



**Konrad Harasim**

Instytut Psychologii UMCS, Lublin, Poland  
E-mail: [konrad.harasim@poczta.umcs.lublin.pl](mailto:konrad.harasim@poczta.umcs.lublin.pl)

# Efektywność profilaktyki i terapii zachowań samobójczych – stan badań */ The Effectiveness of Suicide Prevention and Therapy – State of Research*

## Abstract

The loss of social- and self-proficiency of people who went through suicidal crisis should be a sufficient reason for creating and perfecting a consistent and effective suicidal prevention whereby we can bring the would-be suicides back biological, social and economic condition. For this purpose we have to concentrate on suicide motives (Hołyst, 2002).

The already existing prevention system we can reproach that it is one-sided, i.e. is based only on medical treatment and neglects the psychological care. Symptomatic treatment, no interest in suicide motives and no support for suicides' will to live are often behind any future suicide attempts.

**Key words:** pre- and postsuicidal prevention, treatment types in suicidology.

## WPROWADZENIE

Samobójstwo to proces uwarunkowany wieloczynnikowo, w którym ogromną rolę odgrywają czynniki psychospołeczne, zaburzenia psychiczne, biologiczne, obciążenia genetyczne, cechy osobowości, wydarzenia życiowe, ważne wydarzenia rodzinne i przewlekłe choroby (Komender w: Hołyst, Staniaszek, 1995). Z badań wynika, że stosunek samobójstw usiłowanych do samobójstw dokonanych szacowany jest na 6:1, 20:1 i dochodzi nawet do 50:12 (Anthony, 1994; Têtaz, 1976). Dziewczyny trzy razy częściej niż chłopcy podejmują próby samobójcze, ale chłopcy o wiele częściej umierają w wyniku tych zamachów (Hołyst, 2002). 50% nastoletnich samobójców ponawia próby odebrania sobie życia, w wyniku których do 11,3% chłopców i do 3,9% dziewczyn umiera (Shaffer, Gould, Garland, 1988).

Z przeprowadzonych badań wynika, że około 50% młodzieży popełniających samobójstwo przejawia zaburzenia psychiczne (Hoare, 1993, s. 107). U podłoża decyzji o zamachu leży niejednokrotnie trwająca przez wiele miesięcy depresyjność, manifestująca się wieloma somatycznymi dolegliwościami (na przykład bóle głowy, zaburzenia snu i łaknienia) i zaburzeniami psychicznymi (na przykład słabsza koncentracja uwagi, pogorszenie zachowania i wyników w nauce, wagar, nadużywanie alkoholu, zachowania przestępcze, czy zbyt wczesna aktywność seksualna). Inne zaburzenia i choroby psychiczne, przejawiane często przez samobójców to zaburzenia afektywne, napady lęku i paniki, uzależnienia i schizofrenia. Wskaźnikami, które powinny zwrócić uwagę, gdyż mogą wskazywać na możliwość wystąpienia aktu samounicestwienia są: rozważania dotyczące śmierci i mówienie o nich, rozdawanie cennych dla samobójcy rzeczy, wyrażanie ostatniej woli, ograniczenie kontaktów z rodziną i przyjaciółmi, zmniejszenie aktywności, nagłe wybuchy gniewu albo apatia, zaburzenia odżywiania i związany z tym duży ubytek lub przyrost wagi, brak zainteresowania swoim wyglądem fizycznym i zdrowiem, czy wcześniejsze zachowania autodestrukcyjne (Hołyst, 2002).

Na decyzję o podjęciu próby samobójstwa zawsze składa się wiele różnych czynników, dlatego profilaktyka samobójstw należy do trudnych i złożonych zagadnień.

### **Profilaktyka pre i postsuicydalna**

Profilaktykę samobójstw można podzielić na:

1. **profilaktykę presuicydalną**- mającą miejsce przed wystąpieniem zamachu na własne życie. Obecnie praktycznie nie ma żadnego planowanego i celowego systemu profilaktyki presuicydalnej,
2. **profilaktykę postsuicydalną**- występującą po nieudanej próbie samobójczej, mającą na celu zapobieganie ponowieniu aktu samounicestwienia przez niedoszłego samobójcę (B. Hołyst, 2002).

D. Shaffer wyróżnia trzy stopnie zapobiegania samobójstwom (Shaffer, Gould, Garland, 1988, s.680; Hołyst, 2002,s.888):

1. **Zapobieganie pierwszego stopnia**- to identyfikacja i zmiana niekorzystnych warunków, przyczyniających się do kształtowania myśli i zachowań samobójczych. Związane jest to z polityką społeczną, której celem jest zapobieganie różnym zjawiskom patologicznym, na przykład nadużywaniu alkoholu przed rodziców, czy rozpadowi rodziny. Innym rodzajem zapobiegania pierwszego stopnia jest edukacja rodziców na temat ich wpływu na kształtowanie się i rozwój osobowości dziecka i wyposażenie ich w metody radzenia sobie w trudnych i niecodziennych sytuacjach wychowawczych (Hołyst, 2002). Na obniżenie liczby samobójstw młodocianych może mieć wpływ informowanie w bardzo wyważony sposób w mediach o próbach samobójczych (Low, Andrews, 1990)
2. **Zapobieganie drugiego stopnia**- wczesna identyfikacja jednostek, które są szczególnie zagrożone samobójstwem, przejawiające takie objawy jak na przykład: depresja, pochodzenie z dysfunkcyjnych, patogenicznych środowisk,

ujawnianie określonych cech osobowości, somatyczne i psychiczne choroby przewlekłe, czy posiadanie krewnych samobójców. Podczas zapobiegania drugiego stopnia wymagane jest upowszechnianie wiedzy z zakresu zachowań presuicydalnych i zjawiska samobójstwa wśród grup osób, którzy zawodowo mają kontakt z dziećmi i młodzieżą: wśród lekarzy, psychologów, pielęgniarek, nauczycieli i wychowawców. Oni mogą przez nawiązanie kontaktu z zagrożonym dzieckiem, oddziaływanie na jego rodzinę, opiekę psychologiczną, skierowanie do specjalisty, czy przez odpowiednie leczenie przyczynić się do zredukowania liczby zamachów dzieci i młodzieży na swoje życie. Istotne jest też wzbogacanie wiedzy młodzieży z zakresu możliwości korzystania z profesjonalnej pomocy psychologicznej i negatywnych skutków zachowywania tajemnicy dotyczącej samobójczych myśli i planów przyjaciół i kolegów (Ross, 1985).

**3. Zapobieganie trzeciego stopnia** dotyczy dzieci i młodzieży przejawiających myśli lub zachowania samobójcze i jego celem jest uniemożliwienie dokonania lub ponowienia zamachu. Obejmuje:

- usunięcie środków, które mogłyby być użyte przez samobójcę, takich jak leki, ostre przedmioty, broń palna;
- odpowiednie działania podjęte bezpośrednio po zamachu na swoje życie;
- długotrwały wpływ terapeutyczno-rehabilitacyjny.

Każde dziecko lub nastolatek, który targnął się na swoje życie lub mówi o swoich myślach samobójczych, powinien być jak najszybciej zbadany przez psychiatrę dziecięcego i psychologa, którzy oceniają jego stan psychiczny za pomocą odpowiednich rozmów. Pytania dotyczą myśli samobójczych, intencji samobójstwa, dostępności metod i środków, podjętych czynności, których celem było zapobiec ocaleniu życia, czy sytuacji rodzinnej, szkolnej, rówieśniczej, w której ukształtowały się myśli i zachowania samobójcze. Jeśli zachodzi niebezpieczeństwo ponowienia zamachu konieczna jest hospitalizacja w szpitalu psychiatrycznym, gdzie samobójcy poddawani są psychoterapii, socjoterapii i, jeśli zachodzi taka potrzeba, farmakoterapii. Po zakończeniu leczenia szpitalnego chorzy kierowani są pod opiekę poradni psychologicznej, gdzie otrzymują pomoc psychologiczną przez co najmniej rok, gdyż w tym okresie istnieje największe ryzyko ponowienia zamachu (Hołyst, 2002; Weissman, 1974). W przypadku braku wskazań do hospitalizacji, niedoszli samobójcy są kierowani do poradni psychologicznej, gdzie psycholog i psychiatra dziecięcy oceniają stan i stopień zagrożenia jednostki, analizują skład i funkcjonowanie rodziny dziecka, komunikację rodzinną i więzi uczuciowe łączące dziecko z każdym rodzicem i rodzeństwem, a także podejmują decyzję o formie pomocy. W zależności od przypadku, potrzeb i okoliczności podejmują:

- próbę korekcji destrukcyjnych metod i środków wychowawczych,
- różne rodzaje psychoterapii (terapia indywidualna, grupowa, rodzinna),
- farmakoterapię,
- kontakt z opiekunami niedoszłego samobójcy, jeżeli przebywa on tymczasowo lub na stałe poza domem rodzinnym (na przykład w Domu Dziecka, w Pogotowiu Opiekuńczym czy w rodzinie zastępczej),

- kontakt ze szkołą, gdy dziecko ma duże braki w wiedzy lub trudności w nauce, w wyjątkowych sytuacjach może być rozważana zmiana klasy lub szkoły,
- skierowanie na leczenie na oddział psychiatryczny,
- skierowanie do sanatorium neuropsychiatrycznego w przypadku braku możliwości zapewnienia dziecku opieki w rodzinnym domu (np. w wyniku choroby matki, alkoholizmu, sprawy rozwodowej),
- kontakt z sądem w przypadku konieczności zapewnienia opieki kuratora (Hołyst, 2002).

Istotną rolę w procesie zapobiegania ponownym zamachom odgrywa według O. Halfon odpowiednio długotrwała hospitalizacja z kontynuacją nauki szkolnej (Komender, 1995, s. 95). Pacjenci mogą dzięki temu wyrównać zaległości w nauce, podwyższyć swoją samoocenę i polepszyć tolerancję na stres szkolny (Hołyst, 2002).

Podczas badania psychiatrycznego psychiatra dowiaduje się o tym, jak niedoszły samobójca: spostrzega własną sytuację w szkole, w rodzinie, dlaczego myśli, mówi lub próbuje się zabić, jakie miał intencje i sposób pozabawienia się życia, czy podjął działania zabezpieczające przed ocaleniem, jak zachowywał się po odratowaniu, jak ocenia swoje postępowanie, czy napisał listy pożegnalne, czy nadal ma myśli o samobójstwie, czy snuje plany na przyszłość. Ważna jest ocena objawów psychopatologicznych, stopnia gotowości do zmian i polepszenia komunikacji w rodzinie. Diagnozę psychiatryczno-psychologiczną można pogłębić poprzez badanie kwestionariuszem Siegelmana i Roe „Moja matka”, „Mój ojciec”, krakowskim kwestionariuszem objawowym do pomiaru depresji, testem Cattela, testem inteligencji Wechslera, czy testem zdań niedokończonych Kostrzewskiego (Hołyst, 2002).

Podczas procesu profilaktyki postsuicydalnej bardzo istotne jest, czy niedoszły samobójca został odratowany, czy też sam wycofał się z podjętej przez siebie decyzji. Te dwie przeciwstawne formy ocalenia wiążą się z koniecznością zróżnicowanego postępowania postsuicydalnego. Poza tym przyczyną zaniechania popełnienia samobójstwa może być świadoma decyzja o rezygnacji z zamachu, lub też zewnętrzne okoliczności, których niedoszły samobójca nie przewidział przy planowaniu strategii odebrania sobie życia. Jeszcze inna jest sytuacja tych samobójców, którzy zostali odratowani w wyniku świadomie lub podświadomie popełnionych przez siebie błędów, dzięki którym istniała szansa na uratowanie życia. Różne mogą być też postawy osób odratowanych wobec życia. Nie jest prawdą stwierdzenie, że ocalona jednostka wbrew jej woli czy w wyniku popełnionego przez nią błędu nadal zamierza odebrać sobie życie, a jednostka, która dokonała próby manipulacyjnie lub w wyniku nagłego impulsu zaniechała popełnienia samobójstwa, w przyszłości nie ponowi próby. Zatem metody profilaktyki i terapii postsuicydalnej w dużej mierze zależą od okoliczności odratowania niedoszłego samobójcy, jak również od późniejszych jego reakcji (Hołyst, 2002).

Nie istnieje żaden skuteczny system terapeutyczny, ani rehabilitacyjny, który daje pewność, że samobójca nie ponowi nigdy próby zamachu. Musimy zadowolić się jedynie pewnym zakresem gwarancji efektywności systemów zapobiegania zacho-

waniom autodestrukcyjnym. (Hołyst, 2002). Skuteczność profilaktyki postsuicydalnej częściowo wiąże się z uciążliwymi czynnościami medycznymi i okolicznościami społecznymi towarzyszącymi procesowi ratowania samobójcy.

W obawie przed ponownym ich doświadczeniem lub na skutek uświadomienia sobie sensu życia wiele osób nie decyduje się na powtórny zamach na swoje życie (Hołyst, 2002).

Według U. Otto młodzi dorośli, mający za sobą próby samobójcze w przeszłości, istotnie gorzej funkcjonują w porównaniu z osobami, którzy nie próbowali nigdy odebrać sobie życia (Otto, 1966, s. 97; Hołyst, 2002, s.891). Duża część odratowanych samobójców nie potrafi w pełni realizować siebie, a zatem nie pełnią oni prawidłowo funkcji społecznych. Zatem mimo licznych zachowań prewencyjnych należą oni do grupy wysokiego ryzyka, zagrożonej śmiercią z powodu popełnienia samobójstwa. Wielu z nich rezygnuje z dbałości o siebie i z zaspokajania własnych podstawowych potrzeb. Jest to szczególnie rodzaj metamorfozy, w którym przejawia się niechęć do siebie i otoczenia, protest, dezaprobata wobec własnego miejsca w społeczeństwie, stosunków społecznych, bunt, i ma miejsce dopóki występują okoliczności podtrzymujące motywacje popełnienia samobójstwa (Hołyst, 2002).

Celem profilaktyki postsuicydalnej jest to, aby:

- jednostka nie powracała do suicydalnych zachowań,
- nie wypadła ze swojej normalnej, możliwej dla jej wieku i kondycji, społecznej aktywności,
- przejawiała twórcze postawy wobec życia,
- przejawiała motywację altruistyczną i czuła się odpowiedzialna za życie w społeczeństwie
- posiadała antyfrustracyjne blokady chroniące ją przed działaniami autodestrukcyjnymi i aspołecznymi (Hołyst, 2002).

Podstawowym celem postępowania z osobami, które próbowały targnąć się na swoje życie jest nauczanie konstruktywnych wzorów radzenia sobie w taki sposób, aby podczas realizacji swoich indywidualnych celów:

- nie przekraczać posiadanych przez siebie uprawnień,
- nie rezygnować z siebie,
- w swoich dynamicznych i elastycznych reakcjach nie ulegać konformizmowi,
- nie ulegać frustracji, lecz pokonywać trudności,
- chronić siebie podczas sukcesu i klęski,
- uniezależnić oceny swoich możliwości od presji opinii społecznej i panującej mody,
- umieć okresowo zrezygnować z wykonywania czynności, by nie marnować sił na nierealny tymczasowo cel,
- umieć wiązać cel z drogą,
- umieć prosić innych o pomoc,

- czuć się odpowiedzialnym za siebie i innych, zapewniając im emocjonalną stabilizację.

Te same cele należy wyznaczać w profilaktyce szeroko rozumianej, jednak w profilaktyce postsuicydalnej powinny być realizowane bardziej intensywnie, gdyż jednostki, które mają za sobą kryzys suicydalny, zazwyczaj doświadczają silniejsze konflikty wewnętrzne niż reszta populacji (Hołyst, 2002). Realizacja programu prewencji może napotkać na swojej drodze wiele utrudnień, takich jak:

- osobowość odratowanego samobójcy,
- poziom intelektualny samobójcy,
- trwałe cechy psychokulturowe,
- sytuacja społeczna samobójcy,
- diagnoza i terapia,
- postawy społeczeństwa wobec samobójców (Hołyst, 2002).

Shneidman uważa, że opieką psychologiczną trzeba otoczyć nie tylko niedoszłego samobójcę, ale także jego najbliższych, rodzinę i przyjaciół. Ten rodzaj pomocy psychologicznej nazwał postwencją (Shneidman, 1969, s.249; Mishara, 1995). Autor ten wyróżnia też podstawowe zasady i wskazówki dotyczące psychoterapii i interwencji kryzysowej stosowanej wobec osób z tendencjami samobójczymi (Shneidman, 1993b, 1994a, 1996):

1. Codzienne monitorowanie poziomu ryzyka samobójstwa i perturbacji, rozumianej jako stopień zawężenia myślenia i impulsywności. Można do tego wykorzystać 9 stopniową skalę.
2. Głównym celem psychoterapii osoby samobójczej jest zmniejszenie ryzyka śmierci poprzez redukcję odczuwanej przez pacjenta perturbacji, zaspokajanie jego potrzeb, zmianę warunków życia, redukcję poczucia bezradności i beznadziejności. Ważne, by terapeuta był aktywny, okazywał troskę, angażował do współpracy najbliższych pacjenta i kontaktował się z instytucjami, mogącymi pomóc cierpiącej osobie.
3. Zniesienie zawężenia i tunelowego myślenia. Cechy te sprawiają, że jednostka spostrzega samobójstwo jako jedyne wyjście i najlepsze rozwiązanie swojego problemu. Terapeuta powinien pokazać pacjentowi, że jest znacznie więcej możliwości poradzenia sobie z problemem, których on nie dostrzega. Należy stworzyć z pacjentem listę dostępnych mu rozwiązań, włącznie z samobójstwem, uporządkować te rozwiązania według stopnia trudności realizacji, ustalić które są najłatwiejsze i które będą wprowadzane w życie.
4. Obniżenie poziomu odczuwanego bólu psychicznego i zwiększenie psychicznego komfortu pacjenta. Ból psychiczny często ma swoje źródła w sfrustrowanych potrzebach, które należy zdiagnozować, by opracować plan interwencji wobec danej osoby. Stosowanie technik terapeutycznych takich jak interpretacja, wzmacnianie, wyjaśnianie, parafraza ma na celu zwiększyć kompetencje samobójcy w radzeniu sobie z negatywnymi emocjami, np. z poczuciem winy, lękiem, wstydem itp.

5. Konieczność udzielenia pomocy osobie z tendencjami samobójczymi. Terapeuta nie powinien przyznawać pacjentowi prawa do popełnienia samobójstwa. Samobójców charakteryzuje ambiwalencja uczuć, która jest ważnym argumentem przemawiającym za ratowaniem ich życia.
6. Ograniczenie tajemnicy zawodowej. Terapeuta nie powinien zachowywać informacji o autodestrukcyjnych zamiarach i planach pacjenta w tajemnicy, nawet, gdy powiadomienie o nich rodzinę będzie miało negatywne konsekwencje dla relacji terapeutycznej.
7. Korzystanie z superwizji i konsultacji z innymi specjalistami, takimi jak psychiatra, psycholog, lekarz, duchowny, filozof, socjolog i pracownik socjalny.
8. Korzystanie z wszystkich dostępnych terapeutycznych metod prewencji samobójstw. Przykładami tutaj mogą być: zabezpieczenie dostępnych samobójczych środków, które mogą posłużyć do odebrania sobie życia (takich jak tabletki, pistolet), zapewnienie dostępu do opieki psychiatrycznej, czy hospitalizacja.
9. Dużą rolę odgrywa zjawisko przeniesienia w terapii. W przypadku poważnego kryzysu suicydalnego terapeuta powinien zwiększyć ilość sesji i być dostępnym także poza umówionymi spotkaniami. W procesie terapeutycznym nie może pojawić się wrogość i obojętność wobec potencjalnego samobójcy, ani zjawisko nakłaniania go do realizacji próby odebrania sobie życia, np. poprzez rzucanie wyzwania pacjentowi słowami „zrób to”, czy poprzez prowokację.
10. Niemożliwe jest jednoczesne prowadzenie terapii z większą ilością niż dwoje potencjalnych samobójców, znajdujących się w głębokim kryzysie suicydalnym, gdyż taka praca jest zbyt stresująca i wymaga ogromnego wysiłku i energii terapeuty.
11. Pierwszorzędnym celem terapii jest utrzymywanie pacjenta przy życiu i redukcja zagrożenia. Dopiero gdy ten cel zostanie osiągnięty, należy przejść do zmiany struktury osobowości pacjenta.

Według Shneidmana terapia samobójców to działanie „*w dymie, gorącu i chaosie codziennego życia, gdzie czasami zostajemy ranni, mamy wątpliwości dotyczące tego, co jesteśmy w stanie zrobić, nie mówiąc już o tym, co w danej sytuacji byłoby najlepsze. Trzeba nam przypominać, że praca mająca na celu zapobieganie samobójstwom jest ryzykowna i niebezpieczna, są w niej ofiary i trzeba się z nimi liczyć*” (Shneidman, 1993b, s.157).

Orbach wymienia sześć faz terapii ( Orbach, 2001, s.171):

1. Wstępny kontakt terapeutyczny- faza ta wymaga uświadomienia sobie i przepracowania przez psychoterapeutę jego własnych skłonności samobójczych, lęku przed śmiercią, poczuciem bezradności i beznadziejności, aby mógł on poradzić sobie z ogromnym bólem psychicznym pacjenta, który pragnie własnej śmierci. Terapeuta powinien w tej fazie pokazać pacjentowi, że inni ludzie mogą zrozumieć jego cierpienie. Empatia, wyrażane zrozumienie i podkreślenie, że inni ludzie też doświadczają takich uczuć, pozwalają na odzyskanie poczucia kontroli i nadziei. Celem w tej fazie jest także redukcja poziomu lęku u samobójczej osoby.

2. Pogłębienie kontaktu między terapeutą a klientem- nawiązanie i pogłębienie osobistego związku, empatyczne zrozumienie pragnienia śmierci odczuwanego przez pacjenta i ambiwalencji, wyrażanej w jednoczesnym pragnieniu śmierci i pragnieniu życia. W tej fazie terapeuta może poprosić potencjalnego samobójcę, aby „przekonał” go, że nie ma już żadnego innego wyjścia z danej sytuacji. Pozwala to na szczerą rozmowę i daje pacjentowi poczucie bycia wysłuchanym i zrozumianym.
3. Przepracowanie bólu psychicznego- poznawanie i zrozumienie przez pacjenta cierpienia i bólu psychicznego, jaki odczuwa i dotarcie do jego istoty. W tej fazie pacjent ma okazję uświadomić sobie, jakie są źródła jego cierpienia, na czym polega owo cierpienie, jak się objawia, zmienia i jakie są sposoby jego redukcji. Dzięki temu pacjent może przekonać się, że może w jakimś zakresie kontrolować swój ból psychiczny. Terapeuta przeprowadza konfrontację pacjenta z jego własnym cierpieniem, z rzeczami, które budzą w nim ogromny lęk i ból (np. z własnymi przekonaniami dotyczącymi siebie: „jestem nikim”). W wyniku tej konfrontacji pacjent ma okazję do dokonania zmian w reprezentacji własnego „ja” i w obrazie świata.
4. Przepracowanie tendencji autodestrukcyjnych osoby samobójczej- odnalezienie źródeł pragnienia śmierci, które najczęściej tkwią w dzieciństwie. Ogromną rolę odgrywa rekonstrukcja historii życia pacjenta i wzbudzenie w nim autorefleksji. W tej fazie pacjent uczy się formułować swoje tendencje samobójcze w kategoriach doświadczonej straty i zastanawia się w jaki sposób życie z tą stratą, czyli bez utraconej rzeczy jest możliwe. Ważnym elementem tej fazy jest również analiza fantazji i wyobrażeń związanym z samobójstwem. Jeśli spostrzeganie własnej śmierci staje się dla pacjenta atrakcyjne i kojarzy się mu z zaspokojeniem jego potrzeb, taki stan wzmacnia tendencje samobójcze. Fantazje samobójcze obniżają lęk jednostki przed własną śmiercią, który chroni ją przed działaniami autodestrukcyjnymi. Ich analiza może ten lęk zwiększyć, a zatem zmniejszyć prawdopodobieństwo zamachu.
5. Przemiana świata wewnętrznego osoby samobójczej- zmiana sposobu funkcjonowania psychicznego pacjenta, od zawężenia, pustki i braku sensu do konstruktywnych sposobów ujmowania siebie i całego świata. Owa zmiana jest możliwa dzięki poradzeniu sobie ze stratą i zwiększeniu autorefleksji, redukującej skłonności do impulsywnych działań. Orbach podkreśla, że samobójców cechuje wysoka impulsywność: *„ich jedyną obroną przed jakimkolwiek rodzajem cierpienia psychicznego jest ucieczka w działanie oraz podejmowanie prób zabicia bólu i jednocześnie siebie”*. Terapeuta powinien więc *„pomóc pacjentowi w stworzeniu przestrzeni wewnętrznej między czynnikiem wyzwajającym i działaniem oraz rozpoznanie procesu psychicznego”* (Orbach, 2001, s.181). Kolejnym elementem tego etapu jest znalezienie i uświadomienie sobie korzyści tkwiących w doświadczanym cierpieniu np. lepsze zrozumienie siebie.
6. Zakończenie terapii- przygotowanie jednostki do radzenia sobie z problemami, trudnościami i kryzysami w przyszłym życiu, po zakończeniu psychoter-



pii. Na tym etapie pacjent projektuje scenariusze radzenia sobie z problemami, jakie czekają go w przyszłości.

## PRZEGLĄD BADAŃ NA TEMAT SKUTECZNOŚCI RÓŻNYCH RODZAJÓW TERAPII SAMOBÓJCÓW

Według Israela Orbacha nie wszystkie spośród wymienionych powyżej zasad terapii mogą zostać wykorzystane wobec wszystkich osób samobójczych i w każdej sytuacji terapeutycznej. Każdy pacjent jest indywidualny i znajduje się w unikatowej sytuacji, zatem każda psychoterapia potrzebuje unikatowej formuły. Niektóre zasady przynoszą korzyści w pracy z niektórymi osobami, a z innymi nie (Orbach, 2001, s.183).

Z zagadnieniem samobójstwa często wiążą się różne zaburzenia i choroby psychiczne. Obecnie mamy niewiele danych na temat skuteczności różnych rodzajów leczenia zaburzeń psychicznych mogących prowadzić do samobójstwa. Badania pokazują, że leczenie litem zmniejsza częstotliwość zamachów na życie osób cierpiących na dwubiegunowe zaburzenia (Baldessarini, Jamison, 1999, s.117-122), a kłozapina redukuje myśli i próby samobójcze u schizofreników i osób z zaburzeniami schizoafektywnymi (Meltzer, Okayli, 1995, s.183-190). Z zagadnieniem samobójstwa jednak najczęściej łączy się zaburzenia depresyjne, zaburzenia nastroju, dlatego badacze postulują, iż leczenie depresji powinno przyczynić się do redukcji liczby samobójstw. Tymczasem badania pokazują, że leki antydepresyjne nie zmniejszają ilości myśli, prób samobójczych i dokonanych samobójstw. Natomiast dialektyczna terapia behawioralna znacznie redukuje ilość prób samobójczych i celowych samouszkodzeń, jest znacznie skuteczniejsza w porównaniu ze zwykłym i środowiskowym leczeniem. Nie jest jednak bardziej skuteczna w zmniejszaniu depresji. Jest to jedyny najskuteczniejszy rodzaj terapii samobójców. Dialektyczna terapia behawioralna została pierwotnie opracowana z myślą o osobach cierpiących na chroniczne tendencje samobójcze, u których występują nieustanne i nasilone myśli autodestrukcyjne, którzy często mówią o odebraniu sobie życia, grożą, że popełnią samobójstwo, nie widzą powodów, dla których warto jest żyć, wielokrotnie próbują popełnić samobójstwo i dokonują samouszkodzeń. Ten rodzaj terapii stosowany jest także do leczenia osób z zaburzeniami osobowości z pogranicza, ponieważ cechy osobowości borderline i zachowań autodestrukcyjnych w dużym stopniu są podobne. Stosując ten rodzaj terapii dla nastolatków należy pamiętać o modyfikacji i dostosowaniu jej do uwarunkowań rozwojowych tej grupy wiekowej. Dialektyczna terapia behawioralna pomaga w regulacji emocji i kontrolę zachowania, czyli w problemach typowych dla samobójczej młodzieży (Miller, Rathus, Linehan, 2011, s. 39-46). Wśród specjalistów panują podzielone opinie odnośnie tego, czy leki antydepresyjne powinny być uznawane za podstawową interwencję u samobójczych nastolatków (Miller, Rathus, Linehan, 2011).

Badania pokazują, że nie jest prawdą, iż hospitalizacja całodobowa jest korzystniejszą metodą terapii niż pomoc ambulatoryjna (Huey, Hengeller, Rowland, Halliday-Boykins, Cunningham, Pickrel, 2004, s. 183-190). Dla osób przejawiających wysokie ryzyko zachowań autodestrukcyjnych terapia w formie ambulatoryjnej

może przynieść korzyści. „Jeżeli chodzi o całodobowe programy leczenia, nie stwierdzono różnicy między leczeniem behawioralnym a nastawionym na wgląd, ani między terapią poznawczą, terapią rozwiązywania problemów czy leczeniem podtrzymującym” (Miller, Rathus, Linehan, 2011, s. 40).

Zgodnie z wynikami trzech z czterech prac, kontakt osobisty jest efektywny w redukcji liczby powracających samouszkodzeń (Miller, Rathus, Linehan, 2011, s. 40). Kontakt telefoniczny nie przynosi oczekiwanych korzyści, bez względu na to, czy mamy do czynienia z rozmową „zapoznawczą”, czy z przekonywaniem potencjalnego samobójcy by skorzystał z opieki medycznej, lub nie rezygnował z leczenia (Cedereke, Monti, Öjehagen, 2002, s. 82-91).

Analizując terapię poznawczo-behawioralną badacze w wyniku licznych badań doszli do wniosku, że krótkie interwencje są znacznie bardziej efektywne niż zwykłe leczenie samouszkodzeń (Miller, Rathus, Linehan, 2011).

Od zwykłego leczenia skuteczniejsze są: cztery sesje terapii interpersonalnej, rozwojowa terapia grupowa oparta na poznawczo-behawioralnej terapii, dialektycznej terapii behawioralnej i na terapiach psychodynamicznych (Wood, Trainor, Rothwell, Moore, Harrington, 2001, s. 1246-1253). Nie stwierdzono natomiast większej skuteczności 18 sesji psychoterapii, 4 domowych sesji rodzinnej terapii nastolatków i terapii długoterminowej z częstotliwością 1 sesji na miesiąc przez okres roku (Miller, Rathus, Linehan, 2011).

Z przeglądu badań wynika, że nieprawdą jest, że samobójców można leczyć w sposób pośredni, skupiając się głównie na powiązanych z nimi zaburzeniach, np. na depresji mogącej prowadzić do zamachu na swoje życie. Leczenie zachowań autodestrukcyjnych i samouszkodzeń powinno przyjmować formę bezpośrednią, ale musi brać też pod uwagę stopień i nasilenie zaburzeń współwystępujących, np. zaburzeń osobowości (Miller, Rathus, Linehan, 2011).

W związku z rosnącą ilością samobójstw w Polsce i zwiększającą się potrzebą przychodzenia z pomocą takim osobom, warto jest poznać dogłębnie profile osobowości, poczucie własnej wartości i poczucie bezpieczeństwa osób cierpiących i chcących odebrać sobie życie. Pozwoli to na przybliżenie sposobu ich funkcjonowania i przyczyni się do zwiększenia poziomu rozumienia jednostek przejawiających tendencje samobójcze.

## PODSUMOWANIE

Pomimo dokonanie nie małych symplifikacji, daje się zauważyć, iż prezentowane treści pokazują, jakie są przyczyny zachowań suicydalnych wśród młodych ludzi, jakie błędy wychowawcze mogą przyczyniać się do powstawania myśli samobójczych, jakie relacje mają jednostki zagrożone samobójstwem z osobami bliskimi ze swojego otoczenia oraz jak wygląda profilaktyka i terapia osób przejawiających skłonności autodestrukcyjne. Ludzie z różnych powodów decydują się targnąć na własne życie. Znajomość profili osobowości osób zagrożonych samobójstwem

może przyczynić się do podejmowania skutecznych form interwencji i psychoterapii.

## BIBLIOGRAFIA

1. Anthony T. M., (1994), *Dlaczego? Samobójstwo i inne zagrożenia wieku dorastania*, Warszawa.
2. Baldessarini, R. J., Jamison K. R., (1999), *Effects of medical interventions of suicidal behavior*, *Journal of Clinical Psychiatry*, nr 60 (Suppl.2), s.117-122.
3. Czabarański A., (1999), *Pakty samobójcze wśród młodzieży*, [w:] Machel H., Wszeborski K., „Psychospołeczne uwarunkowania zjawisk dewiacyjnych wśród młodzieży w okresie transformacji ustrojowej w Polsce”, Gdańsk.
4. Czabarański A., (2006), *Samobójstwo- ucieczka ze społeczeństwa*, *Zeszyty Karmeli-tańskie*, nr 2, s. 55-59.
5. Dunn J., (1992), *Siblings and development*, *Current Directions in Psychological Science*, nr 1, s.6-9.
6. Dunn J., Plomin R., (1990), „Separate lives: Why siblings are so different”, New York: Basic Books.
7. Dymek-Balcerek K., (1999), *Patologia społeczna wśród dzieci i młodzieży- rzeczywistość lat dziewięćdziesiątych*, Radom.
8. Fenigstein A., Scheier M.F., Buss A.H., (1975), *Public and private self-consciousness: Assessment and theory*, *Journal of Consulting, Clinical Psychology*, nr 43, s. 522-527.
9. Florczak J., (1990), *Bezdomni w Polsce. Działalność Towarzystw Pomocy im. A. Chmielowskiego*, [w:] Kwaśniewski J., Sobiech R., Zamecka J., *Zaradność społeczna*, Wrocław.
10. Fox N.A., Henderson H.A., Marshall P.J., Nichols K.E., Ghera M.A., (2005), *Behavioral Inhibition: Linking Biology and Behavior within a Developmental Framework*, *Annual Review of Psychology*, nr 56, s. 235-262.
11. Fraley R.C., Roberts B.W., (2005), *Patterns of Continuity: A Dynamic Model for Conceptualizing the Stability of Individual Differences in Psychological Constructs across the Life Course*, *Psychological Review*, nr 112, s. 60-74.
12. Hołyst B., (2002), *Suycydogia*, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa.
13. Kocur J., (1984), *Czynniki zagrożenia samobójstwem*, *Wiadomości Lekarskie*, nr 15, s.1195-1198.
14. Low B. P., Andrews S. F., (1990), *Adolescent suicide*, *Medical Clinics of North America*, nr 74, s. 1251-1264.
15. Maslow A.H., (1990), *Motywacja i osobowość*, Warszawa.
16. McCrae R. R., Costa P. T. Jr., (1997), *Personality Trait Structure as a Human Universal*, *American Psychologist*, nr 52, s. 509-516.
17. Meltzer H. Y., Okayli G., (1995), *Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia: Impact on risk-benefit assessment*, *American Journal of Psychiatry*, nr 152(2), s.183-190.
18. Milewska E., (1996), *Środowisko szkolne a zaburzenia zachowania u dzieci* [w:] Ostrowska K., Tatarowicz J., *Zanim w szkole będzie źle- Profilaktyka zagrożeń*, Warszawa.
19. Miller A.L., Rathus J.H., Linehan M.M., (2011), *Dialektyczna terapia behawioralna nastolatków z tendencjami samobójczymi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
20. Miller T.R., (1991), *Personality: A Clinician's Experience*, *Journal of Personality Assessment*, nr 57, s. 415-433.

21. Mishara B.L., (1995), *The impact of suicide*, New York: Springer Publishing Company.
22. Namysłowska I., (1995), *Samobójstwa wśród młodzieży*, *Medipress: Psychiatria-Neurologia*, nr 3, s. 2-6.
23. Nasby W., (1985), *Private self-consciousness articulation of the self-schema, and recognition memory of trait adjectives*, *Journal of Personality and Social Psychology*, nr 49, s.704-709.
24. O'Connor R., Sheehy N., (2002), *Zrozumieć samobójcę*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
25. Pilecka B., (1995), *Wybrane problemy samobójstw młodzieży*, Pracownia Wydawnicza Fundacji Masz Szansę, Lublin.
26. Ross P., (1985), *Teaching children the facts of life and death. Suicide prevention in the schools*, [w:] Peck M. L., *Youth Suicide*, New York.
27. Shneidman E. S., (1964), *Suicide, Steep, and Heath. Some possible interrelations among cessation, interruption, and continuation phenomena*, *Journal of Consulting Psychology*, nr. 28, 2, s. 95-105.
28. Shneidman E.S., (1993b), *Suicide as psychache*", Northvale: Jason Aronson.
29. Shneidman E.S., (1996), *The suicidal mind*, Oxford: Oxford University Press.