekraczanie (lub próba przekroczenia) nie tylko ogólnie przyjętych zasad i norm, ale i granicy między życiem a śmiercią. Poza tym czyn taki (próba samobójcza) jest działaniem z całą pewnością ryzykownym, nawet jeśli była to „tylko demonstracja” (wiadomo, że „tylko próby” niejednokrotnie kończą się zgonem).

Jak widzieliśmy, w całej populacji PS konfiguracja skal CS-DS jest analogiczna z porządkiem rangowym tych skal u kobiet. Można stąd wywnioskować, że obraz

i strukturę autodestryktywności pośredniej kształtują kobiety, które „nadają mu ton”, aczkolwiek tylko w jednej skali (A2) mają wyższe od mężczyzn wyniki. Poza tym fakt, iż inna jest konfiguracja skal CS-DS u kobiet, a inna u mężczyzn może sugerować, że występuje większe zróżnicowanie w wewnętrznej strukturze autodestryktywności pośredniej między kobietami a mężczyznami w populacji PS.

Różnice w wysokości skal między populacją NS a populacją PS oznaczać mogą, że u osób po próbach samobójczych nie tylko autodestryktywność bezpośrednia, lecz i pośrednia jest silniejsza, czego wyrazem, objawem i skutkiem była próba samobójcza.

Rozkład wyników w populacji NS może świadczyć o tym, że u mężczyzn występują silniejsze tendencje pośrednio autodestryktywne, zarówno jako uogólniona tendencja behawioralna, jak i w postaci poszczególnych jej przejawów czy kategorii.

W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że u osób po próbach samobójczych nasilenie autodestryktywności pośredniej jako uogólnionej tendencji behawioralnej, jak też i nasilenie poszczególnych jej przejawów (transgresja i ryzyko, zaniedbania zdrowotne, zaniedbania osobiste i społeczne, nieuważność, nieostrożność i brak planowania oraz bezradność i bierność w obliczu problemów) było istotnie większe niż u osób bez prób samobójczych. To może oznaczać, że autodestryktywność pośrednia może być predyktorem czy czynnikiem ryzyka popełnienia (próby) samobójstwa [13, 17].

Kolejnym prawdopodobnym wyjaśnieniem tzw. płciowego paradoksu w samobójstwach [19] może być hipoteza, że w populacji ogólnej próby samobójcze podejmowane przez mężczyzn częściej kończą się zgonem, ponieważ są u nich silniejsze tendencje pośrednio autodestryktywne (większe nasilenie, większy ładunek autodestryktywności pośredniej) niż u kobiet. Mowa tu o samobójstwach dokonanych, a nie o próbach, ponieważ, jak widzieliśmy w populacji osób po próbach samobójczych, kobiety osiągnęły nasilenie autodestryktywności pośredniej podobne do mężczyzn po próbach samobójczych.

Warty zastanowienia się jest stwierdzony wynik, że nasilenie autodestryktywności pośredniej jako uogólnionej tendencji behawioralnej (choć w populacji NS jest większe u mężczyzn [15]) w populacji osób po próbach samobójczych jest takie samo u mężczyzn, jak i u kobiet. Czyżby zatem kobiety, które podjęły próby samobójcze, „dogoniły” mężczyzn pod względem autodestryktywności pośredniej? Jest to na tyle istotne, że w aspekcie prób samobójczych (a może samobójstw dokonanych), zwłaszcza w przypadku kobiet, podwyższona autodestryktywność pośrednia może być czynnikiem ryzyka i sygnałem alarmowym ryzyka wystąpienia prób samobójczych.

Na tę ogólną tendencję behawioralną, jak to omówiono wcześniej, składa się kilka kategorii zachowań potencjalnie szkodliwych dla podmiotu. Warto prześledzić kategorie tych zależności, skupiając się na tych kategoriach autodestryktywności pośredniej, w których wystąpiły statystycznie istotne różnice między kobietami a mężczyznami po próbach samobójczych.

W badanej grupie osób po próbach samobójczych wystąpiły istotne statystycznie różnice w wynikach między kobietami a mężczyznami w przypadku czterech kategorii zachowań pośrednio autodestryktywnych. Kobiety uzyskały wyższe wyniki w zakresie Zaniedbań Zdrowotnych, natomiast mężczyźni uzyskali istotnie wyższe

wyniki w trzech kategoriach: Zaniedbania Osobiste i Społeczne, Nieuważność i Bezradność. Podobnie było w populacji osób bez prób samobójczych, z tą różnicą, że w tej populacji mężczyźni uzyskali istotnie wyższy wynik również w Zaniedbaniach Zdrowotnych [15]. Jak widać, wynik ten jest odwrotny w grupie kobiet po próbach samobójczych. Tak niskie nasilenie zaniedbań zdrowotnych u mężczyzn w grupie PS to wynik paradoksalny, zważywszy na dokonaną próbę samobójczą. Oznacza to, że mężczyźni po próbach samobójczych dbają o swoje zdrowie najbardziej (a przynajmniej najmniej je zaniedbują) w porównaniu z pozostałymi grupami. Znamienne jest fakt, iż mężczyźni po próbach samobójczych zaniedbują swoje zdrowie w mniejszym stopniu niż kobiety po próbach samobójczych i mężczyźni bez prób samobójczych, lecz podobnie jak kobiety bez prób samobójczych, czyli bardzo nisko. Natomiast kobiety po próbach samobójczych zaniedbują swoje zdrowie w stopniu najwyższym w porównaniu z pozostałymi grupami (tj. mężczyzn po próbach samobójczych oraz kobiet i mężczyzn bez prób samobójczych). Dzieje się tak, mimo iż kobiety są bardziej przyzwyczajone do korzystania ze służby zdrowia, mają w tym większą wprawę, choćby z konieczności regularnych badań ginekologicznych czy uzyskania recepty na środki antykoncepcyjne [20, 21]. Można zatem założyć, że zaniedbania zdrowotne u kobiet mogą stanowić niepokojący sygnał, jeśli chodzi o próby samobójcze. Byłby to już kolejny wskaźnik ryzyka (próby) samobójstwa u kobiet. Z drugiej strony – czy niski stopień zaniedbań zdrowotnych u mężczyzn mógłby, paradoksalnie, zwiastować próbę samobójczą? Pytanie to jest tym ważniejsze, że ta kategoria autodestruktywności pośredniej koreluje z powtarzaniem prób samobójczych, co stanowi czynnik wysokiego ryzyka samobójstwa dokonanego [13, 14, 22, 23].

Nieco więcej uwagi wymaga kwestia zaniedbań osobistych i społecznych. Tego typu zachowania podmiotu mogą doprowadzić do niepowodzeń, a nawet porażek życiowych, przyczyn, których podmiot może sobie nie uświadamiać. Oznacza to, iż u mężczyzn częściej występują sytuacje niepowodzeń osobistych i społecznych z powodu niepodjęcia działań, które mogłyby poprawić ich sytuację życiową i społeczną czy relacje interpersonalne. Przykładem mogą być tzw. seryjne niepowodzenia, tj. taki sposób postępowania, który zmniejsza prawdopodobieństwo osiągnięcia sukcesu w zadaniu, zgodnie z koncepcją dysonansu poznawczego; podmiot doświadczający porażek poszukuje dalszych porażek, żeby nie znaleźć się w sytuacji dysonansu poznawczego, który mógłby być wywołany osiągnięciem sukcesu. Ta szczególnie dramatyczna forma regulowania oczekiwań za pomocą tzw. strategicznych porażek jest dowodem gotowości do ponoszenia wysokich kosztów psychologicznych za cenę poczucia bezpieczeństwa [4]. Możliwe, że w tym przypadku mężczyźni wykazują się skrajnym brakiem dbałości o wszystkie sprawy dla nich ważne (wymiar osobisty). Z drugiej strony (aspekt społeczny) może być tak, że ta osoba w ten sposób bezpośrednio angażuje w swoje problemy i przymusowo „obarcza” nimi innych ludzi, którzy mogą być świadkami lub jej pomagać. Całkiem możliwe, że to rozpaczliwa próba nawiązania relacji z innymi ludźmi, a być może rozpaczliwe „wołanie o pomoc”. Niższe nasilenie tej kategorii u kobiet może wynikać z właściwej kobietom postawy dbałości „o wszystkich i o wszystko”. To one wykazują najwięcej dbałości np. o dziecko, odkąd ono się urodzi (przynajmniej na początku jego życia), a zanim zostaną matkami

są wychowywane również w duchu „dbałości”. Można więc przypuszczać, że troska o siebie i o innych może chronić kobiety przed dokonaniem próby samobójczej.

Nieuważność, nieostrożność i brak planowania wiąże się często z tendencjami do zapomniania lub pomijania spraw istotnych i ważnych w danym momencie życia, a także brakiem ostrożności w codziennym życiu. Może to być związane z wydarzeniami negatywnymi, z pozoru niezwiązanymi z postępowaniem podmiotu, ale może przyczynić się bezpośrednio do zagrożenia zdrowia lub życia jednostki. W przypadku tego typu postaw i zachowań płeć (żeńska) jest czynnikiem ochraniającym. Można zaryzykować obrazowo stwierdzenie, że badani mężczyźni jawią się jako „beztroscy, weseli chłopcy” w przeciwieństwie do kobiet, które uchodzą za „zamartwiający się tytanki pracy i obowiązkowości” [24, 25].

Zagadnienie bezradności w próbach samobójczych jest dość jasne: samobójstwo to wyraz, a może i skutek bezradności człowieka w sytuacji, w której się znalazł [13, 14, 26]. Czyn ten w sytuacji życiowej podmiotu, niezależnie od tego, czy zamiarem rzeczywistym było ostateczne zakończenie swego życia, czy było to desperackie „wołanie o pomoc”, czy próba zwrócenia na siebie uwagi, wydawał się najlepszym rozwiązaniem.

W zakresie Bezradności mężczyźni również uzyskali wyniki wyższe niż kobiety. Świadczyć to może o braku motywacji do podejmowania określonych czynności lub całkowitej rezygnacji z nich w sytuacjach, w których działanie takie mogłoby uchronić jednostkę przed zagrożeniem bądź przyczynić się do zaprzestania cierpienia (drugiej osoby również). Niejednokrotnie przyczynić się to może do zachowań związanych z unikaniem bądź brakiem podejmowania aktywności w sytuacjach życiowych, które wymagają zaangażowania lub przystąpienia do konkretnych działań zmierzających do rozwiązania zaistniałych problemów. Przypomnieć należy wyniki innych badań, w których stwierdzono występowanie zależności między autodestruktywnością pośrednią a poczuciem bezsilności i beznadziejności [13].

Wyniki uzyskane przez kobiety po próbach samobójczych w skali A5 sugerują, że intensywność odczuwanej przez nie bezradności jest niższa niż u mężczyzn z tej samej grupy (którzy mają najwyższe wyniki), ale zbliżona, choć wyższa, do mężczyzn bez prób samobójczych (u których jest wyższa niż u kobiet bez prób samobójczych).

Zatem różnice płciowe w zakresie tendencji i zachowań pośrednio autodestruktywnych u osób po próbach samobójczych są wyraźne.

Samobójstwem i próbom samobójczym można zapobiegać [27], a autodestruktywność pośrednia stanowi ważny predyktor i sygnał. Z drugiej strony próba samobójcza (ani jej typ) nie przekreśla możliwości prowadzenia szczęśliwego życia i dlatego warto zaoferować tym osobom specjalistyczną pomoc i zmobilizować je do korzystania z niej.

O wadze pracy terapeutycznej świadczyć mogą wyniki badań longitudinalnych w populacji adolescentów po próbach samobójczych: stwierdzono, że 70,5% z nich czuło się szczęśliwymi [28]. Poza tym optymistyczna przemiana negatywnych wydarzeń życiowych może mieć terapeutyczne implikacje dla profilaktyki samobójstw [29], ponieważ wiadomo, że pesymizm to jeden z czynników ryzyka samobójstwa [30].

Kelley [31] stwierdza, że chroniczna autodestruktywność nie jest androgyniczna, lecz raczej określona płciowo. Z wyników niniejszej pracy wynika, że ten rodzaj

autodestruktywności u osób po próbach samobójczych, mimo wszystko, dotyczy głównie mężczyzn.

Wnioski

Nasilenie autodestruktywności pośredniej jako uogólnionej tendencji behawioralnej u kobiet po próbach samobójczych (w odróżnieniu od populacji bez prób samobójczych) osiągnęło wielkość podobną jak u mężczyzn po próbach samobójczych, co może stanowić sygnał ostrzegawczy przed próbami samobójczymi u kobiet. Również sygnałem ostrzegawczym u kobiet mogą być zaniedbania zdrowotne, które osiągnęły u nich nasilenie większe niż w grupie mężczyzn.

Następnym sygnałem, którym warto się zająć, jest przesadna dbałość mężczyzn o swoje zdrowie. Mężczyźni po próbach samobójczych wykazują najmniejsze zaniedbania zdrowotne.

Wyniki tej pracy mogą mieć zastosowanie diagnostyczne, w prewencji samobójstw oraz implikacje profilaktyczne i terapeutyczne. Mogą być użyteczne w profilaktyce nie tylko zachowań pośrednio autodestruktywnych, lecz również ewentualnych prób samobójczych. Mogą mieć także zastosowanie w pracy terapeutycznej z osobami, które wykazują takie tendencje lub dokonały zamachu na swoje życie [29, 32, 33, 34]. Tak w działaniach profilaktycznych, jak i terapeutycznych można uwzględnić specyfikę tych zjawisk wynikającą z przynależności człowieka do określonej płci.

Piśmiennictwo

1. Saxon S, Kuncel E, Kaufman E. *Self-destructive behaviour patterns in male and female drug abusers*. Am. J. Drug Alcohol Abuse 1980; 7(1): 19–29.
2. Pena JB, Matthieu MM, Zayas LH, Masyn KE, Caine ED. *Co-occurring risk behaviors among White, Black, and Hispanic US high school adolescents with suicide attempts requiring medical attention, 1999–2007: Implications for future prevention initiatives*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2012; 47: 29–42.
3. Kelley K, Byrne D, Przybyla DPJ, Eberly C, Eberly B, Greendlinger V. i wsp. *Chronic self-destructiveness: conceptualization, measurement, and initial validation of the construct*. Motiv. Emotion 1985; 9(2): 135–151.
4. Suchańska A. *Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM; 1998.
5. Suchańska A. *W poszukiwaniu wyjaśnień samoniszczenia. Samoniszczenie a kompetencje samoopiekuńcze*. Forum Edukacyjne 2001; 2(25): 61–73.
6. *Figures and facts about suicide*. Geneve: World Health Organisation; 1999.
7. *Mental health and development. Targeting people with mental health condition as a vulnerable group*. Geneve: World Health Organisation; 2010.
8. Bogdanovica I, Jiang GX, Löhr C, Schmidtke A, Mittendorfer-Rutz E. *Changes in rates, methods and characteristics of suicide attempters over a 15-year period: comparison between Stockholm, Sweden, and Würzburg, Germany*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2011; 46: 1103–1114.

9. Largey M, Kelly CB, Stevenson M. *A study of suicide rates in Northern Ireland 1984-2002*. *Ulster Med. J.* 2009; 78(1): 16–20.
10. Giegling I, Olgiati P, Hartman AM, Calati R, Möller HJ, Rujescu D. i wsp. *Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity*. *J. Psychiatr. Res.* 2009; 43(16): 1262–1271.
11. Polewka A, Chrostek-Maj J, Kroch S, Mikołaszek-Boba M, Ryn E, Datka W. i wsp. *Poziom poczucia koherencji a ryzyko próby samobójczej*. *Przegl. Lek.* 2001; 4: 335–339.
12. Płużek Z. *Osobowościowe uwarunkowania pytania o sens życia*. W: Popielski K. red. *Człowiek-Wartości-Sens*. Lublin: Wydawnictwo KUL; 1996. s. 371–380.
13. Tsirigotis K, Gruszczyński W, Tsirigotis-Wołoszczak M. *Indirect (chronic) self-destructiveness and modes of suicide attempts*. *Arch. Med. Sci.* 2010; 6(1): 111–116.
14. Tsirigotis K, Gruszczyński W, Lewik-Tsirigotis M. *Manifestations of indirect self-destructiveness and methods of suicide attempts*. *Psychiatr. Q.* 2013; 4: 197–208.
15. Tsirigotis K, Gruszczyński W, Tsirigotis-Maniecka, M. *Gender differentiation of indirect self-destructiveness*. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health* 2013; 1: 39–48.
16. *Statistica 10 PL*. Kraków: StatSoft Polska; 2011.
17. Tsirigotis K, Gruszczyński W, Tsirigotis M, Kruszyna M. *Przejawy autodestruktywności pośredniej u osób po próbach samobójczych*. *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2011; 2: 83–91.
18. Tsirigotis K, Gruszczyński W, Tsirigotis-Maniecka M. *Gender differentiation in indirect self-destructiveness and suicide attempt methods*. *Psychiatr. Q.* 2014; 85(2): 197–209.
19. Tsirigotis K, Gruszczyński W, Tsirigotis M. *Gender differentiation in methods of suicide attempts*. *Med. Sci. Monit.* 2011; 17(8): 65–70.
20. Kane P. *Women's health: From womb to tomb*. New York: St. Martin's Press; 1991.
21. Brannon L. *Gender: psychological perspectives*. Boston: Allyn & Bacon; 2011.
22. Beautrais AL. *Suicides and serious suicide attempts: two populations or one?* *Psychol. Med.* 2001; 31: 837–845.
23. Monnin J, Thiemard E, Vandell P, Nicolier M, Tio G, Courtet P. i wsp. *Sociodemographic and psychopathological risk factors in repeated suicide attempts: Gender differences in a prospective study*. *J. Affect. Disord.* 2012; 136: 35–43.
24. Lewik-Tsirigotis E, Tsirigotis K. *Cechy osobowości kandydatów na nauczycieli*. W: Mikołajewicz W. red. *Kształcenie i doskonalenie nauczycieli (dla) edukacji alternatywnej*. Kraków: IMPULS; 2001. s. 138–149.
25. Tsirigotis K, Lewik-Tsirigotis E. *Zagadnienie płciowego zróżnicowania funkcjonowania osobowościowego kandydatów na nauczycieli*. *Nauczyciel Szkoła* 2004; 1–2(22–23): 175–193.
26. Klonsky D, Kotov R, Bakst S, Rabinowitz J, Bromet EJ. *Hopelessness as a predictor of attempted suicide among first admission patients with psychosis: a 10-year cohort study*. *Suicide Life Threat. Behav.* 2012; 42(1): 1–10.
27. Ram D, Darshan MS, Rao TSS, Honagodu AR. *Suicide prevention is possible: A perception after suicide attempt*. *Indian J. Psychiatry* 2012; 54(2): 172–177.
28. Géhin A, Kabuth B, Pichené C, Vidailhet C. *Ten year follow-up study of 65 suicidal adolescents*. *J. Can. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 2009; 18(2): 117–125.
29. Hirsch JK, Woldorf K, Lalonde SM, Brunk L, Parker-Morris A. *Optimistic explanatory style as a moderator of the association between negative life events and suicide ideation*. *Crisis* 2009; 30(1): 48–53.

30. Seligman MEP. *Co możesz zmienić, a czego nie możesz zmienić*. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina; 1995.
31. Kelley K. *Perspectives on females, males and sexuality*. W: Kelley K. red. *Females, males and Sexuality. Theories and research*. Albany: New York Press; 1987. s. 1–12.
32. Johannessen HA, Dieserud G, De Leo D, Claussen B, Zahl P. *Chain of care for patients who have attempted suicide: a follow-up study from Bærum, Norway*. *BMC Public Health* 2011; 11: 81.
33. Pisani A, Cross WF, Gould AS. *The assessment and management of suicide risk: state of workshop education*. *Suicide Life Threat. Behav.* 2011; 41(3): 255–276.
34. Schneider B. *Behavioural therapy of suicidality*. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 2012; 262: 123–128.

Adres: Konstantinos Tsirigotis
Zakład Psychologii
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach
Filia w Piotrkowie Trybunalskim
97-300 Piotrków Trybunalski, ul. Słowackiego 114/118

Otrzymano: 28.12.2013

Zrecenzowano: 7.02.2014

Otrzymano po poprawie: 23.03.2014

Przyjęto do druku: 17.09.2014