

SYBILLA SCHIEP  
Lublin

## RYZIKO SAMOBÓJSTWA I PRÓBA JEGO DIAGNOZY W ŚWIETLE METODY RORSCHACHA

Motto:

*Ale videmus nunc per speculum et in aenigmate*, a prawda, nim staniemy z nią twarzą w twarz, wprzód pokazuje się nam po kawałeczku (jakże nieczytelnym) w błędach tego świata, winniśmy zatem odczytywać z mozołem jej wierne znaki również tam, gdzie jawią się nam jako niejasne i prawie podsunięte przez wolę bez reszty oddaną złu.

Umberto Eco, *Imię róży*, Prolog.

Psychologia kliniczna w badaniach nad samobójstwami akcentuje problemy związane z czynnikami osobowościowymi, wpływającymi na stan presuicydalny oraz procesy motywacji i decyzji aktu samobójczego. W światowych badaniach empirycznych nad ryzykiem samobójstwa wykorzystywano na szeroką skalę zarówno metody kwestionariuszowe, jak i projekcyjne. Z niewielu studiów polskich na ten temat na uwagę zasługują badania z wykorzystaniem testu MMPI w psychodiagnozie samobójstw (Cekiera, 1975; Płużek, Pilecka, 1978; Pilecka, 1991). Zbyt mało znane są prowadzone od ponad pół wieku badania metodą Rorschacha. Badania te są istotne nie tylko ze względu na aktualny wzrost zainteresowań problematyką samobójstw wśród współczesnych psychologów klinicznych, ale również ze względu na swą merytoryczną i diagnostyczną wartość. System Exnera coraz częściej wykorzystywany jest do diagnozy ryzyka samobójstwa.

Najnowsze teorie dotyczące samobójstw, w tym znana teoria syndromu presuicydalnego Erwina Ringela, znajdują się w tym samym nurcie fenomenologiczno-psychoanalitycznym co teoretyczne podstawy metody Rorschacha. Wydaje się, że wskaźniki testu Rorschacha mogą okazać się pożyteczne w ukazaniu pewnych aspektów fenomenologii syndromu presuicydalnego opisanego w teorii Ringela, a co za tym idzie – w rozpoznaniu w nim stopnia potencjalności aktu samobójczego. Mówiąc o akcie samobójczym, można przytoczyć najbardziej rozpowszechnioną definicję E. Stengla. Według niej samobójstwo popełnia ten człowiek, który postanawia zakończyć swoje życie albo który działa impulsywnie i zabija siebie, wybrawszy najbardziej skuteczny sposób i upewniwszy się uprzednio, że nikt mu w tym nie przeszkodzi (Stengel, 1975). Zdaniem Hołysta (1983) planowany zamach samobójczy musi

być uprzednio wyobrażony, pożądany i usiłowany. Te poszczególne etapy zachowania suicydalnego mają ważne znaczenie w kontekście profilaktyki samobójstw.

## I. TŁO TEORETYCZNE ZACHOWAŃ SAMOBÓJCZYCH – KONCEPCJA ERWINA RINGELA

Wśród współczesnych koncepcji samobójstw ważne miejsce zajmuje koncepcja syndromu presuicydalnego Ringela (1953; 1987; 1992). Odnosi się ona w sposób najbardziej jasny do fenomenologii stanu psychicznego, poprzedzającego samobójstwo. Do opisu tego zjawiska Ringel wykorzystał materiał z badań przeprowadzonych w 1949 r. (745 przypadków). Materiał ten oparł m.in. na danych pochodzących z wywiadów klinicznych, obserwacji i autobiografii pacjentów w postaci analizy listów oraz innych form ekspresji literackiej (wiersze, dramaty, nowele).

Syndrom presuicydalny jest pierwszym z czynników ostrzegających nas, że dany człowiek jest zagrożony samobójstwem. Samobójcze zachowanie według Ringela jest końcowym stadium neurotyzmu. Sam czyn samobójczy zostaje popełniony w fazie ostrego zawężenia sytuacyjnego i sfery emocjonalnej oraz zwiększenia agresji skierowanej na własną osobę.

*Zawężenie sytuacyjne* oznacza poczucie zaniku równowagi między własnymi możliwościami a warunkami życia. Człowiek uznaje, że jego sytuacja jest niesamowita, nie dająca się znieść i przezwyciężyć. Powstaje wrażenie, że dookoła piętrzą się przeszkody, a człowiek jest osaczony i zamknięty w ciasnej przestrzeni redukującej jego własne możliwości.

Ten stan doprowadza do *zawężenia dynamicznego*, kiedy zawodzą mechanizmy obrony i kontroli i jedynym mechanizmem obronnym pozostaje zwrócenie agresji przeciwko sobie. Tworzy się dominujący wzór uczuciowy, w którym przeważa uczucie lęku i rozpacz w odpowiedzi na nienormalną sytuację wewnętrznego zagrożenia. Sytuacja ta daje zniekształcony i tendencyjny obraz świata. Wszystko w nim przesuwają się w kierunku negatywnym, wszystkie zachowania powodują coraz większe psychiczne straty i coraz silniej przeżywany wewnętrzny ból. Zanikają wszelkie uczuciowe związki międzyludzkie. Następuje brak zdolności do kształtowania bliskich związków z ludźmi i duża podatność na zranienie. Wynika to z poczucia przenikliwej samotności, uczucia niezrozumienia prowadzącego do izolacji i do *zawężenia stosunków międzyludzkich*.

Z tego zawężonego stosunku do innych wyłania się następna sfera zawężenia – *zawężenie świata wartości*. Potencjalny samobójca nie wierzy w nic. Wartości mieszczą się dla niego w sferze abstrakcji, a nie życiowej praktyki i są przesadnie subiektywizowane, co rodzi się z postawy izolacji i poczucia odmienności. W dodatku wewnętrzne poczucie negacji i destrukcji prowadzi do całkowitego zaprzeczania wartościom i do nihilizmu.

Do samobójstwa dochodzi wskutek *zwrócenia impulsów agresywnych przeciwko sobie*. Nagromadzenie niezwykle intensywnych potencjałów agresji i potężne hamowanie ich wobec otoczenia oznacza skierowanie ich przeciwko sobie. Jest to decydująca faza w rozwoju syndromu presuicydalnego. Hamowanie agresji może wynikać z braku bliskich stosunków międzyludzkich, służących wzajemnemu odreagowaniu odruchów agresji. Jakkolwiek agresja samobójcy kieruje się przeciw niemu samemu, to w gruncie rzeczy jej właściwym celem są inni ludzie, na skutek introjekcji znajdujący się w osobie samobójcy i wraz z nią – niszczeni. Jest to tzw. zemsta samobójcy, o której pisze Adler (zob. Ringel, 1987).

Syndrom presuicydalny jest związany z pojawiającymi się, coraz silniejszymi, zamierzonymi *fantazjami samobójczymi*. Początkowo pojawia się tylko pragnienie bycia martwym, które zamienia się w wyobrażenie sobie aktu samobójczego. Stan alarmujący następuje wtedy, gdy konkretyzuje się ono na szukaniu sposobów dokonania samobójstwa, skoncentrowaniem się na określonej metodzie z wszystkimi szczegółami. Należy dodać, że zawężenie percepcji i kojarzenia sprzyja rojeniom samobójczym.

Z pochopną i błędną oceną sytuacji, prowadzącą do zbyt pochopnych wniosków, idzie w parze często niepoohamowana gwałtowność i *impulsywność*. Menninger pisze w związku z tym o błędnej ocenie sytuacji i tzw. pomyłce Romea z szekspirowskiego dramatu, wywołanej przez zniekształcenie percepcji i nadmierną impulsywność, pociągającą za sobą tragiczne skutki (Ringel, 1987).

Oprócz dewaluacji wartości niektórych dziedzin życia dochodzi do *zmniejszonego poczucia własnej wartości*. Słaba wiara w sens istnienia w sytuacjach krytycznych skłania do niewiary w konieczność własnej egzystencji. Nie ma wówczas dla człowieka znaczenia fakt jego istnienia. Brak świadomości własnej wartości powoduje lęk przed życiem, zwątpienie w to, czy ma się prawo do życia, czy jest się w stanie sprostać jego wymaganiom. W pytaniach o źródła samobójstwa wśród młodzieży w jednym z wiedeńskich gimnazjów uzyskano ujmujące wypowiedzi: „Jest to strach, strach przed tym, że człowiek nie sprawdzi się, że nie znajdzie uznania, że będzie kimś gorszym, strach przed rodzicami, strach przed dorosłością, strach przed przyszłością, strach przed życiem” (cyt. za: Ringel, 1987). Jak więc odróżnić stan psychiczny młodego człowieka zagrożonego samobójstwem od tego, który targany sprzecznymi motywami nie potrafi tylko sprostać życiowym wymaganiom?

Rozpoznanie syndromu presuicydalnego nie jest na ogół szczególnie trudne, jak twierdzą niektórzy badacze (Ringel, 1987; Płużek, 1991). O wiele trudniejsze jest rozpoznanie w nim stopnia potencjalności aktu samobójczego, czyli stopnia samego zagrożenia życia. Dla właściwej oceny stopnia ryzyka samobójstwa istotna jest analiza sytuacji, która doprowadziła bądź może doprowadzić do aktu samobójczego, czy zastosowanie dodatkowych metod empirycznych. *Indeks zachowań suicydalnych dla adolescentów Rorschacha* na tle teorii Ringela wydaje się dosyć trafnie opisywać stan psychiczny młodego człowieka.

## II. METODA RORSCHACHA W PSYCHODIAGNOZIE SAMOBÓJSTWA

Empiryczne studia nad ryzykiem samobójstwa są prowadzone pod kątem zrozumienia niektórych psychologicznych i sytuacyjnych wskaźników, mogących przyczynić się do aktu samobójczego. Do badań suicydologicznych używano najczęściej *Testu przymiotników ACL*, kwestionariusza Catella i testu MMPI (m.in. używali go: Davries i Schneidman (1967); Farberow i Devris (1967); Devris (1966) – cyt. za: Blatt, Ritzler (1974)).

Drugi dominujący nurt w badaniach nad samobójstwem stanowią badania testem Rorschacha. Percepcja, afekt i styl zachowania pacjentów ujawnione na podstawie badań tym testem dostarczają bogatego materiału dla wykrywania ryzyka samobójstwa odnośnie do indywidualnych przypadków. Badania nad użytecznością testu Rorschacha dla problemów suicydologii sięgają ponad 50 lat. Hertz (1948) i Linder (1946) dokonali pierwszych tego rodzaju studiów. Najnowsze prace Exnera i Wyliego (1986) oraz Armstrong i Silberg (1992) stanowią próbę syntetycznego ujęcia korelacji wskaźników powiązanych z autodestrukcyjnymi tendencjami. Przez wszystkie te lata kolejne zmienne Rorschacha były łączone z zachowaniami samobójczymi. Niektóre z nich mają do dzisiaj dużą wartość diagnostyczną w wykrywaniu ryzyka samobójstwa. Należą tu sygnatury Cc (Applebaum, Holzman, 1962; Exner, 1986); FV + VF+V oraz przezroczystość w treści wypowiedzi (Blatt, Ritzler, 1974; Rierdan, 1978; Exner, 1986); wypowiedzi sygnowane jako (MOR) (Hertz, 1948; Linder, 1946; Exner, 1986); słaba jakość form (F+ % < 70), (Piotrowski, 1950; Arfa, 1982; Exner, 1986); stosunek sygnatur FC < CF + C (Piotrowski, 1950; Exner, 1986); niektóre wypowiedzi o poziomie form ujemnym (M-) (Hertz, 1948; Armstrong, Silberg, 1992). Wszystkie te zmienne mają istotne znaczenie w diagnozie różnicowej między pacjentami suicydalnymi a niesuicydalnymi.

Z wcześniejszych prac na temat samobójstw na uwagę zasługuje *Rorschach Compendium* Piotrowskiego (1950). Wysuwa on w niej hipotezę na temat suicydalnych wskaźników: „Liczba c' z bardzo niskim F+%, wiele W i duża suma C może być cechą charakterystyczną samobójczych tendencji i w takim wypadku agresywna aktywność jest indywidualnie zwrócona przeciwko samemu sobie” (cyt. za: Goldfried, 1971, s. 222).

Syndromy Piotrowskiego były testowane empirycznie przez Fleischera i Sakhaima (cyt. za: Goldfried, 1971). Oto wykaz sygnatur dotyczących ryzyka samobójstw według Piotrowskiego: obecność dwu lub więcej „C”; Becka F+% jest mniejszy niż 70; procent W (wypowiedzi) jest większy niż 30; całkowita suma „C” jest interpretowana różnie przez Fleischera i Sakhaima (Fleischer: Suma „C” jest większa niż 2, 5, Sakhaim: liczba wypowiedzi CF + C przewyższa liczbę wypowiedzi FC).

Z powyższych wskaźników aż trzy znalazły się na liście Exnera i Wyliego (1977). Oto ich zestaw (cyt. za: Arffa, 1982):

$$FV + VF + V > 0,$$

światłocienie barw chromatycznych  $> 2$ ,  
 $3r + (2)/R < 30$ ,  
 $ep > EA$  (tj.  $M + C > FM + m + \text{sum } Y + F + V + C'$ ),  
 $CF + C > FC$ ,  
 $S > 3$ ,  
 $+ \% < 70$ ,  
 $H < 2$ ,  
 $P < 3$  lub  $P > 8$ ,  
 $R < 17$ .

Istnienie sześciu z powyższych wskaźników może mieć istotne znaczenie w psycho-diagnozie samobójstwa.

Najnowsze badania dotyczące samobójstw (Armstrong, Silberg, 1992; Hansell i in., 1988; Arffa, 1982) koncentrują się na problemach okresu adolescencji. Badania Armstrong i Silberg (1992) opierały się na Konstelacji Wskaźników Samobójstwa opracowanych przez Exnera, Wyliego (1977; 1986). Wynikiem ich pracy była krótka skala wskaźników opracowanych na podstawie techniki Rorschacha, związanych z zachowaniami samobójczymi w wieku adolescencji. Obecność czterech z sześciu wymienionych zmiennych daje rezultat oczekiwany, oznaczony testem  $\chi^2$  na poziomie istotności  $p < 0,005$ . Ten nowy indeks zachowań samobójczych, opracowany dla adolescentów na podstawie czterech z sześciu wymienionych cech, selekcjonuje 75% osób po próbach samobójczych spośród pozostałych osób i pacjentów depresyjnych (Armstrong, Silberg, 1992, s. 297).

### III. INDEKS ZACHOWAŃ SUICYDALNYCH DLA ADOLESCENTÓW

Kliniczny obraz wyłaniający się z tych badań odpowiadał obserwacjom klinicznym autorów i temu, co było prezentowane w literaturze. Adolescenti byli przygnębiająco introspektywni ( $FV + VF + V > 0$ ), przeżywali przykre pobudzenie emocjonalne (światłocienie barw), byli wyczuleni na sprawy destrukcji, śmierci i choroby ( $MOR > 0$ ), impulsywni ( $CF + C > FC$ ), mieli zniekształconą percepcję relacji międzyludzkich w treści wypowiedzi (M-), zaburzone umiejętności logicznego rozumowania (znaczące sygnatury specjalne  $> 9$ ) (Armstrong, Silberg, 1992, s. 300). Rzeczywiście adolescencja jest okresem występowania płynnej reorganizacji osobowości. Te specyficzne cechy zawarte w *Indeksie zachowań samobójczych dla adolescentów* wskazują na odczuwanie dysfunkcji w sferze kognitywnej, afektywnej i interpersonalnej. Ta odmienność wiekowa adolescentów wymaga osobnego indeksu dla grupy tego wieku, który odróżnia ją od wersji dla dorosłych.

W systemie Exnera ważną cechą jest ujmowanie perspektywy w wypowiedziach osoby badanej. Perspektywa oznacza wypowiedzi, w których poczucie głębi i przestrzeni pochodzi od cech płamy, sygnowanych jako kategoria światłocienia ( $FV + VF$

+  $V > 0$ ). Perspektywa jest prezentowana w konstelacji wskaźników zachowań suicydalnych dla adolescentów i jego propozycji konstelacji zmiennych dla dorosłych Exnera. Exner (1977) uważa, że te zmienne są związane z tendencją do przygnębiającej introspekcji. Prześroczystość zawarta w wypowiedziach, opisana przez Blatta i Ritzlera (1974), mimo że pochodzi z innego systemu sygnowania, wydaje się podobnie wskazywać na percepcję głębi i przestrzeni. Prawdopodobnie poczucie intensywnego zaabsorbowania sprawami suicydalnymi pacjentów i ich potrzeba widzenia innej przestrzeni egzystencjalnej, spowodowanej prawdopodobnie poczuciem zawężenia sytuacyjnego, wywołuje to wrażenie głębi i prześroczystości. Towarzyszy temu poczucie pustki i brak witalności (Blat, Ritzler, 1974).

Tab. 1. Wskaźniki w systemie Exnera i Piotrowskiego i ich interpretacja

Lp.	System Exnera	System Piotrowskiego	Interpretacja
1.	$FV + VF + V > 0$	$c + c' > 0$ *	Introspekcja na tle przykrych emocji
2.	Światłocienie barw $> 1$	$Cc > 1$	Pobudzenie emocjonalne prowokowane lękiem
3.	$MOR > 0$	dewit. $> 0$	Uczucia destrukcyjne
4.	$M - > 1$	$M - > 1$	Zniekształcone postrzeganie ludzi
5.	$CF + C > FC$	$CF + C > FC$	Impulsywność
6.	Sygnatury specjalne $> 9$	Konfabulacje patologiczne, kontaminacje, neologizmy	Nielogiczny proces myślowy

\* Indeks w wersji oryginalnej zawiera w rubryce drugiej opis znaczenia sygnatur, który autorka pracy – uznając za jasny dla znawców metody Rorschacha – pominęła, wprowadzając w to miejsce ze względów praktycznych przekładnię systemu Exnera na system Piotrowskiego w związku z popularnością systemu Piotrowskiego w psychologii polskiej.

Drugą znaczącą cechą tego indeksu są światłocienie barw chromatycznych w wypowiedziach, już wcześniej w literaturze opisane (Appelbaum, Holzman, 1962). Kolor i światłocień w odpowiedzi opisującej ten sam percept wyraża doświadczenie przykrego stanu afektywnego, gdy jakaś emocja jest wzbudzana. W okresie adolescencji, w którym młodzież jest wrażliwa i żywo reagująca, powiązanie afektywnego wzbudzenia z jednoczesnym przeżywaniem wewnętrznego przygnębienia może być diagnostyczne dla ryzyka samobójstwa w połączeniu z innymi wskaźnikami z tego indeksu. Te właściwości wynikać mogą ze wspomnianej przez Ringela „sztywnej struktury nadjaźni” i tłumienia agresji przeciw *super ego*, które zwraca się przeciwko *ego* zgodnie z teorią Freuda.

Chorobowe cechy wyrażane w treści wypowiedzi na tablice Rorschacha, mimo że związane ze stanami depresyjnymi, są także diagnostyczne dla samobójstwa. Hertz (1948) uważa, że chorobowe treści zawierają wszystkie wypowiedzi z oznaczeniami śmierci, depresji, destrukcji czy autodestrukcji. Wypowiedzi te mogą być odzwierciedleniem projekcyjnie wyrażonych presuicydalnych fantazji autodestrukcyjnych u osób z dużym ryzykiem samobójstwa.

$CF + C > FC$  oddaje niektóre wskaźniki skłonności do zachowań impulsywnych, afektywnej reakcji z minimalną kontrolą, na które zwracał uwagę Ringel. Te zmienne wskazują na skłonność suicydalnych adolescentów do behawioralnej, impulsywnej odpowiedzi na wewnętrzne sygnały pojawiającej się sytuacji krytycznej. Ujawnia się błędna ocena sytuacji i impulsywnej reakcji, co wyraża tzw. Menningera efekt pomylki Romea, o której pisał Ringel (1987).

Wypowiedzi oznaczone M- wskazują na zniekształcony obraz ludzi. Prowadzone przez Ringela kliniczne opisy adolescentów, którzy próbowali popełnić samobójstwo, sugerują, że mogliby oni próbować ukarać bądź wpłynąć na inne osoby przez swój akt. Pojawienie się tej sygnatury w indeksie może sugerować, że adolescenti próbujący popełnić samobójstwo mogą wykazywać błędne rozumienie motywacji i intencji swego czynu.

Zaburzenie umiejętności logicznego rozumowania u adolescentów po próbach samobójczych łączy się z subiektywną i osobistą interpretacją rzeczywistości, cechującą się brakiem logicznego porządku. Ich błędy w abstrahowaniu, uogólnianiu i odtwarzaniu są podobne do kategorii znaków specjalnych w teście Rorschacha. Skłonność do unicestwiania samego siebie w celu wywarcia zamierzonego wpływu na innych pokazuje cały ten logiczny paradoks w ich rozumowaniu. Terminem „destrukcyjnej logiki” Shneideman i Farberow (1970) określili nieprawidłowe rozumowanie logiczne suicydentów. Na podstawie analizy listów uznali, że suicydenci nie przywiązują wagi do reguł semantycznej jasności i formalnego rozumowania i tym samym „niszczą logikę”. Tendencje destruktywne ujawniały się więc także w formie językowej projekcji. Późniejsze badania miały ustalić czy cechy z tego indeksu reprezentują sytuacyjne wskaźniki suicydalne, czy raczej bardziej trwałe wskaźniki indywidualnych skłonności samobójczych. Jak sugerują Hansell i in. (1988) oraz Armstrong i Silberg (1992) jedne z cech tego indeksu mają charakter bardziej chroniczny (światłocienie barw, przeźroczystość lub perspektywa), podczas gdy inne są ugruntowane sytuacyjnie (przypuszczalnie  $C + CF > FC$  i  $MOR > 0$ ).

\*

Analiza protokołów z badania techniką Rorschacha osób po próbach samobójczych służyła do wyjaśnienia w sposób bardziej kompletny kwestii związanych z samobójstwem. Faktem jest, jak twierdzą badacze, że wskaźniki występujące w badaniach metodą Rorschacha z powodzeniem opisywały grupy młodzieży zagrożonej samobój-

stwem, kiedy konstelacja cech behawioralnych wynikających z klinicznych studiów i obserwacji nie dawała wystarczającej wiedzy co do określenia ryzyka samobójstwa. Przez metodę Rorschacha – jak podkreślają niektórzy badacze (Armstrong, Silberg, 1992) – wchodzimy w fenomenologiczny świat pacjenta w taki sposób, że możemy odtworzyć jak pacjent postrzega i interpretuje swoje otoczenie, a tym samym przewidzieć autodestrukcyjne zachowania agresywne.

## BIBLIOGRAFIA

- Applebaum S. A., Holtzman P. S. (1962). The color – shading response and suicide. *Journal of Projective Techniques*, 26, 155-161.
- Arffa S. (1982). Predicting adolescent suicidal behavior and the order of Rorschach measurements. *Journal of Personality Assessment*, 46, 563-568.
- Armstrong J., Silberg J. L. (1992). The Rorschach test for predicting suicide among depressed adolescent inpatients. *Journal of Personality Assessment*, 59 (2), 290-303.
- Blatt S. S., Ritzler B. A. (1974). Suicide and the representation of transparency and crosssections on the Rorschach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 280-287.
- Cekiera Cz. (1975). *Etiologia i motywacja usiłowanych samobójstw*. Warszawa: ATK.
- Exner J., Wylie J. (1977). Some Rorschach data concerning suicide. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 41, 339-348.
- Exner J., Wylie J. (1986<sup>2</sup>). *The Rorschach. A Comprehensive system*, vol. 1: *Basic foundations* New York: Wiley.
- Farberow N. L., Litman R. E., Shneidman E. S. (1970). *The psychology of suicide*. New York: Science House.
- Freud Z. (1975). *Poza zasadą przyjemności*. Warszawa: PWN.
- Goldfried M. R., Stricker G., Weiner I. B. (1979). *Rorschach handbook of clinical and research applications*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hansell A., Lerner H. D., Miden R. S., Ludolph P. S. (1988). Single – sign Rorschach suicide indicators. *Journal of Personality Assessment*, 52, 658-699.
- Hertz M. R. (1948). Suicidal figurations in Rorschach records. *Rorschach Research Exchange and Journal of Projective Techniques*, 12, 3-58.
- Hołyst B. (1983). *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*. Warszawa: PWN.
- Horney K. (1978). *Nerwica a rozwój człowieka*. Warszawa: PWN.
- Linder R. M. (1946). Content Analysis in Rorschach Work. *Rorschach Research Exchange*, 103, 121-129.
- Pilecka B. (1991). *Osobowościowe korelaty prób samobójczych wśród młodzieży*. Rzeszów: WUWSP.
- Piotrowski Z. (1950). A Rorschach Compendium, revised and enlarged. *Psychiatric Quarterly*, 24, 543-596.
- Piotrowski Z. (1957). *Preceptanalysis*. New York: MacMillan.
- Plużek Z., Pilecka B. (1978). Osobowość dziewcząt po próbie samobójczej na podstawie testu WISKAD-MMPI. *Zagadnienia Wychowawcze a Zdrowie Psychiczne*, 1978, 2, 102-112.
- Plużek Z. (1991). *Samobójstwa*. W: *Psychologia pastoralna*. Kraków: IW KM.



- Riedan J. (1978). Suicide and transparency responses on the Rorschach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1162-1163.
- Ringel E. (1953). *Der Selbstermord – Abschluss einer krankhaften psychischen Entwicklung (Eine Untersuchung an 745 geretteten Selbstmördern)*. Wien: Maudrich.
- Ringel E. (1987). *Gdy życie traci sens. Rozważania o samobójstwie*. Szczecin.
- Ringel E. (1992). Nerwica samozniszczenia a problem samobójstwa. W: *Nerwica samozniszczenia*. Warszawa: PWN.
- Rickers-Owsiankina M. A. (1977). *Rorschach psychology*. Robert E. Krieger Publishing Company. New York: Huntington, s. 609-630.
- Rorschach H. (1922). *Psychodiagnostik*. Wien: Hans Huber Verlag.
- Stengel E. (1975). *Suicide and attempted suicide*. Penguin Book.

#### THE RISK OF SUICIDE AND AN ATTEMPT AT ITS DIAGNOSIS

##### S u m m a r y

The paper presents Silberg's and Armstrong's Index of Suicidal Behaviours for Adolescents (1992) in the light of contemporary researches by way of Rorschach method used to assess the risk of suicide. Erwin Ringel's theory of the presuicidal syndrome was used as a background for Rorschach suicidal indices. The theory takes the presuicidal state in a psychodynamic way in the following aspects: situational limitation, dynamic limitation, social contacts and the world of value, with accompanied strong suicidal fantasies, impulsiveness and self-aggression. The following indices have been obtained:  $FV + VF + V > 0$ ; light-and-shade colours  $>1$ ;  $MOR > 0$ ;  $M. - > 1$ ;  $CF + C > FC$  and special signatures  $>9$  differentiate on the basis of four out of six characteristics 75% of subjects after suicidal attempts from the remaining persons and depressive patients. The result was obtained on the basis of statistic analysis by x-square test at the level  $p < 0.005$ . This analysis allows us to state that the Rorschach Index of Suicidal Behaviours for Adolescents to a great extent corresponds with Ringel's theory and serves to empirically define the potentiality of suicidal threat, when the assessment of the patient's clinical image becomes insufficient.

*Translated by Jan Klos*