

Konstantinos Tsirigotis¹, Wojciech Gruszczyński², Marta Lewik-Tsirigotis³,
Marta Kruszyna¹

Przejawy autodestruktywności pośredniej u osób po próbach samobójczych

Manifestations of indirect self-destructiveness in persons after suicide attempts

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

² Klinika Zaburzeń Nerwicowych Związanych ze Stresem, Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Kierownik: prof. dr hab. n. med. Wojciech Gruszczyński

³ Zakład Chemii Medycznej i Mikrobiologii, Politechnika Wrocławska. Kierownik: prof. dr hab. Roman Gancarz

Correspondence to: Dr Konstantinos Tsirigotis, Zakład Psychologii, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach,

Filia w Piotrkowie Trybunalskim, ul. Słowackiego 114-118, 97-300 Piotrków Trybunalski, tel.: 44 732 74 00 w. 149,

e-mail: psychel@onet.eu, ewkom@poczta.onet.pl, Kostek@esculap.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Cel: Zbadanie syndromu autodestruktywności pośredniej i jej przejawów u osób, które dokonały próby samobójczej. **Material i metoda:** Populacja badana składała się ze 147 osób (114 kobiet i 33 mężczyzn) w wieku 14-33 lat. Grupę porównawczą utworzono spośród osób, które nie podejmowały prób samobójczych; była ona dopasowana pod względem statusu socjodemograficznego. Do badania autodestruktywności pośredniej i jej przejawów zastosowano polską wersję Chronic Self-Destructiveness Scale (CS-DS) K. Kelley w adaptacji Suchańskiej. **Wyniki:** Osoby po próbach samobójczych uzyskały wyniki istotnie wyższe niż osoby, które nie podejmowały prób samobójczych, we wszystkich wskaźnikach CS-DS: globalny wskaźnik autodestruktywności pośredniej, A1: Transgresja i Ryzyko, A2: Zaniedbania Zdrowotne, A3: Zaniedbania Osobiste i Społeczne, A4: Nieuważność i Brak Planowania, A5: Bezradność i Bierność. Osoby po próbach samobójczych uzyskały wyniki istotnie wyższe w formie aktywnej, jak również w formie biernej autodestruktywności pośredniej. **Wnioski:** Wskaźnik syndromu autodestruktywności pośredniej u osób po próbach samobójczych mieści się w górnej granicy wyników średnich. Dominującymi klasami zachowań pośrednio autodestruktywnych są u nich (w kolejności natężenia): Bezradność i Bierność (A5), Transgresja i Ryzyko (A1), Zaniedbania Zdrowotne (A2). Nasilenie autodestruktywności pośredniej jako tendencji uogólnionej jest większe niż u osób bez prób samobójczych. Nasilenie poszczególnych kategorii (klas, przejawów) autodestruktywności pośredniej również jest u nich większe. Nasilenie formy aktywnej i biernej u tych osób jest prawie identyczne, natomiast u osób bez prób samobójczych nasilenie formy aktywnej jest o wiele niższe niż biernej. Wyniki badań nad autodestruktywnością pośrednią mogą być użyteczne w profilaktyce suicydalnej, a także w pracy terapeutycznej z osobami po próbach samobójczych.

Słowa kluczowe: samobójstwa, próby samobójcze, autoagresja, autodestruktywność bezpośrednia, autodestruktywność pośrednia

Summary

Objective: To explore the indirect self-destructiveness syndrome and its manifestations in persons after suicide attempt. **Material and methods:** The study population consisted of 147 persons (114 women and 33 men) aged 14-33 years. The control group was selected from among persons who did not commit suicide, well-matched in terms of sociodemographic status. To study the indirect self-destructiveness and its manifestations the Polish version of the Chronic Self-Destructiveness Scale (CS-DS) by K. Kelley in Suchańska adaptation was used. **Results:** Patients after suicide attempts gained significantly higher scores than those who did not commit suicide, in all indices of CS-DS: indirect self-destructiveness global index, A1: Transgression and Risk, A2: Poor Health Maintenance, A3: Personal and Social Neglects, A4: Lack

of Planfulness, A5: Helplessness and Passiveness. People after suicide attempts gained significantly higher scores in the active as well as in the passive form of indirect self-destructiveness. **Conclusions:** The index of indirect self-destructiveness syndrome in patients after suicide attempts is within the upper limit of the average scores. The dominant classes of indirect self-destructive behaviours are (order according to intensity): Helplessness and Passiveness (A5), Transgression and Risk (A1), Poor Health Maintenance (A2). Intensiveness of indirect self-destructiveness as a generalized tendency is higher than in persons without suicide attempts. Intensity of particular categories (classes, manifestations) of indirect self-destructiveness is also higher in them. The intensity of active and passive form in these persons is almost identical, while in persons without suicide attempts, the intensiveness of the active form is much lower than the passive one's. Results of research on indirect self-destructiveness may be useful in the suicidal prevention and in therapeutic work with persons who have attempted suicide.

Key words: suicide, suicide attempts, self-aggression, direct self-destructiveness, indirect self-destructiveness

WSTĘP

Samobójstwo to ważne zagadnienie zdrowia publicznego na całym świecie, od dawna nurtujące ludzkość i przedstawicieli różnych dziedzin nauki i wiedzy. Jego znaczenie nie może dziwić, zważywszy na fakt, że w wymiarze indywidualnym (osobistym, osobniczym, intrapsychnicznym) jest ono wyrazem ogromnego cierpienia jednostki, a w wymiarze społecznym – tragedią dla bliskich oraz stratą członka społeczności i utratą pożytku, który społeczeństwo mogłoby z niego mieć.

Samobójstwo należy do najważniejszych przyczyn śmierci (zgonów) wśród młodzieży na świecie⁽¹⁾; to także jedna z najważniejszych przyczyn śmierci (zgonów) w ogóle (około 2%), a próby samobójcze są ważnym czynnikiem ryzyka śmierci samobójczej (samobójstwa dokonanego)⁽²⁾. Na całym świecie liczba samobójstw rośnie, zwłaszcza w populacji młodych ludzi i dorosłych mężczyzn⁽³⁾. Co więcej, gwałtowne sposoby samobójstwa, na przykład przez powieszenie, są coraz częstsze, co sprawia, że te skuteczniejsze sposoby są przyczyną zwiększenia ryzyka samobójstwa⁽⁴⁾. Próba samobójcza niezakończona śmiercią należy do najsilniejszych klinicznych predyktorów ostatecznego (dokonanego) samobójstwa, na co wskazuje zjawisko powtarzania prób samobójczych⁽⁵⁾. Próby samobójcze zdają się stanowić istotny czynnik ryzyka samobójstwa dokonanego⁽²⁾, co czyni z nich poważny problem zdrowia publicznego na świecie.

W literaturze suicydologicznej sporo miejsca poświęca się samobójstwom dokonanym i próbom samobójczym, mniej czynnikom związanym z nimi pośrednio lub bezpośrednio. Czyny te traktowane są jako wyraz autoagresji lub autodestruktywności, głównie bezpośredniej. Niemniej samobójstwa i próby samobójcze można traktować również jako przejawy autodestruktywności pośredniej (nie tylko bezpośredniej) – próby samobójcze (i samobójstwa) wiążą się także z taką cechą psychologiczną czy syndromem psychologicznym, jakim jest autodestruktywność pośrednia⁽⁵⁾. Warto spojrzeć na autodestruktywność pośrednią jako na jeden z psychologicznych mechanizmów samobójstwa i prób samobójczych.

Jest to zagadnienie o tyle ważne, że zarówno próby samobójcze i samobójstwa nieudane, jak i nasilenie autodestruktywności pośredniej mogą skutkować samobójstwem „udanym”, „dokonanym”⁽⁵⁻⁶⁾.

INTRODUCTION

Suicide is an important public health problem all over the world. It has bothered people and representatives of various domains of science and knowledge for a long time. Its importance cannot surprise anybody, considering the fact that in individual dimension (personal, psychological) it expresses an individual's great suffering, whereas in social dimension – a tragedy for one's family and friends and a loss of the society's member and a benefit the society could have from such a person.

Suicide belongs to the most important causes of deaths among young people in the world⁽¹⁾; it is also one of the most important causes of deaths in general (approx. 2%), and suicidal attempts are an important factor of the risk of suicidal death (committed suicide)⁽²⁾. All over the world the number of suicides grows, especially in the population of young people and adult men⁽³⁾. Furthermore, violent methods of suicide, i.e. by hanging, are more and more prevalent, which suggests that the more lethal forms contribute to the increased number of suicides⁽⁴⁾. A suicidal attempt which does not end with death belongs to the strongest clinical predictors of the final (committed) suicide, as indicated by the phenomenon of repeated suicide attempts⁽⁵⁾. Suicide attempts seem to constitute an important factor of the risk of committed suicide⁽²⁾, thereby becoming an important problem of public health in the world.

Suicidological literature devotes much attention to committed suicides and suicide attempts, but less to the factors directly or indirectly connected with them. Such acts are treated as an expression of self-aggression or self-destructiveness, mainly direct one. However, suicides and suicide attempts may be also treated as manifestations of indirect (not only direct) self-destructiveness – suicide attempts (and suicides) are also connected with such a psychological feature or psychological syndrome as indirect self-destructiveness⁽⁵⁾. It is worth perceiving the indirect self-destructiveness as one of the psychological mechanisms of suicide and suicide attempts.

This issue is so important because both suicide attempts or failed suicides and intensity of indirect self-destructiveness may result in “committed” suicide⁽⁵⁻⁶⁾.

Chronic (indirect) self-destructiveness is defined as the behaviour including a generalized tendency to become involved in the

Chroniczna (pośrednia) autodestruktywność jest definiowana jako zachowanie obejmujące uogólnioną tendencję do angażowania się w czynności (zachowania), które zwiększają prawdopodobieństwo doświadczania negatywnych konsekwencji w przyszłości i/lub zmniejszają prawdopodobieństwo uzyskania konsekwencji pozytywnych⁽⁷⁾. Autodestruktywność pośrednią ujmuje się również jako zachowania, których prawdopodobny negatywny skutek jest upośredniony dodatkowymi czynnikami, a związek między zachowaniem a szkodą postrzegany jest jako prawdopodobny. Tak rozumiana autodestruktywność 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). Podczas gdy ostre autodestrukcyjne zachowanie obejmuje świadomy i umyślny zamiar, aby wyrządzić sobie krzywdę, czasem ze śmiertelnym skutkiem, pośrednia (chroniczna) autodestruktywność odnosi się do czynów popełnianych w pewnym czasie i sytuacjach przez podmiot, który albo jest ich nieświadomy, albo lekceważy ich długoterminowe szkodliwe skutki⁽⁸⁻⁹⁾.

Autodestruktywność pośrednia jest wyraźnie inną postacią szkodenia sobie samemu niż autodestruktywność bezpośrednia oraz inną jakością niż autoagresja.

Dotychczas zbadano niektóre cechy osobowości osób po próbach samobójczych, takie jak np. agresja, temperament/charakter i inne⁽²⁾. Stwierdzono, że do czynników sprzyjających próbom samobójczym należą bezradność i beznadziejność⁽¹⁰⁾, a także poczucie alienacji i bycia nierozumianym przez innych⁽¹¹⁾.

Specyficzną formą autodestruktywności bezpośredniej – z powodu powagi tego kroku, a często też nieodwracalności jego skutków – jest samobójstwo.

O ile zagadnienie zachowań bezpośrednio autodestruktywnych (samobójstwa, samookaleczenia itp.) jest oczywiste i nie budzi wątpliwości, o tyle mniej ostre i „subtelniejsze” formy szkodenia sobie lub obniżenia jakości i/lub skracania sobie życia nie są od razu i bezpośrednio dostrzegane (zachowania ryzykowne, uzależnienia, zaniedbania itp.). Poświęca się im na ogół mniej uwagi, zwłaszcza że wiele z nich traktuje się jako zachowania powszechnie lub przynajmniej często występujące, a zatem jako „normalne”.

Zgodnie z powyższymi ujęciami przejawem autodestruktywności pośredniej będzie na przykład rezygnacja z określonych aktywności, które sprzyjają rozwojowi i przetrwaniu. Na ogół wyróżnia się kilka klas zachowań pośrednio autodestruktywnych: intencjonalne cierpienie, intencjonalne niepowodzenia i porażki, bezradność, zachowania ryzykowne, zachowania impulsywne, uleganie pokusom i namowom, samoutrudnianie, nałogi i uzależnienia, zaniedbania zdrowotne i inne⁽⁷⁻⁹⁾.

Niewiele jest prac traktujących o samobójstwach czy próbach samobójczych jako wyrazie autodestruktywności pośredniej.

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest zbadanie syndromu autodestruktywności pośredniej i jej przejawów u osób po próbie samobójczej.

activities (behaviours) which increase the probability of experiencing negative consequences in the future and/or decrease the probability of gaining positive consequences⁽⁷⁾. Indirect self-destructiveness is also defined as the behaviour whose probable negative effect is intermediated by additional factors, and the correlation between the behaviour and damage is perceived as probable. The indirect self-destructiveness perceived in this way comprises both undertaking of specific activities and their abandonment; it refers to getting into situations of threat and increased risk (active form) or neglecting one's own safety or health (passive form). While severe self-destructive behaviour comprises a conscious and purposeful intention to do oneself harm, sometimes with lethal effect, the indirect (chronic) self-destructiveness refers to acts committed at a certain time and situation by the entity which either is unaware of them or neglects their long-term hazardous effects⁽⁸⁻⁹⁾.

Indirect self-destructiveness is obviously a different form of doing oneself harm than the direct self-destructiveness, and a different quality than self-aggression.

So far certain personality traits of the people after suicide attempts have been investigated, such as e.g. aggression, temperament/character and other⁽²⁾; the factors promoting suicide attempts comprised helplessness and hopelessness⁽¹⁰⁾ as well as a sense of alienation and incomprehension from other people⁽¹¹⁾.

A specific form of direct self-destructiveness, because of the gravity and often also irreversibility of effects, is suicide.

While the directly self-destructive behaviours (suicides, self-mutilations etc.) are clear and do not arouse any doubts, the less severe, “subtle” forms of self-damaging or lowering the quality and/or shortening of one's life are not noticed immediately and directly (risky behaviours, addictions, neglects etc.). Usually less attention is paid to them, especially because many of them are treated as common or at least frequent, so actually as “normal” behaviours.

Pursuant to the above views, a manifestation of indirect self-destructiveness will be e.g. resignation from specific activities which promote the development and survival. Usually several classes of indirectly self-destructive behaviours are singled out: intentional suffering, intentional failures, helplessness, risky behaviours, impulsive behaviours, yielding to temptations and persuasions, self-handicap, addictions and dependencies, poor health maintenance and other⁽⁷⁻⁹⁾.

There are few studies about suicides or suicide attempts as an expression of indirect self-destructiveness.

OBJECTIVE OF THE STUDY

This study is aimed at investigating the indirect self-destructiveness syndrome and its manifestations in persons after suicide attempts.

MATERIAL AND METHOD

The studies were carried out among the persons who made suicide attempts in various ways and were hospitalised for this reason. The examined population consisted of 147 persons

MATERIAŁ I METODA

Badania przeprowadzono wśród osób, które podjęły próby samobójcze na różne sposoby i były hospitalizowane z tego powodu. Populacja badana składała się ze 147 osób (114 kobiet i 33 mężczyzn) w wieku 14-33 lat. Zdecydowana większość badanych znajdowała się pod opieką placówek leczenia psychiatrycznego (stacjonarnie i ambulatoryjnie), u pacjentów tych nie stwierdzono zaburzeń psychiatrycznych ani upośledzenia umysłowego. Grupę porównawczą utworzono spośród osób, które nie podejmowały prób samobójczych; była ona dopasowana pod względem statusu socjodemograficznego.

Badania były anonimowe, a udział dobrowolny. Uzyskanie zgody kierownictwa placówek i osób badanych zdecydowało o udziale w badaniach.

Do badania autodestruktywności pośredniej i jej przejawów zastosowano polską wersję Chronic Self-Destructiveness Scale (CS-DS) K. Kelley⁽⁷⁾ w adaptacji Suchańskiej.

W celu zbadania chronicznej (pośredniej) autodestruktywności jako tendencji uogólnionej Kelley stworzyła narzędzie badawcze obejmujące cztery kategorie zachowań; ostateczna wersja składa się z zestawu 52 twierdzeń dla mężczyzn i 52 dla kobiet. Zarówno polska wersja narzędzia, jak i wersja oryginalna charakteryzują się wysoką rzetelnością i trafnością i obejmują: 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). Ich wyniki sumują się, dając jeden ogólny wynik autodestruktywności pośredniej⁽⁸⁻⁹⁾.

STATYSTYCZNE OPRACOWANIE WYNIKÓW

Analizy statystyczne wykonano za pomocą pakietu statystycznego Statistica PL 8.0 for Windows⁽¹²⁾. W analizie zastosowano metody opisowe i metody wnioskowania statystycznego. Dla scharakteryzowania wartości przeciętnej dla cech ilościowych obliczono średnią arytmetyczną (\bar{x}), a za miarę rozrzutu przyjęto odchylenie standardowe (SD). Zgodność rozkładów cech ilościowych z rozkładem normalnym oceniano za pomocą testu Shapiro-Wilka. Z powodu braku zgodności rozkładów większości zmiennych zależnych z rozkładem normalnym w opracowaniu statystycznym uzyskanych wyników wykorzystano nieparametryczny test istotności (U Manna-Whitneya); w dwóch przypadkach (A4 i bierna forma) zastosowano test parametryczny (test t) z uwagi na zgodność rozkładu zmiennej z rozkładem normalnym. Dla wszystkich analiz przyjęto maksymalny dopuszczalny błąd I rodzaju $\alpha=0,05$. Obliczono asymptotyczne dwustronne prawdopodobieństwo testowe p; $p \leq 0,05$ uznano za statystycznie istotne.

W celu umożliwienia porównań międzyprofilowych wyniki surowe uzyskane przez osoby badane przekształcono w wyniki standaryzowane.

WYNIKI

Wyniki badań nad autodestruktywnością pośrednią i jej poszczególnymi kategoriami przedstawiono w tabeli 1 i na rys. 1.

(114 women and 33 men) aged 14-33 years. A vast majority of the subjects were under the psychiatric (inpatient and outpatient) care; in those patients neither psychotic disorders nor mental impairment were found. The control group was formed of the people who did not make suicide attempts; it was adjusted in respect of sociodemographic status.

The studies were anonymous and the participation – voluntary. Participation in the studies required a consent of the treatment posts' managers and of the patients.

The indirect self-destructiveness and its manifestations were investigated by means of the Polish version of Chronic Self-Destructiveness Scale (CS-DS) of K. Kelley⁽⁷⁾, adapted by Suchańska.

To investigate the chronic (indirect) self-destructiveness as a generalized tendency, Kelley created a research tool covering four categories of behaviours; the final version consists of a set of 52 statements for men and 52 for women. Both the Polish version of the tool and the original version are characterized by a high reliability and validity and involve: Transgression and Risk (A1), Poor Health Maintenance (A2), Personal and Social Neglects (A3), Lack of Planfulness (A4) as well as Helplessness and Passiveness in the face of difficulties (A5). Their results are summed up, yielding the total result of indirect self-destructiveness⁽⁸⁻⁹⁾.

STATISTICAL ELABORATION OF RESULTS

Statistical analyses were carried out using the statistical package Statistica PL 8.0 for Windows⁽¹²⁾. Descriptive and statistical inference methods were used in the analysis. To characterise the average value for quantitative traits, the arithmetical average (\bar{x}) was calculated, whereas standard deviation (SD) was assumed as a measure of dispersion. The consistency of quantitative features distribution with the normal distribution was evaluated using Shapiro-Wilk test. Because of the lack of consistency of the distributions of most dependent variables with the normal distribution, in the statistical elaboration of the obtained results the non-parametric (U Mann-Whitney) significance test was used; in two cases (A4 and passive form) a parametric test of significance (test t) was used, in view of the consistency of the variable's distribution with the normal distribution. For all analyses the maximum allowable error of type I $\alpha=0.05$ was used. Asymptomatic bilateral test probability p was calculated; $p \leq 0.05$ was acknowledged to be statistically significant.

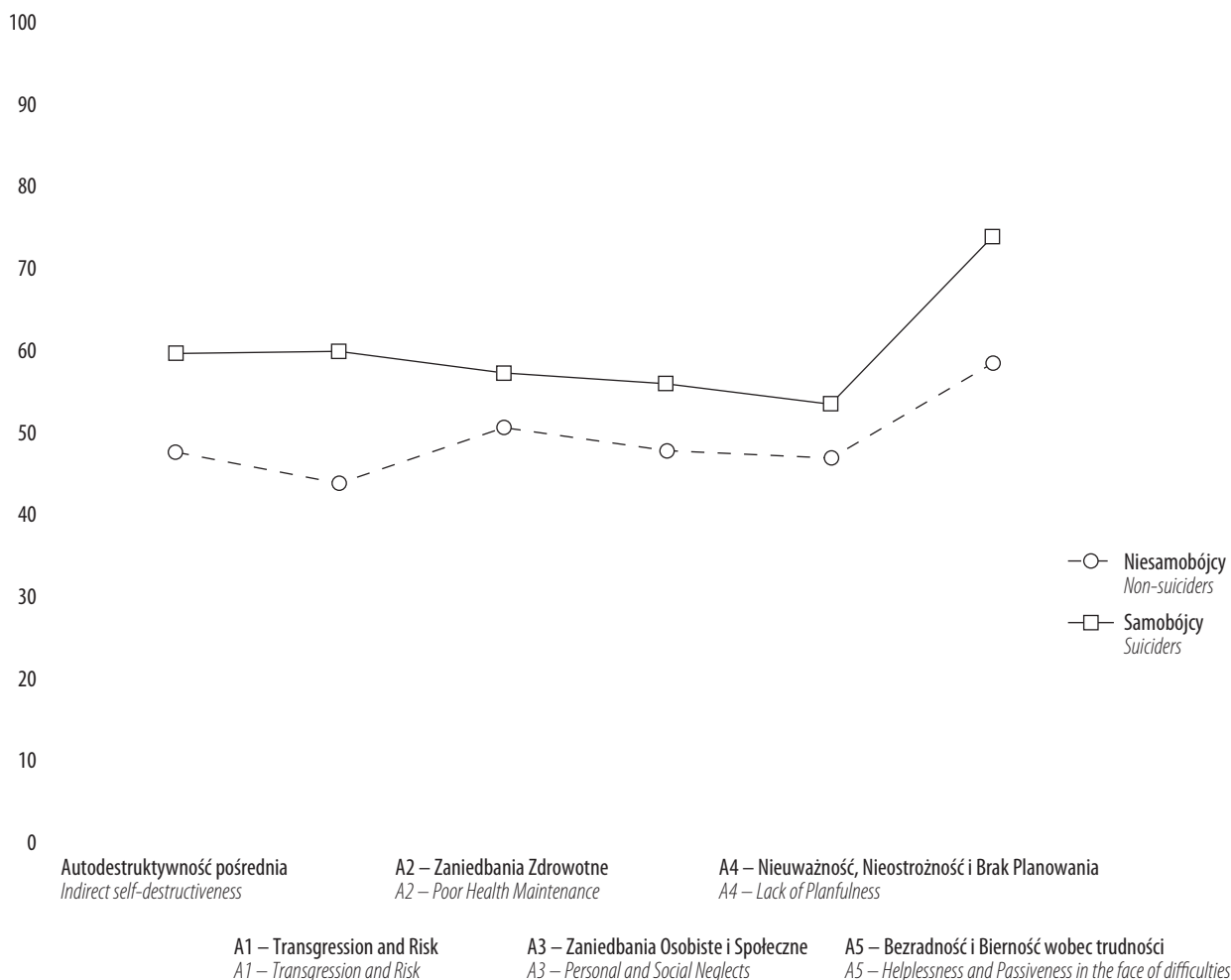
To enable the interprofile comparisons, the raw results obtained by the examined persons were converted into standardized results.

RESULTS

The results of studies on indirect self-destructiveness and its respective categories are presented in table 1 and fig. 1. As we can see, the persons after suicide attempts obtained statistically higher results, as compared to those who did not make any suicide attempts, in all CS-DS indices: indi-

Jak widać, osoby po próbach samobójczych uzyskały wyniki istotnie wyższe niż osoby, które nie podejmowały prób samobójczych, we wszystkich wskaźnikach CS-DS: globalny wskaźnik autodestruktywności pośredniej, A1: Transgresja i Ryzyko, A2: Zaniechania Zdrowotne, A3: Zaniechania Osobiste i Społeczne, A4: Nieuważność, Nieostrożność i Brak Planowania, A5: Bezradność i Bierność wobec trudności. Osoby po próbach samobójczych uzyskały wyniki istotnie wyższe w formie aktywnej, jak również w formie biernej autodestruktywności pośredniej. Inaczej też rozkładają się wyniki tych dwóch grup pod względem nasilenia. O ile w obu grupach bezradność miała największe nasilenie, o tyle w grupie osób po próbach samobójczych na drugim miejscu znalazła się transgresja traktowana jako podręcznikowy wręcz przykład autodestruktywności pośredniej (w grupie osób bez prób samobójczych miała najniższe natężenie wśród wszystkich kategorii zachowań pośrednio autodestruktywnych). Zauważyć należy również, że o ile w przypadku osób zdrowych nasilenie aktywnej formy autodestruktywności pośredniej jest o wiele niższe niż formy aktywnej,

rect self-destructiveness global index, A1: Transgression and Risk, A2: Poor Health Maintenance, A3: Personal and Social Neglects, A4: Lack of Planfulness, A5: Helplessness and Passiveness in the face of difficulties. The persons after suicide attempts obtained statistically higher results in an active form, as well as in the form of active self-destructiveness. Differently distributed are also the results of these two groups in view of intensity; while in both groups the Helplessness was most intense, in the group of subjects after suicide attempts the second in turn was Transgression treated as a textbook example of indirect self-destructiveness (in the group without suicide attempts it was the least intense of all categories of indirectly self-destructive behaviours). We should also notice that while in the case of healthy people the intensity of an active form of indirect self-destructiveness is much lower than that of the active form, in people after suicide attempts the passive form and active form exhibit a similar intensity (but still significantly higher than in healthy persons).



Rys. 1. Profilogramy osób badanych w CS-DS
Fig. 1. CS-DS profiles of participants

Zmienna <i>Variable</i>	Średnia – osoby po próbach S <i>Mean suiciders</i>	Odch. std. – osoby po próbach S <i>SD suiciders</i>	Średnia – osoby bez prób S <i>Mean non-suiciders</i>	Odch. std. – osoby bez prób S <i>SD non-suiciders</i>	U lub t <i>U or t</i>	p
Autodestruktywność pośrednia <i>Indirect self-destructiveness</i>	154,041	22,919	122,727	18,776	840,000	0,000000
A1 – Transgresja <i>A1 – Transgression</i>	53,551	11,384	39,149	8,530	915,000	0,000000
A2 – Zaniedbania Zdrowotne <i>A2 – Poor Health Maintenance</i>	31,306	7,303	27,578	6,368	2012,000	0,001
A3 – Zaniedbania Osobiste i Społeczne <i>A3 – Personal and Social Neglects</i>	33,429	6,770	28,355	5,893	1564,000	0,000001
A4 – Nieuważność <i>A4 – Lack of Planfulness</i>	21,898	5,493	19,240	4,832	-3,121	0,001
A5 – Bezradność <i>A5 – Helplessness</i>	10,020	1,995	7,884	2,114	1356,000	0,000000
Aktywna forma <i>Active form</i>	59,497	11,384	43,499	8,530	915,000	0,000000
Bierna forma <i>Passive form</i>	59,840	15,395	50,510	14,032	-5,562	0,000000

Tabela 1. Porównanie wyników ($x \pm SD$) w CS-DS osób po próbach samobójczych i osób, które nie podejmowały prób samobójczych
Table 1. Comparison ($x \pm SD$) of CS-DS scores gained by persons after suicide attempts and non-suiciders

o tyle u osób po próbach samobójczych forma bierna i aktywna mają podobne nasilenie (istotnie wyższe niż u osób zdrowych).

OMÓWIENIE

Na podstawie testowania różnic można zaobserwować, iż u osób po próbach samobójczych występuje istotnie wyższe nasilenie wszystkich wskaźników CS-DS, co oznacza, że nasilenie autodestruktywności pośredniej jako tendencji uogólnionej, jak również jej poszczególnych przejawów jest większe u osób po próbach samobójczych.

Poza tym wyniki osób po próbach samobójczych w autodestruktywności pośredniej jako uogólnionej tendencji mieszczą się w górnej granicy przedziału wyników średnich. Należy pamiętać, że osoby te pozostawały pod opieką specjalistyczną, farmakologiczną i psychotherapeutyczną – z całą pewnością oddziaływanie te miały swój udział w kształtowaniu wyników, które mogłyby być o wiele wyższe, gdyby nie ta opieka.

Wyniki uzyskane przez osoby badane w skalach CS-DS wyglądają następująco (kolejność według nasilenia danej kategorii): Bezradność i Bierność wobec trudności (A5), Transgresja i Ryzyko (A1), Zaniedbania Zdrowotne (A2), Zaniedbania Osobiste i Społeczne (A3) oraz Nieuważność, Nieostrożność i Brak Planowania (A4). Zachowania pasywne (A5 – Bezradność i Bierność wobec trudności) to postawy przejawiające się niepodejmowaniem aktywnych działań wobec trudności, jakie niesie ze sobą życie, i skłonnością do unikania ich, pomimo iż powoduje to określone szkody społeczne i zdrowotne. Uzyskanie wysokich wyników w przypadku pasywności, bezradności wobec trudności może świadczyć o niskim poczuciu własnej wartości, braku pewności siebie i możliwości aktywnego kierowania swoim losem, życiem.

DISCUSSION

By testing of differences it can be observed that in persons after suicide attempts there is a significantly higher intensity in all CS-DS indices, which means that the intensity of indirect self-destructiveness as a generalized tendency and its respective manifestations is higher in persons after suicidal attempts.

Furthermore, the results of those after suicide attempts in indirect self-destructiveness as a generalized tendency are within the upper limit of the range of average results. We should remember that these people remained under specialist, pharmacological and psychotherapeutic care – surely these effects contributed to the results which could have been much higher if it had not been for this care.

The results obtained by the persons investigated in CS-DS scales are as follows (the sequence according to the intensity of a given category): Helplessness and Passiveness in the face of difficulties (A5), Transgression and Risk (A1), Poor Health Maintenance (A2), Personal and Social Neglects (A3) and Lack of Planfulness (A4).

Passive behaviours (A5 – Helplessness and Passiveness in the face of difficulties) are people's attitudes manifested by a failure to take up active operations in the face of difficulties our life brings and avoiding them, even though this causes specific social and health-related damages. High scores obtained in the case of passiveness, helplessness in the face of difficulties may signify one's low self-esteem, lack of self-confidence and ability to actively run one's own life. It can be assumed that suicide attempts made by the subjects could be caused by their inability to cope with problems and a failure to take up activities in difficult situations in their life despite being aware that this causes damages. This result may express the life situation of the

Można założyć, iż podjęcie próby samobójczej przez osoby badane mogło być spowodowane brakiem umiejętności radzenia sobie z problemami, jak również niepodjęciem działań w obliczu życiowych trudności pomimo świadomości, iż powoduje to szkody. Wynik ten może być wyrazem sytuacji życiowej, w której znalazły się osoby dokonujące takiego czynu: poczucia braku wpływu na wydarzenia życiowe i braku wyjścia czy niemożności poradzenia sobie w sytuacji, w jakiej się znalazły. Poczucie beznadziejności uważane jest za jeden z psychologicznych czynników ryzyka samobójstwa⁽¹³⁾.

Ogólnie do zachowań transgresyjnych (A1 – Transgresja i Ryzyko) należą zachowania, które naruszają normy społeczne i zasady współżycia i mogą skutkować realnym zagrożeniem. Obejmują one także zachowania ryzykowne podejmowane w celu osiągnięcia chwilowej przyjemności. Przykładem takich zachowań mogą być hazard czy brawurowa jazda, zwłaszcza bez zapiętych pasów bezpieczeństwa, połączone z pragnieniem zaimponowania innym, bycia docenionym, lepszym, zauważonym. W związku z powyższym można przypuszczać, iż osoby próbujące odebrać sobie życie znacznie częściej podejmują działania ryzykowne niż osoby, które takiego zamiaru nie mają. Ważny w tej kategorii zachowań jest udział impulsywności, psychologicznego czynnika ryzyka samobójstwa⁽¹³⁾. Zresztą symboliką próby samobójczej może być przekroczenie nie tylko norm czy barier, lecz również granicy między światem żywych a światem zmarłych. Podejmowanie ryzyka może mieć charakter destruktywny lub adaptacyjny. Destruktywność zachowań ryzykownych wiąże się z błędną oceną zagrożenia i prawdopodobieństwem jego wystąpienia; w tym przypadku widać, że ryzyko nie miało charakteru adaptacyjnego.

Do zaniedbań zdrowotnych (A2) zalicza się całą gamę zachowań dotyczących zapobiegania chorobom czy leczenia ich, co może prowadzić do przedłużania się terapii, inwalidztwa, a w najgorszym razie do śmierci. Zaniedbania zdrowotne mogą być wyrazem ogólnej postawy rezygnacyjnej, która obejmuje rezygnację nie tylko z osiągnięcia swoich celów, lecz także z życia; dbałość o zdrowie byłaby zatem „niedorzecznością” w obliczu próby samobójczej.

Zaniedbania osobiste i społeczne (A3) są zaliczane do pasywnej formy autodestruktywności pośredniej. Jeżeli są trwałym elementem postępowania, mogą doprowadzić do niepowodzeń życiowych, porażek. Samobójstwo i próba samobójcza mogą być traktowane jako wyraz całkowitych zaniedbań osobistych, ale także społecznych (rezygnacja z życia oraz wywołanie smutku i wielu nieprzyjemnych doznań u bliskich).

Nieuważność, nieostrożność, brak planowania (A4) to forma zachowania autodestruktywnego, która – jeśli występuje w postaci chronicznej i nasilonej – może stanowić duże zagrożenie dla zdrowia lub życia. Można zaryzykować tezę, że osoby po próbach samobójczych często zapominają o czymś, co powinno być dla nich ważne i o czym należy pamiętać. Ponadto często wykazują brak ostrożności przy różnych czynnościach, które mogą zagrażać ich zdrowiu bądź życiu.

Niekiedy przejawy autodestruktywności pośredniej ewoluują i przekształcają się w czyny bezpośrednio autodestruktywne, w tym również w próby samobójcze czy nawet samobójstwa dokonane.

persons committing such an act: a sense of the lack of impact on life events and the lack of a way out, or inability to cope with their current situation. The sense of hopelessness is considered to be one of the psychological factors of the risk of suicide⁽¹³⁾. Generally, transgressive behaviours (A1 – Transgression and Risk) comprise the behaviours which infringe social norms and principles of coexistence and may result in real threats. They also comprise risky behaviours aimed at feeling a momentary pleasure. Examples of such behaviours may be gambling or bravado driving, especially without fastened seat belts, combined with a desire to impress others, to be esteemed, better and noticed. Therefore, we can surmise that the persons who try to take their own lives much more frequently undertake risky activities, as compared to those who do not have such an intention. In this category of behaviours the contribution of impulsiveness, psychological factor of suicidal risk is important⁽¹³⁾. Besides, a symbolism of a suicide attempt may be not only exceeding some norms or barriers, but also the border between the world of the living and the world of the dead. Taking a risk may be of destructive or adaptational nature. Destructiveness of risky behaviours is associated with an erroneous evaluation of the threat and probability of its occurrence; in this case we can see that the risk was not of adaptational nature.

Counted among Poor Health Maintenance (A2) is the whole range of behaviours referring to the prevention or treatment of diseases, which may lead to prolonged therapies, disability or, at worst, to death. Poor Health Maintenance may be manifested by a general resignation attitude which comprises resignation not only from achievement of one's goals, but also from life; so the care of health would be an "absurdity" in view of a suicide attempt.

Personal and social neglects (A3) count among the passive form of indirect self-destructiveness. If they are a permanent element of behaviour, they may lead to failures in one's life. Suicide and suicide attempts may be treated as a manifestation of complete personal, but also social neglects – resignation from one's life and causing the family and friends' sadness and many unpleasant experiences.

Lack of planfulness (A4) is a form of self-destructive behaviour which – if it occurs in a chronic and intense form – may constitute a serious threat to one's health or life. We could hazard a thesis that those who made a suicide attempt often forget about something which should be important for them and which they should remember. In addition, they often exhibit carelessness at various activities which may endanger their health or life.

Sometimes the manifestations of indirect self-destructiveness evolve to be transformed into directly self-destructive acts, including suicide attempts or even committed suicides.

Particular behaviours and classes of indirectly self-destructive behaviours may constitute a warning signal and may direct preventive and therapeutic measures.

Manifestations of indirect self-destructiveness as a suicide risk factor are sometimes preceded by the so called classical prodromal symptoms, e.g. the presuicidal syndrome acc. to Ringel⁽¹⁴⁾, which may accelerate and facilitate preventive measures addressed to a concrete person.

Poszczególne zachowania i klasy zachowań pośrednio autodestruktywnych mogą stanowić sygnał alarmowy i ukierunkować działania profilaktyczne i terapeutyczne.

Przejawy autodestruktywności pośredniej jako czynnika ryzyka samobójstwa czasem są poprzedzane przez tak zwane klasyczne objawy zwiastunowe, na przykład zespół presuicydalny według Ringela⁽¹⁴⁾, co może przyspieszyć i ułatwić działania profilaktyczne, adresowane do konkretnej osoby.

Powyższe wyniki mogą okazać się użyteczne w planowaniu i realizacji działań terapeutycznych skierowanych do osób po próbach samobójczych. Znajomość tendencji pośrednio autodestruktywnych może pozwolić ukierunkować działania terapeutyczne, na przykład w postaci wzmacniania zasobów psychologicznych i neutralizacji czynników ryzyka. Wyniki te można spróbować wykorzystać również w planowaniu i realizacji działań prewencyjnych, ponieważ zachowania pośrednio autodestruktywne mogą stanowić sygnały ostrzegawcze.

Wydaje się, że istotną rolę odgrywają tu neutralizacja czynników ryzyka i rozwiązywanie problemów oraz sytuacji kryzysowych, w tym wczesna diagnoza i leczenie.

Szczególnym obszarem działań terapeutycznych mogą być ubogie lub niedostatecznie rozwinięte zdolności zaradcze, częste w autodestruktywności pośredniej.

O wadze pracy terapeutycznej świadczą wyniki badań longitudinalnych w populacji adolescentów po próbach samobójczych – 70,5% badanych uznawało się za szczęśliwych⁽¹⁵⁾. Poza tym optymistyczna przemiana negatywnych wydarzeń życiowych może mieć terapeutyczne implikacje dla profilaktyki samobójstw⁽¹⁶⁾, ponieważ wiadomo, że pesymizm należy do czynników ryzyka samobójstwa^(6,17).

Przedmiotem odrębnych dociekań badawczych może być odpowiedź na pytanie, ile tych czynów było desperackim wołaniem o pomoc, a ile miało faktycznie na celu samobójstwo.

Praca ta oczywiście nie wyczerpuje wszystkich aspektów tego złożonego problemu i konieczne będą dalsze badania, zwłaszcza w ramach pomocy psychologicznej i pracy terapeutycznej z osobami po próbach samobójczych. Ponieważ ani próba samobójcza, ani jej typ nie przekreślają możliwości prowadzenia szczęśliwego życia, warto zaoferować tym osobom pomoc i zmobilizować je do korzystania z niej.

WNIOSKI

1. Wskaźnik syndromu autodestruktywności pośredniej u osób po próbach samobójczych mieści się w górnej granicy wyników średnich.
2. Dominującymi klasami zachowań pośrednio autodestruktywnych u nich są (w kolejności natężenia): Bezradność i Bierność (A5), Transgresja i Ryzyko (A1), Zaniedbania Zdrowotne (A2).
3. Nasilenie autodestruktywności pośredniej jako tendencji uogólnionej jest u nich większe niż u osób bez prób samobójczych.
4. Nasilenie poszczególnych kategorii (klas, przejawów) autodestruktywności pośredniej również jest u nich większe.
5. Nasilenie formy aktywnej i biernej u tych osób jest prawie identyczne, natomiast u osób bez prób samobójczych nasilenie formy aktywnej jest o wiele niższe niż biernej.

The above results may appear useful in planning and implementation of therapeutic measures for patients after suicide attempts. The knowledge of indirectly self-destructive tendencies may allow to orient therapeutic measures, e.g. through strengthening of psychological resources and neutralization of risk factors. These results may be also used in planning and implementation of preventive measures, because indirectly self-destructive behaviours may constitute warning signs.

It seems that neutralization of risk factors and solution of problems and critical situations, including early diagnosis and treatment, play an important part here.

A special area of therapeutic measures may be poor or insufficiently developed remedial capabilities which are quite prevalent in indirect self-destructiveness.

The importance of therapeutic work is reflected in the results of longitudinal studies in the population of adolescents after suicide attempts – 70.5% of the subjects admitted to be happy⁽¹⁵⁾. Furthermore, an optimistic transformation of negative events in life may have some therapeutic implications for the prevention of suicides⁽¹⁶⁾; after all it is a well-known fact that pessimism belongs to suicide risk factors^(6,17). So a suicide attempt does not erase the possibility of having a happy life, therefore it is worthwhile offering such persons some help and encouraging them to accept it.

The subject of separate research inquiries may be an answer to the question how many of these acts were a desperate cry for help, if it was really aimed at suicide.

Obviously this study does not exhaust all aspects of the complex problem and further studies will be necessary, especially within psychological assistance and therapeutic work with the persons after suicide attempts. As neither the suicide attempt nor its type erase the possibility of having a happy life, it is worthwhile offering such persons some help and encouraging them to accept it.

CONCLUSIONS

1. The indirect self-destructiveness syndrome index in persons after suicide attempts is within the upper limit of average results.
2. Dominant classes of behaviours in such persons are (in sequence of intensity): Helplessness and Passiveness (A5), Transgression and Risk (A1), Poor Health Maintenance (A2).
3. The intensity of indirect self-destructiveness as a generalized tendency is higher in such persons than in persons without suicide attempts.
4. The intensity of respective categories (classes, manifestations) of indirect self-destructiveness is higher in them.
5. The intensity of the active form and passive form is almost identical, while in the persons without suicide attempts the intensity of the active form is much lower than that of the passive form.
6. The results of the studies on indirect self-destructiveness may be useful for suicidal prevention as well as in therapeutic work with patients after suicide attempts.

6. Wyniki badań nad autodestruktywnością pośrednią mogą być użyteczne w profilaktyce suicydalnej, jak również w pracy terapeutycznej z osobami po próbach samobójczych.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Omigdobun O.O., Adejumo O.A., Babalola O.O.: Suicide attempt by hanging in preadolescent children: a case series. *West. Afr. J. Med.* 2008; 27: 259-262.
2. Giegling I., Olgiati P., Hartmann A.M. i wsp.: Personality and attempted suicide. Analysis of anger, aggression and impulsivity. *J. Psychiatr. Res.* 2009; 43: 1262-1271.
3. WHO. Figures and facts about suicide. World Health Organization, Geneva 1999.
4. Largey M., Kelly C.B., Stevenson M.: A study of suicide rates in Northern Ireland 1984-2002. *Ulster Med. J.* 2009; 78: 16-20.
5. Tsirigotis K., Gruszczyński W., Kruszyna M.: Autodestruktywność pośrednia u osób po próbach samobójczych. *Suicydologia* 2008; 4: 57-62.
6. Tsirigotis K., Gruszczyński W., Tsirigotis-Wołoszczak M.: Indirect (chronic) self-destructiveness and modes of suicide attempts. *Archives of Medical Science* 2010; 6: 111-116.
7. Kelley K., Byrne D., Przybyla D.P.J. i wsp.: Chronic self-destructiveness: conceptualization, measurement, and initial validation of the construct. *Motivation and Emotion* 1985; 9: 135-151.
8. Suchańska A.: Analisa empirica da fenomeno de autodestrutividade latente. *Revista Brasileira de Psychologia* 1991; 3: 84-89.
9. Suchańska A.: Przejawy i uwarunkowania psychologiczne pośredniej autodestruktywności. UAM, Poznań 1998.
10. Polewka A., Chrostek-Maj J., Kroch S. i wsp.: Poziom poczucia koherencji a ryzyko próby samobójczej. *Przeg. Lek.* 2001; 4: 335-339.
11. Płużek Z.: Osobowościowe uwarunkowania pytania o sens życia. W: Popielski K. (red.): *Człowiek-Wartości-Sens*. KUL, Lublin 1996: 371-380.
12. StatSoft Polska. *Statistica PL*. Kraków: StatSoft; 2007.
13. Gmitrowicz A.: Uwarunkowania zachowań samobójczych młodzieży. *Suicydologia* 2005; 1: 71-76.
14. Ringel E.: *Der Selbstmord. Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung*. Wien-Düsseldorf: Maudrich; 1953.
15. 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: 117-125.
16. Hirsch J.K., Woldorf K., Lalonde S.M. i wsp.: Optimistic explanatory style as a moderator of the association between negative life events and suicide ideation. *Crisis* 2009; 1: 48-53.
17. Seligman M.E.P.: *What You Can Change and What You Cannot*. Knopf, New York 1994.

Zasady prenumeraty kwartalnika „Psychiatria i Psychologia Kliniczna”

1. Prenumeratę można rozpocząć od dowolnego numeru pisma. Prenumerujący otrzyma zamówione numery kwartalnika pocztą na podany adres.
2. Pojedynczy egzemplarz kwartalnika kosztuje 25 zł. Przy zamówieniu rocznej prenumeraty (4 kolejne numery) koszt całorocznej prenumeraty wynosi 80 zł.
3. Istnieje możliwość zamówienia numerów archiwalnych (do wyczerpania nakładu). Cena numeru archiwalnego – 25 zł.
4. Zamówienie można złożyć:
 - Wypełniając załączony blankiet i dokonując wpłaty w banku lub na poczcie. Prosimy o podanie dokładnych danych imiennych i adresowych.
 - Dokonując przelewu z własnego konta bankowego (ROR) – wpłaty należy kierować na konto:
Medical Communications Sp. z o.o., ul. Powsińska 34, 02-903 Warszawa
Deutsche Bank PBC SA
42 1910 1048 2215 9954 5473 0001
 - Drogą mailową: redakcja@psychiatria.com.pl.
 - Telefonicznie lub faksem: tel.: 22 651 97 83, faks: 22 842 53 63.
 - Wypełniając formularz prenumeraty zamieszczony na stronie www.psychiatria.com.pl.
5. Zamawiający, którzy chcą otrzymać fakturę VAT, proszeni są o kontakt z redakcją.