

PRACE POGLĄDOWE

ZYGFRYD JUCZYŃSKI

Instytut Psychologii UŁ

Od decyzji do działania: model wyjaśniający zachowania suicydalne

Zachowania suicydalne wyrażają zróżnicowane przejawy działań auto-destrukcyjnych, od dokonanych aktów unicestwienia siebie, poprzez rozmyślne samouszkodzenia, do zapowiedzi wyrażających groźby lub wyobrażenia samobójcze. Panuje zgoda co do tego, iż bez względu na rodzaj manifestowanego zachowania suicydalnego osoba podejmująca tego typu działanie powinna mieć pewną wiedzę czy przekonanie, że podejmowane działanie stanowi bezpośrednie zagrożenie dla jej życia lub zdrowia. Kontrowersje dotyczą natomiast motywacji, która kryje się za tymi działaniami.

W piśmiennictwie poświęconym zachowaniom samobójczym spotykamy opisy stanów prodromalnych, suicydii, suicydopatii czy zespołu presuicydalnego (Ringel 1953; Kielholtz 1967; Pöldinger 1968). Ich charakterystyka ma wyjaśniać proces powstawania zamiaru samobójczego po to, aby móc go identyfikować, a następnie podjąć działania zapobiegawcze ukierunkowane na usunięcie lub przynajmniej zredukowanie jego elementów najbardziej ryzykownych.

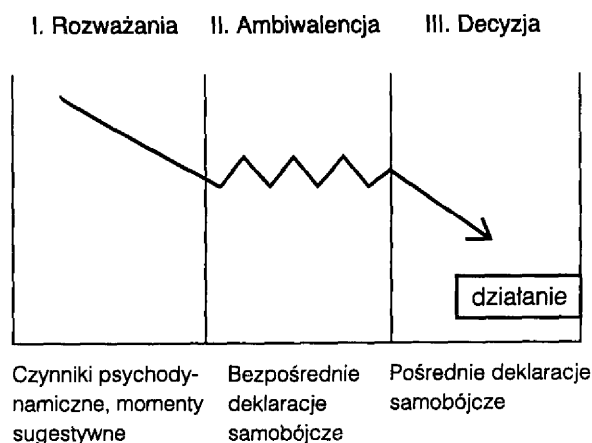
Artykuł jest próbą włączenia objawów zawartych w charakterystyce zespołu presuicydalnego, opisanego przez Ringela (Juczyński 1975; 1997), do zbudowania modelu kształtowania się zamiaru (intencji), nawiązującego do ujęć rozwijanych w psychologii w kontekście modyfikacji zachowań szkodliwych dla zdrowia*. Skoncentrowano się głównie na oczekiwaniach

* Jest to jeden z powodów powoływania się na przykłady zaczerpnięte z problematyki psychologii zdrowia, a zarazem przytaczania bardziej racjonalnych powodów dla podejmowanej decyzji.

skutku działania i własnej kompetencji, stanowiących zasadniczy wyznacznik wprowadzania oraz realizacji zamiaru.

Przydatność różnych modeli weryfikowano w ewaluacji programów dotyczących zmian nawyków palenia, picia, wprowadzania nowych zwyczajów dietetycznych, nowych form aktywności fizycznej czy przestrzegania zaleceń lekarskich. Ujęcie modelowe przedstawia nie tylko propozycję opisu zjawiska, lecz również jego wyjaśnienie, a przede wszystkim pozwala na przewidywanie. Wreszcie zawarte tam konstrukty wiążą się z procesami poznawczymi, które leżą u podłoża procesów motywacyjnych i które – co wydaje się mieć duże znaczenie – podlegają operacjonalizacji przy użyciu różnych narzędzi pomiaru.

Specyfika zachowań suicydalnych



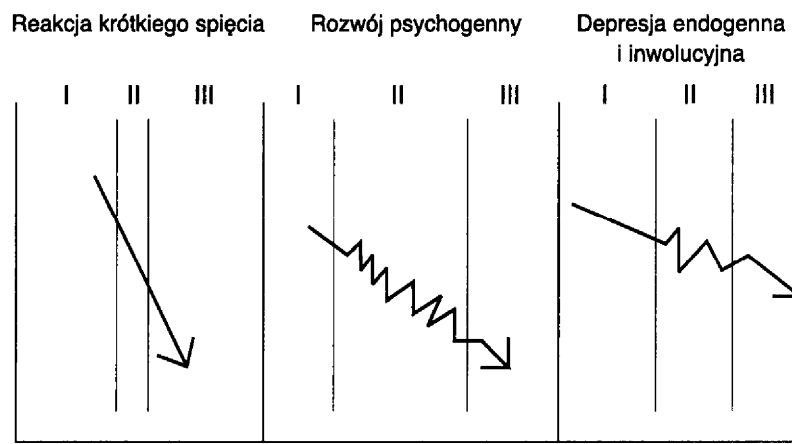
Rys. 1. Stadia rozwoju zamachu samobójczego (Pöldinger 1968)

Pöldinger (1968) przedstawia trzy stadia rozwoju zamiaru, tj. I – rozważania, II – ambiwalencji, III – decyzji (por. rys. 1). W pierwszym stadium samobójstwo jest rozważane jako możliwość rozwiązania rzeczywistych czy subiektywnych problemów. Istotną rolę odgrywa tu hamowanie agresji i poczucie izolacji społecznej. Różnego rodzaju czynniki sugestywne, jak np. wiadomość o próbie samobójczej bliskiej osoby czy przeczytany artykuł na temat samobójstwa, mogą stymulująco wpływać na dalszy rozwój procesu.

W stadium ambiwalencji ujawnia się przeciwstawność stanów uczuciowych jednostki, wyrażających wewnętrzną walkę między tendencjami zachowania życia a życzeniami śmierci. Jej wyrazem mogą być zapowiedzi samobójcze, które na ogół są lekceważone przez otoczenie na skutek błędnego przekonania,

że kto mówi o samobójstwie ten go nie popełni. Wreszcie w stadium decyzji mamy do czynienia jedynie z różnymi wskaźnikami zagrożenia oraz z działaniami przygotowawczymi. Wymienione stadia nawiązują do treści zespołu presuicydalnego opisanego przez Ringela (Juczyński 1975).

Rozwój procesu suicydalnego może przebiegać w różny sposób, co pokazano na rys. 2. W reakcji „krótkiego spięcia” mamy do czynienia z szybkim przebiegiem fazy II. Taki przebieg zamachów samobójczych jest charakterystyczny dla osobników niedojrzałych, wybuchowych, osób upośledzonych umysłowo, a także dla dzieci i młodzieży. Natomiast długi i intensywny przebieg stadium ambiwalencji jest charakterystyczny dla samobójstw uwarunkowanych psychogennie czy reaktywnie. Wreszcie w samobójstwach podejmowanych w depresji i stanach inwolucyjnych przebieg wszystkich trzech faz jest w miarę jednolity.



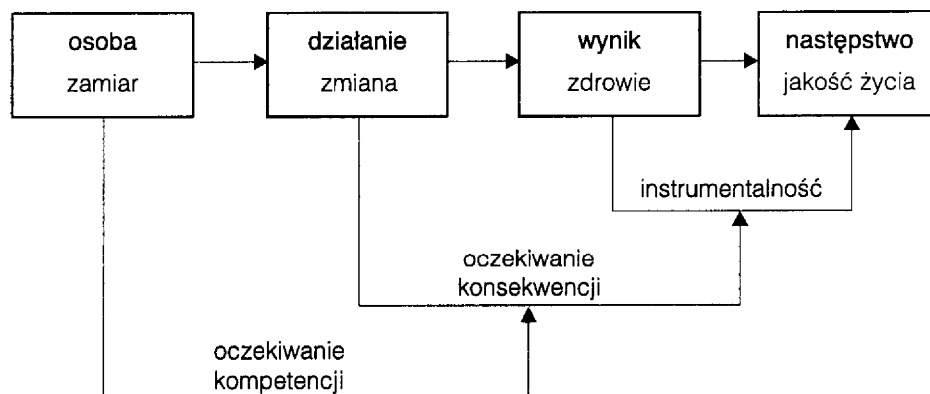
Rys. 2. Typy przebiegu rozwoju zamachu samobójczego (Pöldinger 1968)

Depresja – jak się uważa – poprzedza większość samobójstw. Jednostki depresyjne stanowią najliczniejszą grupę ryzyka. Współcześni badacze wyróżniają dwa zasadnicze motywy samobójstw, tj. samozagładę (ponad połowa przypadków prób samobójczych) oraz chęć manipulowania innymi ludźmi (kilkanaście procent). Pozostali (prawie 1/3 ogółu) łączą w sobie motywy samozagłady z motywami manipulacyjnymi (Rosenhan, Seligman 1994).

Zamiar samobójczy – od stadium rozważań poprzez fazę ambiwalencji, aż do podjęcia postanowienia – jest procesem decyzyjnym, w którym główną rolę odgrywają elementy poznawcze i motywacyjne. Jego wynikiem jest ukształtowany zamiar, który ma prowadzić, dzięki podjęciu celowych działań, do oczekiwanych skutków.

Na ogół skutki, do których zmierzamy, mają pewną hierarchię. Weźmy pod uwagę na przykład nałóg palenia tytoniu, zaliczany do zachowań

ryzykownych i szkodliwych dla zdrowia. Podjęta w wyniku spostrzeganego zagrożenia decyzja rzucenia palenia wiąże się z określonymi oczekiwaniami co do skutku (por. rys. 3). Oczekiwania te polegają na przekonaniu, że w następstwie podjętych działań dojdzie do pożądanego rezultatu. Na ogół jednak rezultat ten nie jest celem samym w sobie, lecz ma prowadzić do osiągnięcia dalszych celów. Na przykład rzucając palenie liczymy na to, że zapobiegniemy chorobie płuc czy serca, a więc doprowadzimy do polepszenia swojego zdrowia. Z kolei zdrowie najczęściej nie jest celem samym w sobie, lecz narzędziem do uzyskania innych wartości czy osiągnięcia lepszej jakości życia.

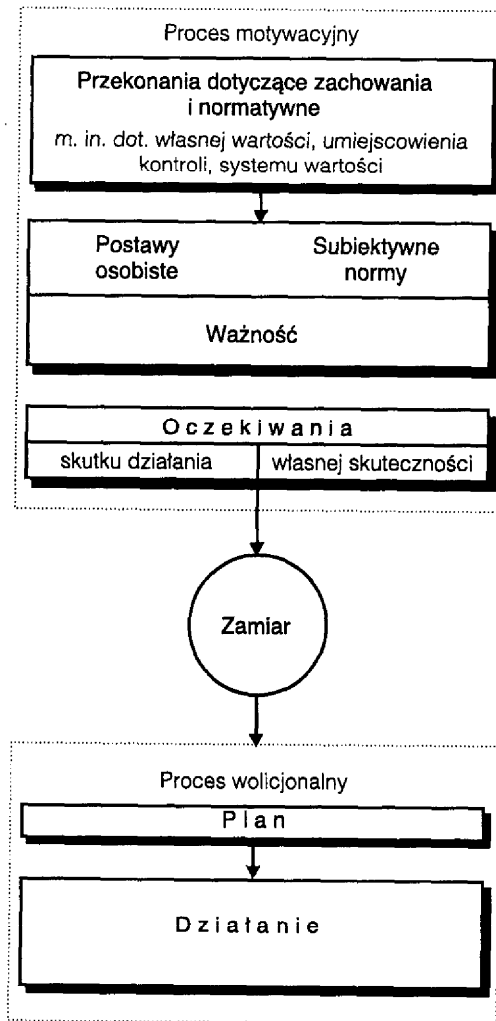


Rys. 3. Hierarchia oczekiwań (na przykładzie zmiany zachowań zdrowotnych)

Zamach samobójczy, jako proces ukierunkowany na całkowicie destrukcyjny dla siebie skutek, eliminuje całą sekwencję wartości działania pokazaną na rys. 3. W tym kontekście jedynie próba samobójcza, za którą kryje się chęć manipulacji, pozwalałaby na identyfikację instrumentalnego znaczenia działania. Tym samym byłby to wskaźnik umożliwiający zróżnicowanie zamiarów suicydalnych.

Elementy składowe formułowanego zamiaru

Teorie analizujące proces podejmowania decyzji nawiązują do bardziej ogólnych teorii psychologicznych, zwłaszcza poznawczych. Jednym z pierwszych modeli, który znalazł swoje zastosowanie, najpierw w przewidywaniu przestrzegania przez pacjentów zaleceń lekarskich, później zaś w przewidywaniu zachowań zdrowotnych, był Model Przekonań Zdrowotnych Beckera (1974). U podłoża decyzji zmiany (np. rzucenia palenia, przeprowadzenia badań



Rys. 4. Kompetencyjny model zmiany zachowania

kontrolnych, rozpoczęcia diety czy ćwiczeń) leżą przekonania dotyczące podatności i stopnia ciężkości określonego zagrożenia. Jednostka, która przypisuje sobie podatność na rozwój określonej choroby, a której skutki medyczne i społeczne ocenia jako bardzo poważne, wzbudza u siebie poczucie zagrożenia mobilizujące ją do podjęcia określonych zmian.

Mechanizm powstania zamiaru samobójczego, jak wynikało to chociażby z rys. 1, nie zawiera elementów zagrożenia związanych z lękiem, lecz najczęściej pozostaje w związku z depresją. Według teorii poznawczych, depresja jest spowodowana przez negatywne myśli o sobie, o wydarzeniach życiowych,

o przyszłości oraz przez błędny proces wnioskowania. Z kolei w ujęciu teorii wyuczonej bezradności depresja jest oczekiwaniem na negatywne zdarzenia. Innymi słowy, określone komponenty poznawcze poprzedzają nastawienie emocjonalne do danego zjawiska, w tym przypadku do decyzji podjęcia działania autodestrukcyjnego.

Konstrukty zawarte w Teorii Planowanego Zachowania Ajzena i Fishbeina (1980) pozwalają na bardziej zasadne odniesienie do zachowania suicydalnego. Zachowanie (działanie) według autorów, wynika z zamiaru, zaś u podłoża zamiaru leżą postawy jednostki i subiektywne normy (por. rys. 4). Postawy zawierają komponenty emocjonalne i wartościujące oraz wyrażają określone predyspozycje do działania. Z kolei postawy budowane są na przekonaniach osobistych, które zawierają składniki poznawcze, określoną wiedzę, np. że „palenie prowadzi do raka” albo „palenie działa na mnie stymulująco”.

Ludzie na ogół robią nie tylko to, co sami uważają za słuszne, lecz również to, czego inni od nich oczekują. W naszych działaniach uwzględniamy więc pewne subiektywne normy wynikające z normatywnych przekonań, tj. oczekiwań przypisywanych osobom dla nas znaczących czy bliskich. Jeżeli przekonania pochodzące z różnych źródeł są jednolite, zwłaszcza gdy są one zgodne z przekonaniem osobistym, wtedy stają się ważniejsze i ich wpływ na powstanie zamiaru oraz zachowanie jest silniejszy, ponadto bardziej bezpośredni.

To, co w sferze poznawczej ma związek z zachowaniem suicydalnym wyrażone jest w postaci pierwszego objawu zespołu presuicydalnego, nazywanego przez Ringela ograniczeniem życia psychicznego. Wiąże się ono z przekonaniem o ograniczeniu: a) osobistych możliwości, b) dynamiki rozwoju, c) kontaktów interpersonalnych oraz d) systemu wartości. Ograniczenie życia psychicznego, charakteryzujące zespół presuicydalny, doprowadza do wzrostu tendencji autodestrukcyjnych potrafiących wyzwolić tę siłę, która jest zdolna do przewyciężenia instynktu samozachowawczego.

Jeżeli normatywne przekonania, dotyczące moralnej oceny samobójstwa, nie zawierają dostatecznie silnych elementów konstruktywnych, a tym samym nie stwarzają dostatecznie silnego zabezpieczenia dla tej wartości, jaką jest życie, to decydujący wpływ w procesie powstawania decyzji mogą mieć postawy osobiste jednostki, jej przekonania podważające sens swojego życia i emocje wyrażające uczucia rozczarowania i zniechęcenie.

Negatywna ocena przeżywanego zdarzenia, na skutek znacznego ograniczenia innego typu doznań i pozostająca w ścisłym związku z depresją, może stać się dominująca i wpłynąć bezpośrednio na zamiar pozbawienia siebie życia. Wiąże się to z drugim objawem zespołu presuicydalnego, tj. hamowaniem agresji, co jest momentem rozstrzygającym dla zwrotu agresji przeciwko sobie.

Powyższy stan przeżywanego kryzysu, wyrażony na rys. 4 w postaci konstruktów „ważności”, może bezpośrednio wpłynąć na zamiar autodestrukcji,

lecz na ogół zamiar kształtowany jest w kontekście oczekiwań dotyczących skutków zdarzeń i własnej skuteczności. Na temat oczekiwań dotyczących skutków przewidywanych w przyszłości powoływano się już wcześniej (por. rys. 3). Chodzi tu o przekonania, iż ewentualnie podjęte działania mogą rzeczywiście doprowadzić do oczekiwanych wyników, przynieść gratyfikację. Wyjaśnienia wymaga natomiast pojęcie własnej skuteczności.

Pojęcie własnej skuteczności jest utożsamiane z pojęciem kompetencji osobistej, w której – według Bandury (1977) – można wyróżnić trzy aspekty, tj. poziom określający stopień trudności zadania; ogólność – wyrażająca wielość zróżnicowanych sytuacji; siłę – stanowiącą o pewności własnego przekonania co do posiadanych kompetencji. Chodzi więc – ogólnie mówiąc – o subiektywny obraz własnych możliwości dotyczących efektów podjętego przez siebie działania. Obraz ten ukształtowany zostaje w wyniku różnych życiowych doświadczeń, zarówno pozytywnych, jak i negatywnych.

Oczekiwanie kompetencji traktowane jest jako wyznacznik zamiaru i samego działania na równi z postawami osobistymi i normami. W ten sposób model Ajzena i Fishbeina został uzupełniony o kolejny konstrukt wyjaśniający (De Vries i in. 1988), traktowany czasem jako zamiennik wcześniej używanego pojęcia poczucia kontroli.

Można zakładać, że niewielkie przecenianie własnej kompetencji jest pomocne, natomiast zbytne przecenianie siebie, związane z nierealistyczną oceną sytuacji, prowadzi do błędnych decyzji i działań, co z kolei rodzi nowe problemy.

Oczekiwana skuteczność ma znaczenie motywacyjne. Przede wszystkim wywiera wpływ na wybór sytuacji, na ustalenie preferencji dla czynności związanych z podjęciem postanowienia. Równocześnie od oceny własnych kompetencji zależy wcielenie zamiaru w czyn oraz podtrzymywanie wykonywanych działań, pomimo różnych przeciwności osłabiających jego wykonywanie.

Jednostka stojąca w obliczu podjęcia decyzji związanej z działaniem autodestrukcyjnym musi dokonać oceny swojej kompetencji i oczekiwać skuteczności w tym zakresie. Ścisły związek samobójstw z depresją sugeruje występowanie oczekiwań podważających własne kompetencje do działań konstruktywnych, a więc zmieniających negatywną ocenę siebie, aktualnej sytuacji oraz przyszłości.

Realizacja ustalonego zamiaru

Na ogół sam zamiar nie wystarcza do podjęcia działania, choć – jak się uważa – jest najlepszym wyznacznikiem zachowania. Każdy z nas doświadczył rozbieżności występujących między „chcieć” a „móc”. Chyba

nie ma nałogowego palacza, który przynajmniej raz w życiu nie chciałby rzucić palenia. Zarówno w przypadku powstania zamiaru, jak i w jego realizacji mogą sprzyjać różne pobudki do rozpoczęcia działania (np. usłyszana przykra uwaga na swój temat, przeczytany artykuł). Są to sytuacyjne wzmocnienia, które ułatwiają (względnie utrudniają) zainicjowanie działania.

Samo przekształcenie zamiaru w czyn jest procesem wolicjonalnym, który nie jest ograniczony jedynie do siły woli, lecz obejmuje ogół procesów związanych z działaniem, a więc zarówno elementy poznawcze, jak i sytuacyjne (Schwarzer 1992). Siła woli wyraża się w postaci wysiłku i wytrwałości. Wysiłek jest konieczny do zainicjowania działania, które zależy od siły zamiaru leżącego u jego podłoża oraz od dotychczasowych prób realizacji tego czy podobnych zamiarów. Natomiast wytrwałość jest potrzebna do podtrzymania ustalonego kierunku działania w dłuższym czasie, co – w zależności od obranego sposobu popełnienia samobójstwa – może mieć swoje znaczenie.

Przekształcenie zamiaru w czyn wymaga sprecyzowania postanowienia. W tę fazę przeddziałaniową włączone zostają czynniki wolicjonalne, zaś postanowienie przybiera postać szczegółowego planu (por. rys. 4). Na przykład – jeżeli ktoś zamierza zmniejszyć swoją wagę o 20 kg, to musi sobie ustalić szczegóły dotyczące diety na kolejne dni, zaplanować zakres i czas wykonywania ćwiczeń gimnastycznych, wszystko ustalić w szczegółach wraz z alternatywnymi rozwiązaniami.

W planowaniu znaczącą rolę odgrywają oczekiwania dotyczące własnej skuteczności, o których była już mowa w kontekście powstawania zamiaru. Szczegółowe planowanie wymaga uwzględnienia rzeczywistych możliwości wykonania określonego działania, a więc przewidywania przeszkód związanych z własną osobą lub sytuacją.

Powyższy konstrukt ma swoje odniesienie do trzeciego objawu zespołu presuicydalnego, a mianowicie wyobrażeń o śmierci. Treść wyobrażeń o śmierci pozwala – zdaniem Ringela – na ocenę stopnia zagrożenia suicydalnego. Najłatwiej wyobrazić sobie fakt „bycia umarłym”, znacznie trudniej fakt umierania. Jeszcze innych kompetencji należy oczekiwać w przypadku wyobrażania sobie przyłożenia ręki do uśmiercenia siebie, lecz bez konkretnego jeszcze zaplanowania tego działania. Najbardziej niebezpieczny stopień to przemyślane w szczegółach sposoby popełnienia samobójstwa. W tym przypadku własne kompetencje mają znaczenie motywacyjne. Równocześnie wpływają one na proces działania, umożliwiając realizację zamiaru i jego podtrzymywanie mimo pojawiających się przeciwności.

Faza działania, w przypadku zamachu samobójczego, odbiega od modelu działań charakteryzującego przebieg procesu zmiany różnych zachowań

zdrowotnych. Elementem wyróżniającym jest jego jednorazowość i brak oceny. W związku z tym mniejsze znaczenie można przypisać sile woli, wyrażającej się w wytrwałości w kontynuowaniu działania (choć od-ratowani samobójcy nierzadko wspominają o chęci zmiany zainicjowanego działania, np. w trakcie skoku z wysokości). Natomiast można przyjąć, że wymagana jest większa siła woli związana z wysiłkiem potrzebnym do zainicjowania działania.

Przebieg działania zależy wreszcie od różnych czynników sytuacyjnych, takich jak zaistniałe przeszkody, otrzymywane wsparcie itp. Tak przedstawiony proces działania jest dużym uproszczeniem, gdyż w rzeczywistości mamy do czynienia z wieloma działaniami powiązаныmi ze sobą, których przebieg i wyniki podlegają stałej kontroli i ocenie.

Uwagi końcowe

Przedstawiony model procesu powstawania zamiaru i jego przekształcania w działanie autodestrukcyjne nawiązuje do koncepcji poznawczych, według których zniekształcone treści poznawcze, oczekiwania czy przekonania powodują zaburzenia zachowania. Decydującą rolę w procesie formułowania zamiaru odgrywają oczekiwania dotyczące wyniku działania wynikającego z formułowanego zamiaru i oceny własnej skuteczności. Z pewnością zachowanie jest efektem nie tylko czynników poznawczych, lecz ich znaczenia nie należy przeceniać.

Zarysowany model nawiązuje do Teorii Planowanego Zachowania Ajzena i Fishbeina, Teorii Skuteczności Bandury oraz Modelu Społeczno-Poznawczego Modyfikacji Zachowań Schwarzera i jest próbą powiązania procesów poznawczych z działaniem. Ponieważ akcentuje oczekiwania skutku działania i własnej skuteczności, można by go nazwać modelem kompetencyjnym.

Przypisywanie sobie kompetencji wiąże się z postrzeganiem osobistego wpływu i sprawowania kontroli nad skutkami podejmowanego działania. Tego typu kompetencje przejawiają jednostki zintegrowane, dojrzałe, radzące sobie, lecz również – co może być pewnego rodzaju zaskoczeniem – osoby charakteryzujące się depresyjnym stylem atrybucji (Schwarzer 1992). Poczucie bezradności sprzyja bowiem występowaniu i utrzymywaniu się sprzeczności między zachowaniem a jego skutkami zewnętrznymi oraz potęguje negatywne skutki poznawcze, emocjonalne i motywacyjne.

Charakterystyczna dla samobójstw faza ambiwalencji byłaby więc wyrazem zmagania się jednostki ze zmieniającym się poczuciem kontroli, braku stabilności i skuteczności. Dopóki brak subiektywnego przekonania co do

swojej skuteczności, dopóty niesprecyzowany zostaje ostateczny zamiar działania. Przyszły samobójca musi dojść do przekonania, że przynajmniej w tym jednym jest kompetentny, a więc potrafi skutecznie zrealizować swoje postanowienie.

Ocena poszczególnych elementów modelu pozwala na oszacowanie stopnia ryzyka poprzez ustalenie ważności różnych przekonań osobistych i normatywnych, oszacowanie kompetencji i oczekiwań dotyczących skutków rozważanych działań.

Zarysowany model ukierunkowuje również działania terapeutyczne. Zgodnie z zasadami teorii kognitywnych, zmiana treści poznawczych prowadzi do zmiany zachowania. Zwolennicy koncepcji poznawczych wypracowali szereg technik terapeutycznych, często łączonych z technikami behawioralnymi, jak terapia racjonalno-emotywna A. Ellisa, terapia poznawcza A. Becka. Tego typu techniki mogą być wykorzystywane w terapii osób o wzmożonym ryzyku suicydalnym, osób po próbach samobójczych czy osób depresyjnych.

Bibliografia

- Ajzen I., Fishbein M. (1980), *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*, Englewood Cliffs, New York
- Bandura A. (1977), *Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*, „Psychological Review”, **84**, 19–215
- Becker M. H. (1974), *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*, Thorofare, Slack, New York
- De Vries H., Dijkstra M., Kuhlman P. (1988), *Self-Efficacy: The Third Factor Besides Attitude and Subjective Norm as a Predictor of Behavioral Intentions*, „Health Education Research”, **3**, 273–282
- Juczyński Z. (1975), *Zespół presuicydalny*, „Psychiatria Polska”, **IX**, **5**, 555–561
- Juczyński Z. (1997), *Ocena ryzyka zachowań autodestrukcyjnych na podstawie cech zespołu presuicydalnego*, [w:] P. Oleś (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii osobowości*, TN KUL, Lublin, 69–79
- Kielholtz P. (1967), *Diagnose und Therapie der Depressionen für den Praktiker*, Lehmanns, München
- Pöldinger W. (1968), *Die Abschätzung der Suizidalität*, H. Huber Verlag, Bern–Stuttgart
- Ringel E. (1953), *Der Selbstmord. Abschluss einer krafthaften psychischen Entwicklung*, Maudrich, Wien–Düsseldorf
- Rosenhan D., Seligman M. (1994), *Psychopatologia*, PTP, Warszawa
- Schwarzer R. (1992), *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*, Hogrefe, Göttingen–Toronto–Zürich

ZYGFRYD JUCZYŃSKI

From decision to action: an explanatory model of suicidal behaviour

The paper presents attempt to formulate an explanatory model decision-making of suicidal behaviour. The Author links the presuicidal syndrome, described by Ringel, with concepts developed in cognitive psychology.

The presuicidal syndrome is described as the presence of three main symptoms prior to a suicide: confinement, changes in aggression and suicidal imaginations. Cognitive processes, among them expectations of outcome and self-efficacy, play very important role.

The model links to theory of planned behaviour of Ajzen and Fishbein, self-efficacy of Bandura and social-cognitive model of behavioural modification of Schwarzer.

Key words: suicidal behaviour, presuicidal syndrome, expectancies of outcome, self-efficacy, explanatory model.