

## Metoda oceny obciążeń egzystencjalnych i stanu zdrowia psychicznego – wstępne badania osób, które targnęły się na życie przez przyjęcie substancji toksycznej

A method of evaluation of existential burden and mental health condition – initial data from patients who assaulted for life by taking an intoxicant

Edmund Anczyk<sup>(a, b, c)</sup>, Andrzej Brodziak<sup>(a, b, c)</sup>

Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego  
Zakład Polityki Zdrowotnej. Kierownik: dr n. med. E. Anczyk

<sup>(a)</sup> koncepcja

<sup>(b)</sup> opracowanie wniosku grantowego (tematu statutowego)

<sup>(c)</sup> opracowanie tekstu i piśmiennictwa

### Streszczenie

Autorzy pracy postulują wykorzystywanie danych pacjentów Regionalnego Ośrodka Ostrych Zatruc w Sosnowcu (ROOZ) hospitalizowanych z powodu prób targnięcia się na życie, w celu dokonania oceny obciążeń egzystencjalnych i stanu zdrowia psychicznego. Autorzy zakładają, iż po wykluczeniu tych osób, które targnęły się na życie z powodu psychotycznych zaburzeń psychicznych oraz ciężkich, nawracających epizodów depresji, można rozpatrzyć przypadki pacjentów, którzy podjęli próbę samobójczą z powodu trudnej sytuacji egzystencjalnej, polegającej na obciążeniach przekraczających ich odporność psychiczną.

Autorzy proponują autorską metodę, umożliwiającą odnotowanie w określonej przez nich macierzy elementów ciągu niekorzystnych wydarzeń, jaki doprowadził do próby samobójczej. Proponują oni także graficzną ilustrację niekorzystnej sytuacji pacjenta oraz całej grupy osób. Umożliwia to dokonywanie zestawień statystycznych poszczególnych obciążeń egzystencjalnych i formułowanie wniosków dotyczących stanu kondycji rozpatrywanej populacji.

**Słowa kluczowe:** ostre zatrucie, próba samobójcza, czynniki ryzyka samobójstwa, kondycja psychiczna, obciążenia egzystencjalne, metoda oceny kondycji psychicznej

### Abstract

Researchers call for using the data acquired from patients hospitalized in the Regional Acute Poison Center for assessment of existential burden of mental health condition.

The authors assume that the exclusion of those people who attempted suicide by reason of the psychotic disorders and severe, chronic, recurrent depression (MDD) enable to concentrate the considerations on patients who have attempted suicide because of the existential situation caused by charges, which exceeded their resistance to stress.

The authors propose the method, which allows to record in the defined matrix the particular elements of the unfavorable events, which led to a suicide attempt. They also propose a graphical method of illustrating the unfavorable situation of the patient and the entire group of people. This allows the statistical assemblages of particular existential burdens and the formulation of considerations about the state of the mental health of the population.

**Key words:** acute intoxication, suicide attempt, suicide risk factors, mental health, existential burden, method of evaluation of mental health

Nadesłano: 20.02.2012

Zatwierdzono do druku: 14.06.2012

## Wstęp

Od lat prowadzone są badania społeczne, oceniające kondycję polskiego społeczeństwa, wśród których na szczególną uwagę zasługuje badanie panelowe prowadzone od 2000 roku przez prof. Janusza Czapińskiego [1]. Istnieją jednak unikalne placówki medyczne, w których dane pozyskiwane poprzez zbieranie opinii, mogą być uzupełnione poprzez fakty dotyczące realnych przejawów złej kondycji psychicznej społeczeństwa, gdyż pozyskane są od osób, które targnęły się na życie. Taką placówką jest m.in. Regionalny Ośrodek Ostrych Zatruc w Sosnowcu.

Według danych ROOZ w Sosnowcu, przyjmującego chorych z rejonu województwa śląskiego, opolskiego i części województwa małopolskiego, w roku 2011 hospitalizowano z powodu zatruc 986 osób, z czego 445 osób z powodu podjęcia próby samobójczej przez przyjęcie trucizny. Odratowanie większości z tych osób umożliwia nie tylko przeprowadzenie badań lekarskich, ale i pogłębionego wywiadu psychiatrycznego, psychologicznego i socjologicznego.

Według statystyk policyjnych, w 2010 roku dokonano 5456 zamachów samobójczych, a ich główne przyczyny to: choroba psychiczna – 765 przypadków, nieporozumienia rodzinne – 679 przypadków, zawód miłosny – 33 przypadki, śmierć bliskiej osoby – 85 przypadków, warunki ekonomiczne – 348 przypadki, nagła utrata źródeł utrzymania – 104 przypadki przewlekła choroba – 304 przypadki, problemy szkolne – 30 przypadki, trwałe kalectwo – 27 przypadków, popełnienie przestępstwa – 55 przypadków, niepożądana ciąża – 3 przypadki [2].

Według przybliżonych statystyk ROOZ, na około 500 hospitalizacji w roku 2010 i 2011 z powodu podjęcia próby samobójczej, większość (ok. 300 osób) wykazywała zaburzenia psychotyczne lub przejawy ciężkiej, przewlekłej bądź nawracającej depresji. W przybliżeniu 100 osób to osoby uzależnione od alkoholu. W około 100 przypadkach można przypuszczać, że powodem targnięcia się na życie były obciążenia egzystencjalne i bytowe, rozumiane jako całościowy kształt warunków życia kształtowanych przez poziom ubóstwa, zadłużenie, warunki mieszkaniowej, relacje społeczne, sytuacja rodzinna, czy atmosfera w miejscu pracy. Prawdopodobnie te obciążenia przekroczyły ich odporność psychiczną, czyli umiejętność radzenia sobie z sytuacjami stresogennymi [za: 3–5].

Liczba samobójstw jest znacząco związana z sytuacją społeczną, gospodarczą i polityczną kraju [6]. Intrygującym faktem są znaczne spadki częstości samobójstw w Polsce w latach 1980–1982 oraz 1988–1990 – przy jednoczesnym wzroście ilości narodzin w latach 1978–1983 [7]. Część badaczy

interpretuje te dane demograficzne przez zmianę więzi społecznej, czy zmianę ogólnych wyznaczników nastrojów społecznych, w tym nadziei i oceny perspektyw. Tam, gdzie zachodzi możliwość rozmowy z osobami, które targnęły się na swoje życie, istnieje możliwość stworzenia ośrodków monitorowania zmian stanu zdrowia psychicznego okolicznych społeczności. Takimi jednostkami mogą być Ośrodki Leczenia Ostrych Zatruc. Szacowanie kondycji psychicznej społeczeństwa wymaga jednak precyzyjnej metody oceny stanu kondycji psychicznej. W pracy niniejszej przedstawiamy założenia, podstawy teoretyczne i szczegóły techniczne takiej procedury. Staramy się także zilustrować i zweryfikować jej skuteczność przez przytoczenie kilku przykładów jej zastosowania.

## Teoretyczne założenia metody

W pierwszym etapie prac nad omawianą tu metodą, należy założyć, iż ilość pacjentów cierpiących na zaburzenia psychiatryczne jest w przybliżeniu stała na przestrzeni dziesięcioleci oraz że wnioskowanie o stanie zdrowia psychicznego populacji na podstawie zmian częstości zaburzeń psychotycznych i ciężkich zespołów depresyjnych jest trudna. Krokiem wstępnym omawianej tu metody powinna być więc sprawna procedura różnicująca osoby, które targnęły się na życie z powodu ciężkich zespołów depresyjnych, bądź na tle zaburzeń psychotycznych, od osób, które targnęły się na życie z powodów sytuacyjnych. Zadanie to może realizować kompetentny psychiatra. Dla obiektywizacji jego ustaleń można zastosować uznane, standaryzowane wywiady psychiatryczne, takie jak: Composite International Diagnostic Interview (CIDI) [8] lub Mini International Neuropsychiatric Interview [9].

Zarówno psychiatra jak i psycholog w swoim pogłębionym wywiadzie powinni uwzględnić rozległą już obecnie wiedzę o czynnikach ryzyka prób samobójczych. Przegląd tego zagadnienia zawiera między innymi praca Guilheme Borges i jego współpracowników, przedstawiająca wyniki badania wieloośrodkowego [10]. Analizy przedstawiają także autorzy prac poglądowych [11, 12] oraz autorzy polscy [12, 13].

Psycholog dla zobiektywizowania swoich opinii może posłużyć się uznanymi, szeroko stosowanymi skalami, aby możliwe było porównanie z wynikami uzyskiwanymi w innych ośrodkach. Jako przykład takich skal można wymienić: General Health Questionnaire [15, 16], skala Aarona Antonovsky'ego Sense of Coherence [17], skala Becka (Beck's Depression Inventory – BDI) [18–20], Skalę Otrzymanego Wsparcia Społecznego [21].

Dla sformułowania omawianej tu metody jest jednak przede wszystkim konieczne posiadanie

koncepcji, w jaki sposób syntetyczne słowne epikryzy, opisujące ciąg niekorzystnych wydarzeń prowadzących do próby samobójczej, przekształcać na matrycę, która umożliwi dokonanie zestawień statystycznych poszczególnych obciążeń egzystencjalnych, tak, aby móc wyliczyć proporcje zachodzenia poszczególnych czynników ryzyka dla większej grupy. Pozwoli to na sformułowanie wniosków opisujących stan kondycji populacji. Zakładamy, że określenie kluczowych czynników oddziałujących na populację należy oprzeć o rezultaty dużych, wielośrodkowych badań dotyczących czynników ryzyka podejmowania prób samobójczych.

Wskazane jest także zastosowanie graficznej ilustracji wyników pozyskanych od poszczególnych pacjentów oraz całej badanej grupy. Sposób ilustrowania sytuacji poszczególnych osób i grup osób można rozwiązać przy pomocy wielowymiarowych wykresów (profilu na kształt rozet) zastosowanych m.in. w *The World Justice Project – rule of law index* [22].

Najbardziej istotną czynnością opisywanej tu procedury, wykonywaną przez psychologa i socjologa, niezbędną dla osiągnięcia jednostkowego zastosowania omawianej tu metody, jest pozyskanie od pacjentów danych, dotyczących ośmiu autorskich skal (domen), określających doznawane obciążenia egzystencjalne, bytowe i socjalne oraz czynniki wyznaczające odporność psychiczną. Metodologia formułowania tych skal była zgodna z zasadami tworzenia narzędzi socjologicznych. Standaryzowany wywiad był utworzony zgodnie z konkretnymi zapotrzebowaniami, wynikającymi z rozważań znanych z literatury, wiedzy na temat czynników ryzyka oraz czynników wpływających korzystnie na ogólny stan zdrowia psychicznego (ogólną kondycję psychiczną) ludzi.

### **Określenie najbardziej istotnych obszarów czynników ryzyka samobójstw oraz czynników wpływających korzystnie na kondycję psychiczną ludzi**

Według Guilheme Borgesa i jego współpracowników [10], autorów ogromnego, wielośrodkowego badania czynniki ryzyka samobójstw można pogrupować wg następującego schematu:

- a. Czynniki socjologiczne i demograficzne,
- b. Psychopatologia rodziców,
- c. Niekorzystne wydarzenia w dzieciństwie,
- d. Przeszłe zachowania autodestrukcyjne,
- e. Występowanie zaburzeń psychiatrycznych w niedawnej przeszłości (w ciągu ostatnich 12 miesięcy).

Poniżej przedstawiamy wytyczne do strukturalizowanego wywiadu, opracowane na podstawie

wymienionych przez G. Borgesa grup czynników ryzyka oraz na podstawie innych podobnych opracowań, jakie powinien uwzględnić psycholog we współpracy z socjologiem [11–14]. Kolejność omawianych poniżej obszarów tego strukturalizowanego wywiadu jest zgodna z wymogami sposobu ilustracji graficznej w postaci wielowymiarowego profilu.

### **Opracowane wytyczne dla przeprowadzania strukturalizowanego wywiadu**

#### **I. Samopoczucie, objawy, choroby i leczenie przed hospitalizacją (przed wydarzeniem)**

*[skala kumulatywna, max 13 (zakłada się, że jeśli stwierdza się w podrozdziale iv i w podrozdziale v któryś z wymienionych stanów to jest doliczany 1 punkt). Na wykresie 1  $p=0,77$ , skala jest zorientowana w kierunku ↓]*

##### **(i) Badany pacjent przejawiał zachowania autodestrukcyjne:**

1. Myśli, plany, podejmowanie prób samobójczych,
2. Dokonywał samookaleceń,
3. Przejawiał zachowania o znacznym ryzyku doznania szkód fizycznych,
4. Przyjmowała „twarde” narkotyki,
5. Nadużywał lub był uzależniony od alkoholu.

##### **(ii) Inne zaburzenia zachowania:**

1. Zespół napadów wybuchów emocjonalnych,
2. Zachowania buntownicze i prowokacyjne,
3. Zaburzenie obyczajowego, niewłaściwego prowadzenia się.

##### **(iii) Specyficzne objawy:**

1. Poczucie bezradności, wyczerpania,
2. Poczucie braku nadziei,
3. Nieznośne cierpienie psychiczne.

##### **(iv) Badany pacjent miał w przeszłości (na przestrzeni ostatnich 12 miesięcy) zaburzenia psychiczne, tzn. występował jeden z następujących zespołów:**

1. Zaburzenie lękowe z napadami leku (lęk paniczny),
2. Agorafobia,
3. Zaburzenie lękowe uogólnione,
4. Specyficzne postacie fobii,
5. Fobie społeczne,
6. Zaburzenie stresowe pourazowe,
7. Zaburzenia nastroju (zaburzenie afektywne dwubiegunowe, ciężki epizod depresyjny, dystymia),
8. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD).

(v) **Przegląd ogólnego stanu somatycznego – czy w przeszłości lub obecnie pacjent chorował/choruje na:**

1. Schorzenie układu oddechowego,
2. Schorzenie układu krążenia,
3. Schorzenie przewodu pokarmowego,
4. Epilepsję lub inne choroby neurologiczne,
5. Choroby układu moczowo-płciowego,
6. Choroby skóry, choroby alergiczne,
7. Choroby reumatologiczne,
8. Cukrzycę,
9. Inne choroby endokrynologiczne,
10. Choroby hematologiczne,
11. Choroby immunologiczne, AIDS,
12. Doświadcza stanu po urazach, wypadkach, kalectwo,
13. Inne choroby przewlekłe.

II. **Zalecane pytania do pacjenta na temat występowania objawów zaburzeń psychicznych u rodziców – czy co najmniej jeden z rodziców miał objawy zaburzeń, takich jak:**

*[skala kumulatywna, jeśli któryś z objawów występował u obojga rodziców to wtedy doliczamy 2 punkty, maksymalnie więc 10 punktów, skala jest zorientowana w kierunku ↓]*

1. Depresja,
2. Lęki,
3. Uzależnienie od alkoholu,
4. Inne uzależnienia,
5. Niewłaściwe zachowania (aspołeczne zaburzenia osobowości).

III. **Zalecane pytania do pacjenta na temat niekorzystnych wydarzeń w dzieciństwie – czy w trakcie dzieciństwa zaszły niekorzystne wydarzenia, takie jak:**

*[skala kumulatywna, max10, skala jest zorientowana w kierunku ↓]*

1. Śmierć jednego z rodziców,
2. Rozwód rodziców,
3. Utrata innej znaczącej osoby (np. babci – która wychowywała),
4. Przemoc w rodzinie (nadużycia fizyczne),
5. Nadużycia seksualne w rodzinie,
6. Alkoholizm w rodzinie,
7. Zachowania kryminalne członków rodziny,
8. Przebycie ciężkiej choroby w dzieciństwie,
9. Brak wsparcia w rodzinie (brak przejawów miłości, odrzucanie),
10. Złe wychowywanie (złe wzorce, brak przykładu ze strony rodziców, brak wpajania elementarnych reguł postępowania).

Ponieważ często przyczyna samobójstwa jest określana frazą „nieporozumienia w rodzinie” lub „zawód miłosny” – proponujemy wyodrębnić

i szczegółowo ocenić relację z partnerem. Należy przy tym zauważyć, iż wiele osób ma tylko rzadkie relacje partnerskie, bądź są zupełnie samotne. Sądzi- my, że w pierwszej kolejności powinno się odnoto- wać najważniejsze fakty z tego zakresu. Przewidzie- liśmy więc następujące pytania strukturalizowanego wywiadu, dotyczące tej domeny:

IV. **Samotność – Pełne zaangażowanie uczuciowe – Partner.**

*[skala nominalna, max10 skala jest zorientowana w kierunku ↑]*

Prosimy aby pacjent określił swoją sytuację jed- na z następujących fraz słownych:

1. Jestem zupełnie sam, czuję się samotny, nie mam do kogo się odezwać,
2. Żyję z partnerem, ale ze względu na jego charakter czuję się bardzo ograniczona/ograniczony, często sterroryzowana/sterroryzo- wany,
3. Żyję z partnerem, ale ze względu na różnice charakterów czuję się samotna/samotny,
4. Jestem wdowcem/rozwiodłem się (jestem wdową/rozwiodłam się) – ale poszukuję oso- by, która mogłaby być moim partnerem,
5. Wiodę żywot osoby samotnej, wolnej, mam tylko doraźne, luźne związki. Sytuacja ta nie zadowala mnie. Poszukuję osoby, która mog- łaby być moim partnerem,
6. Jestem wdowcem/rozwiodłem się (jestem wdową/rozwiodłam się), mam tylko doraźne, luźne związki, ale sytuacja ta zadowala mnie,
7. Na przestrzeni ostatnich kilku lat miałam/ miałem trwające pewien czas związki (spot- kania) z osobami, które traktowałam/trakto- wałam jako związki z partnerem. Relacje te nie zadowalają mnie, jakkolwiek taka sytua- cja jest lepsza niż zupełny brak partnera,
8. Na przestrzeni ostatnich kilku lat miałam/ miałem trwające pewien czas związki (spot- kania) z osobami, które traktowałam/trak- towałam jako związki z partnerem. Relacje te zadowalają mnie,
9. Jestem zaangażowana/zaangażowany emocjo- nalnie w udanym związku z osobą, która jest moim stałym partnerem, jakkolwiek nie jest ona osoba wolną i bez innych zobowiązań,
10. Jestem w pełni zaangażowana/zaangażowa- ny emocjonalnie w udanym związku z part- nerem, a związek ten w pełni satysfakcjo- nuje mnie pod względem seksualnym, emo- cjonalnym, atrakcyjności życiowej.

V. **Zalecane pytania do pacjenta na temat niekorzystnych wydarzeń egzystencjonalnych**  
*[skala kumulatywna, max10, skala jest zorien- towana w kierunku ↓]*



Pytamy, czy wystąpiły znaczne negatywne wydarzenia egzystencjalne takie jak:

1. Poważne problemy w szkole, na uczelni (np. powtarzanie roku, relegacja ze szkoły),
2. Niepożądana ciąża,
3. Nieporozumienia, konflikty w rodzinie,
4. Rozpad pożycia,
5. Separacja, rozwód,
6. Śmierć bliskiej osoby, owdowienie,
7. Popętnienie przestępstwa,
8. Nastąpiła niedawno nagła utrata źródeł utrzymania,
9. Bezdumność,
10. Skrajne ubóstwo,
11. Zadłużenie, niestabilne warunki finansowe.

Wielu autorów, którzy analizują przyczyny samobójstw, kładzie nacisk nie tylko na czynniki wpływające negatywnie, ale także na czynniki, które ustanawiają pozytywną kondycję psychiczną, a więc czynniki, których brak pogarsza sytuację [17, 23–26]. Jednym z bardziej znanych tego typu czynników jest koherencja, zdefiniowana przez Aarona Antonovsky'ego jako łączne poczucie rozumienia świata, dostrzegania jego sensu oraz zaradność. W celu oszacowania koherencji można się posłużyć oryginalną skalą A. Antonovsky'ego Sense of Coherence [17]. Wydaje się nam jednak, że do tego obszaru przymiotów człowieka należą także jego ciekawość świata, kreatywność i zaangażowanie zawodowe lub społeczne.

W nawiązaniu do powyższych teorii i refleksji, na użytek syntetycznego ujęcia wszystkich ważnych czynników kształtujących kondycję psychiczną, przedstawiamy także autorski zarys tego fragmentu strukturalizowanego wywiadu, który dotyczy rozbudowanej domeny oddziaływań pozytywnych.

## VI. Zalecane pytania do pacjenta na temat oddziaływań pozytywnych

Zalecamy, aby pacjent określił swoje postawy wobec tzw. koherencji, kreatywności, ciekawości, zaangażowania zawodowego lub społeczne przez podane proponowane poniżej frazy słowne:

[skala kumulatywna, max20, za odpowiedź „pośrednio” – 0,5 punktu, 1 punkt = 0,5 – na wykresie, skala jest zorientowana w kierunku ↑]

### a. Rozumienie świata.

1. Na ogół mam poczucie, iż rozumiem to co się wokół mnie dzieje, jak i to co dzieje się na świecie.

2. Mam w swoim umyśle przekonywujące wyjaśnienia dotyczące pochodzenia i funkcjonowania świata i ludzi.

### b. Dostrzeganie sensu:

1. Moje życie jest sensowne i celowe,
2. Postrzegam świat jako sensowny twór, który się rozwija i podąża do określonego celu,
3. Jestem przekonany o znaczeniu wysiłków ludzi nad właściwym kształtowaniem świata.

### c. Zaradność:

1. Na ogół ludzie rozumieją to, co do nich mówię,
2. Zawsze w życiu dążyłem do jasno określonych celów,
3. Odnoszę zazwyczaj wrażenie, że znajdę wyjście z trudnej sytuacji,
4. Jestem przekonany, że na niektóre osoby mogę liczyć,
5. Moje życie było na ogół uporządkowane i przewidywalne,
6. Jestem w stanie spokojnie przemyśleć sytuację, aby poszukiwać rozwiązania,
7. Skutecznie radzę sobie z wyzwaniami.

### d. Ciekawość świata:

1. Na ogół sprawy, które toczą się wokół mnie bardzo mnie interesują,
2. Życie jest ciekawe, a nawet ekscytujące,
3. Jestem ciekawy świata, a zaspakajanie mojej ciekawości daje mi dużą satysfakcję.

### e. Zaangażowania zawodowe, kreatywność:

1. Wykonywanie codziennych zajęć jest dla mnie źródłem zadowolenia, a nawet przyjemności,
2. Mam ochotę do podejmowania różnych działań na polu zawodowym i osobistym,
3. Wyznażyłem sobie swoją misję życiową, która uwzględnia moje osobiste predyspozycje,
4. Lubię udzielać się w niektórych akcjach społecznych, pozazawodowych,
5. Mam określone wyobrażenie sytuacji docelowej własnych działań życiowych.

## VII. Wpływy ogólnospołeczne, kulturowe

Treści o jakie należy zapytać z zakresu tego obszaru postaw, poglądów, opinii i działań uświadamiają, iż dla wielu elementów naszego strukturalizowanego wywiadu korzystne jest utworzenie tzw. „siatki repertuarowej”, co jest narzędziem wynikającym z tzw. teorii konstruktów osobistego George'a Kelly [27, 28]. Siatka repertuarowa umożliwia obszerne opisanie spolaryzowanych opinii i nakłania respondenta do dokonania wyboru. Ilustruje to poniższy przykład.

## Możliwe odpowiedzi na podstawie teorii konstruktów osobistego Geорга Kelly'ego

Lp.	Jeśli zgadzasz się z opinią proponowaną poniżej po lewej stronie, to wstaw - 1	*)	Jeśli zgadzasz się z opinią proponowaną poniżej po prawej stronie, to wstaw + 1
1	Chyba nigdy, nawet na krótko nie byłem szczęśliwy.		W przeszłości przeżywałam/em czasami chwile szczęścia. Jest mi znane odczucie wspaniałego nastroju, jakie pojawiało się po niektórych wydarzeniach życiowych.
2	Nigdy, nic nie wywiera na mnie takiego wrażenia, abym czuł się radośnie lub był w nastroju podniosłym		Czasami przeżywałam podniosły, radosny, niemal euforyczny nastrój – po obejrzeniu filmu lub uczestniczeniu w imprezie lub spotkaniu towarzyskim.
3	Słyszałem o takiej takich czasach, gdy większość ludzi była pełna optymizmu, nadziei, sądząc iż rysują się wspaniałe perspektywy – ale ja sam nie przeżyłem takiego okresu.		Jest mi znany utrzymujący się długo, wspaniały stan ducha jaki wynika z dominującego wokół optymizmu, nadziei, wspaniałych perspektyw.
4	W czasach nauki szkolnej – źle znosiłem egzekwowanie postępów w nauce. Czułem się stale zagrożony, szykanowany.		Przez większość czasu mojej nauki w szkole doznawałem tam przyjaznej atmosfery. Nie zmuszano mnie do nauki poprzez rygory, lecz raczej poprzez wzbudzenie zainteresowania. Odnosiłem wrażenie, że nauczyciele są moimi przyjaciółmi.
5	W gronie moich kolegów i znajomych nie było dobrej atmosfery. Zachodziła rywalizacja, manipulacje i dokuczanie. Czułem się w tych grupach obco.		W czasach mojej młodości grupa koleżeńska, zarówno w szkole, jak i w otoczeniu domu, w godzinach pozaszkolnych była moim oparciem. Miałem wśród tych osób przyjaciół. Czułem się w gronie moich kolegów i koleżanek wspaniale. Sposób spędzania czasu był atrakcyjny.
6	Nie mam zdolności do wzbudzenia w sobie głębokich odczuć religijnych. Nie potrafię się włączyć i korzystać z oparcia jakiejś wspólnoty ludzi wierzących.		Ze względu na moje skłonności i wychowanie potrafię doznawać głębokich treści religijnych. Podobne do mnie osoby z jakimi miałem kontakt na spotkaniach stanowiły dla mnie oparcie i umożliwiały pozostawanie w podniosłej i przyjaznej atmosferze.
7	W pracy (w większości moich miejsc pracy) panowała atmosfera rywalizacji, nieufności. Czułem się wielokrotnie lekceważony, wykorzystywany. Nie czułem się dobrze wśród współpracowników.		Miałem szczęście, że w miejscu pracy (w większości moich miejsc pracy) atmosfera była dobra. Wymogi moich przełożonych były rozsądne i przedstawiane w sposób kulturalny. Większość moich współpracowników była przyjazna, tworzyliśmy zgrany kolektyw.
8	Większość osób wokół mnie jest przygnębiona, pesymistyczna. Są nudni. Nie mówią o sprawach optymistycznych. Ponuro zapatrują się na to co przyniesie przyszłość.		Treść rozmów w których biorę (brałem) udział – przez większość czasu – zarówno w pracy, w domu i na spotkaniach ze znajomymi, przyjaciółmi ma wydźwięk optymistyczny, podnoszący na duchu, intrygujący, budzący nadzieję, określający korzystne perspektywy – czasami wręcz sprawiający wrażenie, że świat jest na dobrej drodze a ja znajduję się w jego właściwym miejscu.
9	Często oglądam filmy lub czytam jakieś artykuły lub książki, które odmalowują negatywnie charaktery ludzkie. Nasza cywilizacja, kultura jawi się w tym co do mnie dociera jako ponura i przerażająca.		Wiem, że wiele książek, powieści, filmów może intrygować, inspirować, podnosić na duchu. Na ogół staram się aby przyjmować do siebie tylko takie przekazy kulturowe, które są budujące, pozytywne. Inne staram się pomijać.
10	Postrzegam świat w którym żyję jako nieprzyjazny, nudny, ponury bezwzględny. Nie widzę w nim żadnego sensu. Wysiłki ludzi idą na marne.		Przyswajam sobie stale i pielęgnuję optymistyczną filozofię życiową i oglądam całe światło. Postrzegam świat jako sensowny twór, który się rozwija i podąża do określonego celu. Jego rozwój zachodzi obecnie w dużej mierze dzięki wysiłkom ludzi. Sądzę więc, że należy się angażować w jego rozwój i pomyślność. Należy bronić prawidłowego rozwoju świata.

\*) Jeśli nie masz zdania na dany temat lub sądzisz, że prawda leży po środku, do środkowej kolumny wstaw „0”

[*Siatka repertuarowa, wyniki z przedziału (-10, +10), normalizacja polega na podzieleniu wyniku przez 2, Zorientowanie skali ↑*]

Część autorów, wśród czynników wpływających korzystnie na ogólną kondycję psychiczną wymienia faktor, który można nazywać terminem zaczerpniętym z rozważań Sigmunda Freuda nad tzw. „popędem ku życiu” (eros) i „popędem ku śmierci” (thanatos). Zarówno Sigmund Freud jak i jego uczeń Carl Gustav Jung, używali terminu libido. Ponieważ zapatrywania S. Freuda i C. G. Junga dla części osób o wykształceniu medycznym nadal wydają się nieprzekonywujące, należy zapewne wskazać tutaj źródła, w których kontrowersje te są dyskutowane [29, 30]. Jeden z badaczy domenę tą określa terminem „seksualnością świadomości” [31].

Osoba cechująca się znaczną energią życiową zazwyczaj jest w stanie przezwyciężyć negatywne sytuacje i nabyła korzystne kompetencje psychiczne. Dla oszacowania libido oraz stopnia przezwyciężenia przeszłych negatywnych wpływów i uformowania kompetencji tworzących tzw. odporność psychiczną (coping resources) przewidujemy w naszym wywiadzie ujęcie niżej wymienionych postaw.

**VIII. Zalecane pytania do pacjenta na temat nabytych własnych kompetencje psychologicznych oraz cielesność, zmysłowość, libido.** Zalecamy, aby pacjent określił swoje postawy przez podane proponowane poniżej frazy słowne:

[*skala kumulatywna, max 20, za odpowiedź „pośrednio” – 0,5 punktu, 1 punkt = 0,5 – na wykresie, skala jest zorientowana w kierunku ↑*]

(i) Nabyte własne kompetencje psychologiczne (odpowiedzi *tak, nie, pośrednio*)

1. Całkowicie przezwyciężyłem negatywne wpływy, które mogłyby powodować we mnie takie zaburzenia emocjonalne jak: depresja, długotrwały lęk, poczucie winy, poczucie krzywdy, żalu, upokorzenia, utraty godności, gniewu, nienawiści, chęci zemsty, odegrania się, itp.,
2. Wysoko oceniam swoją wartość. Mam bardzo dobre mniemanie o sobie,
3. Niemal stale mam dobry nastrój,
4. Jestem zazdrosny (uwaga! – za odpowiedź „nie” – punkt +1),
5. Wierzę w pewną formę „życia po życiu”,
6. Nie znoszę oglądania i przeżywania filmów i scen okrutnych, sadystycznych pokazujących pastwienie się kogoś nad innym człowiekiem lub ludźmi. (Uwaga! – za odpowiedź „tak” – punkt +1),
7. Zazwyczaj odnoszę się do ludzi przyjaźnie.

8. Jestem elastyczny.
9. Unikam osądzania i krytykowania innych.
10. Realistycznie oceniam problemy.
11. Unikam konfliktów. Zawsze dążę do zgody.
12. Na ogół mam zaufanie do ludzi.

(ii) **Cielesność, zmysłowość, libido**

1. Akceptuję w pełni swoje ciało,
2. Będąc kobietą – ubieram się tak, aby wyglądać seksownie (będąc mężczyzną przyznaję, iż zwracam uwagę na zmysłowość ubioru i wyglądu kobiet),
3. Życie erotyczne, seks zawsze był dla mnie ważny,
4. Akceptuję zmysłowość, dostrzegam seksualność w sobie i innych osobach, a nawet w postaciach literackich, bohaterach filmów,
5. Lubię czytać artykuły dotyczące seksu oraz oglądać filmy erotyczne,
6. Nie biorę do siebie rozmaitych zastrzeżeń – wygłaszanych wobec zmysłowości i seksu, pochodzących ze sfery religijnej, obyczajowej, moralnej, etycznej,
7. Życie erotyczne traktuję jako nagrodę za wysiłek i trud ponoszony w życiu codziennym,
8. Sądzę, że moja zmysłowość jest większa niż przeciętnie,
9. Będąc kobietą zachowuję tak, aby – w sposób dyskretny i elegancki – wzbudzać u mężczyzn pożądanie. Nie ubieram się dla koleżanek. Będąc mężczyzną wiele czynię, aby mieć – potencjalnie – większą szansę u kobiet,
10. Bardzo często posługuję się wyobrażeniami dotyczącymi sfery cielesności i zmysłowości.

**Sposób graficznego ilustrowania wyniku zbiorczego dla jednostek i grup**

Procedura proponowanej metody przewiduje zebranie danych dla rozróżnionych wyżej obszarów, stosując metodologię wywiadu strukturalizowanego. Przewiduje się, że wynik uzyskany dla każdego takiego wymiaru zostanie odłożony na jednej z ośmiu osi wielowymiarowego profilu – rozety. Taki sposób ilustracji graficznej jest zapożyczony z projektu [22]. To działanie prowadzi do uformowania mapy sporządzonej przy pomocy wykresu zamieszczonego na rycinie 1. Należy zwrócić uwagę na następujące cechy takich wielowymiarowych profili:

1. Poszczególne skale wielowymiarowego profilu mogą być skalami nominalnymi lub skalami kumulatywnymi na których określa się ilość punktów uzyskanych dla poszczególnych pytań, nie powiązanych ze sobą relacją narastającej gradacji,
2. Skale należy poddać normalizacji (w każdej z nich można uzyskać wartości z wcześniej wyznaczonego przedziału, np. (1, 10)),

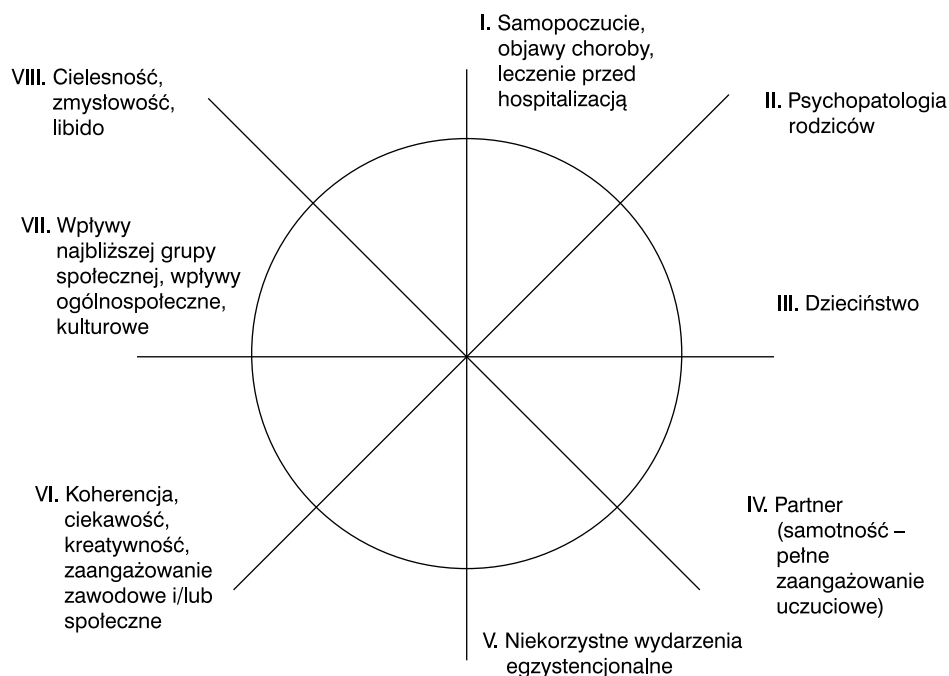
3. Skale należy zorientować tak, aby wynik korzystny zajmował miejsca zewnętrzne, a wynik negatywny miejsca położone blisko centrum wykresu,

4. W takich okolicznościach wyniki uzyskane dla osoby przejawiającej niewiele niekorzystnych wydarzeń i doznań będą zajmowały znaczny obszar zakreślony przez obwiednię. Umożliwia to szybkie zapoznanie się z konkluzją wyniku sumarycznego,

5. Po nabyciu wprawy w interpretacji takich wykresów, niejako jednym rzutem oka będzie można oszacować sytuację konkretnej, zbadanej osoby.

Ułatwia to takie uszeregowanie skal, aby móc po stronie prawej, zgodnie ze wskazówkami zegara, odnotowywać najbardziej niekorzystne obszary oddziaływań. Po stronie lewej umieszczone są natomiast domeny stanowiące pozytywne oddziaływania, formujące kondycję psychiczną człowieka,

6. Aby ułatwić czytelnikom szybkie dokonanie własnych prób, zamieszczamy na ryc. 1. „pusty wykres”, który może być zastosowany do prób zbiorczego ilustrowania wyników dotyczących różnego typu zagadnień.



Rycina 1. Graficzne przedstawienie ośmiowymiarowego profilu – rozety  
Figure 1. Graphical presentation of eight dimension profile – rosettes

### Wyniki wstępnego sprawdzenia użyteczności metody

Praca niniejsza ma na celu taki sposób przedstawienia metody, aby zrozumiałe były jej podstawy teoretyczne i sposób jej stosowania. W niniejszym podrozdziale przedstawiamy jedynie wstępne wyniki jej zastosowania.

Opisana procedura posłużyła do pobrania danych od pięciu pacjentów hospitalizowanych w tutejszym Regionalnym Ośrodku Ostrych Zatruc z powodu przyjęcia nadmiernych dawek leków, w celu popełnienia samobójstwa. Ze względu na ograniczoną objętość pracy przedstawiamy dane pozyskane jedynie od dwóch pacjentów. Dane te ujmujemy w postaci opisu, na które składa się:

1. Krótka epikryza,
2. Dane pozyskane przy pomocy opisanego tu zestawu pytań strukturalizowanego wywiadu,

3. Próby syntezy danych w postaci sformułowania „ciągu niekorzystnych wydarzeń”,
4. Ilustracji graficznej, przy pomocy wspomnianego wielowymiarowego profilu (rozety).

### Pacjentka G. F.

**Krótką epikryza:** G.F. Pacjentka 52-letnia, dotychczas nie chorująca, przewlekle nie leczona, ujawniająca jednak, od około roku, narastające zaburzenia depresyjne, przynajmniej częściowo wynikające z trudnej sytuacji osobistej (spirala kredytowa, brak wsparcia w domu). Wypiła w celach samobójczych ok. 150 ml metanolu. Konsultujący psychiatrę rozpoznał epizod depresyjny i z uwagi na aktualny stan psychiczny oraz utrzymywanie się myśli i tendencji suicydalnych, wskazał na konieczność dalszego leczenia w warunkach stacjonarnego oddziału psychiatrycznego. Fragment konsultacji psychiatrycznej: „Nastrój znacznie obniżony, ahedonia, apatia, zobo-



jętnienie, rezygnacja. Nadal ma myśli i tendencje samobójcze, płacziwa, zagubiona, nie widzi sensu życia, nie ma planów na „odbudowę życia”. Ma silne poczucie winy, obniżoną samoocenę. (...)”

#### Ocena psychologiczna:

##### A. Dane z strukturalizowanego wywiadu.

##### W domenach:

##### I. Samopoczucie, objawy, choroby i leczenie przed hospitalizacją (przed wydarzeniem)

Tylko (iii) specyficzne objawy: 5. Poczucie bezradności wyczerpania.

W domenach II, III → pacjentka nie zgłasza występowania zaburzeń psychicznych u rodziców ani zaistnienia negatywnych wydarzeń w dzieciństwie.

##### IV. Samotność – Pełne zaangażowanie uczuciowe – Partner

2. Żyję z partnerem, ale ze względu na jego charakter czuję się bardzo ograniczona/ograniczony, często sterroryzowany.

##### V. Wystąpiły znaczne negatywne wydarzenia egzystencjonalne takie jak:

10. Zadłużenie – znaczne.

##### VI. Koherencja, ciekawość, zaangażowanie zawodowe lub społeczne

Odpowiedzi „nie,, (znaczenie negatywne w pozycjach wywiadu nr b.1, c.3, c.7) Odpowiedzi „pośrednio” w pozycjach wywiadu nr a.1, b.2, b.3, c.1, c.2, c.5, c.6, d.1, d.2, d.3, e.1, e.2, e.3, e.4.

##### VII. Wpływy ogólnospołeczne, kulturowe

Wartość pośrednia w pozycjach wywiadu nr 5 (grupa koleżeńska), 7 (atmosfera w miejscu pracy), 8 (pesymistyczna atmosfera ogólna)

##### VIII. Nabyte własne kompetencje psychologiczne oraz cielesność, zmysłowość, libido.

Odpowiedzi negatywne w pozycjach wywiadu nr: 1, 2, 3, 10, 13 (z wyjątkiem córki). Brak odpowiedzi, niechęć do odpowiedzi na pytania dotyczące libido.

**B. Ciąg niekorzystnych wydarzeń.** 1. Wydaje się, że w pierw kształtowanie mało odpornej osobowości, 2. Niekorzystna relacja z partnerem, 3. Brak możliwości omawiania swoich osobistych problemów z partnerem. 4. Spirala zadłużenia o czym „nie wie mąż pacjentki”. 5. Wg relacji pacjentki – „wybrałam takie rozwiązanie bo czuję się jak w potrzasku”. 6. Wg psychiatry m. in: ahedonia, apatia, rezygnacja, zagubiona, nie widzi sensu życia, nie ma planów na „odbudowę życia”.

#### Pacjentka K. G.

Krótką epikryza: K. G. Pacjentka lat 22, hospitalizowana z powodu połknięcia dziesięciu tabletek Tramalu. Przyjęcie dużej dawki leku odbyło się w przebiegu libacji alkoholowej. Pacjentka stwier-

dza, że zachodzi brak porozumienia pomiędzy nią a mężem. Zarzuca mu brak zrozumienia i pomocy. Przyznaje, że jest zazdrosna. Zarzuca mu jednak jedynie „oglądanie zdjęć erotycznych w Internecie”. Jednocześnie mąż pacjentki ma do niej podobne pretensje. Dotyczą one „zażyłości pacjentki z mężczyzną, który dostarczał sprzęt komputerowy. Pacjentka mieszka z ojcem i synem. Jej mąż mieszka ze swoją matką. Para nie jest w stanie ustalić jak zorganizować wspólne zamieszkanie. Pacjentka stwierdza, że tabletki połknęła w celu wyrażenia protestu i nakłonienia męża do innej postawy wobec niej.

#### Ocena psychologiczna:

A. Dane z strukturalizowanego wywiadu (podano numery odpowiedzi „tak” lub „pośrednio” dla domen określonych użytymi wyżej liczbami rzymskimi:

I. (i) 1, (ii) 1, 2, 3 (iii) 5, 6 (iv) 5.

II. 1.

III. 2, 8, 10.

##### IV. Samotność – Pełne zaangażowanie uczuciowe – Partner

2. Żyję z partnerem, ale ze względu na jego charakter czuję się bardzo ograniczona/ograniczony, często sterroryzowany”.

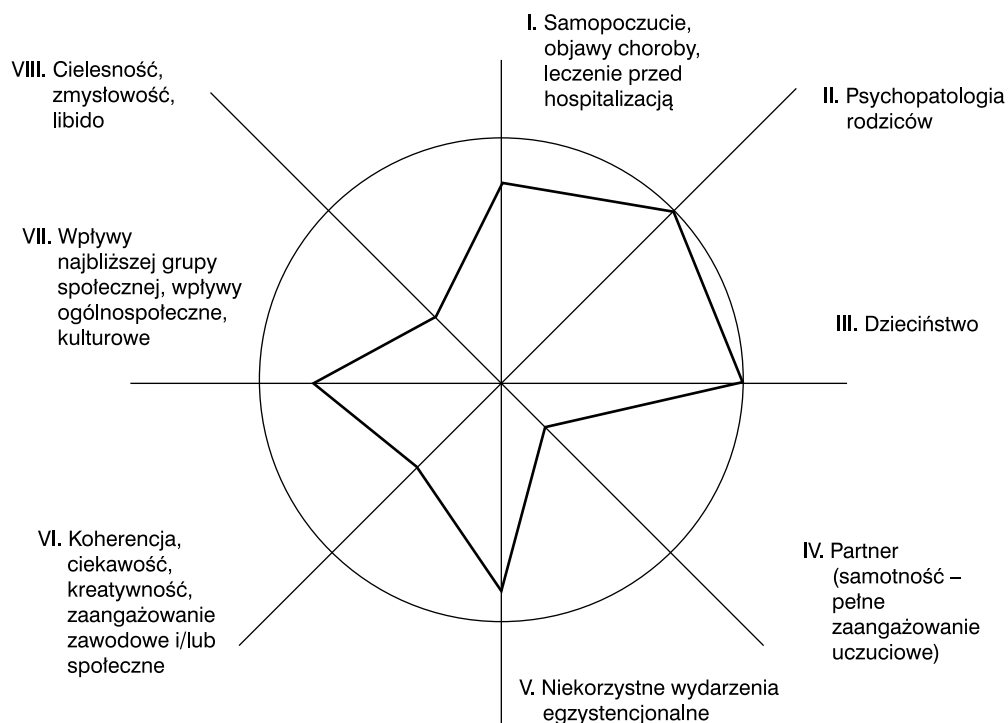
V. 1, 3, 4, 5, 6.

VI. Odpowiedzi „nie” (znaczenie negatywne w pozycjach wywiadu nr b. 1, c. 3, c. 7). Odpowiedzi „pośrednio” w pozycjach wywiadu nr a. 2, c. 2, c. 5, c. 7, e. 2, e. 4, e. 5.

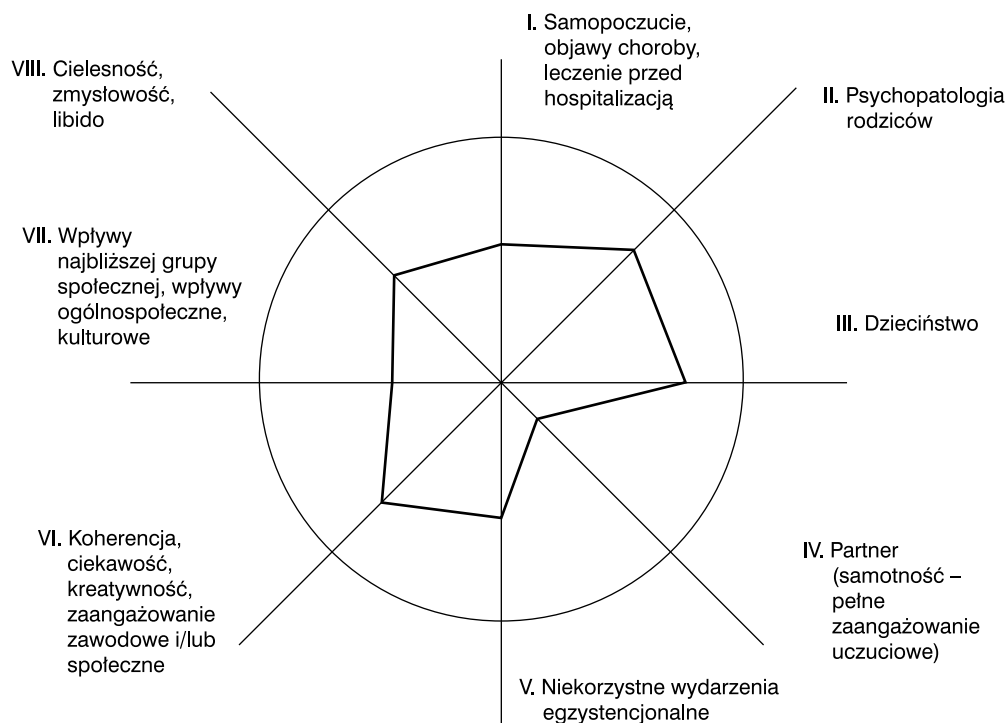
VII. Wartość –1 w pozycjach wywiadu nr 6 (odczucia religijne), wartość pośrednia w pozycjach wywiadu nr 4 (rygory w szkole), 5 (grupa koleżeńska), 7 (atmosfera w miejscu pracy).

VIII. (i) Odpowiedzi negatywne w pozycjach wywiadu nr 1, 4, odpowiedzi „pośrednio dla nr 2, 3, 5, 13. (ii) Odpowiedzi „pośrednio” dla nr 1, 5, 10.

**B. Ciąg niekorzystnych wydarzeń.** Z danych pozyskanych przy pomocy strukturalizowanego wywiadu wynika, że w przeszłości zaistniała próba samobójcza („podcięcie żył”). Matka miała depresję. W wieku dziewięciu lat nastąpił rozwód rodziców pacjentki. Ostatnio pojawiło się poczucie bezradności, wyczerpania, braku nadziei. Pacjentka przyznaje, że nie przezwyciężyła mentalnie wcześniejszych negatywnych wpływów. Nieporozumienia z partnerem, który jest apodyktyczny. Brak możliwości skutecznego wyeliminowania nieporozumień. Sięgnięcie do komunikowania się z partnerem poprzez „demonstrację samobójstwa”.



**Rycina 2.** Ilustracja zbiorcza stanu psychicznego pacjentki G.F. na podstawie epikryzy nr 1  
**Figure 2.** Collective illustration of patient's mental condition G.F. on the basis of epicrisis no 1



**Rycina 3.** Ilustracja zbiorcza stanu psychicznego pacjentki K.G. na podstawie epikryzy nr 2  
**Figure 3.** Collective illustration of patient's mental condition K.G. on the basis of epicrisis no 2

## Dyskusja

Wydaje się, że adekwatnym, współcześnie chyba najbardziej doskonałym sposobem uchwycenia i sformułowania przyczyn podjęcia próby samobójstwa poprzez przyjęcie substancji toksycznej, jest słowna kliniczna epikryza. Takie słowne określenie konglomeratu przyczyn o charakterze chorobowym (występowanie specyficznych zaburzeń psychiatrycznych), egzystencjalnym, bytowym i socjalnym próbowaliśmy uczynić jeszcze bardziej efektywnym poprzez próby sformułowania opisów tzw. ciągu niekorzystnych wydarzeń, które doprowadziły do podjęcia próby samobójstwa. Sformułowanie takiego ciągu niekorzystnych wydarzeń uświadamia, że zazwyczaj negatywne wpływy i negatywne psychologiczne następstwa tych wpływów, mają charakter procesu kumulacyjnego. Negatywne przekształcenia stanu psychicznego kumulują się stopniowo, czasami przez długi okres czasu, doprowadzając w końcu do przekroczenia pewnego progu „odporności psychicznej” (*resistance to stress, ability to cope, coping resources*) [3, 4], co doprowadza do podjęcia dramatycznego czynu targnięcia się na życie.

Tak więc efektywne sposoby opisu przyczyn prób samobójczych mają charakter opisów słownych. Gdyby chcieliśmy scharakteryzować te przyczyny dla ok. 500 pacjentów przyjmowanych do leczenia w tutejszym Regionalnym Ośrodku Ostrych Zatruc, należałoby przytoczyć właśnie ok. 500 takich „opowieści”.

Jednym z wyjściowych założeń niniejszej pracy jest przekonanie, że analiza przyczyn samobójstw tak znacznej grupy osób może posłużyć do oceny stanu zdrowia psychicznego (kondycji psychicznej) populacji regionu. Dla przedstawienia stanu zdrowia większej grupy osób konieczne jest jednak posiadanie procedury, umożliwiającej przedstawienie zbiorcze czynników ryzyka, zachodzących kumulacji niekorzystnych wydarzeń i skumulowanych przyczyn prób samobójczych. Mimo iż przełożenie słownego opisu „ciągu niekorzystnych wydarzeń” na wartości przyjmowane przez pewien zbiór cech (parametrów) przewidywanych w strukturalizowanym wywiadzie nigdy nie będzie pełne i doskonałe, to sądzimy że próbę taką należało podjąć.

Prócz sformułowania treści owego strukturalizowanego wywiadu dotyczącego czynników ryzyka i niekorzystnych wydarzeń, ale i także oddziaływań przeciwdziałających kłęsce psychologicznej, zaproponowaliśmy ponadto metodę ilustracji graficznej, która jest zgodna z zachodzącym tu zapotrzebowaniem.

Metoda wielowymiarowych profili (tzw. profili na kształt rozet) zastosowana w wspomnianym „The World Justice Project – rule of law index” jest

przedstawiona w witrynie tego projektu [22]. Wgłębienie się w cele tego projektu, co jest możliwe przez zapoznanie się z treścią tej rozbudowywanej witryny internetowej, przekonuje, że zadanie zilustrowania sytuacji zachodzącej w pewnej populacji było dla autorów tego projektu podobne. Sądzimy więc, że metoda ta jest adekwatna dla celu jaki ustanawiamy w niniejszej pracy.

Należy zwrócić uwagę, iż prezentowana metoda umożliwia zestawienie i porównanie danych pozyskanych od rozważanego pacjenta z analogicznymi danymi pozyskanymi ewentualnie dla członków jego rodziny. Jest możliwe także autoreferencyjne odniesienie profilu pacjenta do wielowymiarowego profilu, sporządzonego dla osoby realizującej badanie psychiatryczne, formułującej epikryzę oraz ów „ciąg niekorzystnych wydarzeń” jak i strukturalizowany wywiad.

Porównania pomiędzy danymi pacjenta, członków jego rodziny i ewentualnie diagnosty realizującego badania jest ułatwione przez możliwość naniesienia kilku profili na jeden wykres. Porównania wyników pozyskanych od członków rodziny pacjenta albo odniesienie ich do własnego profilu diagnosty, ułatwia udzielenie ewentualnych wskázówek i porad korekcyjnych.

Możliwości porównań profili pacjenta z profilami członków jego rodziny, bądź profilem diagnosty nie były jeszcze przez nas dokonywane. Sądzimy jednak, iż taka możliwość jest cenna, gdyż dostrzegamy, że przekształcanie słownych danych opisowych na matrycę skal (parametrów) umożliwiających wyliczanie częstości konkretnych wydarzeń w populacji, powinna być doskonała.

Wątpliwości może budzić także inne nasze założenie wyjściowe, a mianowicie, że dane pobrane od ok. 500 osób, które targnęły się na życie, mogą być pomocne dla oceny pewnego aspektu stanu zdrowia psychicznego (kondycji psychicznej) całej okolicznej populacji. Otóż wydaje się nam, iż istniejące i kontynuowane od lat projekty oceny kondycji polskiego społeczeństwa, oparte na metodologii badań kwestionariuszowych, dotyczą innego aspektu kondycji psychicznej społeczeństwa [1].

Dane pozyskane od osób, które targnęły się na życie, dotyczą faktów, a nie opinii. Zapewne dlatego właśnie uwzględnienie danych o częstości samobójstw zwróciło uwagę na intrygujący i tajemniczy fakt, jakim były znaczne spadki częstości samobójstw w Polsce w latach 1980–1982 oraz 1988–1990 – przy jednoczesnej wyższej liczbie narodzin w latach 1978–1983 – co opublikował Główny Urząd Statystyczny.

Jest bardzo prawdopodobne, że wydawałoby się różne, dość odległe przejawy niekorzystnej sytuacji w populacji są uwarunkowane pewnymi głęboko

ukrytymi przyczynami o charakterze psychologicznym, ideologicznym, socjologicznym. Być może niezwykle trudny dla korekcji niekorzystny trend demograficzny (niska dzietność w Polsce w większości krajów Europejskich) jest powiązana z rozpowszechnieniem alkoholizmu i innych uzależnień oraz znaczną zapadalnością na stany depresyjne, nawet tak ciężkie, że powodujące samobójstwa.

Jak sądzimy, takie właśnie aspekty stanu zdrowia psychicznego (kondycji psychicznej) można próbować oceniać właśnie poprzez dane pozyskane od osób, które decydowały się na dramatyczne działania autodestrukcyjne.

## Wnioski

1. Proponowana metoda umożliwia dokonywanie przekształceń słownych zapisów (epikryz liczyńnych) w postaci opisu ciągu niekorzystnych wydarzeń, jaki doprowadził do próby samobójczej na matrycę, która umożliwia dokonanie zestawień statystycznych poszczególnych obciążeń egzystencjalnych, tak, aby móc wyliczać proporcje zachodzenia poszczególnych czynników ryzyka dla większej grupy.

2. Zaproponowana procedura jest także metodą umożliwiającą graficzne zilustrowanie wyników, uzyskanych dla pojedynczych osób oraz grup osób.

3. Wypełniony protokół standaryzowanego wywiadu i wielowymiarowy profil ułatwia przekazywanie zebranych informacji innej osobie zaangażowanej w leczenie i dyskusję na temat zaistniałych okoliczności.

4. Wypełniony protokół standaryzowanego wywiadu i wielowymiarowy profil pomaga w zaplanowaniu działań, które byłyby pomocne dla badanego pacjenta.

5. Dopiero próby praktycznego wykorzystania zaproponowanej metody, dostarczają wskazówek dotyczących wskazanych modyfikacji i uzupełnień poszczególnych domen zaprojektowanego standaryzowanego wywiadu.

6. Wydaje się, że dopiero długotrwałe stosowanie opisanej metody pozwoli na sformułowanie optymalnego zestawu elementów zaplanowanego wywiadu strukturalizowanego.

## Piśmiennictwo

1. Czapiński J, Tomasz Panek T. (red.): *Diagnoza społeczna 2009 – warunki i jakość życia Polaków – raport*. Warszawa, Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, 2009.
2. Portal <http://www.policja.pl/> i jego dział: [http://statystyka.policja.pl/portal/st/954/63821/Samobojstwa\\_2010.html](http://statystyka.policja.pl/portal/st/954/63821/Samobojstwa_2010.html)
3. Maas H, Spinath F.M.: *Personality and Coping With Professional Demands: A Behavioral Genetics Analysis*. *J Occup Health Psychol*. 2012 Mar 26. [Epub ahead of print]
4. Taylor S.E., Stanton A.L.: *Coping resources, coping processes, and mental health*. *Annu Rev Clin Psychol*.

- 2007; 3: 377-401.
5. Piotrowicz M, Cianciara D. [Salutogenesis-new approach to health and disease]. *Przeegl Epidemiol*. 2011; 65 (3): 521-527.
6. Durkheim E., *Samobójstwo: Studium z socjologii*, Warszawa: Oficyna Naukowa 2006; za Durkheim E., *Le suicide: étude de sociologie*. Paris: Les Presses universitaires de France (1897).
7. Portal Informacyjny Głównego Urzędu Statystycznego [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl)
8. Composite International Diagnostic Interview (CIDI) <http://www.hcp.med.harvard.edu/wmhcdi/>
9. Mini International Neuropsychiatric Interview <http://www.nccpsyhiatry.info/File/MINI500.pdf>
10. Borges G i wsp.: *Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys*. *J Clin Psychiatry*. 2010; 71 (12): 1617-28. Publikacja ta jest dostępna on Line pod: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3000886/?tool=pubmed>
11. Kirkcaldy B.D., Siefen G.R., Urkin J, Merrick J.: *Risk factors for suicidal behavior in adolescents*. *Minerva Pediatr*. 2006; 58: 443-50.
12. Zhang J, Xu H.: *Degree of suicide intent and the lethality of means employed: a study of Chinese attempters*. *Arch Suicide Res*. 2007; 11: 343-350.
13. Grzywa A., Kucmin A., Kucmin T.: [Suicide problems—epidemiology, factors, motives and prevention. Part I]. *Pol Merkur Lekarski*. 2009; 27: 432-436.
14. Grzywa A., Kucmin A., Kucmin T.: [Suicide problems—epidemiology, factors, motives and prevention. Part II]. *Pol Merkur Lekarski*. 2010; 28: 174-176.
15. Goldberg D., Williams P.: *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga.– Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*. Wyd. Instytut Medycyny Pracy, Łódź, 2001.
16. Hu Y, Stewart-Brown S, Twigg L, Weich S.: *Can the 12-item General Health Questionnaire be used to measure positive mental health?* *Psychol Med*. 2007; 37: 1005-1013.
17. Antonovsky A.: *The structure and properties of the sense of coherence scale*. *Soc Sci Med*. 1993, 36, 725-733.
18. Olsson G, von Knorring A.L.: *Beck's Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression in Sweden: gender differences*. *Acta Psychiatr Scand*. 1997; 95: 277-282.
19. Ducher J.L., Dalery J.: [Correlations between Beck's suicidal ideation scale, suicidal risk assessment scale RSD and Hamilton's depression rating scale]. *Encephale*. 2008; 34: 132-138.
20. Deseilles M., Perroud N., Guillaume S., Jausse I., Genty C, Malafosse A., Courtet P.: *Is it valid to measure suicidal ideation by depression rating scales?* *J Affect Disord* 2011, Dec 10. [Epub ahead of print]
21. Brzyski P., Knurowski T., Tobiasz-Adamczyk B.: *Trafność i rzetelność skali wsparcia społecznego SSL12-I w populacji osób starszych wiekiem w Polsce*. *Przeegl Epidemiol*, 1005; 59: 135-145
22. Agrast M., Botero J., Ponce A.: *The World Justice Project – rule of law index*. Editor: 740 – 15 seet, N. W., Washington D. C. 20005, USA. <http://worldjusticeproject.org/rule-of-law-index/>
23. Sher L. *Risk and protective factors for suicide in patients with alcoholism*. *ScientificWorldJournal*. 2006; 6: 1405-11.
24. Van Orden K.A., Witte T.K., Cukrowicz K.C., Braithwaite S.R., Selby E.A., Joiner T.E. Jr.: *The interpersonal theory of suicide*. *Psychol Rev*. 2010; 117: 575-600.



25. Kagamimori S., Nasermoaddeli A., Wang H.: Psychosocial stressors in inter-human relationships and health at each life stage: A review. *Environ Health Prev Med.* 2004; 9: 73-86.
26. Stansfeld S., Candy B.: Psychosocial work environment and mental health – a meta-analytic review. *Scand J Work Environ Health.* 2006; 32: 443-62.
27. Brodziak A.: Teoria konstruktów osobistego. *Przegląd Lekarski*, 1994, 50, 341.
28. Brodziak A.: Teoria konstruktów osobistego i siatek repertuarowych jako narzędzie przewidywania inklinacji do szeroko pojmowanej narkomanii. *Ann Acad Med Siles*, 1994, 28, 166.
29. Dudek W., Pajor K.: Encyklopedia psychologii głębi [http://edukacja.eneteia.pl/index.php?view=article&catid=10%3Aencyklopedie&cid=10%3Amaa-encyklopedia-psychologii-gbi&option=com\\_content&Itemid=9#libido](http://edukacja.eneteia.pl/index.php?view=article&catid=10%3Aencyklopedie&cid=10%3Amaa-encyklopedia-psychologii-gbi&option=com_content&Itemid=9#libido)
30. Jung C.G.: *Psychology of the Unconscious: A Study of the Transformations and Symbolisms of the Libido, A Contribution to the History of the Evolution of Thought.* Forgotten books, Classic reprint series, Amazon, New York, 2012.
31. Woertman L., van den Brink F.: Body image and female sexual functioning and behavior: a review. *J Sex Res.* 2012;49(2-3): 184-211.

*Adres do korespondencji.:*

*dr n. med. Edmund Anczyk*

*prof. dr hab. n. med. Andrzej Brodziak*

*Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego*

*ul. Kościelna 13, 41-200 Sosnowiec*

*tel. (48 32) 266 08 85, faks (48 32) 266 11 24,*

*e-mail: e.anczyk@imp.sosnowiec.pl*

*e-mail: andrzejbrodziak@wp.pl*