

KATARZYNA MALINOWSKA

*Struktura potrzeb osób z grupy suicydalnej*

---

The structure of the suicidal group people's needs

WSTĘP

„Samobójstwo jest wydarzeniem natury ludzkiej, o którym niezależnie od tego, ile już zostało powiedziane i napisane, w każdej epoce na nowo trzeba rozprawiać” (Goethe, za: Tétaz 1976, s. 76). Statystyki donoszą, iż w ciągu ostatniego stulecia niemal we wszystkich krajach świata odnotowano wyraźny, niepokojący wzrost liczby samobójstw, określane niekiedy mianem epidemii (Sołtysiak i Mosiewicz 2000). W Europie z powodu zamachów samobójczych umiera 120 000 osób rocznie. Każdego dnia na świecie co najmniej 1500 osób popełnia, a ponad 10 000 usiłuje popełnić samobójstwo. Na jedno samobójstwo przypada więc minimum 10–20 prób samobójczych. Co 17 minut ktoś umiera śmiercią samobójczą (Hołyst 2002). Samobójstwo jako przyczyna śmierci zajmuje obecnie 12 miejsce na świecie. Polska, jak wynika z danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), znajduje się na średniej pozycji wśród innych państw świata. Obecnie w naszym kraju tyle samo osób skutecznie odbiera sobie życie, ile ginie w wypadkach drogowych (Rosa 1996). W 2001 roku współczynnik samobójstw wyniósł w naszym kraju 5712, z czego 4971 zakończyło się zgonem (<http://www.policja.pl./statys/zamach.htm>-KGP).

Prognozy przewidują, iż współczynnik samobójstw wzrośnie do 2075 roku do 75%, co oznacza, że jeśli tendencja ta nadal się utrzyma, 15% mieszkańców Europy zakończy życie śmiercią samobójczą (Ringel 1987), przy czym samobójstwo swymi konsekwencjami dotyka bezpośrednio nie tylko suicydenta, lecz również od 6 do 20 osób z jego najbliższego otoczenia (Zimbardo i Ruch 1997).

Wobec tych faktów nie można pozostać obojętnym. Samobójstwo przestało być już bowiem jedynie tajemniczym i niezwykłym fenomenem, a stało się poważnym problemem społecznym, który mimo to dostrzegany jest w stopniu odwrotnie proporcjonalnym do swej wagi. Wprawdzie osiągnięcia współczesnej medycyny umożliwiają przywrócenie życia większej liczbie osób po próbach samobójczych, nadal otwarty pozostaje jednak problem skuteczności przywracania woli życia – a więc problem diagnozy, terapii oraz profilaktyki pre- i postsuicydalnej. Mimo olbrzymiej liczby prac i badań poświęconych analizie przyczyn i uwarunkowań zjawiska samobójstwa nie stworzono w pełni satysfakcjonującego i kompleksowego wyjaśnienia owego fenomenu. W zależności od koncepcji teoretycznej i orientacji badawczej istnieje wiele ważnych, ale wycinkowych, elementów interpretacji zjawiska samobójstwa.

Zdaniem Shneidmana (1980), wybitnego suicydologa, „nauki społeczne, medyczne i psychologiczne poniosły porażkę w dążeniu do zrozumienia zjawiska samobójstwa, ponieważ zapomniały o zwykłym języku, zwyczajnych codziennych sprawach, o bólu i niezaspokojonych potrzebach człowieka, który myśli o samobójstwie” (za: Krysińska 1998, s. 23). Skupiły się natomiast na teoretycznych rozważaniach, często niemających odniesienia do problemów, z którymi zmagają się człowiek stojący przed decyzją: życie albo śmierć.

Podobnie jak Shneidman (1980) uważam, iż próba dobrowolnego pozabawienia się życia jest przejawem bądź specyficznej struktury potrzeb, bądź ograniczonych możliwości lub/i umiejętności ich zaspokajania. Dlatego też stwierdzenie to uczyniłam punktem wyjścia do swoich badań i analiz.

Do utrzymania się przy życiu oraz do rozwoju i optymalnego funkcjonowania człowieka niezbędne jest bowiem zaspokojenie określonych potrzeb, które w przypadku niezrealizowania mogą doprowadzić do naruszenia lub zniszczenia struktury organizmu albo/i struktury osobowości (Reykowski 1982, Obuchowski 1995). Dotyczy to w jednakowym stopniu zarówno potrzeb podstawowych – biologicznych, jak również wtórnych – psychicznych.

Jak wynika z przeprowadzonych dotychczas badań nad usiłowanymi samobójstwami, w większości przypadków decyzja o samobójstwie nie jest rezultatem wyboru między życiem a śmiercią w ogóle, lecz między określonym, właściwym konkretnemu człowiekowi sposobem życia a śmiercią. Skoro więc potrzeby są determinantą wszelkiej aktywności człowieka, wyznaczają sposób, w jaki spostrzega on i kształtuje swoje relacje z innymi ludźmi, realizuje zadania i cele oraz funkcjonuje w sytuacjach trudnych – w istotny sposób wpływają więc na kształt i zadowolenie z życia. W tym kontekście adekwatne staje się stwierdzenie, że „większość kandydatów na samobójców nie chce umierać, oni nie mogą tylko dłużej żyć” (Schneider 1979, za: Hołyst 2002, s. 906). W bolesny sposób odczuwają bowiem dyskomfort, wynikający z braku zaspokojenia ważnych dla nich potrzeb oraz z różnicy między stanem rzeczywistym i oczekiwanym. Zdaniem Shneidmana (1980), samobójstwo stanowi ekstremalny sposób za-

spokojenia istotnych dla człowieka potrzeb, których nie może lub/i nie potrafi zaspokoić w odpowiedni sposób.

Zatem, aby zrozumieć motywy działania suicydenta, należałoby poznać strukturę jego potrzeb oraz obszar frustracji i deprywacji, a następnie postawić pytanie: co chciał on osiągnąć przez swoje samobójstwo? Odpowiedź pozwoli zrozumieć pozorny paradoks ambiwalencji, czyli równoczesną chęć życia (wynikającą z pragnienia zaspokojenia odczuwanych potrzeb) oraz brak chęci życia (będącą skutkiem odczucia bólu ich deprywacji).

W związku z tym, że potrzeby decydują o stopniu aktywności człowieka – są motorem napędowym zarówno każdego działania, jak i każdego zaniechania – zasadna wydaje się analiza problemu samobójstwa w kontekście struktury potrzeb suicydentów.

#### CELE, PROBLEMY, HIPOTEZY BADAWCZE

Wychodząc z założenia, iż kwintesencją mnogości opisywanych w literaturze przedmiotu predyspozycji, przyczyn oraz czynników ryzyka samobójstwa jest deprywacja potrzeb, podstawowym celem prowadzonych przez siebie badań uczyniłam poznanie i opis struktury potrzeb osób z grupy suicydalnej. Zakresem swoich badań objęłam następujące aspekty struktury potrzeb:

- stopień preferencji określonych potrzeb;
- intensywność potrzeb determinujących jakość relacji interpersonalnych;
- intensywność potrzeb determinujących sposób realizacji zadań;
- intensywność potrzeb determinujących sposób funkcjonowania w sytuacjach trudnych;
- obecność i rodzaje potrzeb patologicznych;
- rodzaje potrzeb podlegających deprywacji;
- porównanie struktury potrzeb osób z grupy suicydalnej i osób z grupy kontrolnej.

Aby dokonać charakterystyki struktury potrzeb osób podejmujących próby samobójcze, postanowiłam odpowiedzieć na następujące pytania szczegółowe:

A. W jakim stopniu osoby z grupy suicydalnej preferują potrzeby: hedonistyczne, witalne, duchowe i święte?

B. Z jaką intensywnością osoby z grupy suicydalnej realizują potrzeby determinujące jakość relacji interpersonalnych?

C. Z jaką intensywnością osoby z grupy suicydalnej realizują potrzeby determinujące sposób realizacji zadań?

D. Z jaką intensywnością osoby z grupy suicydalnej realizują potrzeby determinujące sposób funkcjonowania w sytuacjach trudnych?

E. Czy osoby z grupy suicydalnej przejawiają potrzeby patologiczne?

F. Jakie potrzeby osób z grupy suicydalnej podlegają największej deprywacji?

G. Czy istnieją różnice w strukturze potrzeb osób z grupy suicydalnej i osób spoza tej grupy?

Dane z literatury przedmiotu oraz własne przemyślenia pozwoliły wcześniej sformułować następujące hipotezy, będące przewidywanymi odpowiedziami na postawione pytania:

1. Osoby z grupy suicydalnej w różnym stopniu preferują potrzeby: hedonistyczne, witalne, duchowe i święte. Najintensywniej preferują potrzeby duchowe (moralne i prawdy) oraz hedonistyczne, najsłabiej natomiast – potrzeby witalne i potrzeby świętości religijnych.

2. Osoby z grupy suicydalnej z małą intensywnością realizują potrzeby determinujące liczne, serdeczne i satysfakcjonujące relacje interpersonalne.

3. Osoby z grupy suicydalnej z małą intensywnością realizują potrzeby determinujące efektywną realizację zadań, konsekwentne dążenie do celu i poczucie sukcesu.

4. Osoby z grupy suicydalnej z małą intensywnością realizują potrzeby determinujące samodzielne i konstruktywne funkcjonowanie w sytuacjach trudnych, silnie odczuwają natomiast potrzebę wsparcia i pomocy ze strony innych, których uznają za silniejszych i skuteczniejszych od siebie.

5. Osoby z grupy suicydalnej przejawiają potrzeby patologiczne, takie jak: uzależnienia (nikotynizm, alkoholizm, narkomania, lekomania), zaburzenia łaknienia (anoreksja/bulimia), konflikty z prawem, odbyta kara więzienia, zaburzenia orientacji seksualnej, skłonność do gwałtownych reakcji emocjonalnych (kłótni, awantur, przemocy fizycznej i psychicznej) oraz poprzednie próby samobójcze.

6. Do potrzeb osób z grupy suicydalnej, podlegających największej deprivacji, należą potrzeby, których zaspokojenie stanowi niezbędną podstawę właściwego funkcjonowania.

7. Struktura potrzeb osób z grupy suicydalnej różni się w istotny sposób od struktury potrzeb osób spoza tej grupy.

7.1. Osoby z grupy suicydalnej w istotnie mniejszym stopniu niż osoby spoza tej grupy preferują potrzeby witalne i potrzeby świętości religijnych, w istotnie większym stopniu preferują natomiast potrzeby duchowe (moralne i prawdy) oraz potrzeby hedonistyczne.

7.2. Osoby z grupy suicydalnej w istotnie mniej intensywny sposób niż osoby spoza tej grupy realizują potrzeby determinujące liczne, serdeczne i satysfakcjonujące relacje interpersonalne.

7.3. Osoby z grupy suicydalnej w istotnie mniej intensywny sposób niż osoby spoza tej grupy realizują potrzeby determinujące efektywną realizację zadań, konsekwentne dążenie do celu i poczucie sukcesu.

7.4. Osoby z grupy suicydalnej w istotnie mniej intensywny sposób niż osoby spoza tej grupy realizują potrzeby determinujące samodzielne i konstruktywne funkcjonowanie w sytuacjach trudnych, z istotnie większą in-

tensywnością przejawiają natomiast potrzebę doznawania wsparcia i pomocy ze strony innych.

7.5. Osoby z grupy suicydalnej istotnie częściej niż osoby spoza tej grupy przejawiają potrzeby patologiczne.

#### ORGANIZACJA BADAŃ WŁASNYCH

W celu weryfikacji postawionych hipotez zastosowano trzy następujące metody badawcze:

– Test Przymiotnikowy ACL-37 H. G. Gougha i A. B. Heilbruna (wersja: *Jaki jestem*);

– Skala Wartości Schelerowskich (SWS wersja D-50) w opracowaniu P. Brzozowskiego (wersja eksperymentalna – ze zmodyfikowaną przeze mnie instrukcją, która pozwoliła osobom badanym spostrzegać poszczególne wartości jako aktualne potrzeby);

– Wywiad – skonstruowany przeze mnie.

Zastosowane w badaniach metody są znane i opisane w podręcznikach i licznych opracowaniach (Brzozowski 1995, Matkowski 1984, Pilecka 1994, Porzak 1999, Siek 1983, Wolińska i Drwal 1995), dlatego nie ma potrzeby omawiania ich w tym miejscu.

Jako wskaźniki zmiennej zależnej (Y), czyli struktury potrzeb, przyjęto: wyniki przeliczone Testu Przymiotnikowego – ACL-37 H. G. Gougha i A. B. Heilbruna (wersja: *Jaki jestem*) w skalach opartych na koncepcji potrzeb Murraya, wyniki surowe wersji eksperymentalnej Skali Wartości Schelerowskich (SWS) oraz rezultaty analizy jakościowej danych z wywiadu. Natomiast wskaźnikami zmiennej niezależnej głównej (X), czyli próby samobójczej, były: zapis rozpoznania lekarskiego w Głównej Księdze Chorych jako „samobójcze zatrucie lekami” (ewentualnie – „samobójcze zatrucie środkami chemicznymi”) oraz jednoczesne stwierdzenie samego pacjenta, iż jego zatrucie nastąpiło w wyniku świadomego działania w celach samobójczych.

Badania prowadzono od kwietnia 2002 do maja 2003 roku. Objęto nimi łącznie 60 osób, z których 30 stanowiło grupę eksperymentalną oraz 30 – grupę kontrolną. W skład grupy eksperymentalnej weszło 30 osób po próbach samobójczych, hospitalizowanych na Oddziale Toksykologii Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Jana Bożego w Lublinie. Przyjęto następujące kryteria klasyfikacji osób do grupy eksperymentalnej:

– zapis rozpoznania lekarskiego w dokumentacji medycznej – „samobójcze zatrucie lekami”, ewentualnie – „samobójcze zatrucie środkami chemicznymi”;

– oświadczenie pacjenta, że jego zatrucie nastąpiło w wyniku świadomego działania w celach samobójczych (nie objęto badaniem osób, które zaprzeczały samobójczemu charakterowi zatrucia);

- hospitalizacja dłuższa niż 24 godziny;
- pacjent był zdrowy psychicznie – bez rozpoznania psychiatrycznego (kwalifikacja na podstawie wyniku konsultacji psychiatrycznej);
- pacjent ukończył 20 rok życia.

Tabela 1 przedstawia charakterystykę grupy eksperymentalnej na podstawie następujących zmiennych: płeć, wiek, stan cywilny, samotność/posiadanie partnera, posiadanie potomstwa, wykształcenie, aktywność społeczno-zawodowa, miejsce stałego zamieszkania, sytuacja materialna, sytuacja mieszkaniowa, dynamika zachowań suicydalnych.

Jak wynika z tab. 1, grupa suicydalna objęta badaniem charakteryzowała się następującymi cechami społeczno-demograficznymi:

- 1) przeważającą większość stanowiły kobiety (80%);
- 2) dominowały osoby w przedziale wiekowym od 20 do 24 lat (63,3%);
- 3) najwięcej osób było stanu wolnego (66,7%);
- 4) w niewielkim stopniu przeważały osoby samotne (56,7%) nad osobami posiadającymi partnera (43,3%);
- 5) w większości były to osoby bezdzietne (76,7%);
- 6) najwięcej osób miało wykształcenie średnie (53,4%), 16,7% – zasadnicze zawodowe, 13,3% – wykształcenie wyższe;
- 7) osoby studiujące lub uczące się stanowiły 50%, pracujący – 20%, a pozostałe 30% to bezrobotni, renciści i emeryci;
- 8) dominowały osoby mieszkające w mieście (76,7%);
- 9) 60% osób określiło swoją sytuację materialną jako „niezbyt dobrą, złą, ciężką, trudną”, 53,4% osób korzystało z pomocy socjalnej, kredytów i pożyczek;
- 10) przeważająca większość osób oceniła swoją sytuację mieszkaniową jako dobrą (40%) i przeciętną (36,7%) 16,7% jako bardzo dobrą, natomiast jedynie 6,6% – jako złą;
- 11) większość osób (66,7%) po raz pierwszy usiłowało popełnić samobójstwo, w przypadku 30% osób była to druga próba, natomiast jedna osoba po raz czwarty usiłowała odebrać sobie życie.

W skład grupy kontrolnej weszło natomiast 30 osób, które nigdy nie usiłowały popełnić samobójstwa (deklaracja osób badanych). Aby uzyskać możliwie homogeniczną – w stosunku do grupy eksperymentalnej – grupę kontrolną, klasyfikowano do niej osoby metodą doboru parami. W ten sposób starano się kontrolować możliwy zakłócający wpływ na wyniki badań następujących zmiennych: płeć, wiek, stan cywilny, poziom wykształcenia i miejsce zamieszkania.

Tab. 1. Charakterystyka grupy eksperymentalnej  
Characteristics of the experimental group

	Grupa suicydalna	Liczba osób	% osób
Płeć	kobiety	24	80,0
	mężczyźni	6	20,0
Wiek	20–24	19	63,3
	25–29	5	16,7
	41–47	4	13,3
	62 i 66	2	6,7
Stan cywilny	kawaler/panna	20	66,7
	żonaty/mężatka	7	23,3
	rozwidziony(-a)	2	6,7
	w separacji	1	3,3
	samotni	17	56,7
	posiadający partnera	13	43,3
Dzietność	bezdzielni	23	76,7
	posiadający potomstwo	7	23,3
Wykształcenie	zasadnicze zawodowe	5	16,7
	średnie ogólne	8	26,7
	średnie techniczne	8	26,7
	wyższe licencjackie	2	6,7
	wyższe magisterskie	4	13,3
	niepełne wyższe	3	9,9
Aktywność społeczno-zawodowa	studujący	13	43,3
	uczący się	2	6,7
	pracujący	6	20,0
	bezrobotni bez żadnej z wymienionych form aktywności	4	13,3
	renciści	3	10,0
	emeryci	2	6,7
Miejsce zamieszkania	miasto	23	76,7
	wieś	7	23,3
Sytuacja materialna	niezbyt dobra	10	33,3
	zła, ciężka, trudna	8	26,7
	dobra	8	26,7
	przeciętna, średnia	4	13,3
	pożyczki, kredyty	11	36,7
	pomoc socjalna	5	16,7
Sytuacja mieszkaniowa	dobra	12	40,0
	przeciętna	11	36,7
	bardzo dobra	5	16,7
	zła	2	6,6
Zamieszkiwanie	z rodzicami	13	43,3
	z własną rodziną i z rodzicami	4	13,3
	z własną rodziną, bez rodziców	4	13,3
	akademik/stancja	4	13,3
	samotnie	4	13,3
	z dziadkiem	1	3,3
Dynamika zachowań suicydalnych	pierwsza próba samobójcza	20	66,7
	druga próba samobójcza	9	30,0
	trzecia próba samobójcza	1	3,3

Tab. 2. Porównanie wyników badań grupy eksperymentalnej i kontrolnej w zakresie preferencji potrzeb: hedonistycznych, witalnych, duchowych i świętych

Comparison of study results between the experimental and control group with regard to preference of needs

Podskale SWS	Gr. eksper.		Gr. kontrol.		Analiza statystyczna istotności różnic między wynikami gr. E i gr. K							
	M	SD	M	SD	suma rang gr. E	suma rang gr. K	U	Z	poziom p	z popraw. poziom p	dokł. p	
	H	61,14	17,90	64,55	17,99	877,50	952,50	412,50	-0,55	0,5793	-0,55	0,58
W	49,92	20,25	51,44	22,20	906,00	924,00	441,00	-0,13	0,8941	-0,13	0,89	0,9007
E	51,52	15,99	51,55	19,96	893,50	936,50	428,50	-0,32	0,7506	-0,32	0,75	0,7524
P	71,32	20,80	76,70	12,56	898,00	932,00	433,00	-0,25	0,8016	-0,25	0,80	0,8087
M	76,02	19,45	79,94	9,33	898,50	931,50	433,50	-0,24	0,8073	-0,24	0,81	0,8087
Ś	52,90	23,55	60,28	14,28	843,50	986,50	378,50	-1,06	0,2905	-1,06	0,29	0,2928
SSF	51,78	29,08	55,57	23,90	888,00	942,00	423,00	-0,40	0,6898	-0,40	0,69	0,6973
Wyt	48,07	21,45	47,31	24,41	923,50	906,50	441,50	0,13	0,9000	0,13	0,90	0,9007
ŚŚ	41,01	23,94	46,94	21,21	833,00	997,00	368,00	-1,21	0,2254	-1,21	0,23	0,2301
ŚR	70,74	29,03	80,30	17,92	860,50	969,50	395,5	-0,81	0,4204	-0,81	0,42	0,4232



## PREZENTACJA WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

## PREFERENCJA POTRZEB W GRUPIE SUICYDALNEJ I W GRUPIE KONTROLNEJ

Osoby z grupy suicydalnej najbardziej (z silną intensywnością) preferują potrzeby duchowe – moralne (M) i prawdy (P), potrzeby świętości religijnych (ŚR) oraz (z intensywnością silniejszą niż przeciętna) potrzeby hedonistyczne (H). Z przeciętną intensywnością preferują potrzeby estetyczne (E) i witalne (W), najslabiej natomiast (choć również w stopniu przeciętnym) – potrzeby dotyczące świętości świeckich (ŚŚ).

Tab. 3. Porównanie hierarchii potrzeb (od najbardziej preferowanych) osób z grupy suicydalnej i osób z grupy kontrolnej  
Comparison of the hierarchy of needs (starting with the most preferred ones) of the suicidal group and control group

Grupa suicydalna	Grupa kontrolna
1. Moralne	1. Świętości religijne
2. Prawdy	2. Moralne
3. Świętości religijne	3. Prawdy
4. Hedonistyczne	4. Hedonistyczne
5. Estetyczne	5. Witalne
6. Witalne	6. Estetyczne
7. Świętości świeckie	7. Świętości świeckie

Z przeprowadzonych analiz porównawczych wynika wniosek, iż różnice między osobami z grupy suicydalnej i osobami z grupy kontrolnej pod względem stopnia preferencji poszczególnych potrzeb są nieistotne statystycznie. Mimo to osoby z grupy suicydalnej w słabszym (nieistotnie) stopniu niż osoby z grupy kontrolnej preferują potrzeby doświadczania świętości religijnych oraz potrzeby witalne.

INTENSYWNOŚĆ REALIZACJI POTRZEB DETERMINUJĄCYCH JAKOŚĆ RELACJI  
INTERPERSONALNYCH W GRUPIE SUICYDALNEJ I W GRUPIE KONTROLNEJ

Osoby usiłujące pozbawić się życia z małą intensywnością realizują potrzeby determinujące liczne, serdeczne i satysfakcjonujące relacje interpersonalne. Z mniejszą niż przeciętna intensywnością ujawniają potrzeby: kontaktów heteroseksualnych (Het), afiliacji (Aff), rozumienia siebie i innych (Int) oraz zwracania na siebie uwagi (Exh). Z przeciętną siłą natomiast przejawiają potrzebę opiekania się innymi (Nur).

Struktura potrzeb determinujących jakość relacji interpersonalnych osób z grupy suicydalnej niemalże diametralnie różni się od struktury tych potrzeb właściwej osobom z grupy kontrolnej. Osoby z grupy suicydalnej z istotnie

Tab. 4. Porównanie wyników badań grupy eksperymentalnej i kontrolnej w zakresie intensywności realizacji potrzeb determinujących jakość relacji interpersonalnych  
 Comparison of study results of the experimental and control group with regard to the intensity of satisfying the needs determining the quality of interpersonal relations

Skala ACL	Gr. eksper.		Gr. kontrol.		Analiza statystyczna istotności różnic między wynikami gr. E i gr. K						
	M	SD	M	SD	suma rang gr. E	suma rang gr. K	U	Z	poziom p	z popraw. poziom p	dokł. p
INT	35,80	11,48	52,60	5,69	533,50	1296,50	68,50	-5,64	0,0000***	-5,65	0,0000***
NUR	44,37	13,08	50,63	5,28	788,00	1042,00	323,00	-1,88	0,0604	-1,88	0,0611
AFF	32,23	9,81	55,00	7,70	492,00	1338,00	27,00	-6,25	0,0000***	-6,26	0,0000***
HET	30,73	11,64	55,47	8,05	504,50	1325,50	39,50	-6,07	0,0000***	-6,07	0,0000***
EXH	40,37	9,99	53,90	6,22	596,00	1234,00	131,00	-4,72	0,0000***	-4,72	0,0000***

Zależność istotna na poziomie: \* p ≤ 0,05; \*\* p ≤ 0,01; \*\*\* p ≤ 0,001; kursywa oznacza tendencję (p ≤ 0,1).

słabszą intensywnością niż osoby z grupy kontrolnej realizują potrzeby: kontaktów heteroseksualnych (Het), afiliacji (Aff), rozumienia siebie i innych (Int) oraz zwracania na siebie uwagi (Exh). Mają przy tym tendencję do słabszego niż osoby z grupy kontrolnej ujawniania potrzeby opiekania się innymi (Nur).

#### INTENSYWNOŚĆ REALIZACJI POTRZEB DETERMINUJĄCYCH EFEKTYWNĄ REALIZACJĘ ZADAŃ W GRUPIE SUICYDALNEJ I W GRUPIE KONTROLNEJ

Osoby z grupy suicydalnej odznaczają się mniejszą niż przeciętna intensywnością potrzeb determinujących efektywną realizację zadań. Ze słabszą niż przeciętna intensywnością realizują bowiem potrzeby: osiągnięć (Ach), dominacji (Dom), wytrwałości (End) i porządku (Ord).

Struktura potrzeb determinujących sposób realizacji zadań właściwa osobom z grupy suicydalnej różni się przy tym w bardzo istotny sposób od struktury tych potrzeb właściwej osobom z grupy kontrolnej. Osoby po próbach samobójczych ze znacznie słabszą intensywnością realizują wszystkie potrzeby determinujące efektywne wykonywanie zadań, a więc – potrzebę osiągnięć, dominacji, wytrwałości i porządku.

#### INTENSYWNOŚĆ REALIZACJI POTRZEB DETERMINUJĄCYCH SPOSÓB FUNKCJONOWANIA W SYTUACJACH TRUDNYCH W GRUPIE SUICYDALNEJ I W GRUPIE KONTROLNEJ

Osoby z grupy suicydalnej z przeciętną intensywnością realizują następujące potrzeby determinujące sposób funkcjonowania w sytuacjach trudnych: autonomii (Aut), agresji (Agg) i podporządkowania (Def), w stopniu słabszym niż przeciętny realizują potrzebę zmian (Cha), z większą niż przeciętna intensywnością ujawniają potrzebę wsparcia (Suc) oraz z wysoką intensywnością – potrzebę poniżania się (Aba).

Porównując strukturę potrzeb determinujących sposób funkcjonowania w sytuacjach trudnych osób z grupy suicydalnej i osób z grupy kontrolnej, zauważono, że osoby z grupy suicydalnej z istotnie silniejszą intensywnością niż osoby z grupy kontrolnej przejawiają potrzebę wsparcia i poniżania się, istotnie słabiej ujawniają potrzebę zmian, z jednakową intensywnością natomiast realizują potrzebę autonomii, agresji i podporządkowania.

#### POTRZEBY PATOLOGICZNE W GRUPIE SUICYDALNEJ I W GRUPIE KONTROLNEJ

Osoby z grupy suicydalnej przejawiają zachowania świadczące o patologicznych potrzebach, takie jak (od przejawianych najczęściej) – nikotynizm, skłonność do gwałtownych reakcji emocjonalnych (kłótni, awantur, przemocy fizycznej i psychicznej), poprzednie próby samobójcze, alkoholizm, anoreksja/bulimia, homoseksualizm, konflikty z prawem, kara więzienia oraz lekomania.

Tab. 5. Porównanie wyników badań grupy eksperymentalnej i kontrolnej w zakresie intensywności realizacji potrzeb determinujących efektywną realizację zadań  
 Comparison of study results of the experimental and control group with regard to the intensity of satisfying the needs determining an effective fulfillment of tasks

Skala ACL	Gr. eksper.		Gr. kontrol.		Analiza statystyczna istotności różnic między wynikami gr. E i gr. K							
	M	SD	M	SD	suma rang gr. E	suma rang gr. K	U	Z	poziom p	z popraw. poziom p	dokł. p	
ACH	30,00	9,34	54,70	5,09	470,00	1360,00	5,00	-6,58	0,0000***	-6,59	0,00	0,0000***
DOM	30,23	9,93	56,20	6,21	481,50	1348,50	16,50	-6,41	0,0000***	-6,42	0,00	0,0000***
END	31,90	9,36	60,07	5,51	469,00	1361,00	4,00	-6,59	0,0000***	-6,60	0,00	0,0000***
ORD	37,03	8,59	58,77	5,80	477,00	1353,00	12,00	-6,48	0,0000***	-6,48	0,00	0,0000***

Zależność istotna na poziomie: \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ .

Tab. 6. Porównanie wyników badań grupy eksperymentalnej i kontrolnej w zakresie intensywności realizacji potrzeb determinujących konstruktywne funkcjonowanie w sytuacjach trudnych  
 Comparison of study results of the experimental and control group with regard to the intensity of satisfying the needs determining constructive functioning in difficult situations

Skala ACL	Gr. eksper.		Gr. kontrol.		Analiza statystyczna istotności różnic między wynikami gr. E i gr. K							
	M	SD	M	SD	suma rang gr. E	suma rang gr. K	U	Z	poziom p	z popraw. poziom p	dokł. p	
AUT	46,63	11,66	47,97	4,54	888,50	941,50	423,5	-0,39	0,6952	-0,39	0,69	0,6973
AGG	44,57	12,75	48,03	4,51	814,00	1016,00	349,00	-1,49	0,1354	-1,50	0,13	0,1381
CHA	39,67	7,62	42,50	5,90	779,50	1050,50	314,5	-2,00	0,0452	-2,01	0,04	0,0446*
SUC	68,90	7,44	47,40	5,78	1353,50	476,50	11,50	6,48	0,0000***	6,49	0,00	0,0000***
ABA	70,40	11,48	45,07	7,24	1339,50	490,50	25,5	6,28	0,0000***	6,28	0,00	0,0000***
DEF	52,93	10,45	50,77	5,28	970,00	860,00	395,00	0,81	0,4161	0,81	0,42	0,4232

Zależność istotna na poziomie: \*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ ; kursywa oznacza tendencję ( $p \leq 0,1$ ).

Tab. 7. Porównanie grupy suicydalnej i kontrolnej pod względem częstości i rodzaju przejawianych potrzeb patologicznych  
Comparison between the suicidal and control group with regard to frequency and type of manifested pathological needs

Potrzeba patologiczna	Grupa suicydalna		Grupa kontrolna	
Nikotynizm	19	63,3%	8	26,7%
Gwałtowne reakcje emocjonalne	15	50,0%	2	6,7%
Alkoholizm	4	13,3%	–	–
Anoreksja/bulimia	4	13,3%	1	3,3%
Zaburzenia orientacji seksualnej	4	13,3%	–	–
Konflikty z prawem	3	10,0%	1	3,3%
Kara więzienia	2	6,7%	–	–
Lekomania	2	6,7%	–	–

Osoby z grupy suicydalnej różnią się przy tym od osób z grupy kontrolnej zarówno pod względem częstości, jak i jakości ujawnianych potrzeb patologicznych. Przede wszystkim należy stwierdzić, iż osoby z grupy suicydalnej znacznie częściej niż osoby z grupy kontrolnej przejawiają potrzeby patologiczne. Otóż jedynie wśród osób z grupy suicydalnej stwierdzono obecność następujących potrzeb patologicznych: alkoholizm, lekomania, zaburzenia orientacji seksualnej (homoseksualizm) oraz kara więzienia. Natomiast następujące potrzeby patologiczne występują w obu grupach (przy czym – osoby z grupy suicydalnej przejawiają je częściej niż osoby z grupy kontrolnej): skłonność do gwałtownych reakcji emocjonalnych (kłótni, awantur, przemocy psychicznej i fizycznej), nikotynizm, anoreksja/bulimia oraz konflikty z prawem.

#### POTRZEBY PODLEGAJĄCE DEPRYWACJI W GRUPIE SUICYDALNEJ

Do potrzeb osób z grupy suicydalnej podlegających największej deprivacji należą następujące: potrzeby fizjologiczne (w szczególności potrzeba dobrego stanu zdrowia), potrzeba bezpieczeństwa, potrzeba przynależności i miłości, potrzeba własnej godności i wartości, potrzeba samoaktualizacji oraz przede wszystkim – potrzeba sensu życia. Można zauważyć, że niezaspokojone potrzeby osób po próbach samobójczych mieszczą się w stworzonej przez Masłowa klasyfikacji potrzeb podstawowych (potrzeb typu „D”, wynikających z deficytu) oraz obejmują – postulowaną m.in. przez Frankla czy Obuchowskiego – potrzebę sensu życia. Zatem zdeprywowane potrzeby osób z grupy suicydalnej to potrzeby, których zaspokojenie stanowi niezbędny warunek właściwego funkcjonowania i umożliwia zaspokajanie potrzeb wyższych (samoaktualizacji), niezaspokojenie natomiast tworzy tło autodestrukcji.

Tab. 8. Rodzaje potrzeb osób z grupy suicydalnej podlegających deprivacji  
Types of needs that people from the suicidal group are deprived of

Rodzaj potrzeb podlegających deprivacji	Wypowiedzi świadczące o deprivacji danej potrzeby
Potrzeby fizjologiczne	Choroby fizyczne: <i>epilepsja, niedowidzenie, niedosłuch, kamica nerkowa, chora wątroba, wrzód dwunastnicy, nadwrażliwość jelit, refluks żołądkowo-przłykowy, astma, nadciśnienie, choroby „kobiece”, choro- roba kręgosłupa, dyskopatia.</i>
Potrzeba bezpieczeństwa	Konflikty, brak opieki i oparcia ze strony: <i>rodziców, partnera, dzieci.</i> Sytuacje zagrożenia: <i>groźba rozwodu rodziców, groźba odejścia partnera, groźba i/lub pobicie, groźba wyrzucenia z domu, molestowanie seksualne, zagrożenie niezaliczeniem roku na uczelni.</i> Brak stabilności i porządku w otoczeniu: <i>niechciana ciąża, poronienie, zdrada lub opuszczenie przez partnera.</i> Deficyty ekonomiczne: <i>konieczność spłaty długów; „niezbyt dobra, zła, trudna, ciężka sytuacja materialna”, pomoc socjalna, pożyczki, kredyty.</i> Silne poczucie lęku, braku bezpieczeństwa, beznadziejności, bezradności.
Potrzeba przynależności i miłości	Deficyt pozytywnych uczuć: <i>brak troski, przyjaźni, miłości, zrozumienia, bliskości, poczucia, że jest się kochanym, że uczucia osoby są odwzajemniane, poczucie, że los osoby jest komuś obojętny, że komuś na niej nie zależy (rodzicom, partnerowi, dzieciom, znajomym).</i> Poczucie alienacji, osamotnienia, wyobcowania: <i>poczucie, że nie można na nikogo liczyć, że nikt nie potrzebuje osoby, że jest zbędna, że nikt nie zauważa ani jej obecności, ani nieobecności, brak wdzięczności, brak osób bliskich, które ją kochają i troszczą się o nią, poczucie, że nikt nie zabiega o jej względy, uznanie, uczucia, brak bratniej duszy, poczucie bycia zostawionym samemu sobie, że nie ma kogo obdarzyć swoim uczuciem, komu pomagać, kim się opiekować, poczucie, że żyje się tylko dla siebie, brak osoby, która by wysłuchała i przytuliła.</i>
Potrzeba własnej godności i wartości	Brak akceptacji, uznania i szacunku ze strony innych: <i>zbyt duże oczekiwania ze strony innych, „rodzice traktują mnie jak śmiecia, wyrzutka, a nie jak człowieka”, „mąż rządzi całym światem, a mnie ma za nic”, „syn mnie poniża, nie szanuje”, „rodzina obwinia mnie za samobójczą śmierć ojca”, „zarzuty ze strony chłopaka, że chcę go złapać na dziecko”, nadmierny nadzór i kontrola ze strony rodziców, brak możliwości swobodnego decydowania o sobie, „matka, ojczym i koledzy poniżają mnie, gardzą, wyzywają, nie traktują poważnie”, „czuję się nieakceptowany jako gej”.</i> Niskie mniemanie o sobie i małe poczucie własnej wartości: <i>„wstydzę się swojej choroby”, „poczucie, że nie dorównuję wyobrażeniu rodziców o mnie i że nie są ze mnie dumni”, „mam zły, nieodpowiedni charakter i nie osiągnęłam nic, z czego można być dumnym”, „wstydzę się siebie”, „nie wierzę, żebym coś mogła osiągnąć”.</i>

Ciąg dalszy tab. 8

Rodzaj potrzeb podlegających deprivacji	Wypowiedzi świadczące o deprivacji danej potrzeby
Potrzeba samoaktualizacji	Poczucie braku osiągnięć, kompetencji, sukcesu: „nie robię tego, co chcę, więc nie czuję, że naprawdę żyję”, „nie mam żadnych sukcesów, z których byłabym zadowolona”, brak poczucia spełnienia się, poczucie porażki, „nic nie potrafię zrobić, nawet się zabić”, „nie czuję, że mam wpływ na własne życie”, „nie pracuję w zawodzie, więc nie rozwijam się”, „nie spełniam swoich ambicji i aspiracji w nauce”, „wszystko, co robię, nie zadowala mnie”.
Potrzeba sensu życia	Brak lub utrata sensu w życiu: „pogubiłam się w świecie, w ocenach, w tym, co jest dobre, a co złe, co warto, a czego nie warto robić”, „wszystko widzę szaro i beznadziejnie, nic się nie zmieni, chyba że na gorsze”, „życie już mi się znudziło”, „nie mam po co żyć”, „nie chce mi się żyć, bo nie mam celu w życiu i nie wiem, co chcę robić”, „zabrakło mi sił, aby żyć”, „nie mam planów i wyobrażeń o przyszłości”.

## WNIOSKI

1. Osoby z grupy suicydalnej najintensywniej preferują potrzeby duchowe (moralne i prawdy), potrzeby świętości religijnych oraz hedonistyczne. Z przeciętną intensywnością preferują potrzeby estetyczne i witalne, najslabiej natomiast – potrzeby dotyczące świętości świeckich. Nie różnią się przy tym w sposób istotny od osób z grupy kontrolnej pod względem stopnia preferencji poszczególnych potrzeb. W słabszym (nieistotnie) stopniu niż osoby z grupy kontrolnej preferują potrzeby doświadczania świętości religijnych oraz potrzeby witalne.

2. Osoby z grupy suicydalnej z małą intensywnością i w istotnie mniej intensywny sposób niż osoby spoza tej grupy realizują potrzeby determinujące liczne, serdeczne i satysfakcjonujące relacje interpersonalne. Dlatego też kontakty interpersonalne osób z grupy suicydalnej są nieliczne, powierzchowne, niesatysfakcjonujące, nasycone konfliktami i niedające poczucia emocjonalnej bliskości, co w konsekwencji powoduje poczucie osamotnienia, izolacji i alienacji.

3. Osoby z grupy suicydalnej z małą intensywnością i w istotnie mniej intensywny sposób niż osoby spoza tej grupy realizują potrzeby determinujące efektywną realizację zadań. Brakuje im zatem konsekwencji w dążeniu do celu, unikają konfrontacji z sytuacjami zadaniowymi, rezygnują z wielu form aktywności, planów i zamierzeń, tracąc w ten sposób szansę doznania sukcesu oraz gubiąc poczucie celu, sensu i spełnienia.

4. Osoby z grupy suicydalnej z małą intensywnością i w istotnie mniej intensywny sposób niż osoby spoza tej grupy realizują potrzeby determinujące samodzielne i konstruktywne funkcjonowanie w sytuacjach trudnych, z istotnie silniejszą intensywnością przejawiają natomiast potrzebę wsparcia i pomocy

ze strony innych, których uznają za silniejszych i skuteczniejszych od siebie. Wobec sytuacji trudnych czują się bezradne i bezsilne, rezygnują więc z wysiłków, które mogłyby je zmienić.

5. Osoby z grupy suicydalnej istotnie częściej i z większą różnorodnością niż osoby spoza tej grupy przejawiają potrzeby patologiczne, takie jak (od najczęstszych): nikotynizm, skłonność do gwałtownych reakcji emocjonalnych (kłótni, awantur, przemocy fizycznej i psychicznej), poprzednie próby samobójcze, alkoholizm, anoreksja/bulimia, homoseksualizm, konflikty z prawem, kara więzienia oraz lekomania. Nie bez powodu więc zachowania wyrażające patologiczne potrzeby bywają określane przez teoretyków jako – „samobójstwo parcjalne (na raty)” (Durkheim), „chroniczne samobójstwo” (Menninger), „ukryte samobójstwo” (Meerloo) czy „subintencjonalna śmierć” (Shneidman) (za: Płużek 1991, s. 131).

6. Do potrzeb osób z grupy suicydalnej, podlegających największej deprivacji, należą potrzeby podstawowe (typu „D” według klasyfikacji Masłowa), których zaspokojenie stanowi niezbędny warunek właściwego funkcjonowania, a więc: potrzeby fizjologiczne (w szczególności potrzeba dobrego stanu zdrowia), potrzeba bezpieczeństwa, potrzeba przynależności i miłości, potrzeba własnej godności i wartości, potrzeba samoaktualizacji oraz potrzeba sensu życia.

7. Struktura potrzeb osób z grupy suicydalnej różni się w istotny sposób od struktury potrzeb osób spoza tej grupy we wszystkich objętych badaniem aspektach – z wyjątkiem stopnia preferencji potrzeb.

Przedstawione wyniki przeprowadzonych badań są odpowiedzią na postawione pytania badawcze oraz dowodem pozytywnej weryfikacji sformułowanych przeze mnie hipotez (z wyjątkiem hipotezy 7.1.).

## SUMMARY

The aim of the pursued research was to determine the structure of the needs of people from the suicidal group. The studies comprised sixty people, half of them were people who had attempted suicide and the other half – those who did not have suicidal tendencies.

The following research methods were used: an interview, test ACL-37 and the Scale of Scheler's values (SWS) – an experimental version.

There were found differences in the structure of needs of people from the suicidal and control group. People who have attempted suicide satisfy their needs with lesser intensity. The same pertains to an effective performing of a task and being constant in striving after their aims, determining satisfying interpersonal relations as well as self-dependent and constructive functioning in difficult situations. However, they manifest a greater need of support and help from other people, they also show pathological needs more often, comparing with the other studied group. Among the needs of people from the suicidal groups are basic needs, which are subject to the greatest deprivation. As regards the degree of preference of the particular needs, no significant differences between the two groups were found.



## BIBLIOGRAFIA

- Brzozowski P. (1995). *Skala Wartości Schelerowskich – SWS. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Holyst B. (2002). *Suicydologia*. Warszawa: Wydawnictwa Prawnicze Lexis Nexis.
- Krysińska K. (1998). Dlaczego ludzie odbierają sobie życie. *Charaktery*, 9 22–25.
- Matkowski M. (1984). Test Przymiotników jako narzędzie do badania struktury potrzeb jednostki. *Przegląd Psychologiczny*, 27 (2), 519–536.
- Obuchowski K. (1995). *Psychologia dążeń ludzkich*. Warszawa: PWN.
- Pilecka B. (1994). *Test Przymiotnikowy ACL-37 jako technika badania osobowości*. W: Z. B. Gaś (red.). *Kierunki działań profilaktycznych*. Lublin: Pracownia Wydawnicza Fundacji „Masz szansę”.
- Pilecka B. (1995). *Wybrane problemy samobójstw młodzieży*. Lublin: Pracownia Wydawnicza Fundacji „Masz szansę”.
- Pluzek Z. (1991). *Psychologia pastoralna*. Kraków: Instytut Teologiczny Księża Misjonarzy.
- Porzak R. (1999). *Wykorzystanie Testu Przymiotnikowego ACL-37 do badania obrazu „szkoły” i „ucznia”*. W: Z. B. Gaś (red.). *Szkoła i nauczyciel w percepcji uczniów*. Warszawa: IBE.
- Reykowski J. (1982). *Osobowość jako centralny system regulacji i integracji czynności człowieka*. W: T. Tomaszewski (red.). *Psychologia*. Warszawa: PWN.
- Ringel E. (1987). *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*. Szczecin: Wyd. „Głob”.
- Rosa K. (1996). *Próby samobójcze*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy im. prof. dra med. Jerzego Nofera.
- Siek S. (1983). *Wybrane metody badania potrzeb psychicznych*. W: S. Siek (red.). *Wybrane metody badania osobowości*. Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.
- Sołtysiak T., Mosiewicz T. (2000). Niektóre przyczyny oraz oceny prób i myśli samobójczych młodzieży. *Problemy Alkoholizmu*, 3, 3–5.
- Statystyka – Samobójstwa 2001. Wydział Prasowy Komendy Głównej Policji. <http://www.policja.pl/statys/zamach.htm>-KGP
- Shneidman E. S. (1980). A possible classification of suicidal acts based on Murray's need system. *Suicide – Life Threatening Behavior*, 10 175–181.
- Wolińska J. M., Drwal R. Ł. (1995). *Test Przymiotnikowy (ACL) w badaniach samooceny i percepcji społecznej*. W: R. Ł. Drwal (red.). *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*. Warszawa: PWN.
- Tétaz N. (1976). *Warto żyć. Samobójstwo – jego istota i zwalczanie*. Warszawa: PZWL.
- Zimbardo P. G., Ruch F. L. (1997). *Psychologia i życie*. Warszawa: PWN.