

POSTAWA WOBEC WŁASNEGO CIAŁA, PRZEŻYCIA DYSOCJACYJNE I DEPRESJA A TENDENCJE SAMOBÓJCZE WŚRÓD MŁODZIEŻY

Prezentacja wyników badań

Tendencje samobójcze

- Model Israela Orbacha
- Konflikt pragnienie śmierci – chęć zachowania życia
- Rozważania, ambiwalencja, decyzja
- Mniej nasilony lęk przed śmiercią u młodzieży samobójczej
- Postawy: zauroczenie życiem, wstręt wobec życia, zauroczenie śmiercią, wstręt wobec śmierci

Tendencje samobójcze

Zauroczenie życiem – poczucie bezpieczeństwa w relacjach, zaspokojenie potrzeb, wysoka samoocena, duża siła ego, zdolności przystosowawcze, adekwatne zasoby i sposoby radzenia sobie

Wstręt wobec życia – ból, cierpienie, problemy, konflikty interpersonalne, przemoc, samotność, strata

Zauroczenie śmiercią – śmierć postrzegana jako stan lepszy od życia (spokój, odpoczynek, zaspokojenie potrzeb, odwracalność, stan mistyczny)

Wstręt wobec śmierci – realistyczne spojrzenie na śmierć

Przeżycia dysocjacyjne

- W normie i w patologii (różnica w nasileniu)
- Zawężenie spostrzegania i doświadczania rzeczywistości, poczucie oddzielenia od samego siebie, odrętwienia, zaburzone postrzeganie własnego ciała, nieczułość na ból, depersonalizacja i derealizacja
- Poziom fizjologiczny (niewrażliwość na ból), emocjonalny (obojętność, wyobcowanie), poznawczy (zawężone spostrzeganie, myślenie tunelowe)

Postawa wobec własnego ciała

- Samobójstwo jako bezpośredni atak na fizyczne *Ja*
- Wrażliwość na bodźce wewnętrzne i reaktywność na ból służą ochronie i unikaniu uszkodzeń ciała
- Ciało jako źródło zaspokojenia niektórych potrzeb i przyjemności – ochrona przed autodestrukcją
- Utrata spójności, nienawiść, odcięcie, odrzucenie, brak poczucia kontroli i brak wrażliwości – ryzyko autodestrukcji
- Tendencje samobójcze – większa tolerancja bólu

Zmienne, metody i narzędzia badawcze

Badane były zależności między następującymi zmiennymi:

- Tendencje samobójcze – Skala Postaw i Tendencji Samobójczych (MAST) Israela Orbacha
- Przeżycia dysocjacyjne – Kwestionariusz Przeżyć Dysocjacyjnych (KPD), wersja własna
- Postawa wobec własnego ciała – Skala Zaangażowania Emocjonalnego Wobec Ciała (BIS) Israela Orbacha
- Depresja – Skala Depresji Becka (BDI)

Dodatkowo: pytania o myśli samobójcze, plany samobójcze i przygotowania do samobójstwa

Problematyka i metodologia badań

Założenia teoretyczne:

Osoby po przebytej przynajmniej jednej próbie samobójczej, w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej:

- będą miały bardziej negatywną postawę wobec własnego ciała: będą miały bardziej negatywny jego obraz, będą doświadczały bardziej negatywnych względem ciała odczuć i dyskomfortu w kontakcie fizycznym, będą mniej troszczyły się o ciało i mniej o nie dbały, a także mniej je chroniły;
- będą częściej doświadczały przeżyć o charakterze dysocjacyjnym;
- będą miały nasilone tendencje samobójcze w zakresie wszystkich komponentów: zauroczenia życiem, wstrętu wobec życia, zauroczenia śmiercią i wstrętu wobec śmierci;
- będą wykazywały więcej symptomów depresyjnych w zakresie uczuciowości, stosunków społecznych i reakcji somatycznych

Procedura badawcza

- Badania przeprowadzono na przełomie 2008 i 2009 r. w szkołach ponadgimnazjalnych i ogólnokształcących na terenie Rudy Śląskiej.
- Przebadano łącznie 200 osób w wieku od 16 do 19 lat.

Charakterystyka grupy badawczej

Grupa badawcza: 30 osób (26 k i 4 m)

Grupa kontrolna: 150 osób

Wiek: 16-19 lat

Kryterium – podjęcie przynajmniej jednej próby samobójczej

Wyniki badań

- **Liczba prób samobójczych** – 17 osób podjęło próbę samobójczą raz, zaś 13 podjęło tych prób kilka
- **Czas od ostatniej próby** – zróżnicowanie (2 tygodnie przed badaniem i 8 lat przed badaniem)
- **Sposób** – zróżnicowanie, również sposoby mieszane

	Grupa badawcza	Grupa kontrolna
Myśli samobójcze	66,7 %	16 %
Plany samobójcze	90 %	12,7 %
Przygotowania do samobójstwa	66,7 %	3,4 %

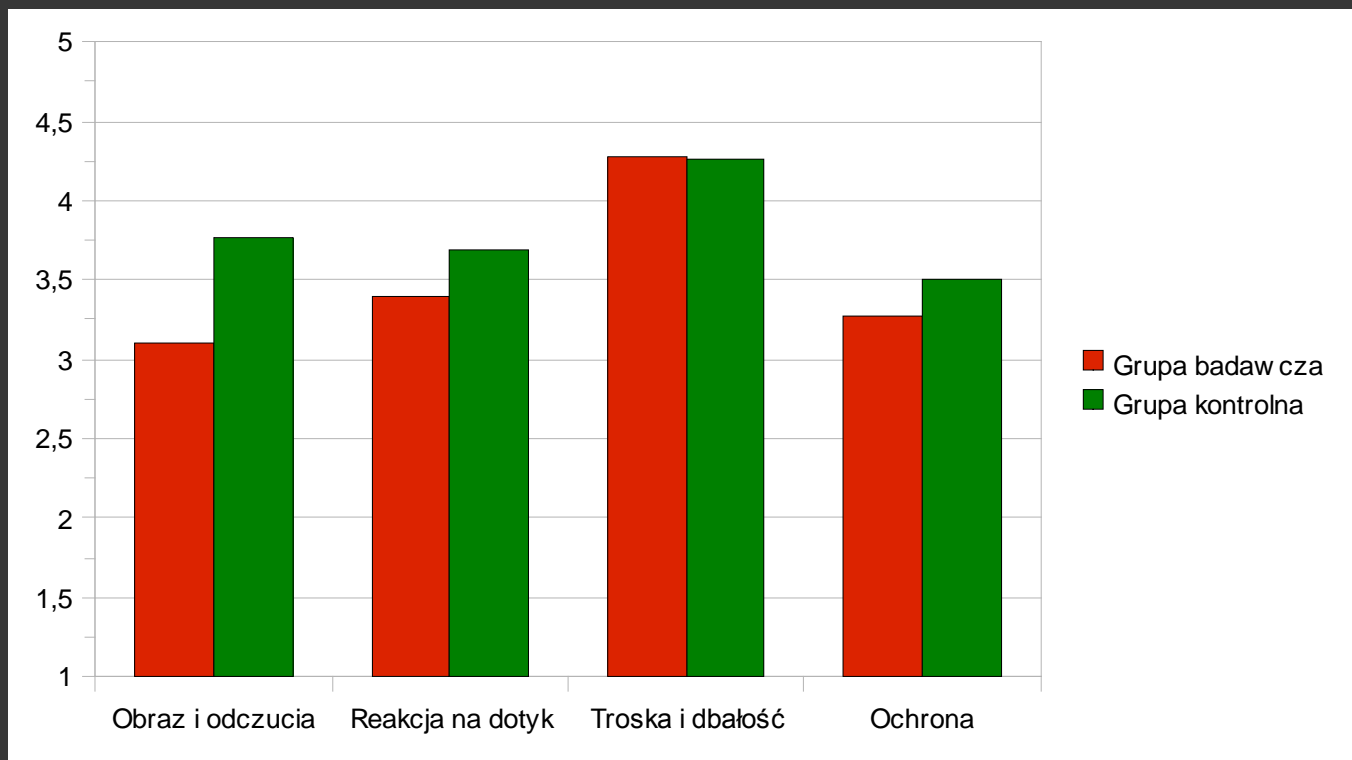
Zestawienie częstości występowania myśli, planów i przygotowań samobójczych w grupie badawczej i kontrolnej

Wyniki badań

Osoby po próbie samobójczej:

- Częściej myśli samobójcze, plany popełnienia samobójstwa oraz przygotowania
- Postawa wobec własnego ciała bardziej negatywna (obraz i odczucia)
- Nie odczuwają mniejszego komfortu w kontakcie fizycznym, nie troszczą się mniej i nie dbają mniej o swoje ciało, nie chronią go mniej

Wyniki badań

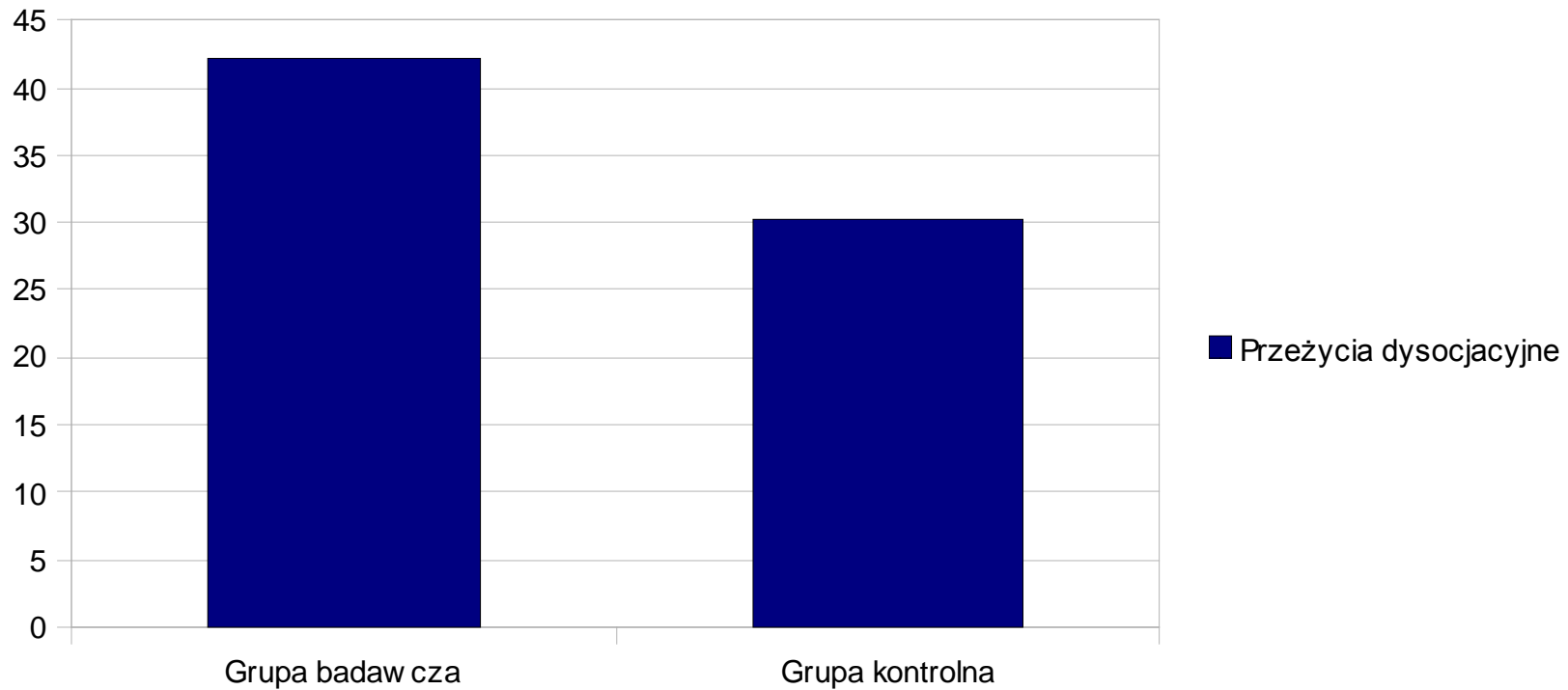


Porównanie średnich wyników w podskalach
Skali Zaangażowania Emocjonalnego Wobec Ciała
w grupie badawczej i kontrolnej

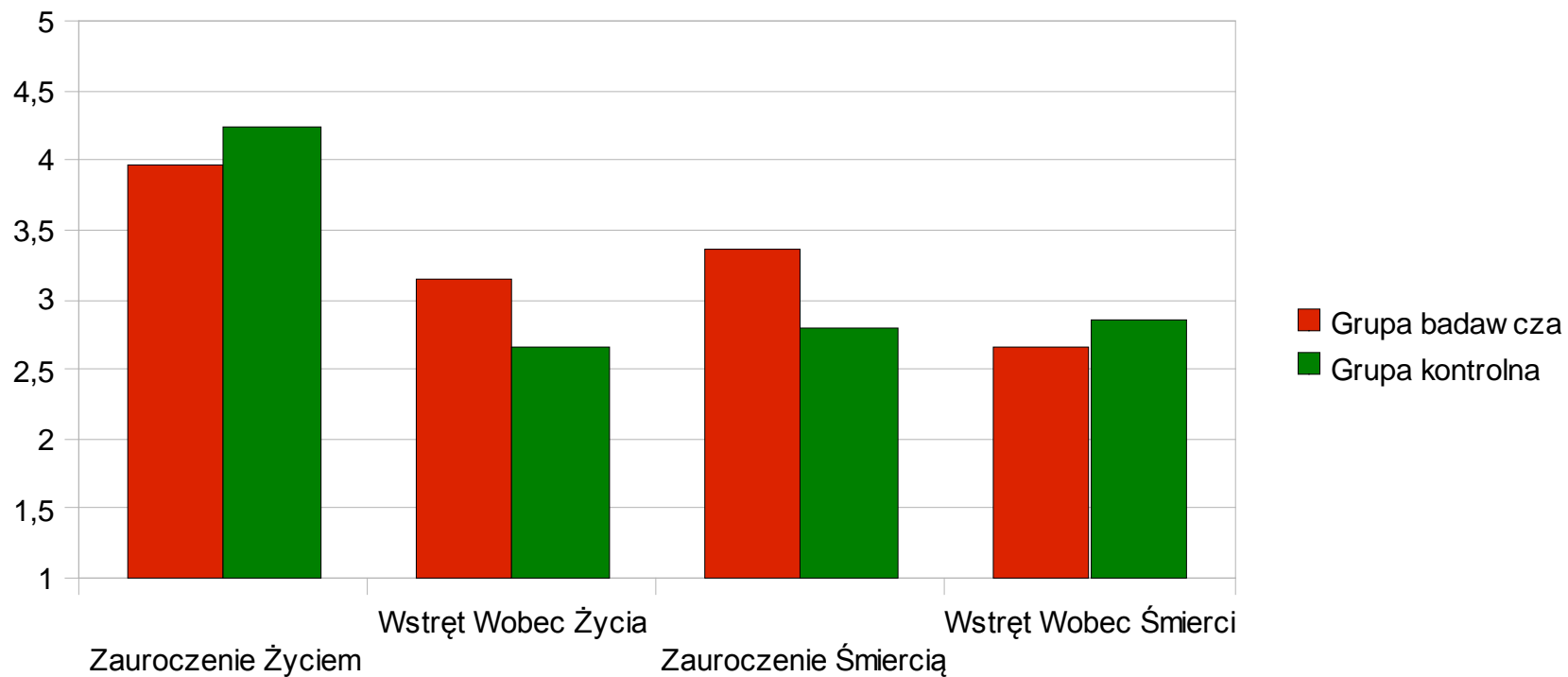
Wyniki badań

- Częstsze doświadczanie przeżyć dysocjacyjnych
- Nasilone tendencje samobójcze (wszystkie postawy)
- Częściej występuje depresja (największa różnica między grupami w uczuciowości)

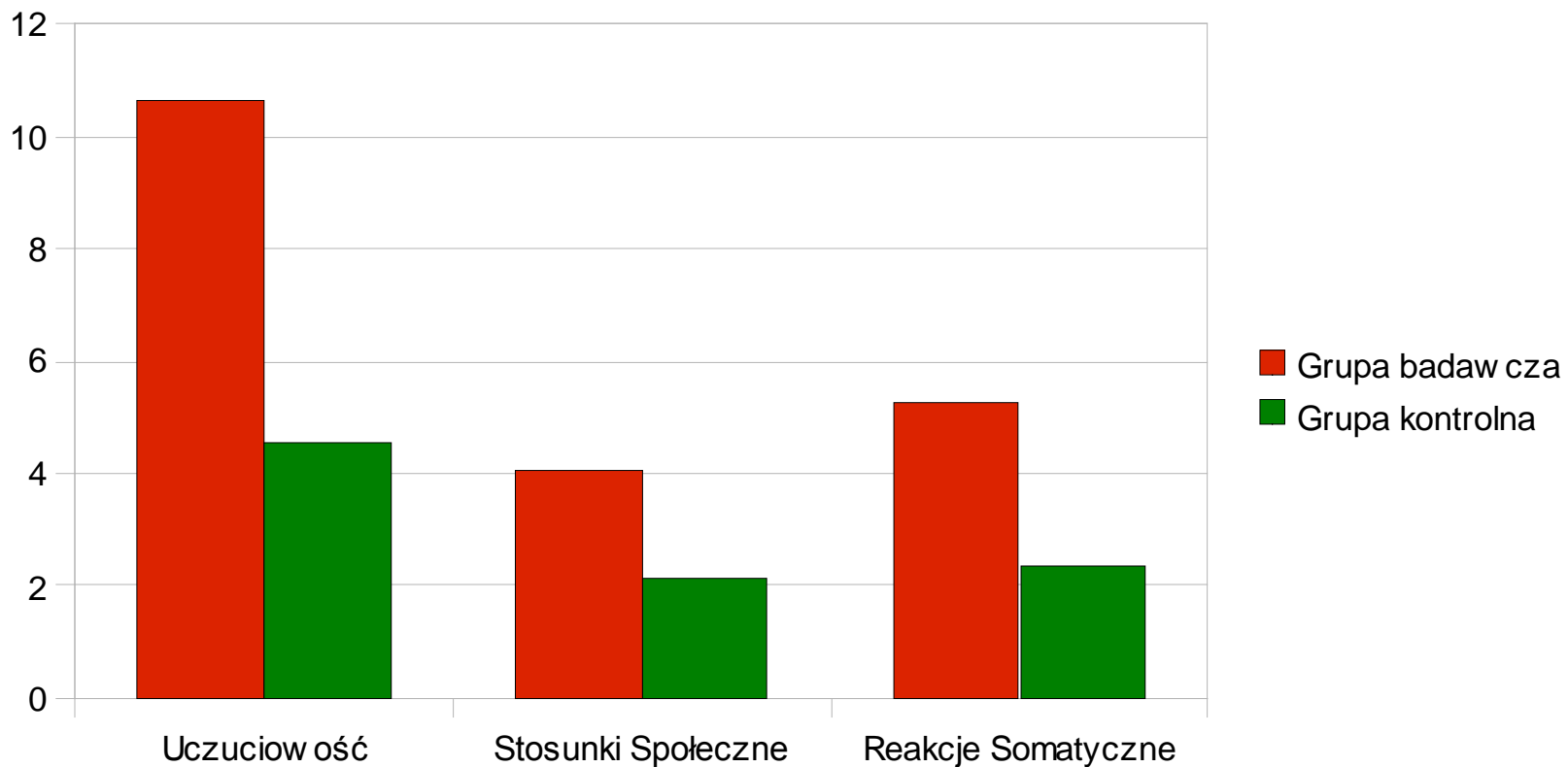




Porównanie średnich wyników w Kwestionariuszu Przeżyć Dysocjacyjnych w grupie badawczej i kontrolnej



Porównanie średnich wyników w podskalach Skali Postaw i Tendencji Samobójczych w grupie badawczej i kontrolnej



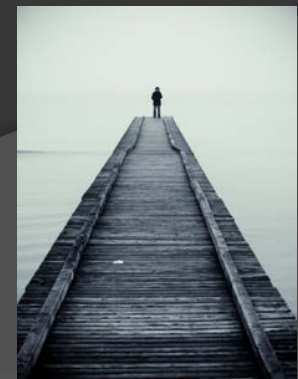
Porównanie średnich wyników w podskalach Skali Depresji Becka w grupie badawczej i kontrolnej

Zależności

1. Przeżycia dysocjacyjne i zauroczenie śmiercią
2. Postawa wobec własnego ciała i zauroczenie życiem
3. Postawa wobec własnego ciała i wstręt wobec życia

Depresja a tendencje samobójcze

- Depresja jako czynnik ryzyka zachowań samobójczych (negacja i bunt, poszukiwanie sensu, krytycyzm, faza separacji i indywiduacji)
- Słabsze zauroczenie życiem
- Silniejsze zauroczenie śmiercią i wstręt wobec życia



Depresja a tendencje samobójcze

Brak satysfakcji w relacjach, brak poczucia bezpieczeństwa

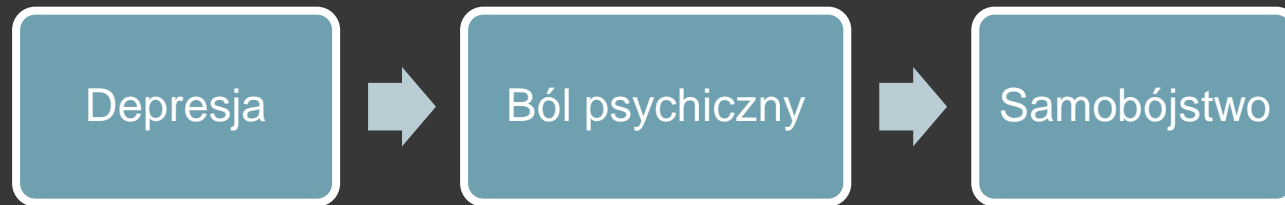
```
graph TD; A[Brak satysfakcji w relacjach, brak poczucia bezpieczeństwa] --> B[Zmniejszenie szansy zaspokajania potrzeb]; B --> C[Nasilenie zauroczenia śmiercią jako stanem zaspokojenia potrzeb];
```

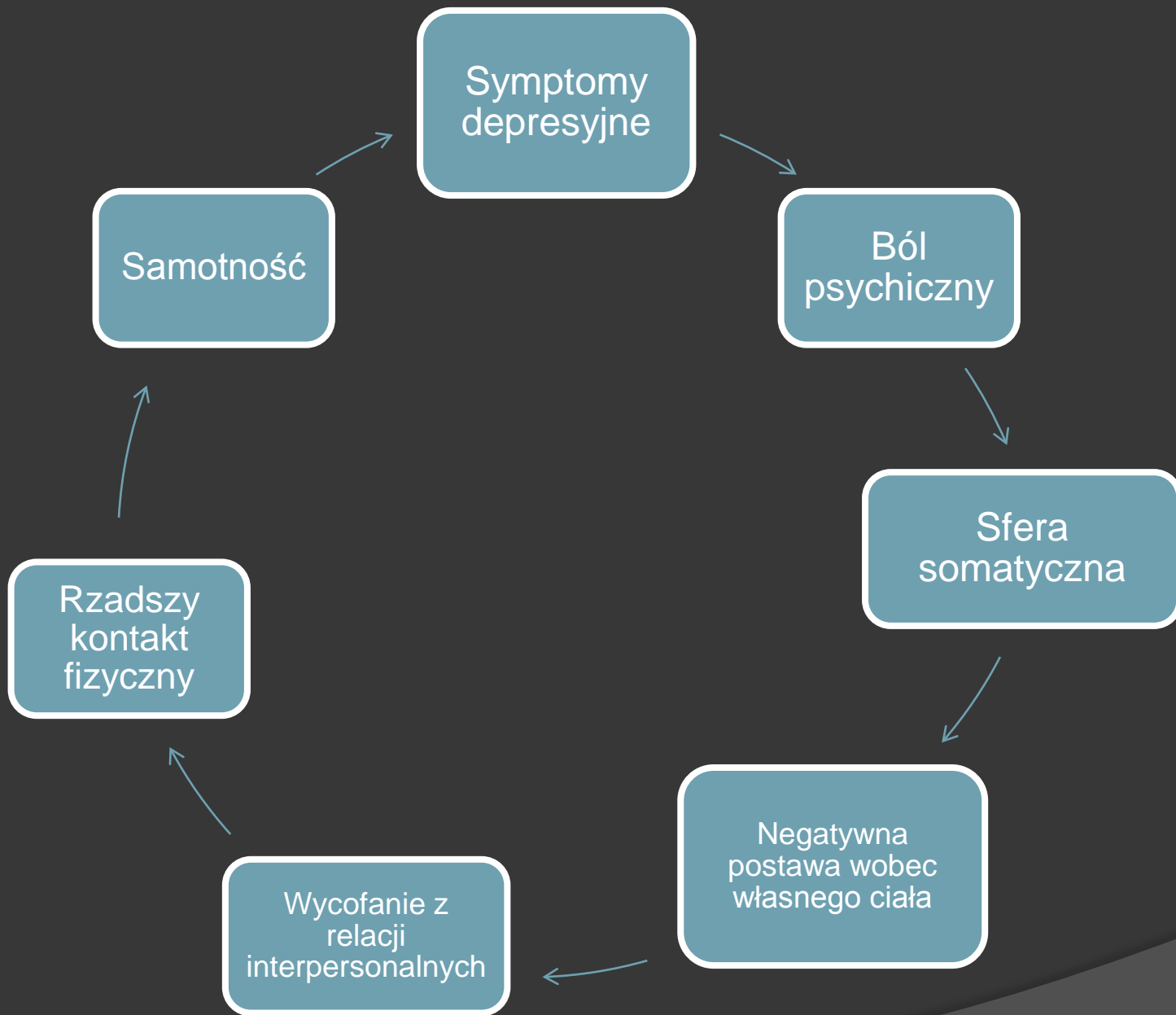
Zmniejszenie szansy zaspokajania potrzeb

Nasilenie zauroczenia śmiercią jako stanem zaspokojenia potrzeb

Depresja a tendencje samobójcze

- Wstręt wobec życia to efekt bólu psychicznego i samotności
- Symptomy depresyjne zmniejszają zauroczenie życiem
- Słabe zauroczenie życiem, a silne zauroczenie śmiercią i wstręt wobec życia, wpływają zwrotnie na pojawianie się i utrzymywanie symptomów depresyjnych





Ból psychiczny i negatywna
postawa wobec własnego ciała



Częstsze przeżycia dysocjacyjne
jako ucieczka



Brak ochrony ciała i zachowania
ryzykowne (mniejszy lęk przed
bólom)

Co możemy zrobić?

1. Diagnozować depresję oraz tendencje samobójcze.
2. Rozwijać i wzmacniać pozytywną postawę uczniów względem własnego ciała (poprzez mini-wykłady na lekcjach wychowawczych oraz gry i zabawy na zajęciach wychowania fizycznego).
3. Przekazywać wiedzę na temat samobójstw, m.in. przyczyn, sygnałów zwiastunowych, omawiać powszechnie obecne mity na temat samobójstw, a także informować na temat możliwości uzyskania profesjonalnej pomocy; organizować szkolenia i dzielić się wiedzą i doświadczeniami z innymi pedagogami.
4. Wzmacniać poczucie własnej wartości uczniów, uczyć ich wyrażania własnych emocji i radzenia sobie ze stresem.



Dziękuję Państwu za poświęcony czas i uwagę.

Kontakt: agnieszka.recheta@tlen.pl