

Analiza czynników chroniących przed samobójstwem

Analysis of the factors protecting against suicide

¹ Oddział Neurologii, Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – CMR

² Klinika Psychiatrii Młodzieżowej, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Correspondence to: Mgr Joanna Krawczyk, Oddział Neurologii, Dolnośląski Szpital Specjalistyczny im. T. Marciniaka – CMR, ul. Traugutta 116, 50-420 Wrocław, tel.: 71 789 01 86, 794 263 970, e-mail: jkrawczyk@wp.eu

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Zachowania samobójcze są poważnym problemem współczesnego społeczeństwa i wyzwaniem dla osób zajmujących się opracowywaniem programów terapeutycznych i profilaktycznych z dziedziny suicydologii. W ramach badań naukowych podejmuje się liczne szczegółowe i wieloaspektowe analizy funkcjonowania osób zagrożonych samobójstwem, a także różnych czynników ryzyka prób samobójczych i samobójstw dokonanych. Zdecydowanie mniej badań dotyczy czynników chroniących przed samobójstwem, inaczej buforowych, protekcyjnych. Dla hasła *protective factor, suicide* liczba rekordów w bazie PubMed wynosi 227, podczas gdy dla *risk factor, suicide* – 11 299. Cele niniejszego przeglądu piśmiennictwa to analiza rozmaitych czynników chroniących przed samobójstwem i próba oceny ich skuteczności. W pracy uwzględniono doniesienia i wyniki badań zawarte w literaturze anglojęzycznej. Odrębnie omówiono czynniki ochronne zewnętrzne i wewnętrzne, uwzględniono liczbę publikacji na ich temat. Najwięcej doniesień naukowych dotyczy prewencyjnej roli rodziny, wsparcia społecznego, umiejętności radzenia sobie z problemami i stresem oraz samooceny. Istotną rolę przypisuje się percepcji powodów do życia. W nieco mniejszym stopniu badacze zajmują się ochronną rolą religii, ciąży, hobby i zaangażowania w aktywności społeczne. Niejednoznaczny i mało dotychczas zbadany jest związek uprawiania sportu z redukcją zachowań suicydalnych. W końcowej części artykułu zaprezentowano wyniki badań nad zdecydowanie rzadziej analizowanymi czynnikami ochronnymi, takimi jak postawa wobec życia i śmierci, lęk przed śmiercią i wrażliwość na ból, których skuteczność w zapobieganiu samobójstwom wymaga dalszych dociekań. W trakcie grupowania czynników ochronnych kierowano się ich przydatnością w tworzeniu systemów wsparcia i programów profilaktycznych – z pominięciem tych o nieudokumentowanej skuteczności.

Słowa kluczowe: samobójstwo, czynniki ochronne, profilaktyka, powody do życia, lęk przed śmiercią

Summary

Suicidal behaviours are a severe problem of the contemporary society and a challenge for people dealing with the development of therapeutic and preventive programmes in suicidology. Many detailed and multi-aspect analyses of functioning of the people at risk of suicide are carried out within scientific research as well as various risk factors of suicidal attempts and committed suicides. Far fewer studies are focussed on the factors protecting against suicide, referred to as buffer or protective factors. For passwords: *protective factor, suicide* the number of records in the PubMed base amounts to 227, while for *risk factor, suicide* – 11 299. The objectives of this review of literature comprise: analysis of various factors protecting against suicide and attempt to assess their efficacy. The study involves reports and results of the research presented in English literature. Separately discussed were external and internal protective factors, and a number of publications on their subject were included. Most of research reports refer to preventive role of the family, social support, capability to cope with problems and stress, and self-estimation. An important role is ascribed to perception of causes to live. To a slightly less extent the researchers deal with a protective role of religion, pregnancy, hobby, and involvement in social activities. What has been so far ambiguous and little known is the correlation between sports practice and reduction of suicidal behaviours. The final part of the article presents the results of the studies on the seldom analysed protective factors, such as one's attitude to life and death, fear of death, and sensitivity to pain, the efficacy of which in suicide prevention requires further research. While grouping the protective factors, their usefulness in the creation of supporting systems and preventive programmes was taken into account, passing over those whose efficacy had not been documented.

Key words: suicide, protective factors, prevention, causes to live, fear of death

WSTĘP

Zachowania samobójcze są powszechnym i poważnym problemem zdrowotnym i społecznym nie tylko w Polsce, lecz także na całym świecie. Dane statystyczne Światowej Organizacji Zdrowia wykazują, że w wyniku zamachu samobójczego każdego roku traci życie około miliona osób, w tym ponad 150 tys. w Europie⁽¹⁾. W 2013 roku polski wskaźnik dokonanych samobójstw w liczbach bezwzględnych przekroczył 6 tys. (6097), a prawie 2,5 tys. ludzi (2482) podjęło próbę targnięcia się na życie niezakończoną zgonem⁽²⁾. Dane te obejmują jedynie odnotowane przypadki samobójstw i prób samobójczych (PS), nie uwzględniają zaś nieujawnionych bądź nierozpoznanych zachowań suicydalnych. Według szacunków liczba PS niezakończonych zgonem może być nawet 10–15 razy większa od liczby samobójstw dokonanych⁽³⁾.

Podczas analizy powyższych statystyk można zaobserwować, że pomimo istnienia programów prewencyjnych (w tym międzynarodowego programu SUPRE-MISS) liczba osób ginących przedwcześnie z powodu samobójstwa pozostaje wysoka. Wskazuje to na konieczność stałego szukania oddziaływań pozwalających ograniczyć to zjawisko. Pomocna wydaje się tu znajomość czynników zwiększających i zmniejszających ryzyko targnięcia się na własne życie. Większość badań (szczególnie tych prowadzonych na gruncie polskim) mających na celu głębsze zrozumienie zachowań samobójczych oraz tworzenie i zwiększanie skuteczności programów profilaktycznych skupia się na czynnikach nasilających zagrożenie podjęcia PS. Czynniki ryzyka opisuje się bardzo obszernie, zdecydowanie mniej badań bierze natomiast pod uwagę czynniki ochronne – sprawiające, że pomimo subiektywnego spostrzegania życia jako czegoś nie do zniesienia i nawet w obliczu myśli suicydalnych człowiek nie decyduje się na podjęcie PS bądź odstępuje od takiego zamiaru. Dla hasła *protective factor; suicide* liczba rekordów w bazie PubMed wynosi 227, podczas gdy dla *risk factor; suicide* – 11 299.

Według Maine Suicide Prevention Program⁽⁴⁾ czynniki protekcyjne to intra- i interpersonalne zasoby, dzięki którym człowiek zdobywa odporność psychiczną i umiejętność radzenia sobie w sposób potencjalnie redukujący zachowania samobójcze i wysoko ryzykowne.

W literaturze światowej wymienia się liczne czynniki chroniące życie człowieka – o skuteczności potwierdzonej w mniejszym lub większym stopniu w badaniach naukowych⁽⁵⁾. Wzrost zainteresowania tą tematyką nastąpił w ostatnich dziesięcioleciach, kiedy to badacze zaczęli poświęcać więcej uwagi identyfikacji specyficznych czynników ochronnych. Zaczęto również tworzyć narzędzia do ich badania⁽⁶⁾.

W nauce nie ma jeszcze jasności co do natury omawianych czynników oraz ich pochodzenia. Cheng i wsp.⁽⁷⁾ twierdzą, iż czynniki ochronne to przeciwieństwo czynników ryzyka. Inne zdania są Sharaf i wsp.⁽⁸⁾ Według nich nie chodzi

o proste „odbicie lustrzane” (niska samoocena – wysoka samoocena). Według autorów między czynnikami ryzyka i ochronnymi istnieje pewien rodzaj balansu: czynniki ochronne działają zapobiegawczo, gdy występują zagrożenia popychające człowieka w stronę decyzji o śmierci. Określenie rzeczywistej relacji ryzyka i ochrony wymaga dalszej weryfikacji naukowej.

PREWENCYJNA ROLA RODZINY I WSPARCIA SPOŁECZNEGO

To najczęściej i najszerzej badane czynniki związane z prewencją zachowań samobójczych. Wyniki badań nie potwierdzają jednoznacznie, że wsparcie jest pewnym, stu-procentowym faktorem ochronnym. Niemniej jednak wskazuje się, iż możliwość liczenia na pomoc bliskich, znajomych i innych ludzi to istotny moderator mający wpływ na hamowanie tendencji samobójczych. Do spostrzeżeń tych nawiązują Sharaf i wsp.⁽⁸⁾, według których wsparcie społeczne pomaga zwalczyć negatywny wpływ stresu i niekorzystnych wydarzeń na funkcjonowanie psychofizyczne. To stwierdzenie uzupełniają Compton i wsp.⁽⁹⁾ – ich zdaniem relacje międzyludzkie pozwalają zwiększyć emocjonalną odporność na destrukcyjne oddziałujące sytuacje. Dotyczy to zarówno obiektywnego, jak i subiektywnego spostrzegania sieci wsparcia (percepcja dostępności, zaufanie, satysfakcja). Jak zauważają Chioqueta i Stiles⁽⁶⁾, ta percepcja jest kluczowym czynnikiem łagodzącym myśli suicydalne. Pozwala na ich redukcję niezależnie od występowania depresji czy poczucia beznadziejności.

Cheng i wsp.⁽⁷⁾ podkreślają ważną rolę prawidłowo funkcjonującej, niepatologicznej rodziny w zapobieganiu przedwczesnej samobójczej śmierci, zwłaszcza wśród młodzieży. Przez brak patologii autorzy rozumieją zainteresowanie rodziców tym, co się dzieje z ich dziećmi (tym, jak spędzają wolny czas czy jakie mają pasje), jak również rozmowy, obdarzanie uwagą, pomoc w podejmowaniu decyzji, akceptację wyborów i aktywności, wsparcie w trudnych chwilach, opiekę (bez nadmiernej kontroli i nadopiekuńczości), wspólne aktywności rodzinne, sprawiedliwe traktowanie, pozytywny wzorzec radzenia sobie z emocjami, rozwiązywania codziennych problemów i komunikacji. Ponadto wsparcie społeczne może stać się buforem ochronnym w przypadku stosunkowo silnej tendencji do zachowań impulsywnych⁽¹⁰⁾.

Oprócz środowiska rodzinnego istotną rolę w obniżaniu ryzyka samobójstwa odgrywa środowisko szkolne. Jak wynika z badań Borowsky'ego i wsp.⁽¹¹⁾, poczucie sprawiedliwego i równego traktowania przez nauczycieli to dla młodzieży ważny czynnik wzmacniający. W tym względzie wykazano różnice między płciami: w kontekście obniżania ryzyka samobójstwa dla dziewcząt istotna była możliwość skorzystania z pomocy w szkole (psycholog, pedagog), a pozytywny wpływ na chłopców miało oczekiwanie dobrych wyników i osiągnięć w nauce. Jak piszą

Cheng i wsp.⁽⁷⁾, osoby cechujące się wyższym ryzykiem śmierci samobójczej opuszczały więcej dni nauki niż młodzież bez takich tendencji.

Innym obszarem związanym z redukcją zachowań suicydalnych jest postawa personelu szpitalnego i rodziny wobec osób po PS. Ghio i wsp.⁽¹²⁾ badali pacjentów hospitalizowanych po PS. Okazało się, że empatia personelu oraz opiekuńcza postawa członków rodziny i ich troska o bliskiego po jego wyjściu ze szpitala były zaliczane do najważniejszych czynników chroniących przed ponownym PS.

Według niektórych autorów wsparcie znajomych i rodziny oraz spostrzeganie silnej więzi z bliskimi lub innymi znaczącymi osobami to istotne faktory w każdej grupie wiekowej, płciowej czy rasowej^(13,14). Nie wszystkie dane potwierdzają jednak rolę obecności innych ludzi w minimalizacji ryzyka śmierci bądź profilaktyce przekształcenia myśli w zachowania samobójcze. I tak w badaniach Donalda i wsp.⁽¹⁵⁾ wsparcie rodzinne było wśród młodych dorosłych mniej znaczącym i stabilnym czynnikiem ochronnym niż tworzenie więzi społecznych.

Fleming i wsp.⁽¹⁶⁾ nie wykazali, by relacje z rówieśnikami istotnie obniżały ryzyko PS, zauważyli natomiast, iż miały one duże znaczenie w przypadku występowania suicydalnych myśli. Można by się zastanowić, czy obecność bliźszych kolegów na etapie refleksji o samobójstwie nie może zapobiegać przekształcaniu się myśli w czynne zamiary. Pomimo różnych wyników badań, w mniejszym lub większym stopniu potwierdzających prewencyjną rolę wsparcia społecznego w redukcji samobójstw, należy uznać to wsparcie za czynnik potencjalnie ważny dla światowych programów profilaktycznych⁽¹⁷⁾.

UMIĘJĘTNOŚCI RADZENIA SOBIE (COPING) I SAMOOCENA

Poziom samooceny i styl radzenia sobie w trudnej sytuacji należą do grupy często analizowanych czynników związanych z ryzykiem i prewencją samobójstw. Większość badań potwierdza ich istotną rolę w redukowaniu tendencji samobójczych, jednakże pod określonymi warunkami. Walsh i Eggert⁽¹⁸⁾ skupiły się na badaniu czynników ryzyka i ochrony. W zakresie tych drugich wyróżniły istotne zasoby personalne i społeczne. Społeczne zostały opisane powyżej, a wśród osobistych autorki podkreśliły ważność poziomu samooceny (poczucia własnej wartości i samokontroli) oraz umiejętność radzenia sobie. Wyniki ich badań wskazują, iż osoby niepodjęjące prób samobójczych osiągają istotnie wyższe wyniki w zakresie samooceny, oceny umiejętności radzenia sobie z problemami, zdolności szukania rozwiązań i poczucia kontroli nad własnym życiem.

Podobne rezultaty uzyskali Chioqueta i Stiles⁽⁶⁾, lecz w ich badaniach szczególny nacisk położono na stabilność poczucia własnej wartości – wnioskowano bowiem, że negatywną korelację z zachowaniami samobójczymi widać

wyraźniej w zakresie stabilnej wysokiej samooceny, stanowiącej niezależny predyktor redukcji poczucia bezradności i myśli suicydalnych. Informacje te uzupełniają George i van den Berg⁽¹⁹⁾, którzy podają, iż pozytywna samoocena i wiara w siebie wraz z adaptacyjnym stylem radzenia sobie (szukanie pomocy i umiejętność przyjmowania wsparcia w chwilach trudności) tworzą bufor chroniący przed samobójstwem. Inne doniesienia^(8,20) wskazują na wysoką (pozytywną) samoocenę jako jeden z najsilniejszych czynników protekcyjnych wśród młodzieży, wytwarzający swoistą odporność na zachowania suicydalne. Ciekawa wydaje się następująca obserwacja: u dziewcząt poczucie własnej wartości zapobiegało tylko ryzyku podjęcia PS, a w przypadku chłopców dotyczyło zarówno tego ryzyka, jak i myśli oraz prób targnięcia się na życie⁽²⁰⁾.

Kolejnym wymienianym w literaturze istotnym czynnikiem ochronnym jest umiejętność rozwiązywania problemów i konstruktywne radzenie sobie. Eskin i wsp.⁽²⁰⁾ podkreślają szczególną rolę nabywania tych zdolności w wieku młodzieńczym i we wczesnej dorosłości. Powołują się na wiele badań wskazujących na to, że nieefektywne sposoby radzenia sobie i negatywne samoocenianie tej zdolności zwiększają podatność na zachowania samobójcze u nastolatków i młodych dorosłych (zwłaszcza u chłopców). Związkiem między stylem radzenia sobie a zachowaniami suicydalnymi zajęli się m.in. Meghan i wsp.⁽²¹⁾ oraz Mathew i Nanoo⁽²²⁾. Ich zdaniem określony styl radzenia sobie może być jednym z czynników ochronnych: w sytuacjach trudnych i problemowych korzysta się z wewnętrznych zasobów, a te pomagają znaleźć konstruktywne rozwiązanie. Autorzy zwrócili uwagę na rolę stylu skoncentrowanego na emocjach, którego celem jest umiejętne regulowanie emocji związanych z przeżywanym dystresem, oraz umiejętności koncentracji na zadaniu przez szukanie informacji i różnych wyjść z sytuacji. Ważnym czynnikiem okazuje się także wewnętrzne poczucie kontroli⁽¹⁷⁾. Strategie kładące nacisk na uzyskanie większej ilości danych, reinterpretację problemu i generowanie wielu rozwiązań przed podjęciem decyzji nie są predyktorami prób samobójczych.

Gdy Megdan i wsp.⁽²¹⁾ zgłębiali zagadnienie stylów radzenia sobie, doszli do wniosku, że to ważne, jak długo stosuje się wybraną strategię redukcji stresu, niepokoju, bólu itp. Jeśli dysfunkcyjny styl służy doraźnemu poradzeniu sobie z sytuacją stresową i przeplata się ze stylem funkcjonalnym, może być według tych badaczy adaptacyjny. Przez dysfunkcyjny styl rozumie się tu stosowanie strategii ucieczkowo-unikających, charakterystycznych dla osób zagrożonych samobójstwem (fantazjowanie, myślenie życzeniowe, używanie substancji psychoaktywnych, unikanie rozwiązywania problemów i zaprzeczanie im, brak zaangażowania w szukanie informacji)⁽²²⁾. Stosowanie nieadaptacyjnych strategii może prowadzić do mniejszego poczucia wsparcia (np. za sprawą niekorzystania z pomocy innych i silniejszego doświadczania niekorzystnych efektów działania stresorów)⁽²²⁾, co zwiększa prawdopodobieństwo sięgania po autodestrukcyjne sposoby wyjścia

z trudnej sytuacji. Dlatego też uczenie konstruktywnego wzorca radzenia sobie, praca nad budowaniem stabilnej pozytywnej samooceny oraz ćwiczenie korzystania z zasobów i systemu wsparcia to istotna wartość prewencyjna – dotyczy to zarówno młodzieży, jak i dorosłych^(8,22).

PERCEPCJA POWODÓW DO ŻYCIA

Dla każdego człowieka ważne są: poczucie sensu własnego istnienia, cele, do których dąży, i wartości, według których postępuje. Powody trzymające ludzi przy życiu to szeroka kategoria, obejmujące wiele osobistych motywów. To również niezwykle wartościowy czynnik chroniący przed samobójstwem.

Malone i wsp.⁽²³⁾, badający osoby z rozpoznaniem dużego epizodu depresyjnego, postanowili poszukać odpowiedzi nie na pytanie, dlaczego pacjenci przeżywający depresję chcą popełnić samobójstwo, lecz dlaczego pacjenci w depresji chcą żyć. Ciekawiło ich, jak to się dzieje, że choć wiele osób doświadcza silnego stresu i depresji, tylko część ma myśli samobójcze, rozważa lub podejmuje PS. Pacjenci, którzy zmagali się z tendencjami suicydalnymi, oceniali powody do życia jako wartościowe i pomagające radzić sobie z negatywnymi odczuciami.

Linehan, autorka inwentarza obejmującego adaptacyjne powody do życia, wyróżniła sześć najczęstszych grup czynników potencjalnie pomocnych w przewyżnianiu życiowych kryzysów⁽²⁴⁾:

- poczucie odpowiedzialności za rodzinę (np. bycie potrzebnym, ważnym);
- przekonanie o umiejętności radzenia sobie (np. rozwiązywanie problemów);
- posiadanie dzieci (np. obawa przed zadaniem im bólu przez własną śmierć, niemożnością obserwowania ich dalszego rozwoju);
- lęk przed samobójstwem (np. bólem, brutalnością, krwią, nieznanym);
- lęk przed społeczną dezaprobatą (np. odebraniem aktu samobójczego jako dowodu egoizmu);
- moralne wątpliwości (np. przekonania religijne dotyczące kary, piekła, potępienia).

Powyższe czynniki chronią przede wszystkim przed PS, zaś w mniejszym stopniu – przed występowaniem myśli samobójczych. Istotne wydaje się jednak pytanie, czy można uznać wymienione motywy za hamujące transformację myśli w tendencje. Connel i Meyer⁽²⁵⁾ wykazali, że osoby mające jedynie myśli o śmierci cechowały się wyższym poziomem poczucia radzenia sobie niż te, które w przeszłości podejmowały PS. Linehan⁽²⁴⁾ udowodniła natomiast, iż badani z myślami samobójczymi (vs. ci po próbach) osiągają wyższe wyniki w sferze moralnej, obaw przed dezaprobatą społeczną i lękiem przed samobójstwem oraz w obszarach związanych z rodziną. Jak podają Malone i wsp.⁽²³⁾, im więcej powodów do życia, tym mniejsze ryzyko wystąpienia lub ponowienia PS wśród osób z rozpoznaną depresją (samobójczość

istotnie i odwrotnie skorelowana z powodami do życia), jak również niższy poziom spostrzeganej beznadziejności istnienia, sprzyjającej eskalacji ryzyka. Gutierrez i wsp.⁽²⁶⁾ porównywali ogólne wyniki skal inwentarza mierzącego powody do życia w grupach bez PS oraz po pojedynczej i wielokrotnych PS. Najwięcej powodów stwierdzili u osób bez prób w wywiadzie, najmniej – w przypadku prób wielokrotnych.

Jednym z czynników najbardziej podkreślanych w literaturze jest poczucie odpowiedzialności za rodzinę^(23,27). Woods i wsp.⁽²⁸⁾ badali związek ryzyka samobójstwa z macierzyństwem i ustalili, że satysfakcja z posiadania rodziny oraz troska o dzieci to ważny powód do życia.

Z kolei Khan i Farooq⁽²⁷⁾ zajmowali się lękiem przed społecznym potępieniem czynu samobójczego. Lęk ten okazał się istotniejszym czynnikiem ochronnym u kobiet. Różnice w zachowaniach obu płci wykazali także Lizardi i wsp.⁽²⁹⁾: w długoterminowym szacowaniu ryzyka samobójstwa spostrzegane powody do życia silniej działały prewencyjne u kobiet.

AKTYWNOŚĆ SPOŁECZNA I HOBBY

Wong i wsp.⁽³⁰⁾ oraz Rubenowitz i wsp.⁽³¹⁾ skoncentrowały się na identyfikacji czynników chroniących przed samobójstwem w przypadku osób w podeszłym wieku, w kontekście nasilenia stresujących wydarzeń (strata bliskiej osoby, problemy finansowe, osamotnienie, konflikty). Jednym z istotnych faktorów prewencyjnych, oprócz podkreślanego w wielu badaniach wsparcia społecznego, okazało się posiadanie hobby i zainteresowań, zaangażowanie w działalność organizacji czy stowarzyszeń. Utrata hobby może przyczyniać się do rozwinięcia symptomów depresyjnych, a tym samym stać się czynnikiem wzmacniającym ryzyko samobójstwa⁽³¹⁾.

RELIGIA

Religijność bywa zaliczana i do czynników ryzyka, i do czynników ochronnych. Jak wynika z badań, nie każda wiara w równym stopniu pełni funkcje ochronne. Gearing i Lizardi⁽³²⁾ podają, że wiele religii stosuje dotkliwe sankcje wobec samobójców. Niektóre zakazują używania substancji psychoaktywnych (zwiększających ryzyko). Ponadto wiara może obniżyć poziom wrogości i agresji. Dlatego też silna, głęboka religijność potrafi zredukować ryzyko samobójstwa. Szczególnie dobrze funkcję ochronną pełni islam – najbardziej restrykcyjna religia. Zamach na własne życie jest tu traktowany jak przestępstwo i największy grzech. Samobójca nie dostanie się więc do nieba, a jego rodzina okryje się hańbą⁽³³⁾. Stąd samobójstwo bywa ukrywane, a podjęcie PS wiąże się ze społeczną stygmatyzacją⁽³²⁾. Osobną grupę tworzą w islamie samobójcy – terroryści. Nie traktuje się ich jak prawdziwych suicydentów, lecz jako członków osobnej podgrupy, poświęcających własne życie w imię zlikwidowania wroga.

Najniższy wskaźnik samobójstw odnotowano jednak w judaizmie⁽³⁴⁾, postrzegającym śmierć samobójczą jako akt kryminalny (morderstwo). Wyznawcy judaizmu uważają, że w wyniku samodzielnego skrócenia życia dusza zostaje zniszczona. Nie wróci do ciała ani donikąd nie trafi, przez co samobójca skazuje się na gorszy los po śmierci niż za życia – na bolesny stan zawieszenia⁽³²⁾.

Najmniej surowymi religiami są hinduizm i buddyzm. Samobójstwo traktują ambiwalentnie, bardziej tolerancyjnie. Śmierć nie jest tu końcem egzystencji, ponieważ dusza narodzi się na nowo^(32,33). Hinduizm dopuszcza samobójstwo w sytuacji poważnego kalectwa czy nieuleczalnej choroby. Jak wynika z badań, wśród hinduistów i buddystów liczba zamachów na własne życie jest większa niż wśród wyznawców innych religii.

Porównanie ochronnej roli katolicyzmu i protestantyzmu wskazuje na słabsze działanie tego drugiego. W katolicyzmie samobójstwo stanowi najcięższy grzech, porównywalny do morderstwa i aborcji. Uczestnictwo w grupach religijnych, związane z otrzymywaniem emocjonalnego wsparcia i nawiązywaniem więzi, działa protekcyjnie^(32,33).

CIĄŻA

Próby odpowiedzi na pytanie, czy ciąża należy do czynników chroniących przed PS, nie przynoszą jednoznacznych i spójnych rozstrzygnięć⁽⁵⁾. Vaiva i wsp.⁽³⁵⁾ podają, iż problem samobójstw w ciąży jest często pomijany, więc trudno ocenić jego rozpowszechnienie. Jak pisze Appleby⁽³⁶⁾, ciąża – choć generuje wyższy poziom stresu i zmian afektywnych – zdecydowanie obniża ryzyko podejmowania PS. Gentile⁽³⁷⁾ dodaje, że obecność myśli samobójczych nie jest u kobiet w ciąży niczym wyjątkowym (13,1–33%), zwłaszcza w pierwszych miesiącach. Dotyczy to zwłaszcza młodych matek niepozostających w związkach, nieplanujących powiększania rodziny, pozbawionych wsparcia i pomocy ekonomicznej. Pomimo częstego występowania i nasilenia suicydalnych myśli ryzyko samobójstwa w tej grupie jest jednak stosunkowo niskie.

Powyższych informacji nie potwierdzają Goodwin i Harris⁽³⁸⁾ – ich zdaniem bycie w ciąży nie chroni przed zachowaniami samobójczymi. Lester i Beck⁽³⁹⁾ nie zaobserwowali różnic poziomu poczucia beznadziejności, natężenia depresji i tendencji suicydalnych u kobiet po PS będących i niebędących w ciąży.

POSTAWA WOBEC ŻYCIA I ŚMIERCI, LĘK PRZED ŚMIERCIĄ I WRAŻLIWOŚĆ NA BÓL

Te czynniki są rzadko badane i opisywane, szczególnie w kontekście ochrony przed samobójstwem. Suchańska i Krysińska⁽⁴⁰⁾ w książce na temat samobójstwa wskazały m.in. na rolę postawy wobec życia i śmierci w rozwijaniu i podtrzymywaniu tendencji do autodestrukcji. „Zauroczenie” śmiercią (śmierć lepsza niż życie) i wstręt wobec życia (odczuwanie bólu, cierpienia fizycznego i psychicznego

związanego z niekonstruktywnymi formami radzenia sobie) sprzyjają powstawaniu tych tendencji, a „zauroczenie” życiem (odczuwanie radości i satysfakcji z własnego istnienia, umiejętność radzenia sobie, wysoka samoocena) pełni funkcję zapobiegawczą. Odczuwanie wstrętu wobec śmierci – przejawiające się w postaci lęków i obaw przed tym, co zdarzy się po śmierci, co stanie się z ciałem – i spojrzenie na proces umierania jako nieodwracalny koniec mają podobne znaczenie. Śmierć jawi się tu jako coś przerażającego. Wstręt wobec niej niekiedy wiąże się dodatkowo z lękiem przed separacją, samotnością, karą i winą, co z kolei może pełnić funkcję ochronną nawet w przypadku silnych tendencji samobójczych⁽⁴¹⁾. Payne i Range⁽⁴²⁾ wskazują, iż postawa wobec życia i śmierci to ważna wskazówka na temat prawdopodobieństwa podjęcia PS.

Myślenie o śmierci zwykle towarzyszy lęk przed nieznanym. Człowiek jest biologicznie zaprogramowany do tego, by bać się śmierci i samobójstwa. Różne osoby odczuwają ten lęk w różnym natężeniu⁽⁴³⁾. W literaturze przedmiotu wyodrębnia się liczne rodzaje i nasilenia lęków związanych ze śmiercią. W badaniach na temat powiązań między lękiem przed śmiercią a samobójstwem przedstawia się wyniki głównie w kontekście porównawczym (grupa samobójcza vs. niesamobójcza), bez podziału na czynniki ryzyka i ochrony. Sugeruje się, że osoby deklarujące chęć zabicia siebie i po PS wykazują niższy ogólny lęk przed śmiercią niż osoby bez takich doświadczeń. Według Lestera⁽⁴⁴⁾ osoby z mniejszym nasileniem tendencji samobójczych w większym stopniu obawiają się śmierci. W innych badaniach⁽⁴⁵⁾ ten sam autor wskazał na rolę niespójnej, sprzecznej postawy wobec śmierci – taka postawa wzmacnia niepokój i nasila lęk bardziej niż postawa stabilniejsza. Powstaje więc pytanie: czy wyższy poziom lęku to potencjalny czynnik ochronny?

Orbach i wsp.⁽⁴⁶⁾ badali młodzież z historią leczenia psychiatrycznego i PS oraz bez PS. Wykazali, iż młodzież decydująca się na PS przejawia większy lęk przed śmiercią. Zdaniem autorów przez zwiększanie poziomu odczuwanego lęku można ograniczać ryzyko podejmowania kolejnych prób, a co za tym idzie – modyfikację poziomu lęku da się wykorzystać jako czynnik zmniejszający zagrożenie samobójstwem.

Wrażliwość na ból to faktor indywidualnie uwarunkowany, w naturalny sposób chroniący człowieka przed zaangażowaniem w sytuacje potencjalnie destrukcyjne lub śmiertelne. Innymi słowy, jest to bariera zapobiegająca podążaniu za niszczącymi impulsami⁽⁴⁷⁾, którą można jednak osłabiać, np. w procesie dysocjacji⁽⁴⁸⁾ bądź przez wielokrotne narażanie się na bolesne sytuacje⁽⁴¹⁾. Jak sugerują badania, niższy próg bólu odróżnia osoby bez PS od osób z historią takich prób⁽⁴⁷⁾. Wysoka tolerancja fizycznego bólu ułatwia natomiast zamach na własne życie, ale go nie powoduje. Smith i wsp.⁽⁴⁹⁾ stwierdzili, iż odczuwanie większego bólu i lęku przed śmiercią pomaga różnicować osoby z myślami samobójczymi i osoby cechujące się ryzykiem podjęcia PS.

W piśmiennictwie dotyczącym postaw wobec śmierci, lęku przed nią oraz wrażliwości na ból (jego odczuwania i szacowania) przedstawiono niewiele badań skupiających się na prewencyjnej roli tych czynników w redukcji zamachów samobójczych. W myśl spostrzeżenia Borowsky'ego⁽¹¹⁾, według którego obecność trzech czynników ochronnych redukuje ryzyko samobójstwa o 70–85%, warto skoncentrować dalsze badania na identyfikacji jak największej liczby takich faktorów.

WNIOSKI

Przedstawiona analiza wskazuje, iż coraz większą wagę przywiązuje się do identyfikacji i oceny rangi czynników działających protekcyjnie. Ponadto w większości przypadków wykazuje się ich istotny udział w profilaktyce zachowań samobójczych – obok identyfikowania i redukcji czynników ryzyka. W świetle cytowanej literatury anglojęzycznej nasuwa się także refleksja, że na gruncie polskim brakuje badań, które pozwoliłyby na wykazanie naszych odrębności kulturowych w tym zakresie.

PIŚMIENNICTWO: BIBLIOGRAPHY:

- Dane WHO. Adres: www.who.int/topics/suicide/en.
- Dane Komendy Głównej Policji. Adres: www.policja.pl.
- Brodniak W.A.: Ramowy program zapobiegania samobójstwom w Polsce na lata 2012–2015. Załącznik nr 4. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2012.
- Risk & Protective Factors. Adres: <http://maine.gov/suicide/about/riskprot.htm>.
- Stukan J.: Diagnostyka ryzyka samobójstwa. Wydawnictwo Prometeusz, Opole 2008.
- Chioqueta A.P., Stiles T.: The relationship between psychological buffers, hopelessness, and suicidal ideation: identification of protective factors. *Crisis* 2007; 28: 67–73.
- Cheng Y., Tao M., Riley L. i wsp.: Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behaviour. *Child Care Health Dev.* 2009; 35: 313–322.
- Sharaf A.Y., Thompson E.A., Walsh E.: Protective effects of self-esteem and family support on suicide risk behaviors among at-risk adolescents. *J. Child Adolesc. Psychiatr. Nurs.* 2009; 22: 160–168.
- Compton M.T., Thompson N.J., Kaslow N.J.: Social environment factors associated with suicide attempt among low-income African Americans: the protective role of family relationship and social support. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2005; 40: 175–185.
- Kleiman E.M., Riskind J.H., Schaefer K.E., Weingarden H.: The moderating role of social support on the relationship between impulsivity and suicide risk. *Crisis* 2012; 33: 273–279.
- Borowsky I.W., Ireland M., Resnick M.D.: Adolescent suicide attempts: risk and protectors. *Pediatrics* 2001; 107: 485–493.
- Ghio L., Zanelli E., Gotelli S. i wsp.: Involving patients who attempt suicide in suicide prevention: a focus groups study. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2011; 18: 510–518.
- Nisbet P.A.: Protective factors for suicidal black females. *Suicide Life Threat. Behav.* 1996; 26: 325–341.
- Stice B.D., Canetto S.S.: Older adults suicide: perceptions of precipitants and protective factors. *Clin. Gerontologist* 2008; 31: 4–30.
- Donald M., Dower J., Correa-Velez I., Jones M.: Risk and protective factors for medically serious suicide attempts: a comparison of hospital-based with population-based samples of young adults. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 2006; 40: 87–96.
- Fleming T.M., Merry S.N., Robinson E.M. i wsp.: Self-reported suicide attempts and associated risk and protective factors among secondary school students in New Zealand. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 2007; 41: 213–221.
- Kleiman E., Liu R.T.: Social support as a protective factor in suicide: findings from two nationally representative samples. *J. Affect. Disord.* 2013; 150: 540–545.
- Walsh E., Eggert L.L.: Suicide risk and protective factors among youth experiencing school difficulties. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 2007; 16: 349–359.
- George A., van den Berg H.S.: The influence of psychosocial variables on adolescent suicidal ideation. *J. Child Adolesc. Mental Health* 2012; 24: 45–57.
- Eskin M., Ertekin K., Dereboy C., Demirkiran F.: Risk factors and protective factors against adolescent suicidal behavior in Turkey. *Crisis* 2007; 28: 131–139.
- Marty M.A., Segal D.L., Coolidge F.L.: Relationship among dispositional coping strategies, suicidal ideation, and protective factors against suicide in older adults. *Aging Ment. Health* 2009; 14: 1015–1023.
- Mathew A., Nanoo S.: Psychosocial stressors and patterns of coping in adolescent suicide attempters. *Indian J. Psychol. Med.* 2013; 35: 39–46.
- Malone K.M., Oquendo M.A., Haas G.L. i wsp.: Protective factors against suicidal acts in major depression: reason for living. *Am. J. Psychiatry* 2000; 157: 1084–1088.
- Linehan M.M., Goodstein J.L., Nielsen S.L., Chiles J.A.: Reason for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *J. Consul. Clin. Psychol.* 1983; 51: 276–286.
- Connel D.K., Meyer R.G.: The reasons for living inventory and a college population: adolescent suicidal behaviors, beliefs, and coping skills. *J. Clin. Psychol.* 1991; 47: 485–489.
- Gutierrez P.M., Osman A., Kopper B.A., Barrios F.X.: Why young people do not kill themselves: the reason for living inventory for adolescents. *J. Clin. Child Psychol.* 2000; 29: 177–187.
- Khan S.A., Farooq S.: Reason for not acting on suicidal ideas. *J. Coll. Physicians Surg. Pak.* 2003; 13: 37–39.
- Woods A.M., Zimmerman L., Carlin E. i wsp.: Motherhood, reasons for living, and suicidality among African American women. *J. Fam. Psychol.* 2013; 27: 600–606.
- Lizardi D., Currier D., Galfalvy H. i wsp.: Perceived reason for living at index hospitalization and future suicide attempt. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2007; 195: 451–455.
- Wong S.Y., Chan D., Leung P.C.: Depressive symptoms in middle-aged med: results from a household survey in Hong Kong. *J. Affect. Disord.* 2006; 92: 215–220.
- Rubenowitz E., Waern M., Willhelmsen K., Allebeck P.: Life events and psychosocial factors in elderly suicides – a case-control study. *Psychol. Med.* 2001; 31: 1193–1202.
- Gearing R.E., Lizardi D.: Religion and suicide. *J. Relig. Health* 2009; 48: 332–341.
- Sisask M., Värnik A., Kõlves K. i wsp.: Is religiosity a protective factor against attempted suicide: a cross-cultural case-control study. *Arch. Suicide Res.* 2010; 14: 44–55.
- Lizardi D., Gearing R.E.: Religion and suicide: Buddhism, Native American and African religions, Atheism, and Agnosticism. *J. Relig. Health* 2010; 49: 377–384.

35. Vaiva G., Teissier E., Cottencin O. i wsp.: On suicide and attempted suicide during pregnancy. *Crisis* 1999; 20: 22, 27, 40, 48.
36. Appleby L.: Suicidal behavior in childbearing women. *Int. Rev. Psychiatry* 1996; 8: 107–115.
37. Gentile S.: Suicidal mothers. *J. Inj. Violence Res.* 2011; 3: 90–97.
38. Goodwin J., Harris D.: Suicide in pregnancy: the Hedda Gabler syndrome. *Suicide Life Threat. Behav.* 1979; 9: 105–115.
39. Lester D., Beck A.T.: Attempted suicide and pregnancy. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1988; 158: 1084–1085.
40. Suchańska A., Krysińska K.: Samobójstwo – perspektywa psychologiczna. Wydawnictwo PWSZ, Konin 2004.
41. Orbach I., Carlson G., Feshbach S., Ellenberg L.: Attitudes toward life and death in suicidal, normal, and chronically ill children: an extended replication. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1984; 52: 1020–1027.
42. Payne B.J., Ranger L.M.: Attitudes toward life and death and suicidality in young adults. *Death Studies* 1995; 19: 559–569.
43. Ribeiro J.D., Witte T.K., Van Orden K.A. i wsp.: Fearlessness about death: the psychometric properties and construct validity of the revision to the Acquired Capability for Suicide Scale. *Psychol. Assess.* 2014; 26: 115–126.
44. Lester D.: Fear of death of suicidal persons. *Psychol. Rep.* 1967; 20: 1077–1078.
45. Lester D.: Inconsistency in the fear of death of individuals. *Psychol. Rep.* 1967; 20: 1084.
46. Orbach I., Kedem P., Gorchover O. i wsp.: Fears of death in suicidal and nonsuicidal adolescents. *J. Abnorm. Psychol.* 1993; 102: 553–558.
47. Orbach I., Palgi Y., Stein D. i wsp.: Tolerance for physical pain in suicidal subject. *Death Studies* 1996; 20: 327–341.
48. Orbach I.: Dissociation, physical pain, and suicide: a hypothesis. *Suicide Life Threat. Behav.* 1994; 24: 68–79.
49. Smith P.N., Cukrowicz K.C., Poindexter E.K. i wsp.: The acquired capability for suicide: a comparison of suicide attempters, suicide ideators, and non-suicidal controls. *Depress. Anxiety* 2010; 27: 871–877.

Informacja dla Autorów!

Chcąc zapewnić naszemu czasopismu „**Psychiatria i Psychologia Kliniczna**” wyższą indeksację MNiSW i Index Copernicus, zwracamy się do Autorów o dopełnienie poniższych warunków podczas przygotowywania pracy do publikacji:

– Praca powinna być poprzedzona streszczeniem zawierającym **od 200 do 250 słów**.

Streszczeniu pracy oryginalnej należy nadać budowę strukturalną:
wstęp, materiał i metoda, wyniki, wnioski.

– Liczba **słów kluczowych** nie może być mniejsza niż 5.

Słowa kluczowe nie powinny być powtórzeniem tytułu.

Najlepiej stosować słowa kluczowe z katalogu MeSH.

– **Praca oryginalna** winna zawierać elementy:

wstęp, materiał i metoda, wyniki, omówienie, wnioski, piśmiennictwo.

– **Piśmiennictwo** należy ułożyć w kolejności cytowania.

Pełny Regulamin ogłaszania prac znajduje się na stronie 8.