

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny

mgr Anna Lubas

**Czynniki ryzyka oraz czynniki ochronne  
zachowań samobójczych w grupie kobiet  
i mężczyzn hospitalizowanych na Oddziałach  
Psychiatrycznych z powodu podjętej próby  
samobójczej**

Rozprawa doktorska  
napisana pod kierunkiem  
dr hab., prof. Uniwersytetu SWPS Danuty Rode

Wrocław, 2023



*Składam serdeczne podziękowania dr hab. prof. Uniwersytetu SWPS Danucie Rode - Promotorowi za wszechstronną pomoc, wsparcie merytoryczne, poświęcony czas oraz ogromną życzliwość.*

*Chciałabym również złożyć podziękowanie dr Maciejowi Januszek za pomoc i wsparcie w zakresie analiz statystycznych.*

*Dziękuję dyrektorowi SPZOZ Państwowego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku prof. nadzw. dr hab. inż. Joachimowi Foltys za umożliwienie mi realizacji badań na Oddziałach owego Szpitala oraz otwartość i wyrozumiałość.*

*Dziękuję lekarzom psychiatrom za umożliwienie badań na Oddziałach będących pod ich kierownictwem oraz wsparcie merytoryczne.*

*Dziękuję wszystkim osobom, które zgodziły się wziąć udział w niniejszym badaniu.*



## Streszczenie

**Słowa kluczowe:** zachowania samobójcze, czynniki ryzyka i czynniki ochronne, Interpersonalna Teoria Zachowań Samobójczych (ITS), kryzys osobowości, profil psychologiczny osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania.

**Problem:** Obszarem zainteresowania prezentowanej pracy było wyszczególnienie i opisanie czynników ryzyka i czynników ochronnych zachowań samobójczych w grupie kobiet i w grupie mężczyzn, szczegółowy opis funkcjonowania psychologicznego oraz stworzenie profilu psychologicznego osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania. W modelu wykorzystano Interpersonalną Teorię Zachowań Samobójczych (ITS; Joiner, 2005; Van Orden i in., 2010). Prezentowane analizy miały na celu uzyskanie wartości predykcyjnej opisywanych czynników ryzyka i czynników ochronnych w zakresie zachowań samobójczych w grupie kobiet i mężczyzn. Ważnym podkreślenia jest również fakt, iż badanie skupiło się na intrapsychicznych i interpersonalnych predyktorach zachowań samobójczych, a zaburzenia psychiczne były traktowane jako jeden z czynników współwystępujących z zachowaniami samobójczymi, jednak nie jako termin tożsamy.

**Metoda:** W prezentowanym badaniu wzięło udział 181 osób badanych, 88 osób to grupa kobiet i mężczyzn nieprzejawiających zachowań samobójczych teraz i w przeszłości (grupa kontrolna), natomiast pozostałe 93 osoby, to kobiety i mężczyźni przejawiający zachowania samobójcze (grupa kliniczna). Należy podkreślić, iż liczebność grupy wynika z trudnej i skomplikowanej dostępności osób badanych oraz ich specyficzności. Badania miały charakter indywidualny i odbywały się w kilku etapach, aby zminimalizować obciążenie psychiczne pacjentów – projekt badań wraz z opisem procedury badawczej został przedstawiony powołanej Komisji Etyki Badań Naukowych.

**Wyniki:** W trakcie analiz uzyskano interesujące i wartościowe wyniki, które wzbogacają wartość implikacyjną pracy. Przede wszystkim określono czynniki ryzyka zachowań samobójczych oraz czynniki ochronne dla grupy kobiet i mężczyzn. Ponadto wykazano różnice podmiotowe pomiędzy osobami z grupy klinicznej i kontrolnej, a także dokonano szczegółowego opisu funkcjonowania kobiet i mężczyzn z samobójczymi zaburzeniami

zachowania, wykazując przy tym liczne różnice międzypłciowe. Zaobserwowano także znaczenie negatywnych wydarzeń życiowych oraz doświadczanych myśli samobójczych w późniejszym stylu radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Wykazano również, iż historia prób samobójczych wpływa na wzrost natężenia interpersonalnych czynników ryzyka zachowań samobójczych. Ponadto badani z samobójczymi zaburzeniami zachowania, to osoby charakteryzujące się „*lękowo-negatywistycznym*” profilem osobowości.

**Wnioski:** Przeprowadzone badania pozwalają wnioskować, iż podejmowanie zachowań autodestrukcyjnych jest odpowiedzią na wewnętrzne i zewnętrzne stany dezorganizacji. Osoby podejmujące próby samobójcze cechują się wysokim stopniem nieprzystosowania emocjonalnego, labilnością emocjonalną oraz negatywną wizją przyszłości. Można zatem przypuszczać, że zachowania samobójcze są efektem współdziałania nieprawidłowych mechanizmów wynikających z cech podmiotowych, które ukształtowały się na przestrzeni lat. Jak pokazują badania (Cuckrowitz, i.in., 2013; Klonsky, i.in., 2012; Van Orden, i.in., 2008) osoby z samobójczymi zaburzeniami zachowania różnią się od pozostałej części populacji pod względem stylu radzenia sobie, poziomu zaspokojenia potrzeb interpersonalnych, poziomu funkcjonowania osobowościowego oraz przetwarzania poznawczego. Nie należy postrzegać zachowań samobójczych jako działania jednego czynnika, a rozumieć to zjawisko jako współwystępowanie wielu różnych predyktorów zwiększających prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań suicydalnych. Oddziaływania psychologiczne oraz zwiększanie świadomości społecznej może w znaczący sposób obniżyć częstotliwość zachowań samobójczych.

## Summary

**Keywords:** suicidal behavior, risk factors and protective factors, The Interpersonal Theory of Suicidal Behavior (ITS), personality crisis, psychological profile of people with suicidal behavior disorder.

**Problem:** The area of interest of the presented work was to specify and describe the risk factors and protective factors for suicidal behavior in a group of women and men, a detailed description of psychological functioning and the creation of a psychological profile of people with suicidal behavior disorders. The model uses The Interpersonal Theory of Suicidal Behavior (ITS) (ITS; Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). The presented analyzes were aimed at obtaining the predictive value of the described risk factors and protective factors in the field of suicidal behavior in the group of women and men. It is also important to emphasize that the study focused on intrapsychic and interpersonal predictors of suicidal behavior. Mental disorders were treated as a co-occurring factor, but not as a necessary factor.

**Method:** 181 people took part in the presented study, 88 people were a group of women and men who did not show suicidal behavior now and in the past (control group), while the remaining 93 people were women and men who showed suicidal behavior (clinical group). It should be emphasized that the size of the group results from the difficult accessibility and specificity of examined people. Each person was examined individually and the research took place in several stages to minimize the mental load of the patients - the project along with the description of the procedure was presented to the appointed Scientific Research Ethics Committee.

**Results:** During the analysis, interesting and valuable results were obtained, which enrich the implication value of the work. First of all, risk factors for suicidal behavior and protective factors for a group of women and men were determined. In addition, subjective differences between people from the clinical and control groups were demonstrated, and a detailed description of the functioning of women and men with suicidal behavior disorders was made, showing numerous differences between the sexes. The importance of negative life events and suicidal thoughts in the later style of coping with difficult situations was also observed. It has

also been shown that the history of suicide attempts increases the intensity of interpersonal risk factors for suicidal behavior. In addition, subjects with suicidal behavior disorders are people characterized by an *"anxiety-negativistic"* personality profile.

**Conclusions:** The conducted research allows us to conclude that self-destructive behavior is a response to internal and external states of disorganization. People making suicide attempts are characterized by a high degree of emotional maladjustment, emotional lability and a negative vision of the future. It can therefore be assumed that suicidal behavior is the result of the interaction of incorrect mechanisms resulting from subjective characteristics that have developed over the years. As research shows (Cuckrowitz, et al., 2013; Klonsky, et al., 2012; Van Orden, et al., 2008), people with suicidal behavior disorder differ from the rest of the population in terms of coping style, satisfying interpersonal needs, the level of personality functioning and cognitive processing. Suicidal behavior should not be perceived as the action of a single factor, but should be understood as the coexistence of many different predictors increasing the likelihood of suicidal behavior. Psychological interactions and increasing social awareness can significantly reduce the frequency of suicidal behavior.



## Spis treści

Streszczenie .....	5
Summary .....	7
Wprowadzenie.....	12
1. Zachowania samobójcze.....	13
1.1. Geneza i etiologia zjawiska .....	18
1.2. Definicja zachowań samobójczych według DSM-5.....	25
1.3. Główne koncepcje zachowań samobójczych .....	28
1.3.1. Wybrane koncepcje neurobiologiczne i genetyczne.....	28
1.3.2. Wybrane koncepcje psychologiczne. ....	34
1.3.3. Podejście społeczne i biopsychospołeczne w wyjaśnianiu zachowań samobójczych. .	45
1.4. Różnice płciowe w zakresie zachowań samobójczych.....	46
1.4.1. Zachowania samobójcze w grupie kobiet.....	47
1.4.2. Zachowania samobójcze w grupie mężczyzn.....	49
2. Czynniki podmiotowe jako predyktor zachowań samobójczych .....	51
2.1. Neurotyczność .....	51
2.2. Poczucie beznadziejności .....	52
2.3. Umiejętność radzenia sobie.....	53
2.4. Potrzeby interpersonalne .....	54
2.5. Zdolność do podjęcia samobójstwa.....	57
2.6. Poczucie własnej wartości .....	58
2.7. Poczucie nadziei .....	59
3. Zachowania samobójcze osób cierpiących z powodu choroby psychicznej .....	60
4. Czynniki sytuacyjne i socjodemograficzne, a zachowania samobójcze.....	63
4.1. Negatywne wydarzenia życiowe .....	63
4.2. Myśli samobójcze i próby samobójcze w przeszłości i ich wpływ na zachowania samobójcze.....	65
4.3. Przyjmowanie środków psychoaktywnych jako predyktor zachowań samobójczych .....	67
5. Problematyka badań własnych .....	68
5.1. Cel naukowy rozprawy i problem badawczy. ....	68
5.2. Model oraz pytania i hipotezy badawcze .....	75
5.3. Operacjonalizacja zmiennych.....	82
5.4. Organizacja i przebieg badań własnych .....	84
5.5. Metody badawcze.....	85

5.5.1.	Opis narzędzi badawczych.....	85
5.6.	Metody statystycznej analizy danych.....	92
6.	Wyniki badań własnych.....	93
6.1.	Charakterystyka i opis statystyczny grupy klinicznej.....	95
6.1.1.	Kryteria opisujące grupę kliniczną.....	95
6.1.2.	Charakterystyka grupy klinicznej pod względem samopoczucia w trakcie badania ...	97
6.1.3.	Charakterystyka grupy klinicznej pod względem wieku, płci i zaburzeń psychicznych.....	98
6.1.4.	Charakterystyka grupy klinicznej pod względem przyjmowania środków psychoaktywnych.....	100
6.1.5.	Charakterystyka grupy klinicznej pod względem prób i myśli samobójczych w przeszłości.....	101
6.1.6.	Testowanie normalności rozkładu zmiennych za pomocą testu Shapiro-Wilka w grupie klinicznej.....	101
6.2.	Charakterystyka i opis statystyczny grupy kontrolnej.....	102
6.2.1.	Kryteria opisujące grupę kontrolną.....	103
6.2.2.	Charakterystyka grupy kontrolnej pod względem samopoczucia w trakcie badania.	103
6.2.3.	Charakterystyka grupy kontrolnej pod względem wieku, płci i zaburzeń psychicznych.....	104
6.2.4.	Charakterystyka grupy kontrolnej pod względem przyjmowania środków psychoaktywnych.....	106
6.2.5.	Charakterystyka grupy kontrolnej pod względem prób i myśli samobójczych w przeszłości.....	106
6.3.	Różnice w zakresie zmiennych podmiotowych w grupie klinicznej i kontrolnej.....	108
6.3.1.	Styl radzenia sobie w sytuacjach stresowych.....	108
6.3.2.	Poczucie własnej wartości.....	109
6.3.3.	Poczucie beznadziejności.....	109
6.3.4.	Potrzeby interpersonalne.....	109
6.3.5.	Neurotyczność.....	110
6.3.6.	Zdolność do podjęcia samobójstwa.....	111
6.3.7.	Poczucie nadziei.....	111
6.4.	Opis funkcjonowania psychologicznego osób przejawiających zachowania samobójcze.	112
6.4.1.	Płeć, a funkcjonowanie osobowościowe i występowanie czynników zewnętrznych w grupie osób przejawiających zachowania samobójcze. ....	112

6.4.2.	Doświadczanie negatywnych wydarzeń życiowych, a funkcjonowanie podmiotowe w grupie kobiet i mężczyzn z samobójczymi zaburzeniami zachowania.....	116
6.4.3.	Myśli samobójcze, a poziom zmiennych podmiotowych w grupie osób po podjętej próbie samobójczej.....	120
6.4.4.	Zależność pomiędzy przyjmowaniem środków psychoaktywnych, a myślami samobójczymi w grupie osób po próbie samobójczej.....	122
6.4.5.	Poziom zmiennych podmiotowych w zależności od wystąpienia prób samobójczych w przeszłości w grupie osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania.....	123
6.4.6.	Choroba psychiczna, a funkcjonowanie osobowościowe kobiet i mężczyzn z samobójczymi zaburzeniami zachowania.....	125
6.4.7.	Różnice międzypłciowe w zakresie natężenia zmiennych podmiotowych w grupie osób ze stwierdzoną chorobą psychiczną i bez diagnozy choroby psychicznej.....	127
6.4.8.	Zależność pomiędzy zaburzeniami psychicznymi, a czynnikami zewnętrznymi w grupie kobiet i mężczyzn przejawiających zachowania samobójcze. ....	130
6.5.	Czynniki podmiotowe jako predyktory wyjaśniające prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań samobójczych w grupie kobiet i mężczyzn .....	132
6.5.1.	Weryfikacja założeń regresji logistycznej w kontekście prezentowanej pracy badawczej.....	133
6.5.2.	Modele regresyjne czynników ryzyka oraz czynników chroniących w grupie kobiet i mężczyzn.....	134
6.6.	Profil psychologiczny osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania .....	141
6.7.	Podsumowanie wyników w świetle postawionych hipotez.....	143
7.	Dyskusja wyników i wnioski.....	149
8.	Wnioski końcowe, aplikacje badań własnych i ograniczenia zastosowanej procedury. ....	177
	Literatura cytowana .....	186
	Spis tabel .....	228
	Spis rysunków .....	229

## **Wprowadzenie**

Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization, WHO) podaje, że co 3 sekundy ktoś na świecie próbuje odebrać sobie życie, a co 40 sekund próba samobójcza kończy się zgonem. Jak wskazuje Międzynarodowe Towarzystwo Zapobiegania Samobójstwom (International Association for Suicide Prevention, IASP) na całym świecie notuje się tendencję wzrostową w zakresie zachowań samobójczych (Franklin i in., 2017). Badania wskazują, iż więcej prób podejmują kobiety, jednak większą skuteczność w ich popełnianiu mają mężczyźni. W Polsce codziennie 15 osób dokonuje próby samobójczej. Jak wynika z danych Komendy Głównej Policji (statystyka.policja.pl) w 2021 roku osób próbujących popełnić samobójstwo było 13798 (69% spośród wymienionych to mężczyźni, a 31% kobiety), jest to o 2659 osób więcej niż w roku 2017, w tamtym czasie 76% spośród osób próbujących popełnić samobójstwo to mężczyźni, a 24% kobiety. Biorąc pod uwagę dane dotyczące udanych zamachów samobójczych (zakończonych zgonem) w latach 2017-2021 można zaobserwować nieznaczny spadek dokonanych prób samobójczych w ogólnej populacji oraz wzrost udanych prób samobójczych w grupie kobiet (z 751 do 787 osób). Można zatem wnioskować, iż skuteczność prób samobójczych nie zwiększyła się, również sposoby podejmowania prób samobójczych nie zmieniły się i największa część osób próbuje odebrać sobie życie przez powieszenie. Ponadto warto zauważyć wzrost udziału kobiet w podejmowanych próbach samobójczych w ogólnej populacji Polaków. Informacje te różnią się od danych światowych, m.in. w zakresie sposobów dokonywania samobójstwa, jak i różnic płciowych w podejmowaniu prób samobójczych. W Polsce większa część osób podejmujących próbę samobójczą to mężczyźni, jednak obecnie obserwuje się tendencję wzrostową w grupie kobiet. Również – możliwe, że ze względu na różnice płciowe oraz tendencje kulturowe – w Polsce podejmowane próby mają bardziej brutalny charakter (większość prób dokonuje się przez powieszenie).

Jak wynika z najnowszych badań (Elov, 2022) większość przypadków zachowań samobójczych jest ściśle związana z psychicznym kryzysem osobowości. Kryzysy te są subiektywnie silnym uczuciem, które są spowodowane zdarzeniami z przeszłości i teraźniejszości. Wydarzenia te wpłynęły na rozwój jednostki w tzw. procesie kształtowania się osobowości. Biorąc pod uwagę osobowościowe podłoże intencjonalnych aktów samobójczych, osoba decydująca się na podjęcie próby samobójczej nie jest w stanie poradzić

sobie z zaistniałą sytuacją w inny sposób. Wewnętrznie postrzega siebie jako osobę, która jest „nie do zniesienia”. Coraz częściej odchodzi się od stwierdzenia, że próby samobójcze są skorelowane z chorobą psychiczną jednak nie są bezpośrednim jej wynikiem. Badania nad zachowaniami samobójczymi sugerują skupienie się na kryzysach osobowościowych lub wpływie utraty sensu życia w związku z trudną sytuacją życiową na akty suicydalne (Furqatovich, Sattorovich, 2022). Zachowania samobójcze należy traktować jako zdarzenia wieloaspektowe i wielopłaszczyznowe. Poszukiwanie czynników ryzyka oraz czynników chroniących ma na celu zapobieganie samobójczym zaburzeniom zachowania. Czynniki wewnętrzne oraz zewnętrzne współuczestniczą w procesie samobójczym. Zgodnie z propozycją DSM-5 samobójcze zaburzenia zachowania cechują się intencjonalnością śmierci poprzez samobójstwo. Podejmowanie zachowań suicydalnych w innym celu, pod wpływem działania środków psychoaktywnych (SPA), pod wpływem objawów psychotycznych, bądź też w związku z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego (OUN) jest sytuacją, w której nie obserwuje się świadomej intencji śmierci. Poszukiwanie podmiotowych czynników ryzyka zachowań samobójczych – zgodnie z Interpersonalną Teorią Zachowań Samobójczych (ITS) – jest próbą wyjaśnienia aktów samobójczych poprzez czynniki osobowościowe występujące w kontekście intrapsychicznym i interpersonalnym. Odróżnienie myśli, deklaracji od czynów samobójczych jest kluczowe, gdyż nie każda myśl samobójcza prowadzi do zachowań autodestrukcyjnych. Podobnie w przypadku zaburzeń psychicznych, które mogą, lecz nie muszą współwystępować z zachowaniami samobójczymi. W prezentowanej pracy zachowania samobójcze z pewną intencją śmierci są rozumiane jako efekt nieprawidłowości wynikających z cech podmiotowych w kontekście czynników zewnętrznych.

## **I CZĘŚĆ TEORETYCZNA PRACY**

### **1. Zachowania samobójcze**

Samobójstwo jest definiowane jako dobrowolne zachowanie osoby potencjalnie zdrowej psychicznie. Zachowanie to ma podłoże psychologiczne, biologiczne, genetyczne. Jest jednym z najtragiczniejszych przejawów zachowań społecznych związanych z indywidualnym (intrapsychicznym) podejściem jednostki do doświadczanego kryzysu psychicznego bądź utraty sensu życia. Wszystkie wewnętrzne (intencjonalność, plan działania) i zewnętrzne (próba) formy odebrania sobie życia są traktowane jako zachowania samobójcze (Elov, 2022).

Zjawisko to jest aktem ogólnoludzkim, to znaczy dostępnym dla każdego człowieka (Kumar, 2017). Samobójstwo jest postrzegane z perspektywy indywidualnej, jak i globalnej. Tłumaczy się je jako indywidualny akt zagłady spowodowany wewnętrznym cierpieniem, bólem, odczuwaniem nienawiści do samego siebie, bądź jako element ucieczki w sytuacji trudnej. Ponadto należy je traktować również jako zjawisko społeczne. Pojedyncza conceptualizacja tego zjawiska mogłaby okazać się niewystarczająca i prowadzić do błędnych wniosków, stąd też podejście wieloaspektowe i interdyscyplinarne w wyjaśnianiu przyczyn i konsekwencji aktów suicydalnych. Tak więc zachowania samobójcze są złożonym zjawiskiem mającym wiele przyczyn. Można mówić o elemencie psychiatrycznym, biomedycznym, psychospołecznym, demograficznym i kulturowym w wyjaśnianiu i opisywaniu tego zjawiska. Znaczenie psychologiczno-psychiatryczne znajduje swoje odzwierciedlenie w tym, że osoby próbujące popełnić samobójstwo trafiają na oddziały szpitali psychiatrycznych. Niemniej jednak fakt, że nie wszyscy pacjenci z zaburzeniami psychicznymi podejmują próby samobójcze świadczy o tym, że występują również inne czynniki odgrywające kluczową rolę w tym zjawisku. Dlatego też podejście do zachowań samobójczych powinno uwzględniać czynniki rodzinno-genetyczne, osobowościowe, społeczne, czy też społeczno-demograficzne. Biorąc pod uwagę powyższe zapobieganie samobójstwom powinno opierać się o model zintegrowany, poza tym wykraczać poza diagnozę i leczenie zaburzeń psychicznych. Takie podejście jest kluczowe, jednak niewystarczające. Uniknięcie zachowań samobójczych jako przyczyny przedwczesnych zgonów jest jednym z najłatwiejszych do uniknięcia, jednak w większości przypadków ich przewidywanie i profilaktyka jest największym wyzwaniem dla klinicysty.

W celu dokładnego wyjaśnienia pojęcia zachowań samobójczych należy skupić się na nomenklaturze zachowań suicydalnych. Znaczenie ujednoczonej nomenklatury podkreślało wielu badaczy (m.in. Silverman, 2006). Jednoznaczność definicji jest niezwykle istotna w warunkach klinicznych, gdyż umożliwia jasną, spójną i precyzyjną ocenę stanu pacjenta z zachowaniami samobójczymi, ale również pozwala na bardziej celowany sposób leczenia, czy też eliminuje rozbieżności niewłaściwej terminologii (Rudd, 2000). DeLeo i wsp. (2004) podają, że samobójstwo to zachowanie śmiertelne, które dana osoba (spodziewając się takich skutków) zainicjowała i przeprowadziła oczekując założonego przez siebie stanu faktycznego (śmierci). Podobnie Castaldo i in. (2020), którzy w swoich badaniach definiują samobójstwo

jako zainicjowane zachowanie, które w założeniu powinno prowadzić do śmierci. Z kolei Orsolini i in. (2020) podają, że samobójstwo to szereg zachowań, w skład których wchodzi myśli, groźby, plany i próby samobójcze. W trakcie dociekań teoretycznych zidentyfikowano cztery kluczowe aspekty, związane z definicją zachowań samobójczych. Mianowicie jako wynik działania, sprawczość, świadomość oraz intencja (De Leo, Burgis, Bertolote, Kerkhof, Bille-Brahe, 2004; Maris, Berman, Silverman, 2000). Aspekty te pozwalają na określenie rzeczywistej przyczyny śmierci samobójczej. Najważniejsza, a zarazem najtrudniejsza do zidentyfikowania zmienna to intencja, która często jest błędnie interpretowana (Wagner, Wong, Jobes, 2002). Może ona wyrażać się w zachowaniu, ale również za pomocą bezpośredniej werbalizacji osoby próbującej popełnić samobójstwo. Jak zalecają Harriess, Hawton i Zahl (2005) można korelować dane dotyczące intencji z użytymi metodami w celu popełnienia samobójstwa. Zachowania bardziej intencjonalne będą wykazywały leprze przygotowanie pod wyglądem użytych metod. Taka analiza zdarzenia wymaga dużej wiedzy klinicznej oraz doświadczenia w pracy z pacjentami samobójczymi. Zachowania samobójcze cechujące się stosowaniem mało śmiertelnych metod są często definiowane jako „wołanie o pomoc”, a nie intencjonalna próba samobójcza. Podobnie jest w przypadku zachowań jawnych, jak wysyłanie wiadomości o zamiarach samobójczych, bądź próby dokonywania samobójstwa w miejscach publicznych lub w obecności innych (Silverman, 2006). Terminy alternatywne do próby samobójczej to m.in. parasamobójstwo, celowe samookaleczenia. Skupiają się one na zachowaniach nieprowadzących do zgonu, bez intencji śmierci. Brak jednolitego nazewnictwa prowadzi to błędów w różnych badaniach klinicznych, ale również wprowadza błędy w klasyfikowaniu pacjentów izby przyjęć szpitali psychiatrycznych. Tym samym przyczynia się do błędnych danych dotyczących zjawiska samobójstwa. Obecnie stosuje się bardziej sprecyzowaną terminologię rozróżniającą zachowania, myśli i intencje zachowań samobójczych. Dotychczas podjęte badania (Posner, Oquendo, Gould, Stanley, Davies, 2007) pozwoliły na standaryzację owej nomenklatury. Tak więc samobójstwo definiowane jest jako intencjonalny, śmiertelny akt samookaleczenia; z kolei próba samobójcza jest rozumiana jako potencjalnie autodestrukcyjne zachowanie, które jest związane z zamiarem śmierci. W zakresie prób samobójczych możliwe jest wystąpienie motywacji innej niż śmierć. Zachowania z intencją śmierci będą zawierać więcej dowodów świadczących o chęci ostatecznego odebrania sobie życia. Kolejnym ważnym wyrażeniem przypisywanym

do zachowań samobójczych są aktywne myśli suicydalne, które należy wyraźnie odróżnić od aktów samobójczych. Według prezentowanej nomenklatury są to aktywne myśli o podjęciu działań mających na celu odebranie sobie życia (zamiar, plan, metody, możliwe działanie). Należy zaznaczyć, że im bardziej precyzyjne myśli samobójcze – z dokładnym planem, metodami – tym wyższe prawdopodobieństwo podjęcia próby samobójczej, w tym próby zakończonej śmiercią. Myśli samobójcze i próby samobójcze mogą ujawniać się jako samodzielne zdarzenia, mogą również wpływać na podejmowanie zachowań samobójczych (Crosby, Ortega, Melanson, 2011). Pasywne myśli samobójcze cechują się myśleniem o śmierci (o byciu martwym), a nie (jak w przypadku aktywnych myśli) o działaniu zmierzającym do samounicestwienia. Kolejnym terminem występującym przy opisie zachowań samobójczych są samouszkodzenia nie samobójcze, czyli zachowania mające inny cel niż śmierć. W przypadku działań nie samobójczych motywacją jest np. samokaranie, wywołanie celowego bólu, doznanie ulgi poprzez ból, zwrócenie uwagi innych, bądź odciążenie uwagi od problemów. Zdarzenia/zachowania samobójcze są końcowym punktem wymagającym nagłej interwencji. Mogą być efektem narastających myśli samobójczych, bądź nagłej myśli o odebraniu sobie życia. W tym miejscu należy również zdefiniować zachowania przygotowawcze, czyli udaremnione (przez innych, bądź przez samą osobę z zamiarem samobójczym) działania przygotowawcze do autozranienia. Do zachowań przygotowawczych można zaliczyć np. przygotowanie liny i celowe upicie się, aby podjąć próbę samobójczą udaremnione przez inną osobę, bądź samodzielne odstępianie od tego planu. Celowe samookaleczenia są definiowane podobnie jak nie samobójcze samouszkodzenia i są motywowane raczej pragnieniem skupienia uwagi na własnej osobie aniżeli intencjonalnym pragnieniem śmierci.

Pomimo podejmowania wielu badań dotyczących zachowań samobójczych dostępna wiedza jest daleka od ideału, a w przeciągu ostatnich pięćdziesięciu lat postęp w przewidywaniu zachowań samobójczych nie uległ poprawie (Elov, 2022; Franklin i in., 2017). Przyczyny zachowań samobójczych są w dalszym ciągu mało znane, bądź niespójne tak więc wiedza dotycząca czynników społecznych, biologicznych, psychologicznych w wyjaśnianiu zachowań samobójczych jest niezbędna, aby zwiększyć możliwość interwencji i pomocy osobom zagrożonym samobójstwem. Wartość prognostyczna dostępnych danych, w dalszym ciągu, jest niska (Nock i in., 2008). Występuje duża przepaść pomiędzy



teoretycznymi rozważaniami, a praktycznymi działaniami w opiece klinicznej. Teoretyczne rozumienie zachowań suicydalnych jest niewystarczające i nieskuteczne jeśli nie ma przełożenia na profilaktykę i zachowania praktyczne z tym związane. Często niekliniczne zachowania samobójcze – zachowania manipulacyjne, manifestacyjne bądź uporczywe myśli o popełnieniu samobójstwa – są dalekie od rzeczywistego pragnienia śmierci i zdolności do podjęcia intencjonalnego zachowania samobójczego. Z drugiej strony błędne diagnozowanie zachowań samobójczych, bądź piętno związane z kategorycznym powiązaniem zachowań samobójczych z zaburzeniami psychicznymi jest główną przeszkodą w podejmowaniu działań pomocowych przez osoby zagrożone samobójstwem. Należy również pamiętać, że istnieje pewien paradoks, a mianowicie wiele osób nie ma dostępu do fachowej pomocy, z kolei osoby, które mają możliwość skorzystania z pomocy nie robią tego. Jak pokazują badania w niektórych krajach co dziewiąty młody dorosły relacjonuje, że chciałby podjąć próbę samobójczą (Wetherall i in., 2018).

Dokładna skala zachowań samobójczych nie jest znana, gdyż mniej niż 40% państw członkowskich Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, 2014) prowadzi statystyki dotyczące zachowań samobójczych. Istnieje znaczna rozbieżność pomiędzy zachowaniami samobójczymi w różnych regionach świata, jest to w dużej mierze zależne od statusu ekonomicznego oraz indywidualności kulturowych (WHO, 2014). Za czynnikami kulturowymi przemawia fakt, iż istnieje zależność pomiędzy imigrantami pochodzącymi z tego samego kraju w zakresie podejmowanych przez nich zachowań samobójczych (Spallek i in., 2015). Jak podają badania (King, Smith, Gracey, 2009) imigranci są obciążeni większym ryzykiem podejmowania zachowań suicydalnych. Takie zjawisko można wytłumaczyć odwołując się do założenia, iż brak wsparcia rodzinnego i kulturowego może powodować zachowania autodestrukcyjne, nadużywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, co jest klasyfikowane jako potencjalne czynniki ryzyka zachowań samobójczych (King i in., 2009). Samobójstwo jest rozumiane nie tylko jako aspekt zdrowia psychicznego i wymiar społecznego funkcjonowania, ale również jako kwestia polityczna. Takie podejście do zachowań suicydalnych jest dalekie od ochrony życia i zdrowia osób zagrożonych samobójstwem, a skupia się na działaniach politycznych, w tym działaniach prowokacyjnych. Nie ma to również wartości prognostycznej w zakresie przewidywania aktów intencjonalnej śmierci w zależności od funkcjonowania psychicznego człowieka. Jak pokazują badania, zachowania

autodestrukcyjne (jak samookaleczanie) są dużo częstszym zjawiskiem aniżeli dokonane akty samobójcze (Nock i in., 2013), stąd też bardzo ważna kwestia rozróżniająca zachowania intencjonalne od zachowań manifestacyjnych, manipulujących, bądź takich, których celem jest doznanie ulgi psychicznej poprzez doświadczany ból fizyczny.

Ważnym aspektem w rozumieniu zachowań samobójczych jest jego wieloaspektowość, ale również traktowanie tego zjawiska jako odrębnej definicji problemów psychicznych, społecznych lub biologicznych. Obecnie kluczowe jest podejmowanie działań prewencyjnych mających na celu zapobieganie intencjonalnym zachowaniom samobójczym.

### **1.1. Geneza i etiologia zjawiska**

Samobójstwo jest ważnym problemem zdrowia publicznego – problemem społecznym i problemem osób zajmujących się zdrowiem psychicznym (klinikistów). Projektowanie strategii profilaktycznych powinno rozpocząć się od systematyzacji wiedzy na temat tego zjawiska. Istnieje niewiele badań dotyczących analizy danych epidemiologicznych, które dotyczą samobójstw (Varnik, 2012). Takie niedociągnięcia mogą wynikać z braku stosowania uniwersalnej definicji samobójstwa jako intencjonalnego aktu suicydalnego, a także z braku dokładnych raportów potwierdzających przyczynowość śmierci samobójczej (Rao, Lopez, Yang, Begg, Ma, 2005). Jak zostało już wspomniane, wskaźnik samobójstw w Polsce i na świecie drastycznie rośnie. Coraz więcej osób podejmuje próby samobójcze, z różnych powodów, a czasami również bez konkretnego powodu. Zachowania samobójcze mogą mieć wiele predyktorów, poczynając od koncepcji socjologicznych, poprzez wyjaśnienia podłoża psychicznego w analizie zjawiska, kończąc na wyjaśnieniach biomedycznych. Ważna jest interpretacja wielopłaszczyznowa i interdyscyplinarna w wyjaśnieniu zachowań suicydalnych.

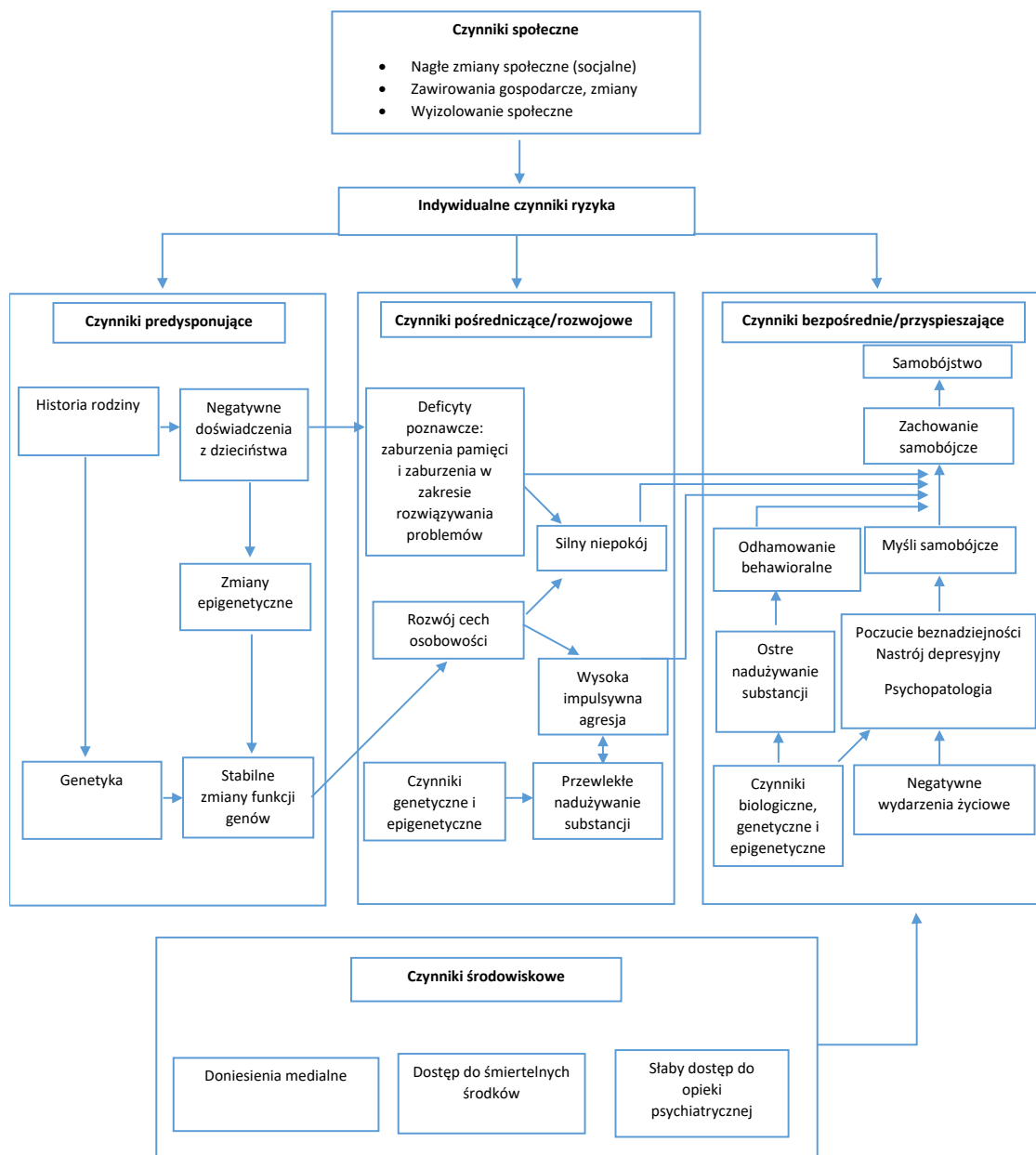
Badanie samobójstw jest trudną procedurą ze względu na samą naturę tego zjawiska, praktyk badawczych, a także społecznego i kulturowego znaczenia zachowań suicydalnych (Goldsmith, Pellmar, Kleinman, Bunney, 2002). W ciągu ostatnich pięćdziesięciu lat suicydologia zmagala się problemem ustalenia odpowiedniej terminologii. Obecnie badacze mają większą świadomość używanych przez siebie terminów, jednak wiele badań wypełnionych jest pojęciami, które wprowadzają trudności interpretacyjne, właśnie poprzez stosowanie różnych, niekompatybilnych terminów. Stąd też trudno jest integrować wyniki uzyskane w badaniach, w których są użyte błędne pojęcia. Starania Narodowego Instytutu Zdrowia Psychicznego (National Institute of Mental Health, NIMH) oraz innych organizacji,

m.in., Amerykańskiego Stowarzyszenia Suicydologicznego (American Association of Suicidology) przyczyniły się do stworzenia artykułu autorstwa O'Carroll i wsp. (1996), który w późniejszym okresie został zaktualizowany przez Silvermana i wsp. (2007) strukturalizując pojęcia i obszar terminologiczny zachowań samobójczych. Mimo dostępnych terminologii oraz kryteriów w dalszym ciągu istnieją rozbieżności pojęciowe, co znacznie utrudnia łączenie wiedzy dostępnej w różnych badaniach oraz ogranicza rozwój wiedzy i działań profilaktycznych aktów samobójczych (Posner, Brodsky, Yershova, Buchanan, Mann, 2014).

Termin samobójstwo pierwszy raz został użyty przez Thomasa Browne'a (1605–1682) w 1642 roku. Samobójstwo przez długie lata było – a w niektórych kulturach nadal jest – uważane za grzech i przestępstwo. Przez ponad 200 lat znaczenie tego słowa ewaluowało. Jak podaje Shneidman (1998), ojciec suicydologii, samobójstwo jest udawanym heroizmem w cieniu prawdziwego tchórzostwa. Na przestrzeni lat zmieniały się sposoby wyjaśniania tego zjawiska (również jako elementy poezji, ale i zjawiska społecznego), ale i podejście do zachowań samobójczych. Zachowania samobójcze były traktowane jako zjawiska socjologiczne, religijne, historyczne, dopiero w ostatnich kilkudziesięciu latach są odrębnym tematem rozważań psychologów i psychiatrów. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) wraz z publikacją piątego wydania Poradnika diagnostyczno-statystycznego dotyczącego zaburzeń psychicznych (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) wprowadziło termin nie samobójczych okaleczeń (NSSI) oraz samobójczych zaburzeń zachowania jako element dalszych badań. Kluczowym jest tutaj odróżnienie zachowań od prób samobójczych (tzn. z intencją śmierci), to znaczy odróżnienie NSSI od samobójczych zachowań (intencjonalnie podejmowanych prób samobójczych). Jak podają badania (Klonsky, Kotov, Bakst, Rabinowitz, Bromet, 2012) NSSI są silnie skorelowane z samobójczymi zaburzeniami zachowania, jednak znacząco różnią się pod względem częstotliwości, rozpowszechnienia, metod, nasilenia, celu. Badania Klonsky'ego i wsp. (2012) pokazują, że korelacje pomiędzy samookaleczaniem, a intencjonalnymi zachowaniami samobójczymi wynikają z zależności nieintencjonalnych zachowań autodestrukcyjnych z depresją, a także z przyzwyczajania się do bólu powstałego w wyniku kilkukrotnych (kilkunastokrotnych) samouszkodzeń.

W ubiegłym stuleciu skupiano się zarówno na czynnikach społecznych, jak i indywidualnych. Dostępnych jest wiele modeli, głównie takich, które podkreślają znaczenie

czynników predysponujących i wytrącających (Van Orden i in., 2010; O'Connor, Nock, 2014; Mann, 2003; Turecki, 2014). Samobójstwo nie jest zjawiskiem jednorodnym, czynniki ryzyka występują zależnie od płci, wieku, kultury, historii osobistej. W związku z tymi danymi, na przestrzeni lat, zaproponowano modele skupiające się na czynnikach indywidualnych mogących wpłynąć na zachowania samobójcze. Durkheim dostrzegł, iż czynniki społeczne w wysokim stopniu wpływają na zachowania samobójcze – osoby żyjące w jednej populacji (społeczeństwie) zachowują się w podobny sposób, mają podobne usposobienie, wartości moralne również jeśli chodzi o akty samobójcze. Zmiany gospodarcze, czy też informacje medialne o dokonanych samobójstwie w ogromny sposób wpływają na podejmowanie aktów autodestrukcyjnych (Pirkis, Nordentoft, 2011). Na informacje podawane w mediach szczególnie podatna jest młodzież i młodzi dorośli (Gould, 2001). Czynniki społeczne oddziałują na każdego, jednak sposób radzenia sobie z niekorzystnymi zmianami zewnętrznymi należy do tzw. czynników indywidualnych. Czynniki indywidualne można podzielić na *predysponujące*, *pośredniczące (rozwojowe)* i *bezpośrednie (przyspieszające)* (rys.1).



**Rysunek 1. Model czynników ryzyka zachowań samobójczych według Turecki, Brent (2016) (opracowanie własne).**

Historia prób samobójczych może znacząco zwiększyć ryzyko zachowań samobójczych. Wynika to z uwarunkowań biologicznych (*czynników predysponujących*), gdyż prowadzone badania w populacji dzieci adoptowanych wykazują zależność pomiędzy biologicznymi krewnymi, a nie rodzicami adopcyjnymi (Brent, Melhem, 2008). Ponadto czynniki genetyczne

stanowią część transmisji zachowań samobójczych, gdzie odziedziczalność waha się pomiędzy 30-50% (Statham i in., 1998). W tym wypadku rolę przypisuje się agresywnym zachowaniom impulsywnym, które są przekazywane potomnym (McGirr i in., 2009). Oprócz zmiennych temperamentalnych, można mówić jeszcze o predyspozycji genetycznej do zachorowalności na choroby psychiczne, które również mogą być predyktorem zachowań samobójczych (Fu i in., 2002). Pomimo dowodów na odziedziczalność zachowań samobójczych, brak jest zidentyfikowanych genów specyficznych dla ryzyka samobójczego (Turecki, 2014). Oprócz opisywanych powyżej czynników genetycznych, występują jeszcze czynniki psychologiczne, demograficzne, społeczne, biologiczne zwiększające ryzyko samobójcze (O'Connor, Nock, 2014). Według badań orientacja seksualna wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zachowań samobójczych (Haas i in., 2010). Osoby homoseksualne wykazują wyższe ryzyko śmierci samobójczej aniżeli osoby heteroseksualne, z czego więcej prób samobójczych podejmują homoseksualni mężczyźni. Oprócz obecnych zachowań, reakcji, sytuacji osobistej i funkcjonowania psychicznego, które wpływają na zachowania autodestrukcyjne występują jeszcze predyktory związane z przeszłością danej osoby. Można do nich zaliczyć narażenie na przeciwności losu we wczesnym okresie życia (those exposed to early-life adversity, ELA). Do ELA można zaliczyć przemoc seksualną, emocjonalną lub fizyczną w dzieciństwie, czy też zaniedbanie rodzicielskie. Jak pokazują badania istnieje związek pomiędzy wczesnymi doświadczeniami, a zachowaniami samobójczymi w życiu dorosłym (Fergusson, Woodward, Horwood, 2000; Turecki, Ernst, Jollant, Labonté, Mechawar, 2012). Do czynników pośredniczących (rozwojowych) można zaliczyć cechy osobowości i style poznawcze. Depresja i lęk utrzymują znaczenie predykcyjne zachowań samobójczych przez całe życie, podobnie jak zachowania unikowe i inne zaburzenia nastroju. Z kolei konflikty interpersonalne, impulsywna agresja, zachowania antyspołeczne, nadużywanie alkoholu i substancji psychoaktywnych, zaburzenia zachowania mają większe znaczenie dla zachowań samobójczych w grupie nastolatków i młodych dorosłych (McGirr, Renaud, Bureau, Seguin, Lesage, Turecki, 2008; Séguin, Beauchamp, Robert, DiMambro, Turecki, 2014). Osoby młodsze próbujące popełnić samobójstwo często są ofiarami przemocy w dzieciństwie, w tym zaniedbań (Séguin, Beauchamp, Robert, DiMambro, Turecki, 2014). Według badań Nocka i wsp. (2013) ryzyko zachowań samobójczych gwałtownie rośnie, gdy z zaburzeniami nastroju współwystępują inne zaburzenia (stany) zwiększające poczucie stresu (Zespół Stresu

Pourazowego, PTSD) bądź zmniejszające zachowania hamujące (zachowania antyspołeczne). Zaburzenia nastroju mają związek z negatywnymi doświadczeniami z dzieciństwa (ELA), które powoduje kształtowanie się m.in. nieprawidłowych cech (bądź struktury) osobowości. Może to prowadzić do wytworzenia się nieadaptacyjnych mechanizmów radzenia sobie w trudnych sytuacjach życiowych, a tym samym zachowań samobójczych. Negatywne doświadczenia z dzieciństwa (ELA) mogą powodować wczesne wystąpienie zaburzeń psychicznych i podejmowanie większej ilości prób samobójczych. Ponadto warto zaznaczyć zależność pomiędzy ELA, a rozwinięciem kory przedczołowej młodych dorosłych, co zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań nieprzewidywalnych i impulsywnych, tym samym zachowań samobójczych. Osoby z większą odpowiedzią na stres (zwiększeniem odpowiedzi kortyzolu) oraz historią zachowań samobójczych (również zachowań samobójczych w rodzinie) posiadają deficyty poznawcze związane z podejmowaniem decyzji, funkcjami wykonawczymi i rozwiązywaniem problemów w sytuacjach nagłych i trudnych w związku z doświadczonym stresem społecznym i emocjonalnym (Lee i in., 2014; Van den Bos, Harteveld, Stoop, 2009; Williams, Barnhofer, Crane, Beck, 2005). Do czynników bezpośrednich można zaliczyć czynniki ryzyka czasowo związane z zachowaniami samobójczymi i działającymi przyspieszająco. Psychopatologia jest najważniejszym i najsilniejszym predyktorem zachowań samobójczych (Arsenault-Lapierre, Kim, Tureci 2004; Hoertel, i in., 2015). Jak pokazują badania większość osób z chorobą psychiczną nie umiera przez samobójstwo, jednak niektóre jednostki chorobowe są silniej związane z zachowaniami samobójczymi. Do takich zaburzeń można zaliczyć duże epizody depresyjne, czy też chorobę afektywną dwubiegunową. W przypadku tych zaburzeń zachowania samobójcze dotyczą 50% chorych (Holma i in., 2014). W przypadku choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD) najwięcej prób samobójczych dotyczy osób z mieszanym epizodem choroby, a ryzyko zachowań suicydalnych wzrasta wprost proporcjonalnie do czasu występowania epizodów depresji (Holma i in., 2014). Największe ryzyko występuje w pierwszym roku choroby i jest związane z poczuciem beznadziejności (Angst, Stassen, Clayton, Angst, 2002; Holma i in., 2014). W przypadku chorób związanych z zaburzeniami psychiatrycznymi, jak np. schizofrenia ryzyko samobójcze jest większe w przypadku obecności objawów depresyjnych, wytwórczych, czy też wglądem w chorobę. Ponadto kluczową rolę odgrywa płeć męska, wykształcenie i młody wiek osób ze schizofrenią (Sharifi i in., 2015;

Hor, Taylor, 2010). Badania Ernsta i wsp. (2004) sugerowały, że każda osoba próbująca popełnić samobójstwo jest dotknięta zaburzeniem psychicznym, nie zawsze jednak jest ono dostrzeżone. Jak pokazują najnowsze badania, w tym klasyfikacja DSM-5, zachowania samobójcze mogą występować niezależnie od innych zaburzeń psychicznych i są klasyfikowane jako samobójcze zaburzenia zachowania. Obecność innych zaburzeń nie jest konieczna do wystąpienia aktów samobójczych. Obecnie uważa się, że im więcej czynników ryzyka (związek interakcyjny) tym ryzyko zachowań samobójczych gwałtownie wzrasta. Jak wykazują badania (Kim i in., 2003; McGirr i in., 2008) istnieją różnice w badaniach nad zjawiskiem samobójstwa, jest to podyktowane głównie wiekiem, położeniem geograficznym, czy też płcią. Czynniki te wpływają na różnice m.in. w zakresie psychopatologii. Im osoba młodsza tym wyższe prawdopodobieństwo współzachorowalności, nadużywania substancji, zaburzeń osobowości. Z kolei u osób w średnim wieku próby samobójcze często są związane zarówno z nadużywaniem substancji, jak i depresją, czy też wysokim poziomem lęku. Natomiast w przypadku osób starszych zachowania samobójcze są silnie związane z psychopatologią, szczególnie jeśli dana osoba cierpi z powodu ciężkich zaburzeń depresyjnych (Akechi, Iwasaki, Uchitomi Tsugane, 2006; Park, Lee, Jeon, 2014). Taka analiza zachowań samobójczych – w korelacji z zaburzeniami psychicznymi – jest podejściem, które zakłada, że każda osoba, która próbuje odebrać sobie życie musi cierpieć z powodu zaburzeń psychicznych. Podejście to może być krzywdzące, gdyż jak pokazuje analiza przyczyn zachowań samobójczych wiele z osób po próbie samobójczej nie wykazuje zaburzeń psychicznych, zarówno psychotycznych, jak i depresyjnych. Nawet jeśli mamy do czynienia z myślami samobójczymi i chorobami psychicznymi nie zawsze lub w ogóle nie przewidują one zachowań samobójczych (Klonsky, May, 2014). W wielu przypadkach są to osoby podejmujące próbę suicydalną w związku z nagłą sytuacją życiową. W tym przypadku wyjaśnienia należałoby szukać w strukturze osobowości, jako mechanizmie radzenia sobie, myślenia i odczuwania. Położenie geograficzne i płeć to kolejne czynniki, które w znaczący sposób różnicują osoby próbujące popełnić samobójstwo. Podsumowując, występują czynniki, które wyjaśniają różnice w zachowaniach samobójczych i psychopatologii. Praktycznie wszystkie osoby, które podejmują zamierzoną próbę samobójczą, niezależnie od tego, czy spełniają kliniczne kryteria zaburzeń psychicznych, wykazują poczucie beznadziei, obniżonego nastroju i aktywnych myśli samobójczych oraz deficytów osobowościowych.



Jak można dostrzec, istnieje wiele teorii, które starają się wyjaśnić mechanizm zachowań samobójczych. Ze względu na duże rozbieżności terminologiczne i stosunkowo niedawne skupienie się na problemie nazewnictwa i klasyfikacji zachowań samobójczych próbowano w różny sposób wyjaśnić przyczynę powstawania zachowań autodestrukcyjnych, w tym intencjonalnych zachowań samobójczych. Kwestia zrozumienia zachowań samobójczych wymaga przeanalizowania wielu perspektyw i ujęć tego zjawiska. Warto zastanowić się nad wieloma podejściami w rozumieniu zachowań samobójczych. Analizowanie zjawiska samobójstw w oderwaniu od rozumienia wielopłaszczyznowego może okazać się ogromnym błędem, gdyż jest to zjawisko wielowymiarowe, gdzie różne czynniki współwystępują ze sobą tworząc pewien model zachowania. Przeszłość, teraźniejszość i przyszłość w wyjaśnianiu zachowań samobójczych odgrywa ogromną rolę. Dlatego też teorie psychologiczne powinny brać pod uwagę trzy perspektywy czasowe w interpretacji aktów samobójczych. Ponadto zmiany biologiczne, choroby psychiczne i predyspozycje psychologiczno-psychiatryczne istotnie wpływają na charakter, intensywność i skuteczność podejmowanych prób samobójczych. Tak więc, aby lepiej opisać zjawisko samobójstwa należy scharakteryzować dostępne koncepcje wyjaśniające mechanizm działania osób próbujących dokonać aktu samounicestwienia. Poznanie przyczyn działań człowieka pozwoli na lepszą predykcję ewentualnych zachowań samobójczych, a przez to dostosowanie działań prewencyjnych.

### **1.2. Definicja zachowań samobójczych według DSM-5**

Zgodnie z najnowszymi kryteriami diagnostycznymi zaburzeń psychicznych (DSM-5) zachowania samobójcze – *samobójcze zaburzenia zachowania (SBD)* – są diagnozą proponowaną – „pod warunkiem dalszych badań” – wobec osób, które podjęły próbę samobójczą w ciągu ostatnich dwóch lat. We wcześniejszych wersjach podręcznika samobójstwo było określane jako specyficzny objaw zaburzeń osobowości Borderline (BPD), dużego zaburzenia depresyjnego (MDD) bądź jako możliwa konsekwencja innych zaburzeń psychicznych (Fehling, Selby, 2021). Samobójcze zaburzenia zachowania są postrzegane w kontekście innych zaburzeń psychicznych, takich jak choroby afektywnej dwubiegunowej, zaburzenia schizofektywnego, depresji, zaburzeń adaptacyjnych i in. Jednak ważnym podkreślenia jest fakt, iż jest to odrębna diagnoza, która może współwystępować z innymi zaburzeniami psychicznymi, jednak nie musi.

Próba samobójcza jest rozumiana jako zachowanie autodestrukcyjne, z pewną intencją śmierci. Jak podają autorzy do zachowań samobójczych może dojść z różnych przyczyn, zarówno – czysto – psychicznych, jak i sytuacyjnych. Ważnym aspektem jest celowe upijanie się, aby dokonać samobójstwa, co jest traktowane jako kryterium w przypadku którego należy postawić diagnozę (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition, DSM-5). Jeśli osoba została zniechęcona przed podjęciem próby to nie należy tego traktować jako samobójczych zaburzeń zachowania. Podobnie w przypadku dokonywania samookaleczeń, np. w celu doznania ulgi, co nie jest traktowane jako zachowania samobójcze. Aktualnie zachowania samobójcze są traktowane niezależnie od depresji, czy też innych zaburzeń nastroju. Zachowania samobójcze mogą występować w dowolnym momencie życia. Podsumowując, aby można było diagnozować samobójcze zaburzenia zachowania należy przyjąć, iż: osoba podjęła próbę w ciągu ostatnich 24 miesięcy i była to próba, z intencją śmierci. Zachowanie nie spełnia kryteriów samookaleczeń, diagnoza nie dotyczy zachowań wyłącznie przygotowawczych oraz wyłącznie myśli samobójczych, zachowanie nie zostało zainicjowane w stanie delirium bądź dezorganizacji, zachowanie nie zostało podjęte w celach politycznych, bądź jako manifest religijny. Jeśli od próby samobójczej minął rok i mniej należy uznać ją za aktualną, natomiast jeśli minęło 12-24 miesiące samobójcze zaburzenia zachowania są określane jako „wczesna remisja”.

Jak podaje podręcznik DSM-5 zachowania samobójcze są wymiarem zachowań autoprzemocowych, a ich podstawowym przejawem jest próba samobójcza (musi zostać podjęta przynajmniej jedna próba suicydalna). Mogą być podejmowane w dowolnym momencie życia i dotyczyć każdego człowieka. Szacuje się, że około 30% osób, które próbują odebrać sobie życie podejmuje więcej niż jedną próbę w ciągu życia. Stąd też możliwa wartość predykcyjna poprzednich prób samobójczych w przewidywaniu kolejnych takich zachowań. Sposób wyrazu zachowań samobójczych może znacząco się różnić, tak jak w przypadku przebiegu innych chorób, czy zaburzeń psychicznych. Forma i charakter podejmowanej próby mogą się od siebie różnić w zależności np. od dostępności środków, kultury, osobistych doświadczeń i upodobań. Medyczny wymiar samobójczych zaburzeń zachowania powinien wskazywać na pilną potrzebę hospitalizacji. Należy przy tym określić stopień planowania vs impulsywność próby. Jeśli próba samobójcza została podjęta w ostatnich 12-24 miesiącach należy uznać stan ten jako wczesną remisję. Jeśli próba została podjęta w ciągu 24 miesięcy

i dłużej istnieje podwyższone ryzyko kolejnych prób suicydalnych jeśli występuje dalsza chęć odebrania sobie życia. Próba samobójcza musi być podjęta z pewnym zamiarem śmierci, jednak jej konsekwencje nie muszą nosić znamion poważnych obrażeń pod względem medycznym. Im mniejsza wiedza dotycząca skuteczności śmierci samobójczej, bardziej impulsywny charakter zachowania, niski poziom intencji śmierci, ambiwalencja (wahanie), bądź interwencja osób drugich tym większe konsekwencje medyczne (np. większe obrażenia somatyczne). Zgodnie z podręcznikiem, obrażeń fizycznych wywołanych próbą nie należy brać pod uwagę przy ustalaniu diagnozy samobójczych zaburzeń zachowania. Niemniej jednak samobójcze zaburzenia zachowania mogą mieć konsekwencje somatyczne, takie jak utrata dużej ilości krwi, czemu może towarzyszyć wstrząs, spadek ciśnienia tętniczego, ale również zaburzenia równowagi elektrolitowej, niewydolność wątroby, itp.

Intencjonalność jest czynnikiem, który – jak zostało wspomniane – jest kluczowym elementem diagnostycznym samobójczych zaburzeń zachowania. Określenie stopnia intencjonalności może okazać się trudne z wielu przyczyn, m.in. z powodu lęku danej osoby przed hospitalizacją. W związku z czym często osoby nie przyznają się do intencji śmierci w wyniku podjętej próby samobójczej i ważna jest tutaj wiedza kliniczna. Czynniki ryzyka obejmują planowanie próby samobójczej (czas i miejsce oraz stopień dostępności w razie akcji ratunkowej), stan psychiczny (wzbudzenie emocjonalne, niedawna hospitalizacja, odstawienie leków psychiatrycznych), doświadczenie straty (utrata bliskiej osoby, pracy), doświadczenie nagłych wydarzeń życiowych (wiadomość o chorobie). Realne plany na przyszłość, czy też deklaracje niepodejmowania zachowań samobójczych nie są – w tym wypadku – wiarygodnymi przesłankami do stwierdzenia niskiego ryzyka samobójczego. Diagnoza samobójczych zaburzeń zachowania nie powinna być stosowana wobec osób, które chciały, jednak w ostateczności nie podjęły próby samobójczej. Zaniechanie, bądź odwiedzenie przez inną osobę nie jest traktowane w kategoriach zaburzeń samobójczych. Ponadto podejmowanie aktów autodestrukcyjnych w celu wywołania ulgi również nie jest przejawem samobójczych zaburzeń zachowania. Ważnym podkreślenia jest fakt, iż podejmowanie prób pod wpływem alkoholu oraz/lub w stanie delirium lub splątania nie jest traktowane jako intencjonalne zachowania samobójcze, jednak spożywanie alkoholu, w celu zmniejszenia lęku przed podjęciem próby jest traktowane jako samobójcze zaburzenia zachowania, pod warunkiem pierwotnej intencjonalności śmierci w wyniku próby suicydalnej.

### **1.3. Główne koncepcje zachowań samobójczych**

Próba opisania przyczyn i czynników ryzyka zachowań samobójczych skłoniła wielu badaczy to analizy zjawiska ujętego w różnych koncepcjach teoretycznych. Zachowania samobójcze zostały określone jako „kryzys samobójczy” (Van Heeringen, 2003) przez co rozumie się kulminację procesu psychopatologicznego kształtowanego od kilku minut do kilku miesięcy. Pierwsze emocje jakie pojawiają się u osoby dotkniętej kryzysem psychicznym to gniew, poczucie winy, wstyd, by w dalszych etapach pojawiło się poczucie beznadziejności, myśli samobójcze i w konsekwencji tego akt samobójczy. Cechą kryzysu samobójczego jest ból psychiczny (Olie, Guillaume, Jausent, Courtet, Jollant, 2010). Często powiązany z zaburzeniami psychicznymi oraz myślami samobójczymi. Jak podaje Nock, Hwang, Sampson, Kessler (2010) należy podkreślać, iż myśli samobójcze są odrębnym procesem od zachowań samobójczych. Na przestrzeni ostatnich lat starano się wyjaśnić przyczyny tego zjawiska poszukując jego podłoża w strukturze mózgu (w tym w neuroprzeżywalności), czynnikach genetycznych, środowiskowych, psychologicznych, czy też psychiatrycznych (Mann i in., 2009). Udowodniono, że wczesne niekorzystne wydarzenia i traumy z dzieciństwa zwiększają skłonność do zachowań samobójczych (Brezo i in., 2010). Niektóre czynniki mogą wywoływać bezpośrednie skutki w postaci zachowań autodestrukcyjnych, natomiast inne poprzez czynniki moderujące np. zaburzenia psychiczne (Kendler, 2010). Poszukiwanie wyjaśnień wyłącznie w jednym czynniku – jak wiadomo – jest błędne, gdyż zachowania samobójcze są zjawiskiem złożonym. Mnogość koncepcji pozwala na postrzeganie zachowań samobójczych jako złożonego konstruktu teoretycznego. Niestety, jak już zostało wspomniane nie zawsze koncepcje zachowań samobójczych odnoszą się do osób, które realnie podjęły próbę samobójczą. Zdarza się, że rozważania i badania obejmują osoby deklarujące chęć popełnienia samobójstwa, a nie osoby po podjętej próbie samobójczej, stąd też rozbieżności w badaniach.

#### **1.3.1. Wybrane koncepcje neurobiologiczne i genetyczne.**

Zaangażowanie czynników genetycznych w mechanizmie wyjaśniania zachowań samobójczych jest poparte badaniami rodzinnymi, bliźniaczymi i adopcyjnymi (Brent, Bridge, Johnson, Connolly, 1996; Baldessarini, Hennen, 2004; Cho, Guo, Iritani, Hallfors, 2006). Podobnie jak w przypadku innych teorii, teorie biologiczne i genetyczne nie są wolne od podstawowego błędu, a mianowicie definicji zachowań samobójczych. Bardzo często badania

genetyczne, czy też badania pośmiertne mózgu są wykonywane na osobach, które umarły śmiercią samobójczą, jednak bez identyfikacji intencjonalności dokonanego czynu, stąd też wyniki te mogą stanowić problem interpretacyjny.

Jak wskazują badania nad dziećmi adopcyjnymi, istnieje większe ryzyko zachowań samobójczych u osób spokrewnionych biologicznie, u których wystąpiło zachowanie suicydalne, aniżeli w przypadku adopcyjnych rodziców, niespokrewnionych biologicznie, u których wystąpiło zachowanie samobójcze (Pedersen, Fiske, 2010). Badania sugerują dużą odziedziczalność zachowań samobójczych dochodzącą do poziomu 45% (McGirr i in., 2010). Zaburzenia psychiczne takie jak zaburzenia nastroju, czy też nadużywanie substancji psychoaktywnych mogą wpłynąć na odziedziczalność zachowań samobójczych. Podaje się, że ponad połowa osób próbujących popełnić samobójstwo cierpi z powodu zaburzeń psychicznych (Brent i in., 2010), niemniej jednak – jak potwierdzają badania – zachowania samobójcze mogą, jednak nie muszą współwystępować z zaburzeniami psychicznymi (są od nich niezależne) (Brent, Mann, 2005). Odziedziczalność, impulsywna agresja i poważne zaburzenia psychiczne znacząco zwiększają ryzyko zachowań samobójczych (Turecki, 2005). Badania genetyczne dotyczące zachowań samobójczych są niezwykle trudnym zjawiskiem, również ze względu na heterogeniczność panującą w grupach osób podejmujących zachowania samobójcze. Głównym modelem wyjaśniającym wpływ czynników genetycznych na zachowania samobójcze jest wzór poligenetyczny. Istnieje duża liczba wariantów genetycznych, z czego każdy w pewnym stopniu moduluje ryzyko zachowań samobójczych. W takim wypadku ważne są badania asocjacyjne, które są w stanie wykryć nawet najmniejszy efekt. Określa się, że w genomie istnieje ponad 10 milionów odmian (z częstotliwością  $\geq 5\%$ ), a większość z nich to odmiany pojedynczej zasady, przez co należy rozumieć polimorfizmy pojedynczego nukleotydu (SNP). Do badania wpływu czynników genetycznych na zachowania samobójcze stosuje się dwie metody, a mianowicie obszerne badania asocjacyjne genomu (genome-wide association studies, GWAS) i badania asocjacyjne predyspozycji genetycznych (gene-candidate association studies), które są częściej wykorzystywane w badaniach nad genetycznym zjawiskiem samobójstw (De Bakker i in., 2005).

Pierwszą z omawianych w tym podrozdziale teorii jest ta związana z działaniem układu serotonergicznego. Jak podają badania Manna (2013) szlak serotonergiczny jest uważany za najważniejszy w wyjaśnianiu zachowań samobójczych, z kolei badania Antyp, Serretti,

Rujescu (2013) skupiły się na związku polimorfizmów genów serotonergicznym z zachowaniami suicydalnymi. Badania te dotyczą hydroksylazy tryptofanu (TPH), transportera serotoniny (5-HT) oraz receptorów serotoninowych. Ponadto istnienie ogrom badań odnoszących się do teorii genów serotonergicznym w wyjaśnianiu mechanizmu samobójstw, m.in. doniesienia z badań Vian, De Marco, Boson, Romano-Silva, Correa, (2006), Galfalvy, Huang, Oquendo, Currier, Mann (2009), czy też Saetre, i wsp. (2010). Próba wyjaśnienia zachowań samobójczych poprzez analizę układu serotonergicznym powinna opierać się również o integrację stresujących wydarzeń życiowych. Takie podejście zostało nazwane modelem podatności na stres w zachowaniach samobójczych (stress-diathesis model for suicidal behaviour) (Mann, Waternaux, Haas, Malone, 1999). W modelu tym zakładano, iż podatność na zachowania samobójcze nosi znamiona dziedziczności (Melhem i in., 2007). Wyłoniono takie czynniki ryzyka jak cechy impulsywne lub/oraz agresywne, myślenie pesymistyczne, poczucie beznadziejności, myśli samobójcze (z tendencją do ich realizacji), poczucie subiektywnego spadku nastroju (poważną depresję), sztywność poznawczą oraz problem w zakresie rozwiązywania powstałych problemów. Założono, iż przyczyna podatności na stres w zachowaniach samobójczych ma podłoże zarówno genetyczne, jak i niegenetyczne. W przypadku czynnika niegenetycznym ogromną rolę odgrywają negatywne wydarzenia z dzieciństwa. Mimo, iż przyjęto, że zachowania samobójcze są dziedziczne, to około 50% genów mogących brać udział w tym procesie jest nieznanym. Pomimo wielu starań w – opisanych chociażby powyżej – badaniach nie zidentyfikowano dotychczas genów kodujących zachowania samobójcze (Schosser i in., 2011). Nieprawidłowości genetyczne są cechą obecną przez całe życie, tak więc odnalezienie takiego genomu wpłynęłoby na wzmocnienie możliwości przewidywania i zapobiegania takim zachowaniom. Badania Manna i wsp. (2009) ukazują, iż potencjalne endofenotypy można odnieść do zachowań samobójczych, a geny, które są powiązane z tymi endofenotypami mogą być łatwiejsze do wychwycenia aniżeli tzw. „geny zachowań samobójczych”. Układ serotonergicznym jest odpowiedzialny za regulację nastroju człowieka, a seria nieprawidłowości w tym zakresie może powodować nieprawidłowości stanów afektywnych (Mann i in., 2006). Udowodniono, iż poziomy głównego metabolitu serotoniny, kwasu 5-hydroksyindolooctowego (5-HIAA), w płynie mózgowo-rdzeniowym (CSF) są niższe w przypadku prób samobójczych cechujących się wyższą śmiertelnością i mogą przewidywać ryzyko zachowań samobójczych

z ilorazem szans wynoszącym 4,6 (Mann i in., 2006). Badania dowodzą również, że w przypadku połączenia zachowań samobójczych i innych chorób psychicznych poziom 5-HIAA w CSF jest równie niski, (Sher i in., 2006). Tak więc, mniejsza transmisja serotoniny, wydaje się być związana z zachowaniami samobójczymi, ale w oderwaniu od innych zaburzeń psychicznych (również zaburzeń nastroju). Takie ujęcie zachowań samobójczych sugerowałoby, iż pod względem biomedycznym, substancje chemiczne w mózgu (poziom serotoniny) wpływające na zachowania suicydalne są niezależne od innych zaburzeń psychicznych. Tym samym zachowania samobójcze mogą występować autonomicznie od objawów choroby psychicznej, jako samodzielna dysfunkcja zachowania. Udowodniono, iż niski poziom metabolitu serotoniny w płynie mózgowo-rdzeniowym można traktować jako cechę, która jest stabilna i częściowo dziedziczna. Jak pokazują badania występuje u dorosłych osób, które w dzieciństwie doświadczyły deprivacji matki (Shannon i in., 2005). Niski poziom serotoniny w mózgu koreluje z impulsywną agresją, a w konsekwencji z drastycznymi zachowaniami autodestrukcyjnymi (Virkkunen, Nuutila, Goodwin, Linnoila, 1987). W związku z tym agresja i zachowania samobójcze mogą mieć wspólne podłoże biologicznej regulacji emocji oraz zachowań autodestrukcyjnych. Można dostrzec również funkcję działania układu serotonergicznego w mózgu w wyjaśnianiu zachowań samobójczych poprzez odpowiedź prolaktyny na uwalnianie serotoniny przez fenfluraminę. Taka odpowiedź układu koreluje z prawdopodobieństwem wystąpienia przeszłych prób samobójczych oraz zachowaniami agresywnymi (Keilp i in., 2010). Wyniki te potwierdzają wpływ niskiej aktywności serotonergicznej na zachowania samobójcze, a także agresywne w stosunku do otoczenia.

Badania oparte na analizie hydroksylazy tryptofanu potwierdziły, iż może być on przydatny w badaniach genetycznych nad zaburzeniami psychicznymi, w tym zachowaniami samobójczymi (Li, He, 2007). Zidentyfikowano dwa geny kodujące (TPH1 i TPH2). W przypadku pierwszego genu jeden z polimorfizmów w nim występujący ujawnia się częściej u osób próbujących popełnić samobójstwo w porównaniu z osobami, które nigdy nie podejmowały zachowań samobójczych (Galfalvy i in., 2009). Ponadto badania tego samego autora wykazały, że wybrane genotypy były związane ze wcześniejszymi próbami samobójczymi. W badaniach tych poszukiwano również czynników psychologicznych, które mogłyby współwystępować z genotypem. Tak więc omawiany genotyp korelował z większą

impulsywnością i brakiem chęci do życia, poczuciem beznadziejności życia (Galfalvy i in., 2009). W przypadku drugiego genu (TPH2), badania Zhou i wsp. (2005) wykazały tzw. haplotyp ryzyka zachowań samobójczych, w przypadku którego osoby posiadające określone mutacje genetyczne mają większe ryzyko zachorowalności na zaburzenia nastroju oraz podejmowanie prób samobójczych. Odkrycia te przyczyniły się do leczenia zachowań samobójczych za pomocą leków przeciwdepresyjnych. Takie podejście sugeruje silną – biologiczną – zależność zachowań samobójczych i zaburzeń nastroju, konstruuując tezę, iż zachowania samobójcze mogą być częściowo związane z zaburzeniami psychicznymi. W przypadku badań skoncentrowanych na receptorach serotoninowych wykazano, iż receptor 5- HTR1A, 5-HTR1B oraz 5-HTR2A odgrywa dużą rolę w zachowaniach samobójczych oraz zaburzeniach depresyjnych (Zouk i in., 2007) i nadużywaniu alkoholu (Wrzosek i in., 2011).

Kolejną omawianą teorią starającą się wyjaśnić zachowania samobójcze jest koncepcja receptorów dopaminergicznych i adrenergicznych oraz hipoteza wadliwej regulacji osi podwzgórze-przysadka-nadnercza (HPA). Podobnie jak w przypadku układu serotonergicznego, badania wykazały związek polimorfizmów genetycznych receptora dopaminergicznego (D2) z zachowaniami samobójczymi (Magno i in., 2010). Natomiast analizy receptorów adrenergicznych wykazały ich związek z drastycznymi zachowaniami samobójczymi niezależnie od choroby psychicznej (Sequeira i in., 2004). Badania, które starały się opisać domniemane przyczyny nieprawidłowego funkcjonowania osi HPA w kontekście zachowań samobójczych koncentrowały się głównie na dwóch czynnikach, a mianowicie mechanizmach sprzężenia zwrotnego receptora glukokortykoidowego oraz systemie sygnalizacji hormonu uwalniającego kortykotropinę (McGirr i in., 2010). Badania asocjacyjne wykazały związek zachowań samobójczych i depresji jako możliwej konsekwencji nieprawidłowości w osi HPA (Ben-Efraim, Wasserman, Wasserman, Sokolowski, 2013).

Badania skupiające się na cechach behawioralnych w wyjaśnianiu biologicznych mechanizmów zachowań samobójczych udowadniają, iż impulsywność oraz agresja zwiększają ryzyko zachowań suicydalnych (McGirr i in., 2008). Tak więc prowadzone w tym kierunku badania wykazały, iż istnieje zależność pomiędzy stanem zapalnym, a cechami impulsywności oraz agresji (Coccaro, Lee, Coussons-Read, 2014). Badania Isung i wsp. (2014) potwierdziły związek pomiędzy stanem zapalnym, a impulsywnością i gwałtownymi



zachowaniami samobójczymi. Badania nad rolą stanu zapalnego w zachowaniach samobójczych dowodzą, iż zmiany w profilach cytokin w mózgu oraz krwi obwodowej korelują z zachowaniami suicydalnymi. W badaniach tych ważne jest, aby ustalić specyfikę zmian biochemicznych w oderwaniu od innych zaburzeń psychicznych, bądź w związku z nimi. Janelidze i wsp. (2015) wykazali różnice pomiędzy depresją samobójczą i nie samobójczą. Osoby ze zdiagnozowaną depresją, ujawniające zachowania samobójcze mogą mieć niepowtarzalny profil cytokin odróżniający je od osób bez tendencji suicydalnych. Podobnie twierdzi również O'Donovan i wsp. (2013), który w swoich badaniach wykazał, iż zachowania samobójcze (niezależnie od nasilenia objawów depresyjnych) korelują ze zwiększonym wskaźnikiem stanu zapalnego. Niedobór witaminy D również może wpływać na zachowania samobójcze. Badania Umhau i wsp. (2013) oraz Grudet, Malm, Westrin, Brundin (2014) potwierdziły, że niski poziom witaminy D współwystępuje ze zwiększonym ryzykiem samobójstwa.

Neurokognitywny model zachowań samobójczych zakłada integrację funkcji poznawczych oraz struktury mózgu w wyjaśnianiu mechanizmu prób samobójczych. Osoby dokonujące aktów samobójczych mogą wykazywać upośledzony proces przypisywania odpowiednich wartości zdarzeniom zewnętrznym (Jollant i in., 2008). Poddane modyfikacji *Testy Stroopa* wykazały, iż osoby próbujące popełnić samobójstwo skupiają większą uwagę na konkretne słowa wywołujące porażkę. Z kolei boczna kora oczodołowo-czołowa może brać udział w przewidywaniu określonego rezultatu w danej sytuacji (Schoenbaum, Roesch, Stalnaker, Takahashi 2009). W przypadku zachowań samobójczych opisywana rola kory oczodołowo-czołowej może przyczynić się do większej wrażliwości na niektóre bodźce społeczne oraz upośledzenia w zakresie podejmowania decyzji. Kora oczodołowo-czołowa jest aktywowana w określonych sytuacjach społecznych, np. przypadku doświadczenia wykluczenia społecznego (Eisenberger, Lieberman, Williams, 2003), zranienia, gniewu, lęku związanych z odrzuceniem, autoobwinianiem czy też rozczarowaniem (Fisher, Aron, Brown, 2006; Zahn i in., 2009). Takie emocje mogą stać się predyktorem zachowań samobójczych. Opisywany we wprowadzeniu do koncepcji zachowań samobójczych ból psychiczny (Olie i in., 2010) ma również podłoże neurobiologiczne. Jak wykazują badania ból psychiczny jest skorelowany z myślami samobójczymi i brakiem nadziei. Badanie fMRI przeprowadzone u kobiet, które podjęły próbę samobójczą wskazuje na zaangażowanie środkowej i grzbietowo-

bocznej kory przedczołowa w stan bólu psychicznego, który poprzedza zamach samobójczy. Badania Pollocka i Williama (2004) sugerują problem w zakresie rozwiązywania problemów (zwłaszcza tych emocjonalnych) u osób z zachowaniami samobójczymi. Z kolei gorsze rozwiązywanie problemów wiąże się z pojawieniem myśli samobójczych (Grover i in., 2009). Problemy w zakresie rozwiązywania problemów wiązały się z gorszą pamięcią autobiograficzną (Arie, Apter, Orbach, Yefet, Zalzman, 2008). Zmniejszyło to zdolność danej jednostki do znajdowania rozwiązań na bazie przeszłych doświadczeń. Natomiast rozpamiętywanie zdarzeń z przeszłości może wpłynąć na pojawienie się myśli samobójczych oraz zmniejszenie zdolności do rozwiązywania powstałych problemów, co jest związane z aktywacją przedniej i tylnoprzyśrodkowej kory przedczołowej (Ochsner i in., 2005). Poczucie beznadziejności jest skorelowane z mniejszą zdolnością rozwiązywania problemów i skłonnościami samobójczymi oraz wiąże się z aktywacją grzbietowo-przyśrodkowej części kory przedczołowej (Grimm i in., 2009).

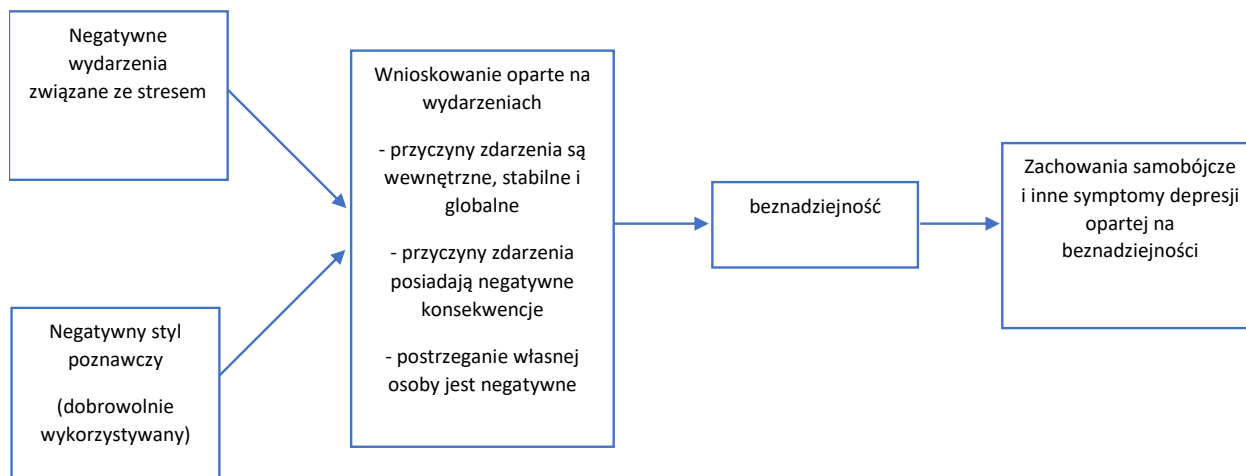
W przypadku badań genetycznych i neuropsychologicznych trudno jest mówić o rzeczywistym rozróżnieniu myśli od zamiarów i czynów samobójczych. Niemniej jednak niektóre z badań biorą pod uwagę te różnice (Dombrovski i in. 2010). W zakresie porównywania neuroobrazowego osób wyłącznie z myślami samobójczymi (bez prób suicydalnych) z osobami, które podejmują próby samobójcze nie prowadzono badań. Stąd też nie ma pewności co do nieprawidłowości neuronalnych w tym zakresie.

### **1.3.2. Wybrane koncepcje psychologiczne.**

Pierwszych psychologicznych wzmianek dotyczących zachowań samobójczych można doszukiwać się w koncepcji Freuda, według którego samobójstwo to agresja skierowana do wewnątrz, przeciwko sobie (wykorzystanie mechanizmu introjkcji). Zachowanie to, według Freuda, jest wykorzystywane jako usprawiedliwienie wymierzonej w stosunku do siebie kary, bądź też instynktem śmierci, dążeniem do śmierci – Thanatos. Freud wyszczególnił trzy komponenty zachowania samobójczego wynikającego z wrogości, a mianowicie pragnienie bycia zabitym, pragnienie zabicia oraz pragnienie śmierci (Masango, Rataemane, Motojesi, 2008). Freud identyfikował zachowania samobójcze z mechanizmem obronnym jakim jest introjkcja, zaznaczając rolę wcześniejszego stłumionego pragnienia zabicia innej osoby. Teoria Menningera, oparta na koncepcji Freuda, również zakładała, iż zachowania samobójcze są odwróconym zabójstwem, efektem gniewu na drugiego człowieka (Masango i in., 2008).

Koncepcje psychodynamiczne zakładają, że samobójstwo to zarówno zemsta, jak i ratunek, odrodzenie. Osoby, które doświadczyły straty, bądź zostały w jakikolwiek sposób skrzywdzone odczuwają wiele negatywnych emocji takich jak poczucie winy, czy smutek. Można przypuszczać, że osoby te najczęściej realizują swoje fantazje związane z zachowaniami samobójczymi. Zdarza się, że fantazjowanie o samobójstwie jest rozładowywaniem napięcia emocjonalnego, bądź stanów depresyjnych (Masango i in., 2008).

Jak podają liczne publikacje, poczucie beznadziejności jest jednym z najważniejszych (i najdłużej występującym w systemie emocjonalno-poznawczym) czynników ryzyka zachowań samobójczych. Jeśli zachowanie samobójcze jest spowodowane chęcią ukarania się, podjęcie próby samobójczej może być realizacją tej potrzeby. Beck, Weissman, Lester, Trexler (1990) zaproponowali teorię zachowań samobójczych opartą na poczuciu beznadziejności. Beznadziejność jest definiowana jako negatywny i stabilny obraz przyszłości (Beck i in., 1990). Model ten zakłada, że beznadziejność występuje jako niezależny predyktor zachowań samobójczych. Późniejsze wersje zakładają współwystępowanie pięciu systemów odpowiedzialnych za występowanie zachowań samobójczych, a mianowicie system poznawczy, motywacyjny, afektywny, behawioralny (fizjologiczny) oraz świadomy. Myśli o beznadziejności aktywują system poznawczy, z kolei ten aktywuje kolejne z systemów tworząc środowisko, w którym jednostka z trudem funkcjonuje, a jej rozwój (w każdej ze sfer) zostaje zahamowany. Jak sugerują badania, poczucie beznadziejności może być lepszym predyktorem myśli samobójczych niż zaburzenia nastroju, w tym depresja (Beck i in., 1990). Na podstawie badań powstała teoria Abramsona i wsp. (2000) oparta na poczuciu beznadziejności i objawach depresyjnych w wyjaśnianiu zachowań samobójczych i została nazwana Teorią Poczucia Beznadziejności w Zachowaniach Samobójczych (The hopelessness theory of suicidality, rys. 2). Badacze doszli do wniosku, że negatywne style wnioskowania mogą spowodować wystąpienie ryzyka zachowań samobójczych poprzez mediacyjny efekt beznadziejności.



**Rysunek 2. Graficzna prezentacja Teorii Poczucia Beznadziejności w Zachowaniach Samobójczych – opracowanie własne na podstawie Abramson i wsp. 2000.**

Pomimo, potwierdzonej na przestrzeni lat, roli beznadziejności w wyjaśnianiu zachowań samobójczych, autorzy najnowszych badań zgodnie twierdzą, iż istnieje wiele różnych czynników zachowań suicydalnych, a nie jeden predyktor (Van Orden i in., 2010). Jest mało prawdopodobne, aby jeden czynnik odpowiadał za tak złożony proces jakim jest samobójstwo. Niezaprzeczalnie poczucie beznadziejności jest jednym z czynników ryzyka zachowań samobójczych, ale równie bezsprzecznie występują inne predyktory aktów suicydalnych. Postrzegając poczucie beznadziejności jako czynnik ryzyka, poczucie nadziei może być czynnikiem ochronnym (Anestis, Moberg, Arnau, 2014).

Teoria Ucieczki w Samobójstwo Baumeistera (1990) zakłada, że proces samobójczy składa się z sześciu etapów: niespełnianie dążeń (prezentowanych standardów) z powodu nierealistycznych oczekiwań, niedawnych problemów lub niepowodzeń; negatywnych wewnętrznych atrybucji samoobwiniania i niskiej samooceny; stan awersyjnej samoświadomości, który wynika z porównania siebie z wysokimi standardami; negatywny wpływ samoświadomości dotyczącej niespełnienia ważnych celów (dążeń); rozpad poznawczy, który powoduje reakcje ucieczkowe przed negatywnymi emocjami ujawniające się w postaci odrzucenia i unikania sensownych myśli; konsekwencje rozpadu poznawczego, przez co należy rozumieć odhamowanie, brak emocji, bierność i nieracjonalne przekonania. Kluczowym elementem w rozumieniu zachowań samobójczych jest odhamowanie, gdyż prowadzi do wglądu w samobójczy stan mentalny. W takim rozumieniu samobójstwo jest

chęcią ucieczki przed negatywnym wyobrażeniem własnej osoby oraz negatywnymi emocjami z tym związanymi (Baumeister, 1990). Aby doszło do zachowań samobójczych dana osoba musi przejść wszystkie 6 etapów, stąd też według tej teorii samobójstwo powinno być rzadkością (Stanley, Hom, Rogers, Hagan, Joiner 2016). Składniki wymienione w tej teorii są czynnikami indywidualnymi (Hirsch i in., 2006; Um, Plass, Hayward, Homer, 2012), jednak brakuje badań, które tworzyłyby ciąg przyczynowy potwierdzający teorię ucieczki w zachowaniach samobójczych. Ponadto jak podają badacze wyższy poziom samoświadomości wymaga dodatkowych badań odnoszących się zarówno do myśli, jak i do zachowań samobójczych. Stąd też pomimo dowodów na istnienie poszczególnych składowych prezentowanej teorii w wyjaśnianiu zachowań samobójczych nie ma jednoznacznego potwierdzenia wzajemnej zależności konstruktów jako predyktora zachowań suicydalnych (Stanley i in., 2016). Ponadto skupienie się na odhamowaniu, jako czynnika kluczowym w wystąpieniu zachowania samobójczego może okazać się problematyczne ze względu na pośredni i dystalny związek zachowań samobójczych i impulsywności (Anestis i in., 2014).

Teoria bólu psychicznego Shneidmana (1993) wskazuje, iż psychika ludzka jest czynnikiem powodującym myśli i czyny samobójcze. Przyznaje, że istnieją inne czynniki ryzyka zachowań samobójczych, jak np. czynniki biologiczne, kulturowe, socjologiczne, jednak psychika stanowi najważniejszy ze wszystkich predyktorów zachowań samobójczych. Ponadto należy podkreślić, iż teoria ta oraz narzędzie do badania bólu psychicznego (PPAS; 1999) zdaje się być przydatne do opisu obecnego zachowania samobójczego, a nie przewidywania takich zachowań w przyszłości (Pompili, Lester, Leenaars, Tatarelli, Girardi, 2008). Umysł ludzi przejmuje ból, udrękę, zranienie. Ból ten ma charakter wysoce emocjonalny i może ujawniać się w takich emocjach jak wina, wstyd, strach, samotność, czy też niepokój. Ból psychiczny jest silnie skorelowany z potrzebami człowieka, tak więc jeśli owe potrzeby nie są zaspakajane pojawiają się negatywne emocje. Shneidman (1993) tłumaczy, że do zachowań samobójczych może dojść z powodu odczuwanego bólu psychicznego, który człowiek identyfikuje jako coś co jest nie do zniesienia. W związku z powyższym autor twierdzi, że człowiek odczuwający głęboki ból psychiczny stara się uciec od tych emocji poprzez podejmowanie zachowań samobójczych. Shneidman (1993) zaprezentował sześcienne schemat samobójstwa, który opiera się na trzech wymiarach, które tworzą model zintegrowany: stopień bólu psychicznego, stopień stresu i stopień

dezorganizacji. Każdy z tych wymiarów jest oceniany na pięciostopniowej skali, od niskiego do wysokiego stopnia. Gdy dana osoba uzyskuje wyłącznie wysokie wyniki oznacza to, że doświadcza silnego bólu psychicznego. Postrzega ten ból jako nie do zniesienia, z silnym pobudzeniem emocjonalnym i odczuwanym stresem. Taki stan stanowi wysokie ryzyko zachowań samobójczych. Według autora skupienie się na stanach wewnętrznych jednostki jest kluczowe w celu zapobiegania zachowaniom samobójczym. Inne badania potwierdzają, że wewnętrzny stan psychiczny może być predyktorem zachowań samobójczych (Troister, Holden, 2012) oraz, że osoby podejmujące próby samobójcze w przeszłości mają wyższe nasilenie myśli samobójczych i bólu psychicznego (Olie i in., 2010).

Teoria rozregulowania emocjonalnego została stworzona w odniesieniu do pacjentów z diagnozą zaburzeń osobowości Borderline (Linehan i in., 2006). Podejście to sugeruje, że zachowania samobójcze są efektem interakcji rozregulowanej emocjonalności oraz pozbawienia (wyobcowania) emocjonalnego. W tym założeniu uważa się, że akt samobójczy jest próbą odwrócenia uwagi od negatywnych doświadczanych stanów emocjonalnych oraz nieprzyjaznego i krytycznego środowiska. Próba pomocy osobom z zaburzeniami Borderline (BPD), które borykają się z trudnościami w zakresie emocji skłoniła badaczy do stworzenia Dialektycznej Terapii Behawioralnej (DBT). Skupia się ona na technikach poznawczo-behawioralnych w zakresie funkcjonowania emocjonalnego. Jak pokazują badania Linehana i wsp. (2006) metoda ta może znacznie zmniejszyć występowanie zachowań autodestrukcyjnych u osób (głównie kobiet) cierpiących z powodu zaburzeń osobowości typu Borderline. Dysregulacja emocji dotyczy nie tylko zaburzeń z pogranicza, ale również innych zaburzeń psychicznych. Jednak, jak słusznie można zauważyć, niewiele osób z zaburzeniami psychicznymi podejmuje próby samobójcze, bądź ujawnia myśli suicydalne, pomimo znacznych deficytów w zakresie rozregulowania emocjonalnego (Linehan i in., 2006). Rozregulowanie emocjonalne może stanowić również czynnik ochronny przed podejmowaniem zachowań samobójczych (Van Orden i in., 2010). Dysregulacja emocjonalna jest sprzężona z lękiem adaptacyjnym (Anestis, Bagge, Tull, Joiner 2011), stąd też silne negatywne emocje takie jak strach przed śmiercią, przerażenie wynikające z możliwego bólu będą czynnikami powstrzymującymi przed aktem samobójczym. Badania nad regulacją emocji były wykorzystywane w innych koncepcjach dotyczących zachowań samobójczych, jedną z nich jest Interpersonalna Teoria Zachowań Samobójczych (Joiner, 2005). Zakłada ona, że

trudności w tolerowaniu dysstresu oraz problemy z kontrolą emocji są związane z postrzeganą uciążliwością i udaremnią przynależnością czyli głównymi czynnikami ryzyka w modelu Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych (ITS). Jednocześnie im większa zdolność do tolerowania stresu (zdolność do kontrolowania reakcji emocjonalnych), tym większa nabyta zdolność do podjęcia samobójstwa (Anestis i in., 2011; Pennings, Anestis, 2013). Tak więc trudności w regulacji emocji mogą w rzeczywistości stanowić przeszkodę w zakresie nabytej zdolności do popełnienia samobójstwa poprzez brak wystarczającej ekspozycji na zdarzenia bolesne. Takie ujęcie (w kontekście Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych) mogłoby sugerować, że zaburzenia psychiczne, w których występują deficyty w zakresie regulacji emocji nie są wystarczającymi predyktorami zachowań samobójczych, podobnie jak deficyty emocjonalne. W przypadku osób ze znacznymi problemami afektywnymi zachowanie autodestrukcyjne może służyć jako natychmiastowe uregulowanie emocji (Nock, Prinstein, 2004; Nock, Prinstein, 2005).

Badania Arria i wsp. (2009) udowodniły, że brak kontroli emocjonalnej był silnie związany z myślami samobójczymi, niezależnie od ujawnianych cech depresyjnych. Powielane badania nad związkiem pomiędzy myślami samobójczymi, a dysregulacją emocji były wielokrotnie pozytywnie weryfikowane przez kolejnych badaczy (Lynch, Cheavens, Morse, Rosenthal 2004; Orbach i in., 2007). Brak umiejętności kontrolowania, rozumienia i radzenia sobie z własnymi emocjami wykazuje pozytywny związek z myślami samobójczymi, a w konsekwencji pojawiającym się poczuciem beznadziejności (Miranda, Tsypes, Gallagher, Rajappa 2013). Przedstawione badania sugerują istotność modelu rozregulowania emocji, zarówno w ujęciu Linehana i wsp. (2006), jak i kolejnych badaczy zajmujących się zjawiskiem samobójstwa. Jednakże jego związek z zachowaniami samobójczymi opiera się o zależność dysregulacji afektywnej z myślami samobójczymi, a zgodnie z założeniami teoretycznymi należy rozróżnić myśli od zachowań samobójczych. Nie zawsze myśli samobójcze prowadzą do aktów samobójczych, należy je traktować jako odrębny proces (Nock i in., 2010). Klonsky i May (2014) zasugerowali, iż samobójstwo to proces od wyobrażeń (myśli samobójczych) do zachowań. Czynniki ryzyka oddziałują na elementy tego kontinuum i w zależności od tych czynników osoba w danym momencie może nabyć zdolność do podjęcia próby samobójczej. Stąd też rola rozregulowania emocji może mieć pośredni wpływ na proces samobójczy, bądź też powodować nie samobójcze zachowania

autodestrukcyjne, jako element próby regulacji negatywnych emocji (Selby, Anestis, Bender, Joiner, 2009). Takie ujęcie konstrukt dysregulacji emocji jest interesującym spojrzeniem na temat zachowań samobójczych, jednak konieczność stanowi rozróżnienie zachowań autodestrukcyjnych z ideą śmierci (zachowań samobójczych) od zachowań autodestrukcyjnych w celu regulacji nieakceptowalnych impulsów i emocji. Podsumowując, rozregulowane emocje mogą silnie wiązać się z podwyższonym pragnieniem samobójczym i jednocześnie stanowić przeszkodę w zdolności do podjęcia samobójstwa. Przy czym dysregulacja emocji może mieć swoje uzasadnienie w próbie wyjaśniania nie samobójczych zachowań autodestrukcyjnych oraz ilości podejmowanych prób samobójczych oraz aktów samookaleczeń, które mogą doprowadzić do śmierci (Brezo, Paris, Hébert, Vitaro, Tremblay, Turecki, 2008). Jednak w tym wypadku wątpliwość stanowiłaby intencja osoby podejmującej takie zachowanie. Stąd też teoria dysregulacji emocji w lepszy sposób wyjaśnia nie samobójcze zachowania autodestrukcyjne, niemniej jednak poprzez powtarzające się zachowania, a także zachowania impulsywne (jako reakcja na dysstres) osoba zwiększa swoją zdolność do samobójstwa w wyniku aktu autodestrukcyjnego (Anestis i in., 2012; Brezo i in., 2008; Miranda i in., 2013).

Zintegrowany motywacyjno-wolicjonalny model zachowań samobójczych (IMV; O'Connor, 2011) jest, obok Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych (ITS), jest perspektywą teoretyczną, która odróżnia idee (myśli, zamiary) od zachowania samobójczego. Jest to model trójdzielny opisujący kontekst biopsychospołeczny, faza przedmotywacyjna gdzie mogą czynniki ryzyka oraz czynniki ochronne, faza motywacyjna (pojawienie się myśli, pragnień, intencji suicydalnych) oraz faza wolicjonalna (czynniki, które powodują przejście od myśli do czynów samobójczych) czyli faza aktu samobójczego. Stworzenie tego modelu miało na celu zrozumienie (usystematyzowanie) informacji dotyczących procesu od myślenia o samobójstwie to działania zgodnie z tymi myślami. Skupiono się na czynnikach, które oddziałują na człowieka w trakcie przejścia z fazy motywacyjnej do wolicjonalnej. Model ten, podobnie jak ITS, podkreśla, że czynniki wpływające na myślenie o samobójstwie różnią się od czynników, które wywołują zachowania samobójcze (Van Orden i in., 2010). Tłem dla opisywanego modelu była teoria podatności na stres (Schotte, Clum, 1987). Do zmiennych, które mogą być podatne na czynniki stresowe można zaliczyć cechy osobowości, które w połączeniu z niekorzystnymi zdarzeniami życiowymi mogą powodować reakcje zagrażające

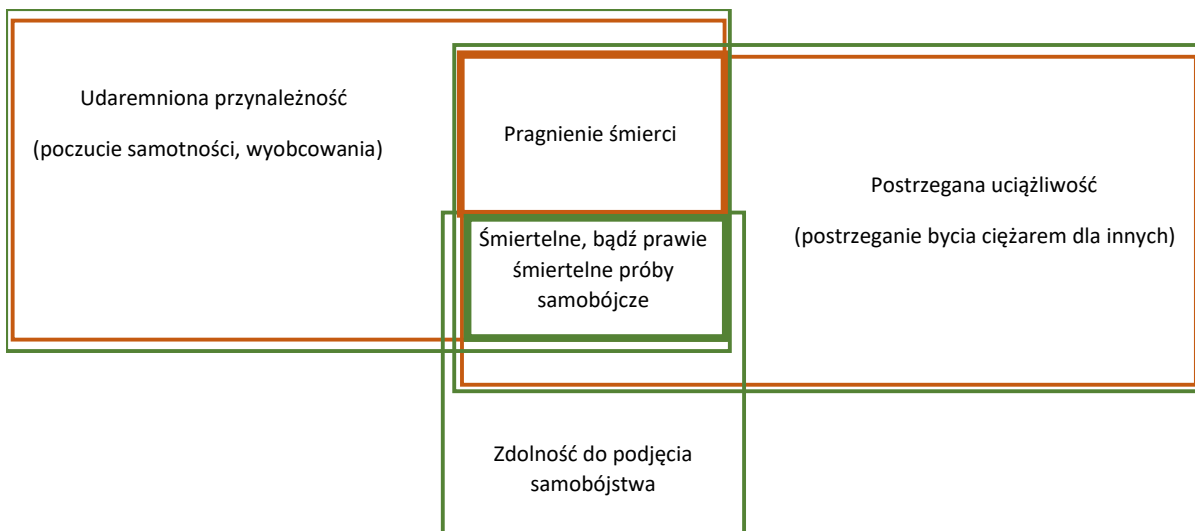


życiu. Jest to faza przedmotywacyjna, która obejmuje czynniki zagrażające. Drugą teorią, która przyczyniła się do stworzenia tego modelu była teoria planowanego zachowania (TPB; Ajzen, 1991), która zakłada, że aby doszło do zachowania samobójczego jednostka musi cechować się motywacją do określonej reakcji (wyszczególnia się tutaj intencję oraz zaangażowanie behawioralne). Kluczowym punktem w modelu jest związek pomiędzy porażką, a upokorzeniem i uwięzieniem, co prowadzi do występowania myśli samobójczych w fazie motywacyjnej (Williams, Williams, 2002). Elementy wykorzystane w teorii pochodzą z koncepcji „arrested flight”, która starała się wyjaśnić stany behawioralne w przypadku osób cierpiących z powodu depresji (Teasdale, Dent, 1987). Postrzeganie własnej sytuacji jako położenia bez wyjścia może zawężać percepcję teraźniejszości i przyszłości, co powoduje, że człowiek zaczyna postrzegać samobójstwo jako jedyną drogę wyjścia z sytuacji. Kolejną teorią, która została wykorzystana w IMV to model aktywacji różnicowej (Williams i in., 2005), który zakłada, że w przypadku wystąpienia uczucia cierpienia pojawia się niepokój, który łączy się – zgodnie z teorią zachowań samobójczych – z myślami samobójczymi. Każdorazowe doświadczanie cierpienia prowadzi do częściej i łatwiej aktywowanych myśli samobójczych. Ponadto pojawia się reaktywność poznawcza (Lau, Segal, Williams, 2004), która sprawia, że negatywny nastrój może wywoływać negatywne postrzeganie odbieranych informacji. Według tej teorii zachowania samobójcze pojawiają się jako reakcja na poczucie nieuniknionego upokorzenia i porażki w sytuacji „bez wyjścia”. Przejście od myśli do czynów samobójczych wymaga zadziałania odpowiednich czynników ryzyka, które będą potęgować poczucie zagrożenia, porażki, czy też upokorzenia. Zintegrowany motywacyjno-wolicjonalny model zachowań samobójczych (IMV) opisuje szerszą perspektywę zachowań samobójczych i zawiera w sobie założenia Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych (ITS) jako część przebiegu rozwijających się zachowań samobójczych.

### **1.3.2.1. Interpersonalna Teoria Zachowań Samobójczych**

Interpersonalna Teoria Zachowań Samobójczych (The Interpersonal Theory of Suicidal Behavior; ITS, Joiner, 2005; Van Orden i in., 2010) zakłada, że osoba może umrzeć w wyniku aktu samobójczego jeśli będzie odczuwała pragnienie śmierci (intencję) oraz zdolność do podjęcia śmiertelnej próby samobójczej (realizacja pragnienia). Teoria ta jest jedną z najważniejszych koncepcji samobójczych (Spencer-Thomas, Jahn, 2012) skupiająca się na podmiotowych czynnikach ryzyka zachowań samobójczych. Pomimo, iż w swoim konstrukcie

nie zakłada oddziaływania czynników zewnętrznych w aktualnym momencie, potwierdza ich kluczową rolę w kształtowaniu się stanu udaremnionej przynależności, postrzeganej uciążliwości i zdolności do podjęcia samobójstwa (Ribeiro, Joiner, 2009). Jak podają badacze, Interpersonalna Teoria Zachowań Samobójczych powinna być wykorzystywana w przypadku osób, które albo aktywnie doświadczają myśli samobójczych, albo podjęły realną próbę samobójczą (Conner, Britton, Sworts, Joiner, 2007; Van Orden i in., 2006; Van Orden i in., 2010), gdyż tylko w tym wypadku posiada wartość prospektywną. Ponadto rozróżnia osoby z chęcią podjęcia samobójstwa (z myślami samobójczymi) od osób, które w realny sposób podejmują akty destrukcyjne pod względem znacznych różnic w nasileniu cech podmiotowych. Joiner (2005) sugerował, że wyłączone pragnienie śmierci nie wystarczy do podjęcia próby samobójczej. Zgodnie z teorią jednostka musi przewyciężyć strach przed śmiercią, aby mogła dokonać aktu samobójczego. Teoria Joinera przyczyniła się do zmiany myślenia o zachowaniach samobójczych, gdyż postuluje odróżnienie myśli od czynów samobójczych, a także zwraca uwagę na proces przejścia od myśli do działania. Interpersonalna Teoria Zachowań Samobójczych (ITS) zakłada, że aby doszło do pragnienia śmierci jednostka musi doświadczyć udaremnionej przynależności i postrzeganej uciążliwości. Kluczowe jest tutaj oddzielenie chęci podjęcia samobójstwa od zdolności do aktu samobójczego (rys. 3). Centralnym elementem teorii jest termin „postrzegana”, co oznacza, że człowiek myśli, że jego śmierć jest więcej warta dla innych aniżeli jego życie (Van Orden i in., 2010).



**Rysunek 3. Graficzna prezentacja założeń Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych (ITS) – opracowanie własne na podstawie Van Ordena i wsp. (2010).**

Relacja pomiędzy trzema konstruktami teorii została przedstawiona przez autora w postaci czterech głównych hipotez, które wyjaśniają przyczynowość i kierunek elementów konstruktów (Joiner, 2005; Van Orden i in., 2010). Po pierwsze udaremniona przynależność i postrzegana uciążliwość wpływają na pojawienie się pasywnych (biernych) myśli samobójczych, po drugie gdy udaremniona przynależność i postrzegana uciążliwość cechują się stałością i stabilnością (w odniesieniu do poczucia beznadziejności) pojawiają się aktywne myśli samobójcze, po trzecie jednoczesne wystąpienie pragnienia śmierci oraz obniżonego strachu przed umieraniem spowoduje przekształcenie się pragnienia w zamiar samobójczy. Po czwarte zachowanie samobójcze wystąpi, w kontekście udaremnionej przynależności oraz postrzeganej uciążliwości (w odniesieniu do poczucia beznadziejności) oraz w konsekwencji zmniejszonego strachu przed aktem samobójczym oraz podwyższonej tolerancji na ból fizyczny. Udaremniona przynależność rozumiana jest jako uczucie wyobcowania od przyjaciół, rodziny lub innych bliskich lub dalszych osób. Jest klasyfikowana jako dynamiczny stan poznawczo-afektywny. Czynniki wpływającymi na poczucie braku przynależności są składniki interpersonalne oraz wewnątrzosobowe, do których można zaliczyć doświadczanie i przeżywanie konfliktu rodzinnego, życie w osamotnieniu, niewielki bądź całkowity brak wsparcia społecznego. Ponadto można mówić o interpretowaniu zachowań innych jako próby odrzucenia (Van Orden i in., 2010). Z kolei postrzegana uciążliwość oznacza, że ktoś

interpretuje swoje istnienie jako ciężarem dla innych, zarówno przyjaciół, członków rodziny, bądź całego społeczeństwa. Komponenty z jakich składa się ta cecha to nienawiść w stosunku do siebie oraz poczucie odpowiedzialności za autodestrukcję, która wydaje się najlepszym rozwiązaniem. Zarówno udaremniona przynależność, jak i postrzegana uciążliwość jest teoretyzowana jako dynamiczny stan poznawczy. Czynniki zewnętrzne, w tym społeczne, takie jak bezdomność, choroby fizyczne, bezrobocie oraz wewnętrzne, do których zaliczamy niską samoocenę, poczucie bycia odrzuconym, samotnym przyczyniają się do rozwoju dwóch komponentów ITS (Van Orden i in., 2010).

Nabyta zdolność do podjęcia samobójstwa zakłada, że człowiek może osiągnąć zdolności do przezwyciężenia biologicznych (wrodzonych) instynktów samozachowawczych, które chronią człowieka przed podejmowaniem zachowań zagrażających (Joiner, 2005). Podejmowanie zachowań autodestrukcyjnych jest możliwe ze względu na obniżony strach przed śmiercią. Może wynikać on z powtarzających zachowań autodestrukcyjnych, które pozwalają przyzwyczać się do bólu fizycznego oraz strachu z tym związanego. Takie zachowania powodują wzrost tolerancji na ból fizyczny. W odróżnieniu od dwóch poprzednich komponentów, zdolność do podjęcia samobójstwa jest postrzegana jako trwały i stabilny konstrukt, który tworzy się w czasie (komponent ciągły) w związku z doświadczanymi czynnikami ryzyka, do których można zaliczyć negatywne wydarzenia w dzieciństwie, przemoc, historię samobójstwa w rodzinie, czy też poprzednie próby samobójcze (Ribeiro, Joiner, 2009).

Interpersonalna Teoria Zachowań Samobójczych (ITS) jest jedną z najnowszych teorii starających się wyjaśnić zjawisko zachowań samobójczych. Joiner (2005) starał się, aby zachowania i myśli samobójcze były traktowane jako dwa krańce tego samego kontinuum. Podkreślał znaczenie aktywnych i pasywnych myśli samobójczych oraz znaczenie różnicy pomiędzy podjętymi śmiertelnymi próbami samobójczymi, a wyłącznie tendencjami do zachowań samobójczych (Van Orden i in., 2008). Podkreślał fakt, iż zastosowanie ITS jest uzasadnione wyłącznie w przypadku osób, które w realny sposób doświadczają chęci odebrania sobie życia oraz/lub podejmują realne próby samobójcze. Badania potwierdziły, że teoria ma znaczenie prospektywne w zakresie zachowań samobójczych (Witte i in., 2006), jednak wyłącznie u osób, których intencją jest śmierć.

ITS jest teorią, która może tłumaczyć częstotliwość zachowań samobójczych. W związku, iż obejmuje trzy warunki, których wystąpienie jest konieczne do podjęcia śmiertelnej, bądź prawie śmiertelnej próby samobójczej tłumaczy stosunkowo mniejszą częstotliwość śmiertelnych, bądź prawie śmiertelnych (wymagających hospitalizacji) prób samobójczych. Ponadto, zgodnie z sugestią Prinsteina (2008), dostępne teorie w znacznej większości nie skupiają się zarówno na czynnikach intrapsychoicznych, jak i interpersonalnych. Interpersonalna Teoria Zachowań Samobójczych podkreśla znaczenie nabytych zdolności (jako czynnik intrapsychoiczny) oraz rolę udaremnionej przynależności i postrzeganej uciążliwości (jako czynników intrapersonalnych w odniesieniu do relacji interpersonalnych). Van Orden i wsp. (2010) podkreślają, iż czynnikiem ochronnym przed zachowaniami samobójczymi w zakresie ITS jest podjęcie terapii psychologicznej oraz farmakoterapii (w zależności od ujawnianych objawów). Udaremniona przynależność i postrzegana uciążliwość są cechami, które podlegają oddziaływaniom terapeutycznym. W przypadku nabytej zdolności nie ma możliwości modyfikacji terapeutycznych, jednak istnieje możliwość psychoedukacji w tym aspekcie. Poddanie się oddziaływaniom psychoterapeutycznym może zmniejszyć natężenie pragnienia śmierci, a tym samym wykluczyć działanie dwóch predyktorów niezbędnych do wystąpienia zachowań samobójczych.

### **1.3.3. Podejście społeczne i biopsychospołeczne w wyjaśnianiu zachowań samobójczych.**

Badania społeczne w zakresie zachowań samobójczych polegają na analizie zarówno długoterminowych, jak i na krótkoterminowych czynników ryzyka. Podobnie jak w przypadku innych teorii ważne jest posługiwanie się odpowiednią terminologią przy badaniu i opisie zjawiska zachowań samobójczych. Do, przedstawionych powyżej, czynników długoterminowych można zaliczyć m.in. negatywne doświadczenia z wczesnego dzieciństwa, takich jak przemoc, wykorzystywanie, czy zaniedbanie (O'Connor, Nock, 2014). Takie zdarzenia mogą wpłynąć na podejmowanie zachowań samobójczych w życiu dorosłym. Badania Dube i wsp. (2001) dowodzą, że im więcej stresujących zdarzeń w przeszłości (również w okresie dzieciństwa) tym większe prawdopodobieństwo zachowań samobójczych. Człowiek, jako istota społeczna narażony jest na działanie różnych czynników wywodzących się ze społeczeństwa. Stąd też społecznymi czynnikami ryzyka mogą być trudności związane z utratą pracy, zakończeniem intymnych związków, bądź też utrata bliskiej osoby z powodu podjętego przez nią aktu samobójczego (Langhinrichsen-Rohling, Friend, Powell, 2009).

Teorie skupiające się na poszukiwaniu społecznych i biopsychospołecznych czynników ryzyka i czynników ochronnych podkreślają znacznie oddziaływań psychoterapeutycznych oraz działań psychoedukacyjnych. W odróżnieniu od czynników biologicznych, czy też psychologicznych, czynniki społeczne są najmniej trwałe czasowo i mogą zmieniać się w ciągu życia (Klomek i in., 2009). Ponadto czynniki te mogą różnić się pomiędzy grupami ludzi, np. kobietami i mężczyznami i jest to uwarunkowane społecznie, a nie osobniczo (Busby i in., 2020). Na podstawie licznych badań (Kim, 2002; Nelson i in., 2002; Standley, 2022; Wiley, 2020) do czynników zwiększonego ryzyka można zaliczyć bycie singlem, wysoki poziom introwersji (wycofanie społeczne), skrajne poczucie bezwartościowości, porażki związanej np. z pracą, negatywne wydarzenia doświadczane w dorosłym życiu, doświadczenia związane ze stratą (w tym stratą w wyniku samobójstwa), problemy finansowe. Z kolei do czynników zmniejszających ryzyko zachowań samobójczych można zaliczyć sieć wsparcia społecznego, bliskie związki i relacje interpersonalne, posiadanie potomstwa, religijność, optymizm i umiejętność radzenia sobie z przeciwnościami losu (Caribé i in., 2012; Gilat, Tobin, Shahar, 2011; Poorolajal, Goudarzi, Gohari-Ensaf, Darvishi, 2022).

#### **1.4. Różnice płciowe w zakresie zachowań samobójczych**

Jak podają liczne badania mężczyźni umierają przez samobójstwo znacznie częściej aniżeli kobiety (Wasserman i in., 2012; Langhinrichsen-Rohling, Friend, Powell, 2009; Drapeau, McIntosh, 2018). Jednak akty samobójcze (nieśmiertelne) częściej podejmują kobiety (Wichstrøm, Rossow, 2002). Zjawisko to nazwane jest *paradoksem płci* (Schrijvers, Bollen, Sabbe, 2012). Jak pokazują statystyki, w Polsce to mężczyźni podejmują więcej prób samobójczych, co jest dość ciekawym zjawiskiem pod względem mechanizmów psychologicznych i społecznych. Mężczyźni i kobiety różnią się między sobą rolami jakie pełnią zarówno w rodzinie, jak i w społeczeństwie, obowiązkami, posiadaną władzą i przywilejami. Jak pokazują badania kobiety różnią się od mężczyzn podejmujących zachowania samobójcze pod względem aspektów społeczno-demograficznych (Baére, Zanello, 2018). Odrębności te wynikają z różnic biologicznych, psychologicznych i kulturowych i mogą ujawniać się w formie spectrum zachowań i emocji. Obszar różnic międzypłciowych w podejmowaniu zachowań samobójczych nie jest tak rozpowszechniony jak np. różnice w stanach depresyjnych, czy też schizofrenii (Vijayakumar, 2015). Podaje się, że mężczyźni rzadziej sięgają po pomoc psychologiczną, zwłaszcza ze względu na wzorzec

kulturowy, pewien rodzaj braku akceptacji i stereotypowy brak przyzwolenia na okazywanie słabości przez płęć męską. Jak podają badania Schrijversa i wsp. (2012) w zakresie różnic międzypłciowych, negatywne wydarzenia życiowe mają istotny wpływ na początku procesu samobójczego (w momencie pojawienia się myśli), natomiast inne czynniki ryzyka występują podobnie w grupach kobiet i mężczyzn w różnej chronologii. Różnice jakie występują to czas trwania procesu samobójczego, który jest znacznie krótszy u mężczyzn. Ponadto, jak podaje autor, profilaktyka zachowań samobójczych w przypadku kobiet i mężczyzn powinna być dopasowana do indywidualnych potrzeb jednostki, również pod względem różnic płciowych. Dotychczasowe badania w zakresie różnic między kobietami i mężczyznami wykazały rozbieżność w poziomie intencji, wieku, samoocenie oraz ujawnianych zaburzeniach psychicznych (Nordentoft, Branner, 2008). Badania potwierdzają, że kobiety i mężczyźni nie różnią się między sobą pod względem ujawnianych zaburzeń psychicznych w kontekście zachowań samobójczych (Miranda-Mendizabal i in., 2019).

#### **1.4.1. Zachowania samobójcze w grupie kobiet.**

Kobiety różnią się od mężczyzn pod względem cech osobowości, funkcjonowania, radzenia sobie w sytuacjach stresowych. W odniesieniu do tych obszarów można przypuszczać, iż będą one różniły się od mężczyzn również w związku z podejmowanymi zachowaniami samobójczymi. Aby doszło do aktu samobójczego – zgodnie z zaprezentowanymi stanowiskami badaczy – muszą wystąpić określone czynniki ryzyka. Sposób w jaki kobiety podejmują próby samobójcze oraz pod wpływem jakich czynników znacząco różni się od mężczyzn. Jest to podyktowane wzorcami kulturowymi, czynnikami intrapsychicznymi oraz biologicznymi. Biorąc pod uwagę stan dotychczasowej wiedzy istnieje niewiele badań, które koncentrowałyby się na zachowaniach samobójczych w grupie kobiet oraz związkach relacyjnych pomiędzy płcią żeńską, a tendencją do zachowań samobójczych. Jednym z powodów, dla których brakuje owych badań mogą być tendencje do postrzegania zachowań autodestrukcyjnych kobiet jako formy manifestacji, bądź też rozładowywania emocji, czy też poszukiwania uwagi. Takie ujęcie zachowań samobójczych kobiet sprowadza niejako błędne założenie, iż w większości przypadków próby samobójcze tej płci są nacechowane brakiem intencjonalności śmierci. Takie myślenie jest błędne i prowadzi do niedoszacowania skali problemu.

Pomimo niewielu badań w obszarze „żeńskich zachowań samobójczych” można stwierdzić, iż styl skoncentrowany na emocjach w sytuacjach stresowych jest sposobem bardziej charakterystycznym właśnie dla tej płci (Brougham, Zail, Mendoza, Miller, 2009). Badania potwierdzają, że kobiety częściej aniżeli mężczyźni koncentrują się na własnych emocjach w momencie wystąpienia niekorzystnej sytuacji życiowej. Ponadto może być to związane z występowaniem zaburzeń osobowości Borderline, które znacznie częściej odnotowuje się u kobiet, stąd też możliwość wystąpienia zachowań impulsywnych i dysregulacji emocjonalnej (Greenfield i in., 2008). Takie podejście mogłoby sugerować, że kobiety częściej podejmują zachowania samobójcze, które są próbą regulacji nieakceptowalnych myśli i stanów afektywnych. Jednak w przypadku intencjonalności próby samobójczej zachowania podyktowane emocjami mogą prowadzić do skuteczniejszych i bardziej nieprzewidywalnych aktów samobójczych. Kobiety częściej niż mężczyźni są podatne na wystąpienie negatywnych wydarzeń życiowych (Lu i in., 2020) oraz używanie alkoholu w kontekście zachowań samobójczych (Edwards, Ohlsson, Sundquist, Sundquist, Kendler, 2020; Miranda-Mendizabal i in., 2019). W związku z badaniami Bommersbacha, Rosenhecka, Petrakisa, Rhee (2022) można przyjąć, iż płęć żeńska ma tendencję do częstszych prób samobójczych w ciągu życia, a badania Boeningera, Masyna, Feldmana, Congera (2010) sugerują, iż kobiety znacznie częściej doświadczają myśli samobójczych aniżeli mężczyźni. Doświadczenie przemocy ze strony partnera oraz ze strony społeczeństwa pozytywnie wpływa na występowanie zachowań samobójczych u kobiet (Castellví i in., 2017).

Dostępne badania sugerują, że w przypadku kobiet występuje dużo różnych czynników ryzyka zachowań samobójczych. W nawiązaniu do Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych (ITS; Joiner, 2005) można przyjąć, iż kobiety są bardziej narażone na ujawnienie się cech udaremnionej przynależności i postrzeganej uciążliwości, a także poważnych objawów depresyjnych. Badania wskazują, iż występowanie ciężkiej depresji u kobiet jest dużo częstsze aniżeli u mężczyzn (Nolen-Hoeksema, Larson, Grayson, 1999). Na podstawie badań (Crossley, Langdridge, 2005) zauważono, że kobiety oceniają pomaganie innym, posiadanie wsparcia w bliskiej rodzinie, poczucie bycia kochanym jako źródło szczęścia dużo częściej aniżeli mężczyźni. W związku z powyższym, gdy te potrzeby nie są zrealizowane są narażone na poczucie braku przynależności oraz poczucie, że są ciężarem dla



innych. Można również wysunąć wniosek, iż odczuwają większy ból emocjonalny (poczucie osamotnienia) aniżeli mężczyźni w powyższych sytuacjach. Jak podają badania (Berkley, 1997) kobiety są mniej odporne w zakresie przewyciężenia bólu fizycznego oraz odczuwają większy strach przed śmiercią aniżeli mężczyźni. W związku z powyższym w odniesieniu do ITS kobiety mogą bardziej pragnąć śmierci, jednak są mniej zdolne do podjęcia działań mających na celu odebranie sobie życia (zachowań śmiertelnych) (Van Orden i in., 2010). Szacuje się, że czynnikami ochronnymi w grupie kobiet może być macierzyństwo, umiejętność sięgania po pomoc specjalistyczną oraz zdolność do budowania sieci wsparcia społecznego (Qin, Agerbo, Westergard-Nielsen, Eriksson, Mortensen, 2000), Dużo częściej podaje się, że to kobiety podejmują zachowania autodestrukcyjne, jednak badań – zwłaszcza z perspektywy uwarunkowań intrapersonalnych i interpersonalnych – dotyczących czynników ryzyka w tej grupie, również w odniesieniu do płci przeciwnej, jest stosunkowo mało. Jest to obszar ciekawy zwłaszcza, że pomoc kobietom z myślami i tendencjami samobójczymi powinna opierać się na indywidualnym podejściu i skupieniu na problemach i deficytach powodujących powstawanie aspektów autodestrukcji. Dostępne badania skupiają się np. na cyklu menstruacyjnym, zmiennych demograficznych jako czynnikach ryzyka (Ivey-Stephenson i in., 2022; Meurk i in., 2021; Osborn, Brooks, O'Brien, Wittkowski, 2021). Odnotowuje się brak wystarczającej liczby badań, które skupiałyby się na rozróżnieniu myśli od czynów samobójczych w grupie kobiet, porównując te dwa czynniki w odniesieniu do funkcjonowania psychicznego.

#### **1.4.2. Zachowania samobójcze w grupie mężczyzn.**

Proces działania „samobójczych mężczyzn” nie jest dokładnie opisany. Według dostępnych danych statystycznych mężczyźni podejmują mniej prób samobójczych niż kobiety, ale próby te są bardziej śmiertelne (Cleary, 2012). Podobnie jak w przypadku kobiet, prowadzone badania nie skupiają się na poszukiwaniu różnic międzypłciowych, a bardziej na opisie czynników zewnętrznych, społecznych, biologicznych. Jak podają badania, mężczyźni rzadziej proszą o pomoc i udają się do specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego w momencie pojawienia się kryzysu psychicznego. Takie postępowanie jest uwarunkowane kulturowo. Badania Cleary'ego (2012) wskazują, iż wysoki poziom stresu emocjonalnego oraz występujące w długim okresie czasu problemy negatywnie wpływają na ich funkcjonowanie, powodując tym samym podejmowanie zachowań samobójczych. Mężczyźni, którzy podjęli

próbę samobójczą mieli problem z identyfikacją czynników ryzyka, cierpieniem jakiego doświadczali oraz wewnętrzną motywacją do poszukiwania pomocy. Badania Saini, Chopra, Hanlon, Boland (2021) spekulują, że możliwymi czynnikami ryzyka dla zachowań samobójczych w grupie mężczyzn są głównie czynniki społeczne, ale również psychologiczne, a czynnikiem ochronnym jest podjęcie terapii wykraczającej poza wymiar medyczny. Prowadzone dotychczas badania sugerują, że mężczyźni posiadają wyższą zdolność do podjęcia samobójstwa (Witte, Gordon, Smith, Van Orden, 2012), stąd też mogłoby się wydawać, że ich próby samobójcze częściej kończą się śmiercią. Ponadto mężczyźni kierują się ucieczkowym stylem radzenia sobie z problemami (Gould i in., 2004) i zgodnie z prowadzonymi dotychczas badaniami (Houle, Mishara, Chagnon, 2008) mężczyźni częściej nadużywają innych substancji psychoaktywnych niż alkohol w porównaniu do kobiet w kontekście aktów samobójczych. Mężczyźni są bardziej narażeni na myśli samobójcze, gdy wzrasta ich poziom samowystarczalności, co oznaczałoby, że samodzielność, jako element dominującej męskości, jest czynnikiem ryzyka wystąpienia myśli samobójczych (Pirkis, Spittal, Keogh, Mousaferiadis, Currier, 2017). Badania te jednak nie porównują predyktorów w zakresie myśli i prób samobójczych. Podobnie jak w przypadku kobiet wiele badań skupia się wyłącznie na myślach samobójczych, bądź na zmiennych demograficznych, a nie na samym akcie samobójczym i predyktorach intencjonalnej próby samobójczej (Rice, Kealy, Olliffe, Ogrodniczuk, 2019). Badania pokazują, że mężczyźni częściej uważają, że w przypadku wystąpienia poważnej choroby samobójstwo jest usprawiedliwione (Dahlen, Canetto, 2002), jednak różnice te są podważane poprzez inne badania (Bhuiyan, 2006), w których zarówno mężczyźni, jak i kobiety podają, że w przypadku wystąpienia ciężkiej choroby zachowanie samobójcze mogłoby być jednym z możliwych wyjść z sytuacji.

Jak można zauważyć brakuje badań dotyczących indywidualnych czynników ryzyka zachowań samobójczych w grupie mężczyzn. Dotychczasowe badania, w większości nie mają charakteru badań prospektywnych, a jedynie retrospektywnych. Dotyczą myśli samobójczych, zachowań wywołanych czynnikami społecznymi, bądź porównywania kobiet i mężczyzn w zakresie nie samobójczych zachowań autodestrukcyjnych, w których widoczne są różnice międzypłciowe (Andover, Primack, Gibb, Pepper, 2010).

Czynnikami chroniącymi w grupie mężczyzn, podobnie jak w grupie kobiet, może być podjęcie terapii psychologicznej, która będzie wychodzić poza oddziaływania medyczne.

Dotychczasowe badania nie wyłoniły jednoznacznych czynników ochronnych przed zachowaniami samobójczymi w grupie mężczyzn. Można mówić jedynie o czynnikach częściowo zmniejszających zachowania autodestrukcyjne, ale bez możliwości ich wyeliminowania.

## **2. Czynniki podmiotowe jako predyktor zachowań samobójczych**

Można założyć na podstawie dostępnych badań, że osoby próbujące popełnić samobójstwo cechują się określonym spectrum funkcjonowania osobowościowego, które należy traktować jak indywidualny profil cech z pewnymi właściwościami wspólnymi dla wszystkich osób z tendencjami do czynów autodestrukcyjnych z intencją śmierci. Moment w jakim dojdzie do ujawnienia się zachowań samobójczych jest charakterystyczny dla jednostki, jednak predyktor, który wpłynie na podjęcie tej czynności powinien być wspólny dla osób, które przejawiają samobójcze zaburzenia zachowania. W związku z tym – na podstawie literatury – określono zmienne, które mogą powodować i powstrzymywać człowieka przed aktem samobójczym.

### **2.1. Neurotyczność**

Neurotyczność jest istotnie związana z ryzykiem samobójstwa (Blüml i in., 2013). Według Costy i McCrae, neurotyczność to skłonność, która determinuje nieprzystosowanie emocjonalne, wrażliwość na stres oraz skłonność do przeżywania negatywnych emocji (Zawadzki, Strelau, Szczepaniak, Śliwińska, 1998). Osoby, które cechują się wysokim natężeniem neurotyczności mają tendencję do zamartwiania się. W mało efektywny sposób są w stanie regulować własne emocje oraz mają niskie poczucie bezpieczeństwa (Siuta, 2009).

Długotrwałe wzorce zachowania, myślenia i uczuć przyczyniają się do zachowań samobójczych. Jak dowodzą badania Dubersteina i wsp. (2010) związek pomiędzy neurotycznością, a zachowaniami samobójczymi u osób z depresją wzrasta wraz z wiekiem (u osób 50 lat i więcej). Ponadto stwierdzono zależność pomiędzy neurotycznością u kobiet a zachowaniami samobójczymi (Blüml i in., 2013). Peters, John, Bowen, Baetz, Balbuena (2018) udowodnili, iż neurotyczność zwiększa podjęcie próby samobójczej zarówno w grupie mężczyzn, jak i kobiet. Bi i wsp. (2017) na podstawie badań na grupie osób 196 po próbie samobójczej, wykazali, iż ponad 70% z nich przejawiało zaburzenia z Osi I (według DSM-IV), a około 6,6% zaburzenia z Osi II (zaburzenia osobowości). Osoby podejmujące próbę samobójczą, które nie przejawiały zaburzeń psychicznych cechowała również mniejsza

neurotyczność. Z kolei badania Mohameda i wsp. (2014) wykazały związek zachowaniami samobójczymi, psychotyzmem i osobowością neurotyczną. Walker, Chang, Hirsch (2017) zajęli się zbadaniem związku pomiędzy neurotycznością, a skłonnością do zachowań samobójczych. Wyniki pokazywały, że neurotyzm w pośredni sposób wpływa na zachowania samobójcze poprzez beznadziejność, z kolei siła tego efektu jest zmniejszana poprzez umiejętność rozwiązywania problemów społecznych, który jest moderatorem w tej zależności. Tak więc, osoby z wyższą neurotycznością i wyższym poziomem beznadziejności częściej podejmują próby samobójcze, a zależność ta jest wzmocniana poprzez brak umiejętności rozwiązywania problemów społecznych. Neurotyczność jest stosunkowo wyższa, szczególnie u dorosłych z zaburzeniami afektywnymi, którzy próbowali popełnić samobójstwo (Maser i in., 2002).

## **2.2. Poczucie beznadziejności**

Poczucie beznadziejności jest jednym z głównych czynników poznawczych związanych z depresją i zachowaniami samobójczymi. Chociaż beznadziejność jest zwykle operacjonalizowana jako czynnik stanu (tj. czynnik zmieniający się w czasie), to jednak zawiera w sobie komponenty stabilne czasowo. Według teorii Becka beznadziejność stanowi jeden z ważniejszych elementów triady modelu depresji (Beck, 1967). Badania pokazują, że związek pomiędzy depresją i samobójstwem, a poczuciem beznadziejności jest bardzo silny (Smith, Alloy, Abramson, 2006). Beznadziejność definiowana jest jako przejaw „stylu myślenia” charakteryzującego się negatywnymi atrybutami przyszłości, negatywnymi przewidywaniami i oczekiwaniami (Aloba, Olabisi, Ajao, Aloba, 2016). Poczucie beznadziejności w połączeniu z poczuciem bycia uciążliwym i udaremnioną przynależnością może doprowadzić do podjęcia próby samobójczej (Van Orden i in., 2010). Poczucie beznadziejności, tak jak i udaremniona przynależność może być wystarczającą przyczyną zachowań samobójczych. Udaremniona przynależność, poczucie bycia ciężarem i beznadziejność są związane ze stanami powodującymi pragnienie samobójstwa (Van Orden i in., 2010). Warto zaznaczyć, że wyłączone poczucie beznadziejności nie jest wyznacznikiem zachowań samobójczych, ale wraz z poczuciem braku przynależności, odrzucenia oraz poczuciem bycia uciążliwym mogą skutkować zachowaniem suicydalnym. Ponadto znana jest hipoteza, że samo poczucie beznadziejności raczej powoduje zamykanie się jednostki we własnych odczuciach, stąd też aktywne zachowanie i wyobrażenia, w tym związane

z samobójstwem, są tłumione (Van Orden i in., 2010). Warto zauważyć, iż przeprowadzone badania wskazują na mediacyjną rolę beznadziejności pomiędzy neurotyzmem, a zachowaniami samobójczymi (Walker i in., 2017). Ponadto jest moderatorem pomiędzy udaremnioną przynależnością, postrzeganiem bycia ciężarem, a zachowaniami samobójczymi (Hagan, Podlogar, Chu, Joiner, 2015). Roli poczucia beznadziejności w wyjaśnianiu zarówno stanów depresyjnych, jak i zachowań samobójczych poświęcono dużo uwagi. Również w Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych beznadziejność zajmuje kluczowe miejsce i powoduje przejście z pasywnych do aktywnych myśli samobójczych (Van Orden i in., 2010). Poczucie beznadziejności, jak i pozostałe potencjalne czynniki ryzyka nie występują jako jedyny czynnik zachowań samobójczych, jednak niewątpliwie jest jednym z ważniejszych jako efekt interakcji.

### **2.3. Umiejętność radzenia sobie**

Umiejętność radzenia sobie ze stresem jest ważnym czynnikiem chroniącym przed podejmowaniem zachowań samobójczych. Endler i Parker (1990) opisują trzy style radzenia sobie ze stresem, a mianowicie „styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach, styl skoncentrowany na unikaniu”. Badania opisują zachowania samobójcze jako niezdolność do sprostania wymaganiom życiowym (Dixon, Heppner, Anderson, 1991), w związku z tym zdarzenie stresujące może być czynnikiem ryzyka zachowań samobójczych, natomiast umiejętność radzenia sobie z daną sytuacją, czynnikiem chroniącym. Badania pokazują, że osoby, które mają mniej rozwinięte strategie radzenia sobie ze stresem podejmowały więcej prób samobójczych niż osoby, które dobrze rozwinęły u siebie te umiejętności (Kaslow i in., 2002). Ponadto niektóre osoby stosują próby samobójcze jako strategię radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych. Badania Elliotta i Frude (2000) wykazały związek pomiędzy wyższym poczuciem beznadziejności, a wyższym poczuciem stresu, a także zależność pomiędzy niższym poziomem poczucia beznadziejności, a stylem radzenia sobie skoncentrowanym na problemie. Styl skoncentrowany na emocjach nie wiązał się z poczuciem beznadziejności. Kolejne badania wykazały, że konkretna wiara we własne zdolność rozwiązywania problemów osobistych jest czynnikiem eliminującym myśli samobójcze (Cole, 1989). Najmniejszy związek z podejmowaniem prób samobójczych na styl skoncentrowany na zadaniu i problemie, a największy, skoncentrowany na emocjach. Ponadto wykazano, że osoby, które miały niewielką umiejętność rozwiązywania problemów i wysoki

poziom stresu cechowały się wyższym poziomem beznadziejności i częściej występującymi zamiarami samobójczymi (Schotte, Clum, 1987). Badania Wang, Lightsey, Pietruszka, Uruk, Wells (2007) wykazały, że, z wyjątkiem stylu skoncentrowanego na zadaniach, dwa pozostałe mają wpływ na zachowania samobójcze. W badaniach tych udowodniono, że cel życiowy jest czynnikiem chroniącym, który w pośredni sposób wpływa na niwelowanie myśli i zamiarów suicydalnych. Styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach pełni rolę mediatora, zwiększając skłonności samobójcze, poprzez negatywny wpływ na życiowe cele oraz pozytywny związek z depresją. Natomiast styl skoncentrowany na unikaniu wpływa pozytywnie na powstrzymanie się od zachowań samobójczych, poprzez odwrócenie uwagi od problemów. Stresujące wydarzenia mogą pośrednio wpływać na zachowania samobójcze poprzez wpływ na styl skoncentrowany na emocjach. W związku z prezentowanymi badaniami, autorzy są zgodni, że łatwiej określić styl radzenia sobie jako czynnik ryzyka, niż jako czynnik chroniący.

#### **2.4. Potrzeby interpersonalne**

*Udaremniona przynależność*, według Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych, jest jedną z trzech kluczowych zmiennych, która w znaczący sposób wpływa na podejmowanie prób samobójczych. Definiowana jest jako poczucie samotności i brak relacji opartych na wzajemnej opiece (Baumeister, Leary, 2017). Jest to konstrukt wielowymiarowy, który zakłada również, że aby związki spełniały potrzebę przynależności, muszą charakteryzować się pozytywnymi uczuciami i występować we wspierającym kontekście. Udaremniona przynależność jest dynamicznym stanem poznawczo – afektywnym, a nie stabilną cechą. Stąd też poczucie przynależności może zmieniać się w czasie, jednak w powiązaniu z postrzeganą uciążliwością i poczuciem beznadziejności tworzą konstrukt względnie stabilny i niezmienny. Udaremniona przynależność odnosi się do realnego środowiska interpersonalnego danej osoby, aktywnych schematów interpersonalnych oraz obecnych stanów afektywnych (Cacioppo i in., 2006; Hawkey i in., 2008). Ponadto udaremniona przynależność postrzegana jest jako wielowymiarowy konstrukt, stąd też osoba może doświadczać tylko częściowej deprivacji tej potrzeby. Badania udowodniły, że im wyższe poczucie udaremnionej przynależności, tym wyższe natężenie myśli samobójczych. Jednak nawet wysoki poziom postrzeganego braku przynależności nie spowoduje pojawienia się zachowań samobójczych, gdyż dopiero w powiązaniu z postrzeganą uciążliwością może powodować pojawienie się

pragnienia śmierci. Udaremniona przynależność może powodować zaburzenia funkcji wykonawczych (Campbell i in., 2006), zachowania agresywne (Twenge, Baumeister, Tice, Stucke, 2001), czy też wewnętrzne odrętwienie (Twenge, Catanese, Baumeister, 2003), ale również powodować chęć nawiązywania interakcji (Maner, DeWall, Baumeister, Schaller, 2007). Ludzie jednak nie angażują się wtedy w zachowania interakcyjne, gdyż po pierwsze są to osoby z najbliższego otoczenia, których obecność spowodowała pojawienie się udaremnionej przynależności, po drugie nie ma w otoczeniu osób z którymi dana osoba mogłaby wejść w satysfakcjonującą interakcję. Tak więc osoba z poczuciem udaremnionej przynależności postrzega stworzenie jakiegokolwiek interakcji jako niemożliwe, a długość trwania tego stanu zwiększa natężenie odczuwanych emocji związanych ze społeczną alienacją.

Jak wskazują badania potrzeba przynależności jest podstawową potrzebą każdego człowieka (Baumeister, Leary, 2017). Zgodnie z tą teorią, kiedy ta potrzeba jest niezaspokojona – stan, który określamy jako udaremniona przynależność – rozwija się pragnienie śmierci (określane również w suicydologii jako pasywna myśl samobójcza). Jak podają autorzy tej teorii potrzeba przynależności jest specyficzną potrzebą interpersonalną, a niezaspokojenie jej wiąże się z ryzykiem samobójczym. Badania Van Ordena i wsp. (2008) udowodniły, że wyłączenie poczucie udaremnionej przynależności nie spowoduje pojawienie się myśli samobójczych, jednak pojawią się one tylko wtedy gdy jednostka zacznie doświadczać również poczucia bycia uciążliwym dla innych. Brak poczucie przynależności wiąże się również z niższym poczuciem własnej wartości, uczuciem samotności, zaburzeniami poznawczymi, upośledzeniem funkcji wykonawczych, redukcji zachowań prospołecznych, zachowaniami agresywnymi oraz niezamierzonymi zachowaniami samobójczymi, a także zachowaniami ryzykownymi (Baumeister, Twenge, Nuss, 2002; Twenge, Baumeister, DeWall, Ciarocco, Bartels, 2007; Twenge, Baumeister, Tice, Stucke, 2001; Twenge, Catanese i Baumeister, 2002). Warto również zaznaczyć, że osoba która doświadcza deficytu poczucia przynależności poszukuje jej, tym samym starając się nawiązywać relacje społeczne (Maner i in., 2007). Jak pokazują badania chroniczne postrzeganie, że znaczące i wzajemnie wspierające się powiązania są całkowicie nieobecne, wpływają na wzrost poczucia braku przynależności, a to z kolei wpływa na podejmowanie prób samobójczych. Natomiast badania

Connera i wsp. (2007) wykazały, że wzrost poczucia przynależności spowodował zmniejszenie prawdopodobieństwa podjęcia próby samobójczej.

*Postrzeganie bycia ciężarem* – postrzegana uciążliwość jest kluczową zmienną w ITS, która zakłada, że postrzeganie bycia uciążliwym dla innych jest związane z pragnieniem śmierci. Jest dynamicznym stanem afektywnym. W porównaniu do wcześniejszych prób wyjaśnienia pojęcia postrzeganej uciążliwości (Sabbath, 1969) ujęcie ITS podkreśla, że uczucie to odnosi się nie tylko do najbliższych członków rodziny, ale innych osób w otoczeniu. W skład postrzegania bycia ciężarem wchodzi: przekonanie o ułomności Ja, które jest ciężarem dla innych, a także emocjonalne przekonanie o nienawiści w stosunku do samego siebie. Chęć popełnienia samobójstwa jest spowodowana chęcią polepszenia sytuacji innych. Postrzeganie bycia ciężarem jest szczególnie połączone z pojawiającymi się myślami samobójczymi. Według teorii, w momencie, gdy podmiot zacznie postrzegać własną osobę jako uciążliwą dla wszystkich znaczących ludzi w swoim życiu to popiera pewien stopień nienawiści do samego siebie, który jest spowodowany tymi wyobrażeniami. Osoby z wysokim poziomem postrzeganej uciążliwości mają poczucie, że niechciane, zbędne i powodują cierpienie u innych ludzi swoją obecnością. Takie postrzeganie własnej osoby jest konsekwencją błędów myślenia, tak więc – jak podają autorzy – cecha ta jest podatna na oddziaływania terapeutyczne (Van Orden i in., 2010). Nienawiść do samego siebie, jako afektywny konstrukt cechy, jest powiązana z obwinianiem siebie, wstydem i zaniżoną samooceną. W konsekwencji może prowadzić do stanu pobudzenia, jako fizjologicznej manifestacji nienawiści. Badania pokazują, że im większe poczucie, że jest się ciężarem dla innych, tym bardziej śmiertelne próby samobójcze (Joiner i in., 2002). Postrzegana uciążliwość jest wyższa u osób z realną intencją śmierci (Brown, Comtois, Linehan, 2002). Ponadto warto zaznaczyć, iż postrzeganie bycia uciążliwym dla innych jest bardziej szkodliwe, aniżeli postrzeganie bycia ciężarem dla siebie. Jeśli jednocześnie występuje poczucie ciężaru dla innych i zrodzona z tego powodu nienawiść w stosunku do samego siebie może dojść do przekroczenia progu wytrzymałości psychicznej. W tym momencie mogą pojawić się pasywne myśli samobójcze. Połączenie tego stanu z udaremnioną przynależnością i poczuciem beznadziejności spowoduje przekształcenie się pasywnych myśli samobójczych w myśli aktywne i realne pragnienie śmierci (Van Orden i in., 2010).



Pomiędzy udaremnioną przynależnością, a postrzeganiem bycia ciężarem istnieją takie zależności, iż konstrukt powstały z tych dwóch czynników może prowadzić do rozwoju izolacji społecznej, niezależnie od przejawianych zaburzeń psychicznych, czy też traum z dzieciństwa (nie wykluczając ich udziału). Z kolei doświadczanie wyizolowania ze społeczeństwa może być predyktorem zachowań samobójczych. Teoria zakłada, że te dwie zmienne są niezależne, jednak powiązane konstrukcyjnie.

## **2.5. Zdolność do podjęcia samobójstwa**

Zdolność do podjęcia samobójstwa jest czynnikiem opartym na odczuwaniu strachu. Zdolność do podjęcia samobójstwa jest opisywana jako zmniejszenie strachu przed śmiercią i wzrost tolerancji na ból fizyczny (Van Orden i in., 2010). Zgodnie z teorią wystarczająco niski poziom strachu przyczyni się do podejmowania działań mających na celu skrzywdzenie siebie (Ohman, Mineka, 2001). Interpersonalna Teoria Zachowań Samobójczych czerpie z ewolucyjnego modelu strachu i niepokoju, który zakłada, że ludzie biologicznie boją się samobójstwa, gdyż takie zachowania są związane z ekspozycją na bodźce zagrażające przetrwaniu. Mimo – jednak – uwarunkowań biologicznych, o których mowa powyżej, ludzie podejmują próby samobójcze. Tak więc, zgodnie z Interpersonalną Teorią Zachowań Samobójczych (ITS), można nabyć zdolności do popełnienia samobójstwa poprzez zwiększenie tolerancji na ból fizyczny, jak i zmniejszenie strachu przed śmiercią, spowodowane przez habituację bólu fizycznego. Zgodnie z teorią zdolność do popełnienia samobójstwa składa się z czterech czynników: *zmniejszonym strachem przed śmiercią, podwyższoną tolerancją na ból fizyczny, habituacją, bolesnymi i prowokacyjnymi doświadczeniami*. Badania wykazały, że lęk przed śmiercią i bólem fizycznym są czynnikiem który powstrzymuje niektóre osoby przed próbą samobójczą. Stąd też samo pragnienie śmierci nie jest wystarczające w podjęciu próby samobójczej, musi występować w kontekście zmniejszonego lęku przed samobójstwem (Van Orden, Witte, Gordon, Bender, Joiner, 2008). Badania prowadzone w latach 90tych pokazały, że osoby ujawniające zachowania samobójcze mają zwiększoną tolerancję na ból fizyczny (Orbach, Mikulincer, King, Cohen, Stein, 1997). Wymiar tolerancji na ból jest bardzo indywidualny i zależy od sposobu w jaki zostaje zadany (rodzaju próby samobójczej) – np. osoba która podcina sobie żyły musi podcinać je nadal pomimo bólu (aby zachowanie było skuteczne). Jednak w przypadku przyjęcia dużej liczby tabletek osoba nie odczuwa bólu fizycznego w momencie ich zażywania, co teoretycznie może

ułatwić próbę samobójczą. W tym przypadku ważna jest ocena poznawcza metody samobójczej. Według teorii, aby metoda była skuteczna nie może pojawić się ambiwalencja poznawcza dotycząca sposobu postępowania.

Habitucja jest związana z teorią procesu przeciwieństwa (Solomon, Corbit, 1974), która zakłada, że po pierwotnej reakcji na zdarzenie emocjonalne nastąpi proces wtórny, który jest reakcją przeciwną do tej początkowej. Po pierwotnej, negatywnej reakcji nastąpi przyjemne uczucie i odwrotnie. Po wielokrotnym narażeniu na to samo zdarzenie emocjonalne reakcja nieprzyjemna zacznie słabnąć, podczas gdy reakcja przyjemna wzmocni swoją intensywność i czas trwania. Interpersonalna Teoria Zachowań Samobójczych (ITS) czerpie z teorii Solomona, tak więc – tłumacząc ten mechanizm – np. w przypadku samookaleczeń, po pierwotnym uczuciu bólu, nastąpi uczucie ulgi, a przy wielokrotnie powtarzanej sytuacji ból będzie sukcesywnie słabł i odczuwalna będzie wyłącznie ulga. Samookaleczenia mogą nie wpływać na występowanie zachowań samobójczych, a być jedynie formą doznania ulgi (jedno z kryterium rozpoznawania samobójczych zaburzeń zachowania). Natomiast w przypadku bolesnych i prowokacyjnych doświadczeń czynnikami ryzyka są m.in. impulsywność oraz wcześniejsze próby samobójcze. Uznaje się, że zwiększają ryzyko samobójcze, ponieważ są fizycznie bolesne i/lub są wystarczające przerażające, aby uaktywnić proces habituacji i teorię procesu przeciwieństwa w odniesieniu do bólu i strachu związanych z samookaleczeniem. Badania pokazują, że zmniejszenie dostępu do środków używanych do samobójstwa powstrzymuje ryzyko podejmowania prób. Ponadto wcześniejsze próby samobójcze są uznawane jako silny predyktor skutecznych zachowań samobójczych (Rudd, Joiner, Rajab, 1996). Zdolność do samobójstwa nabywamy dzięki wcześniejszym próbom, zachowaniom przygotowawczym, wyobrażeniom. Badania pokazały, że skuteczne próby suicydalne były poprzedzone wcześniejszymi nieudanymi próbami samobójczymi.

## **2.6. Poczucie własnej wartości**

Poczucie własnej wartości jest cechą godną zainteresowania w zakresie zachowań samobójczych. Wiele badań wykazało silne powiązania pomiędzy poczuciem własnej wartości, a myślami i próbami samobójczymi (Bhar, Ghahramanlou-Holloway, Brown, Beck, 2008; Marciano, Kazdin, 1994). Poczucie własnej wartości jest uważane za względnie stałą cechę osobowości, która kształtuje się na przestrzeni lat (Rosenberg, 1965). Niska samoocena oraz niskie poczucie własnej wartości mogą być predyktorem zachowań samobójczych

(McGee, Williams, 2000). Obniżone poczucie własnej wartości, a także poczucie beznadziejności są zaliczane do czynników ryzyka zachowań suicydalnych (Makara-Studzińska, Koślak, 2009). Jednak badania Thompson (2010) wykazały, że zachowania samobójcze nie są konsekwencją obniżonej samooceny. Na wyniki mogły mieć wpływ oddziaływania psychoterapeutyczne. Analizując literaturę, można dojść do wniosku, iż dużo łatwiej mówić o cesze „poczucie własnej wartości” jako o czynniku chroniącym. George i Van Den Berg (2012) wskazują, że pozytywna samoocena, wiara we własną osobę oraz adaptacyjny styl radzenia sobie są elementami, które tworzą bufor chroniący przed zachowaniami samobójczymi. Eskin, Ertekin, Dereboy, Demirkiran, (2007) podczas swoich badań udowodnili, że poczucie własnej wartości, wysoka samoocena wpływa na większą odporność psychiczną w zakresie zachowań samobójczych. Wykazano dwie istotne różnice, a mianowicie w przypadku dziewcząt poczucie własnej wartości wpływało tylko na podjęcie próby samobójczej, natomiast w przypadku płci przeciwnej dotyczyło tak samo myśli, zamiarów, jak i podjętej próby samobójczej.

## **2.7.Poczucie nadziei**

Poczucie nadziei może być pośrednim czynnikiem chroniącym przed samobójstwem. Według Huen, Ip, Ho, Yip (2015) nadzieja i poczucie beznadziejności korelują ze sobą. Wyższy poziom nadziei wiąże się z niższym poczuciem beznadziejności. Tak więc, można mówić o tym, iż nadzieja stanowi czynnik chroniący przed podejmowaniem zachowań samobójczych. Na podstawie dostępnej wiedzy można wyróżnić dwa poznawcze komponenty poczucia nadziei (energia i droga do celu), a mianowicie poczucie skutecznego ukierunkowania na cel oraz poczucie skutecznego planowania ukierunkowanego na cel. Tak więc Snyder (2002) zaproponował wykorzystanie teorii nadziei w celu wyjaśnienia zachowań samobójczych. W tej teorii udowodnił, że nadzieja obejmuje szczegółowe cele, ścieżkę i sprawczość, co powoduje różne konsekwencje. Można powiedzieć, że nadzieja to wyznaczanie osiągalnych celów, w których cele są osiągnane zarówno w myślach, jak i działaniach (Snyder i in., 2000). Aby osiągnąć określone cele należy mieć plan (drogę do celu) oraz ukierunkowaną na cel energię. Człowiek w swoim myśleniu może tworzyć wiele dróg dojścia do celu. Davidson i Wingate (2013) zaproponowali nadzieję jako czynnik chroniący przed zachowaniami samobójczymi. W ich badaniach nadzieja w znaczący sposób wpłynęła na obniżenie poczucia braku przynależności i bycia uciążliwym, jednak nie wpłynęła

na pojawiające się myśli suicydalne. Ponadto wysoki poziom nadziei koreluje z niskim poziomem beznadziejności (Beck, Weissman, Lester, Trexler, 1974).

Tucker i współpracownicy (2013) zaproponowali stwierdzenie, że jednostki, które mają określone cele życiowe są w stanie rozwinąć się i ciągle motywować do ich osiągnięcia. Dzięki temu znacznie rzadziej dochodzi u nich do ruminowania swoich problemów. Pozytywne myślenie (myślenie z nadzieją) zmniejsza objawy depresyjne i myśli samobójcze, w momencie pojawienia się negatywnych wydarzeń życiowych.

### **3. Zachowania samobójcze osób cierpiących z powodu choroby psychicznej**

„Zaburzenia psychiczne, behawioralne i neurorozwojowe to zespoły charakteryzujące się klinicznie istotnymi zaburzeniami w poznaniu, regulacji emocjonalnej lub zachowaniu danej osoby, które odzwierciedlają dysfunkcję w procesach psychologicznych, biologicznych lub rozwojowych, które leżą u podstaw funkcjonowania psychicznego i behawioralnego. Zaburzenia te są zwykle związane z cierpieniem lub upośledzeniem w osobistych, rodzinnych, społecznych, edukacyjnych, zawodowych lub innych ważnych obszarach funkcjonowania” (ICD-11, <https://icd.who.int/en>). Biorąc pod uwagę terminologię używaną w psychologii klinicznej i psychiatrii, w literaturze zastąpiono termin choroby psychicznej pojęciem „zaburzeń psychicznych”. Jednak w dalszym ciągu, choćby ze względu na regulacje prawne, depresja i inne zaburzenia nastroju są klasyfikowane jako choroba (UoOZP, Dz. U. 1994 Nr 111 poz. 535). Z kolei w polskiej literaturze choroba psychiczna oznacza zaburzenia typu psychotycznego, czyli takie, w których występują objawy psychotyczne (m.in. omamy, urojenia, ciężkie zaburzenia nastroju, emocji i in.). Niemniej jednak zaburzenia takie jak choroba afektywna jednobiegunowa, choroba afektywna dwubiegunowa, mania są – w psychiatrii – określane mianem choroby (Gałecki, Szulc, 2018; Pużyński, 2007).

Zaburzenia psychiczne takie jak zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości, uzależnienie od alkoholu mogą znacząco wpływać na podwyższone tendencje suicydalne (Abreu, Lafer, Baca-Garcia, Oquendo, 2009, Miller, Black, 2020; Conner, Bridge, Davidson, Pilcher, Brent, 2019). Jak wykazano zaburzenia psychiczne są skorelowane z zachowaniami samobójczymi (Qin, 2011), a myśli samobójcze są jednym z kryteriów rozpoznawania depresji (Nordentoft, Mortensen, Pedersen, 2011).

Sposób w jaki zaburzenia psychiczne wpływają na zachowania samobójcze jest przedmiotem badań od kilkadziesiąt lat (Goldney, Schioldann, Dunn, 2008; Sara, 2015;

Hjelmeland, Knizek, 2017). Liczne analizy potwierdzają zależności pomiędzy samobójstwem, a zaburzeniami psychicznymi takimi jak depresja, choroba afektywna dwubiegunowa, zaburzenia osobowości, alkoholizm, schizofrenia (Almeida i in., 2016; Flensburg-Madsen i in., 2009; Hiroeh, Appleby, Mortensen, Dunn, 2001; Goldney, 2015; Webb i in., 2013). Badania skupiające się wyłącznie na zaburzeniu psychicznym jako predyktorze zachowań samobójczych (San Too i in., 2019) pokazują, że osoby cierpiące na zaburzenia nastroju podejmują najwięcej prób samobójczych (ryzyko wynosi 21%), następnie osoby z zaburzeniami lękowymi (ryzyko wynosi 18%), osoby z zaburzeniami psychotycznymi (ryzyko wynosi 7%), z zaburzeniami osobowości (ryzyko wynosi 6%) i z nadużywaniem substancji (ryzyko wynosi 4%), a ogólne prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań samobójczych u osób z zaburzeniami psychicznymi wyniosło 21%. Te same badania potwierdzają wcześniejsze ustalenia (Chesney, Goodwin, Fazel, 2014), że najwyższe ryzyko zachowań samobójczych mają osoby z zaburzeniem osobowości Borderline. Badacze jednak zgodnie potwierdzają, iż samobójstwo to złożony proces i nie należy opierać się wyłącznie na czynniku chorobowym w mechanizmie wyjaśniania zjawiska samobójstwa. Podkreślają, że nie wszystkie osoby chorujące psychicznie próbują popełnić samobójstwo, stąd też istnieją inne – poza chorobowe – czynniki ryzyka. Niektóre z badań sugerują, że zaburzenia psychiczne pełnią rolę podatności na zdarzenia zewnętrzne, czy też inne czynniki środowiskowe (O'Connor i in., 2016). Badania Mishara i Chagnona (2016) pokazują sześć modeli wyjaśniających związek pomiędzy zaburzeniami psychicznymi, a samobójstwem. Pierwszy model wyjaśnia, że zaburzenia psychiczne i samobójstwo i mają wspólną etiologię, a podatność biogenetyczna oraz wystąpienie negatywnych wydarzeń życiowych mogą być predyktorami zarówno zaburzeń jak i aktów samobójczych. Drugi model zaznacza, że wybrane zaburzenia psychiczne (nadużywanie alkoholu) mogą rozwinąć się wtórnie do samobójstwa (tzn. aby „zagłuszyć” myśli samobójcze). Trzecie założenie mówi o tym, że samobójstwo to konsekwencja zniekształceń poznawczych, które pojawiają się w wielu zaburzeniach (np. omamy w formie głosów namawiające do samobójstwa, beznadziejność występująca w depresji). Model czwarty skupia się na społecznym wymiarze zaburzeń psychicznych, a mianowicie na odrzuceniu, alienacji, wykluczeniu, co powoduje zachowania samobójcze. Założenie piąte zakłada nieoptymalne leczenie jako przyczynę zachowań suicydalnych,

a model szósty jest połączeniem pięciu poprzednich czynników w kontekście sytuacji kryzysowej.

Autorzy badań nad zachowaniami samobójczymi w kontekście zaburzeń psychicznych zgodnie twierdzą, że nie można analizować zachowań samobójczych w oderwaniu od zaburzeń psychicznych, ale też nie można skupiać się wyłącznie na nich (Hawton, Pirkis, 2017; Turecki, Brent, 2016). Zachowania samobójcze to złożony proces i warto podkreślić, iż obecnie należy zwrócić szczególną uwagę na świadomą intencję śmierci jako podstawowej cechy przypisywanej zachowaniom suicydalnymi. Niezaprzeczalnie w przypadku objawów psychotycznych, głębokiej depresji, czy też fazy manii z objawami psychotycznymi pojęcie świadomej intencjonalności może być wątpliwe. Zaburzenia psychotyczne, w których objawy są głównym predyktorem zachowań samobójczych, a pacjent nie jest w stanie się im przeciwstawić (np. imperatywnym głosem namawiającym do samobójstwa) nie wskazywałyby na świadomą intencję śmierci. Podobnie w przypadku osób z zaburzeniami funkcji poznawczych (tj. w przypadku zaburzeń o charakterze organicznym), gdzie predyktorem zachowania samobójczego jest uszkodzenie ośrodkowego układu nerwowego (OUN), a nie świadoma intencja śmierci. W przypadku zaburzeń osobowości, zwłaszcza Borderline, zachowania samobójcze mogą mieć charakter zachowań rozładowujących emocje, manifestujących, bądź mają na celu zwrócenie uwagi otoczenia. Stąd też, w tym przypadku, należy mówić raczej o zachowaniach nie samobójczych (nie samobójczych zaburzeniach zachowania). Ważne, aby badacze zależności pomiędzy zachowaniami samobójczymi, a zaburzeniami psychicznymi zwracali uwagę na intencjonalność zachowań samobójczych, podłoże osobowościowe, a nie wyłączny fakt ich wystąpienia.

W odróżnieniu od wymienionych powyżej zaburzeń, zaburzenia adaptacyjne oraz ostra reakcja na stres są związane z działaniem stresora, który spowodował wystąpienie reakcji nieadaptacyjnej. Podejmowanie próby samobójczej w wielu przypadkach jest powiązane ze stresem oraz brakiem odpowiednich mechanizmów radzenia sobie w takich sytuacjach. Trudno mówić o trwałych zmianach chorobowych w przypadku zaburzeń związanych z działaniem czynnika stresowego. Dlatego też zaburzenia adaptacyjne również odgrywają ogromną rolę w mechanizmie samobójczym, to podłoże wystąpienia tego (przemijającego) zaburzenia znacznie różni się od podłoża choroby psychicznej.

#### **4. Czynniki sytuacyjne i socjodemograficzne, a zachowania samobójcze**

Czynniki sytuacyjne mogą znacznie wpłynąć na zachowanie człowieka, wywołując w nim reakcje nieprzewidywalne, w tym zachowania impulsywne oraz samobójcze. Zdarzenia, które w negatywny sposób wpływają na funkcjonowanie jednostki mogą powodować reakcję nieadaptacyjną, a myśli samobójcze potęgować chęć autodestrukcji, bądź też być ich buforem – elementem wizualizacyjnym rozładowywania napięcia (Masango, Rataemane, Motojesi, 2008). Zarówno środki psychoaktywne, jak i historia prób samobójczych negatywnie wpływają na funkcjonowanie człowieka oraz pozytywnie na rozpoczynający się, bądź toczący proces samobójczy. Analiza czynników ryzyka oraz czynników chroniących powinna zakładać wieloaspektowość – wyszczególnienie czynników podmiotowych oraz zewnętrznych.

##### **4.1. Negatywne wydarzenia życiowe**

Negatywne wydarzenia życiowe (NLE) są to wydarzenia w życiu człowieka, które przekraczają jego zdolności fizyczne i psychiczne (Grant i in., 2003). Negatywne wydarzenia życiowe mogą być predyktorem gniewu, depresji, lęku (Jonker, Rosmalen, Schoevers, 2017; Miloyan, Bienvenu, Brilot, Eaton, 2018; Wickramasinghe, Almeida, Samarasekera, 2019; Lee, Kim, 2019), ale również mogą prowadzić do zachowań samobójczych (Aleman, Denys, 2014; Lin i in., 2018). Jak wykazały badania poczucie beznadziejności może być mediatorem pomiędzy negatywnymi wydarzeniami w życiu, a podjęciem próby samobójczej. Negatywne wydarzenia mogą być jednym z ważnych wyznaczników podejmowania zachowań samobójczych (Moreno, Kancel, Nabity, Bryan, 2019). Stresujące wydarzenia życiowe to zdarzenia, które wymagają zmian wewnętrznych prowadzących do przystosowania się do nowej sytuacji życiowej (Grant i in., 2003). Są to zdarzenia nagłe, ale wpływające na funkcjonowanie człowieka w najbliższym, od tego dnia, czasie. Do negatywnych wydarzeń życiowych można zaliczyć utratę pracy, śmierć bliskiej osoby, bycie ofiarą przemocy (Brugha, Cragg, 1990). Teorie podają, iż można mówić o zależnych i niezależnych negatywnych wydarzeniach życiowych. Do tych pierwszych zaliczamy okoliczności, w których człowiek w pewien sposób generuje sytuacje negatywne (sytuacje te zależą od niego), w drugim przypadku zdarzenia dzieją się całkowicie niezależnie od danej osoby (Liu, Miller, 2014).

Samobójstwo i jego związek z przejściowymi wydarzeniami życiowymi w wieku dorosłym zaczyna być przedmiotem większej uwagi w literaturze (Liu, Miller, 2014; Currier, Spittal, Patton, Pirkis, 2016). Badania Lui i Millera (2014) udowodniły związek między

negatywnymi wydarzeniami życiowymi, które definiują jako stresory życiowe wpływające na zachowania samobójcze, a zachowaniami suicydalnymi. Badania Franklina i wsp. (2017) udowodniły powiązanie stresujących wydarzeń życiowych i myśli samobójczych, jednak ze względu na ograniczenia metodologiczne pozostawiają pewne niejasności. Nie udowodniono wartości prospektywnej negatywnych wydarzeń życiowych w przewidywaniu przyszłych aktów samobójczych, jednak można stwierdzić, iż osoby narażone na wielokrotne wydarzenia stresujące są bardziej podatne na myśli i zachowania samobójcze (Franklin i in., 2017). Badacze podkreślają istotne rozróżnienie stresujących (negatywnych) wydarzeń życiowych od wydarzeń traumatycznych. Skala wydarzeń traumatycznych jest dużo większa, a uczestnicy tych sytuacji są narażeni na śmierć, poważną krzywdę lub zagrożenie wewnętrznej integralności. Z drugiej jednak strony negatywne wydarzenia życiowe są bardziej rozpowszechnione (Franklin i in., 2017). Jak pokazują badania Campos i wsp. (2016) negatywne wydarzenia życiowe występują niezależnie od myśli i zachowań samobójczych, podkreślając ich ważność dla ogólnego funkcjonowania jednostki. Analizując dostępne badania brakuje wyraźnych analiz rozróżniających traumatyczne stresujące wydarzenia życiowe od wydarzeń nietraumatycznych.

Modele próbujące wyjaśnić zjawisko zachowań samobójczych wyraźnie uwzględniają działanie negatywnych wydarzeń życiowych w procesie samobójczym (O'Connor, 2011). Schematic Appraisals Model of Suicide (SAMS; Johnson, Gooding, Tarrier, 2008) podaje, że negatywne wydarzenia życiowe mają charakter kontekstowy. To znaczy, gdy są postrzegane jako pułapka lub porażka. W takim wypadku człowiek postrzega swoje życie, jako stan bez przyszłości i „drogi bez wyjścia” (Taylor i in., 2010).

Przejściowe wydarzenia życiowe mogą zainicjować zmianę celu i kierunku życia (White, Leib, Farmer, Biesecker, 2010), a nieadaptacyjne poradzenie sobie z trudnymi sytuacjami życiowymi na niektórych etapach może być związane z większym poziomem wrażliwości psychicznej. Przejściowe wydarzenia życiowe mogą mieć wpływ na osoby w różny sposób, przy czym niektóre z nich postrzegają je jako stresujące (tj. Negatywne wydarzenie życiowe), a inne nie.

W momencie gdy dochodzi do negatywnych wydarzeń życiowych jednostka musi stosować adekwatne, adaptacyjne strategie radzenia sobie. Jednak mogą wystąpić również nieprzystosowawcze próby radzenia sobie z sytuacją, które w założeniu mają doprowadzić do



dostosowania się do nowego etapu w życiu. Nieprzystosowawcze radzenie sobie z problemami w sytuacjach stresowych zostało określone w literaturze jako regresywne, dysfunkcyjne lub unikające (Kirby, Shakespeare-Finch, Palk, 2011). Metaanaliza Tamres, Janicki, Helgeson (2002) wykazała, że istnieją różnice międzypłciowe w radzeniu sobie w trakcie negatywnych wydarzeń życiowych, kobiety angażowały się głównie w adaptacyjne rodzaje strategii, natomiast mężczyźni odwrotnie. Ustalenie związku pomiędzy negatywnymi wydarzeniami życiowymi i myślami oraz zachowaniami samobójczymi jest niezwykle istotne, gdyż może pomóc w ocenie stopnia ryzyka zachowań samobójczych w momencie wystąpienia czynników silnie stresujących. Czynnikiem chroniącym przed nieadaptacyjną reakcją w momencie wystąpienia negatywnych wydarzeń życiowych mogą być odpowiednie oddziaływania terapeutyczne (uczestniczenie w psychoterapii) oraz skupienie się na czynnikach psychologicznych, medycznych i społecznych znaczenia wydarzeń stresujących w wyjaśnianiu indywidualnych reakcji człowieka.

#### **4.2. Myśli samobójcze i próby samobójcze w przeszłości i ich wpływ na zachowania samobójcze.**

Myśli samobójcze są rozumiane jako idea śmierci. Według DSM-5 myśli samobójcze to myśli o samookaleczaniu z rozważaniem możliwych technik samouśmiercenia. Poprzez myśli samobójcze rozumie się pragnienie lub plan popełnienia samobójstwa, jednak odróżnia się je od próby samobójczej (Beck i in., 1975). Pojawienie się myśli samobójczych (myśli o zabiciu się) jest związane z wieloma czynnikami, zarówno społecznymi, jak i psychologicznymi (Liu i in., 2020). Jak zostało wspomniane powyżej myśli samobójcze w większości przypadków występują przed podjęciem próby samobójczej, jednak pojawienie się myśli samobójczych nie zawsze zwiastuje wystąpienie zachowania samobójczego (Jobes, Joiner, 2019). Jak podkreśla Van Orden i wsp. (2010) można mieć do czynienia z pasywnymi myślami samobójczymi, które mogą brzmieć „nie chce mi się żyć” oraz aktywnymi myślami samobójczymi „chce się zabić”. Jak podają badacze oraz DSM-5 do wystąpienia aktu samobójczego niezbędna jest wewnętrzna intencja śmierci, do której przyczyniają się aktywne myśli samobójcze, jako jeden z elementów w drodze do aktu samobójczego. Myśli samobójcze mogą wpływać na pojawienie się zachowań samobójczych, ale też mogą być czynnikiem chroniącym przed zachowaniami samobójczymi (jako element rozładowania wewnętrznego napięcia poprzez wizualizację). Badania Franklina i wsp. (2017) pokazują, że myśli samobójcze mają charakter chroniczny,

występują dużo częściej aniżeli próby samobójcze. Pojawiające się myśli samobójcze są czynnikiem ryzyka dla kolejnych myśli o takim charakterze. Myśli samobójcze, poprzednie próby suicydalne oraz liczne hospitalizacje psychiatryczne znacznie zwiększały podjęcie kolejnej próby samobójczej (Franklin i in., 2017). Badacz ten podkreśla, że myśli samobójcze są częstą przyczyną hospitalizacji pacjentów na oddziałach psychiatrycznych. Ponadto chroniczne myśli samobójcze mogą występować w zaburzeniach osobowości Borderline, które – jak opisywano wcześniej – są uznawane za czynniki ryzyka nie samobójczych zaburzeń zachowania.

Dostępne dane sugerują związek pomiędzy neurotyzmem, a występowaniem myśli suicydalnych (Khosravi, Kasaeiyan, 2020), a także pomiędzy poczuciem beznadziejności, a pojawiającymi się myślami samobójczymi (Baryshnikov i in., 2020). Jak podają badania poczucie beznadziejności może przewidywać myśli samobójcze zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn, natomiast problemy z alkoholem i brak wsparcia społecznego mogą wpływać na pojawienie się myśli samobójczych u mężczyzn (Lamis, Lester, 2013). Z kolei do czynników chroniących przed pojawieniem się myśli samobójczych można zaliczyć wysoki stopień poczucia przynależności, dostępną pomoc psychologiczną, odpowiednie reakcje społeczne w odpowiedzi na myśli samobójcze (Nguyen i in., 2021).

Podobnie jak w przypadku myśli samobójczych próby suicydalne w przeszłości zwiększają ryzyko śmierci przez akt samobójczy (Joiner, 2005). Na wielokrotne zachowania samobójcze mogą mieć wpływ traumy z dzieciństwa (Clements-Nolle, Wolden, Bargmann-Losche, 2009), czy też zaburzenia psychiczne, takie jak zaburzenia osobowości, zwłaszcza Borderline (Linehan i in., 2006). Jak podają badania, im więcej prób w przeszłości tym większe prawdopodobieństwo habituacji bólu i cierpienia związanego z aktem samobójczym, co według ITS wpływa na zwiększoną zdolność do zachowań samobójczych (Van Orden i in., 2010). Jak podają badania (Joiner, 2005) nabyta zdolność do podjęcia samobójstwa jest najtrudniejszym elementem pod względem modyfikacji, gdyż jest uwarunkowana biologicznie. Tak więc raz nabyta zdolność poprzez podejmowanie kolejnych prób samobójczych jest cechą trwałą i niezmienną zwiększającą podjęcie kolejnych prób samobójczych.

### **4.3. Przyjmowanie środków psychoaktywnych jako predyktor zachowań samobójczych**

Ryzyko samobójstwa jest znacznie wyższe u osób z zaburzeniami nadużywania substancji w porównaniu z populacją ogólną (Wilcox, Conner, Caine, 2004). Jak przedstawiono w poprzednich podrozdziałach nadużywanie alkoholu, czy też innych środków psychoaktywnych negatywnie wpływa na zachowanie człowieka. Przyjmowanie środków psychoaktywnych (SPA) jest czynnikiem ryzyka zachowań samobójczych, ale również elementem ucieczki przed myślami dotyczącymi samobójstwa (Lamis, Lester, 2013). Ponadto działanie środków psychoaktywnych może wywołać reakcje niekontrolowane, np. próby samobójcze (Schneider, 2009), jednak w takim przypadku ciężko mówić o świadomej intencjonalności śmierci. W Polsce około 50% samobójstw jest popełnianych pod wpływem alkoholu (Lasota i in., 2020). W przypadku osób uzależnionych czynnikami ryzyka wystąpienia zachowań samobójczych są np.: poczucie beznadziejności, neurotyczność, niska samoocena, zaburzenia osobowości (Conner i in., 1999; Verona, Patrick, Joiner, 2001). W przypadku, gdy próby samobójcze są podejmowane wyłącznie jako reakcja organizmu na spożytą substancję trudno mówić o samobójczych zaburzeniach zachowania według DSM-5, jednak w wielu przypadkach alkohol „dodaje odwagi” i wpływa na zmniejszenie lęku przed śmiercią. Takie podejście sugeruje, że osoby cechują się pragnieniem i intencją śmierci, jednak czynnikiem chroniącym jest lęk przed bólem, czy też samym umieraniem. Alkohol w tym wypadku pełni funkcję odhamowującą i stanowi istotny czynnik ryzyka. Uzależnienie jest „chorobą emocji” stąd też nadużywanie SPA jest próbą regulacji stanów afektywnych, podobnie jak samookaleczenie w przypadku zaburzeń Borderline (Lamis, Lester, 2013; Linehan i in., 2006). W taki sposób zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia śmiertelnej próby samobójczej. Jednak w wielu przypadkach akt samobójczy pod wpływem alkoholu jest konsekwencją próby kontroli nieakceptowalnych emocji (Wesonga, Osingada, Nabisere, Nkemijika, Olwit, 2021). W przypadku, gdy alkohol spowodował podjęcie próby samobójczej, zgodnie z DSM-5, nie należy tego traktować jako samobójczych zaburzeń zachowania. Jednak osobę uzależnioną, która podejmuje próbę samobójczą w sposób intencjonalny, z zamiarem śmierci, bez działania substancji psychoaktywnych (SPA) należy traktować jako osobę z samobójczymi zaburzeniami zachowania.

W przypadku osób z tendencjami samobójczymi oraz historią prób samobójczych, zwłaszcza pod wpływem alkoholu, czynnikiem ochronnym jest utrzymywanie bezwzględnej

abstynencji (Joiner, 2001). Ponadto, jak w przypadku innych czynników, niezbędne jest podjęcie psychoterapii oraz terapii uzależnień w celu wypracowania akceptowalnych mechanizmów regulacyjnych.

## II CZĘŚĆ EMPIRYCZNA PRACY

### 5. Problematyka badań własnych

Badania własne skupiają się na zachowaniach samobójczych (czynnikach ryzyka i czynnikach ochronnych) w grupie kobiet i mężczyzn. Intencjonalne próby samobójcze mają wiele przyczyn, stąd też zachowania samobójcze należy traktować jako zjawisko wielopłaszczyznowe. Nie istnieje jeden czynnik, który przewidywałby wystąpienie zachowań samobójczych. Analiza tego zjawiska wymaga podejścia, które będzie skupiało się na czynnikach intrapsychicznych i interpersonalnych (w odniesieniu do siebie i do ludzi) w kontekście działania czynników społecznych jako niezbędnego elementu funkcjonowania człowieka – jednostki społecznej.

#### 5.1. Cel naukowy rozprawy i problem badawczy.

Pierwszym – głównym – celem proponowanego projektu badawczego jest *wyodrębnienie czynników ryzyka oraz czynników ochronnych zachowań samobójczych w grupie kobiet i mężczyzn hospitalizowanych z powodu podjętej próby samobójczej*. Drugim celem jest weryfikacja różnic podmiotowych w grupie osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania i w grupie kontrolnej. Trzecim celem jest opis funkcjonowania osobowościowego i socjodemograficznego kobiet i mężczyzn po podjętej próbie samobójczej (z samobójczymi zaburzeniami zachowania). Kolejnym – czwartym celem – jako uzupełnienie materiału badawczego i wzbogacenie jego wartości implikacyjnej – jest stworzenie profilu psychologicznego osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania.

Prezentowana praca skupia się na poszukiwaniu podmiotowych czynników ryzyka zachowań samobójczych oraz czynników chroniących. Takie podejście do zachowań samobójczych pozwoli na wyodrębnienie predyktorów intrapsychicznych zachowań suicydalnych. Założono, iż stworzony model pozwoli zrozumieć funkcjonowanie osobowościowe (w nawiązaniu do Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych - ITS) osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania. Przyczyni się to do lepszego zrozumienia osób próbujących popełnić samobójstwo, ale również pomoże w celowanym działaniu psychologiczno-psychoterapeutycznym, ukierunkowanym na obszary z największym

deficytem radzenia sobie. Ważnym podkreślenia jest fakt, iż badania mają charakter perspektywny, a więc skupiają się na predykcyjnej wartości możliwych czynników ryzyka i czynników chroniących (Czyz, Berona, King, 2015; King i in., 2019). Podobnie jak badania Joinera (2009), badania własne są prowadzone w grupie osób, których zachowanie samobójcze miało wysokie prawdopodobieństwo zgonu. Odejście od zależności pomiędzy zachowaniami samobójczymi, a chorobą psychiczną jest próbą zrozumienia wewnętrznych czynników wyzwalających zachowania suicydalne. Do modelu regresyjnego – zgodnie z założeniem teoretycznym – włączone zostały zmienne podmiotowe, z kolei zmienne zewnętrzne służą do opisu i dokładnej charakterystyki osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania.

Samobójstwo, jak podaje Światowa Organizacja Zdrowia, jest intencjonalnym aktem odebrania sobie życia (Saxena, Krug, Chestnov; 2014). Stanowi około 1,4% wszystkich zgonów na świecie (WHO, 2014). Obecnie zachodzi wysoka potrzeba określenia zarówno czynników ryzyka zachowań samobójczych jak i czynników ochronnych, które w istotny sposób mogą zapobiec zachowaniom samobójczym. Jak pokazują badania (Qin i in., 2000) istnieją istotne różnice między płciami w zakresie zachowań samobójczych. Zmiany przejawiają się w etiologii, czynnikach ryzyka, charakterze dokonywanych aktów samobójczych, zapobieganiu i leczeniu. Przez ostatnie dwadzieścia lat opisywano zachowania samobójcze w grupie kobiet i mężczyzn, jednak patrząc na sposób w jaki były przedstawiane można wnioskować o dużej dynamice zmian w zakresie sposobu, intensywności, charakteru zachowań suicydalnych u obu płci (Cantor, 2000). Jednym z kilku kluczowych czynników ryzyka zachowań samobójczych charakterystycznym zarówno dla kobiet i mężczyzn jest zaburzenie psychiczne (Qin i in., 2000). Warto jednak zwrócić uwagę, iż zachowania samobójcze podejmują również osoby, u których nie stwierdzono zaburzeń psychicznych (Bi i in., 2010). Celowe okaleczanie jest znacznie wyższe w przypadku kobiet i nie ma ono charakteru celowej śmierci, inaczej jest natomiast w przypadku mężczyzn (Qin i in., 2000).

W ostatnich latach próby samobójcze podejmuje coraz więcej osób. Należy zaznaczyć, że w większości przypadków próbę samobójczą (PS) poprzedzają myśli suicydalne (MS). Niemniej jednak – jak pokazują dane – tylko (bądź, aż) 13% osób z myślami samobójczymi podejmuje próbę samobójczą (Husky, Guignard, Beck, Michel, 2013). Ponadto znacznie częściej próbę podejmują mężczyźni – adolescenti, aniżeli kobiety (Saxena, Krug, Chestnov, 2014; Cavanagh, Carson, Sharpe, Lawrie, 2003). Ważnym podkreślenia jest fakt, iż często –

nawet przez całe życie – u danej osoby, występują myśli suicydalne, ale osoba ta nigdy nie podjęła próby odebrania sobie życia. W tym przypadku należałoby wyszczególnić czynniki chroniące – zasoby, danej osoby, które powstrzymały ją od podjęcia prób samobójczych (PS).

Istnieje wiele teorii samobójstw, m.in. oparte na teorii poznawczej – Suicidal Cognitive Mode Theory (Rudd, 2004), teorii interpersonalnej – The Interpersonal Theory of Suicide (ITS; Joiner, 2005; Van Orden i in., 2010), czy też na zintegrowanym modelu samobójstwa – The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicide (O'Connor, 2011). Wszystkie powyższe teorie opisują inne mechanizmy samobójstwa, jednak czynnikiem wiążącym jest poczucie beznadziejności, występujące we wszystkich tych ujęciach teoretycznych, jednak najwięcej uwagi spośród wymienionych poświęca mu Interpersonalna Teoria Zachowań Samobójczych (ITS), którą wykorzystano w tym badaniu. Beznadziejność jest jednym z głównych predyktorów zachowań suicydalnych, zwłaszcza wśród pacjentów szpitali psychiatrycznych (Klonsky i in., 2012). Ponadto beznadziejność koreluje z tendencjami depresyjnymi (Christensen, Batterham, Soubelet, Mackinnon, 2013), które mogą predysponować do zachowań samobójczych. Badania O'Connora (2011) pokazują, że poczucie beznadziejności jest jednym z kluczowych czynników zwiększających ryzyko suicydalne.

Cavanagh i wsp. (2003) podają, że ponad 90% samobójstw jest popełnianych przez osoby chore psychicznie, głównie cierpiące na zaburzenia depresyjne, w przebiegu zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, rzadziej w przebiegu schizofrenii – związane z objawami psychotycznymi (Kelleher i in., 2012). Warto podkreślić, iż próby samobójcze występują dużo rzadziej niż myśli samobójcze, które ujawniają się praktycznie u wszystkich chorych na depresję. Równie często, jak u osób z depresją, myśli suicydalne występują u chorych na Chorobę afektywną dwubiegunową (ChAD) (Abreu i in., 2009), czy też schizofrenię, gdzie około 30% chorych podejmuje próbę samobójczą w ciągu trwania objawów psychotycznych, które są głównym predyktorem takich zachowań (Radomsky, Haas, Mann, Sweeney, 1999). Ponadto osoby cierpiące na zaburzenia odżywiania, takie jak bulimia, czy anoreksja również podejmują próby samobójcze, które są związane z objawami psychiatrycznymi. Jest to około 20-30% osób z taką diagnozą (Mayes, Fernandez-Mendoza, Baweja, Calhoun, Mahr, 2014). Ostatnią analizowaną grupą kliniczną są osoby z zaburzeniami nerwicowymi i osobowościowymi (Sobański, Cyranka, Rodziński, Klasa, Rutkowski, 2015; Rodziński,

Sobański, Rutkowski, Cyranka, Murzyn, 2015) oraz osoby uzależnione od różnych substancji psychoaktywnych (Borges, Loera, 2010). Zaburzenia borderline, osobowość dyssocjalna, zaburzenia lęku panicznego, czy uogólnionego, to najczęstsze jednostki kliniczne, u których występują – głównie – myśli i próby samobójcze, czy też samookaleczenia, w celu redukcji napięcia emocjonalnego (Oumaya, Friedman, Pham, Abou Abdallah, Guelfi 2008). Osoby uzależnione od różnych substancji psychoaktywnych, w tym od alkoholu, równie często podejmują próbę samobójczą i – co warto podkreślić – jest to zazwyczaj pod jego wpływem, bądź w kilka dni po zaprzestaniu picia (Schneider, 2009).

Pomimo prowadzenia wielu badań dotyczących ryzyka suicydalnego, które w ostatnich latach zyskały na zainteresowaniu, nie ma jednoznacznego modelu, który przewidywałby popełnienie samobójstwa. Identyfikacja konkretnych kryteriów ryzyka suicydalnego nadal pozostaje sporym wyzwaniem zarówno dla współczesnej medycyny jak i społeczeństwa, zwłaszcza jeśli chodzi o identyfikację czynników ryzyka oddzielnie w grupie kobiet i mężczyzn. Ponadto na gruncie polskim brakuje badań nad czynnikami ryzyka zachowań samobójczych. Dostępna wiedza dotycząca zidentyfikowanych czynników ryzyka suicydalnego nie pozwala w satysfakcjonującym stopniu przewidywać i zapobiegać im. W celu predykcji samobójstw należy uwzględnić czynniki ryzyka, które są specyficzne dla poszczególnych zaburzeń psychicznych oraz fakt, iż osoby, które decydują się na podjęcie działania samobójczego nie są homogenicznymi osobami pod względem, choćby, cech osobowości, samooceny, samokontroli, czy innych elementów, które mają wpływ na popełnienie samobójstwa (Arsenault-Lapierre, Kim, Turecki, 2004). Wspomniane wcześniej, podejmowanie prób samobójczych wśród osób z zaburzeniami psychicznymi, typu schizofrenia, czy depresja jest dobrze udokumentowane. Jednak wśród osób podejmujących próbę samobójczą jest grupa osób, w której nie występują ewidentne zaburzenia psychiczne. Skutkuje to niedoszacowaniem ryzyka samobójstwa przez osoby, które nie przejawiają symptomów zaburzeń psychicznych. Ponadto w niektórych przypadkach choroba psychiczna jest tylko tłem, a nie bezpośrednią przyczyną samobójstwa. Trafne wyodrębnienie czynników powodujących podjęcie próby samobójczej jest niezwykle ważne w celu jej zapobiegnięcia, a także skutecznej profilaktyki w warunkach szpitalnych i ambulatoryjnych.

Obszarem zainteresowania prezentowanej pracy jest wyszczególnienie i opisanie czynników ryzyka i czynników chroniących przed samobójstwem w grupie kobiet i w grupie

mężczyzn oraz szczegółowy opis funkcjonowania psychologicznego kobiet i mężczyzn, którzy podjęli próbę samobójczą. W badaniach biorą udział osoby z *samobójczymi zaburzeniami zachowania* (zgodnie z kryteriami i definicją DSM-5) oraz badani z grupy kontrolnej, którzy w ciągu życia nie podejmowali próby samobójczej (*bez samobójczych zaburzeń zachowania*). Ważnym podkreślenia jest tutaj fakt, iż badaniu zaburzenie psychiczne jest jednym z czynników współwystępującym z zachowaniami samobójczymi, jednak nie są to tożsame terminy. Nie każda osoba ze zdiagnozowanym zaburzeniem psychicznym, w rozumieniu choroby psychicznej, doświadcza myśli samobójczych, bądź dokonuje próby samobójczej. Podobnie również z osobami, które dokonują próby samobójczej, nie zawsze ujawniają objawy w rozumieniu zaburzeń psychicznych, np. zaburzeń nastroju. W badaniach własnych zaburzenia takie jak: zaburzenia adaptacyjne, czy też ostra reakcja na stres – związane z sytuacją doświadczanego stresu, utrzymujące się krótkotrwale i przemijające – nie są traktowane jako zaburzenie nastroju, czy też zaburzenia lękowe, a jako zaburzenia związane ze stresem, bądź też problemy związane z podstawową grupą wsparcia (zgodnie z ICD-11). Reakcje powstałe w związku z tym zaburzeniem są krótkotrwale i są związane z różnymi czynnikami wpływającymi na stan zdrowia – w tym przypadku zawsze musi wystąpić stresor fizyczny lub psychiczny (czynnik konieczny). Warto zaznaczyć, iż ostra reakcja na stres jest rozpoznawana u osób u których uprzednio nie zdiagnozowano żadnych zaburzeń psychicznych (Rabe-Jabłońska, 2011). Ostra reakcja na stres traktowana jest jako przejściowe objawy emocjonalne, poznawcze, behawioralne i definiowana jako problem związany z czynnikami wpływającymi na stan zdrowia (<https://icd.who.int/>). Ponadto mogą występować jeszcze zaburzenie psychiczne, inaczej nieokreślone (<https://icd.who.int/>), są to zaburzenia, które nie spełniają żadnych kryteriów spośród wymienionych wcześniej w międzynarodowej klasyfikacji. W prowadzonych badaniach zaburzenia psychiczne dzielą na zaburzenia psychiczne niepsychotyczne/ **choroby psychiczne** oraz związane ze stresem, krótkotrwale i przemijające/ **bez choroby psychicznej**. W tych pierwszych występowanie zaburzenia jest niezależne od czynnika zewnętrznego, np. stresora, w tych drugich bodziec stresowy jest konieczny, aby można było mówić o wystąpieniu objawów. W pierwszym przypadku dezorganizacji ulega system psychiczny człowieka na dłuższy okres czasu, natomiast w przypadku zaburzeń związanych ze stresem okres nieprawidłowości jest krótki i przemijający (Rabe-Jabłońska, 2011).



Wiele teorii stara się tłumaczyć zachowania samobójcze – od koncepcji socjologicznych Durkheima (1951), przez koncepcję psychoanalityczną Freuda (2001) i Fenichela (O'Connor, Platt, Gordon, 2011) oraz teorię bólu psychicznego Shneidman (Simon, Hales, 2012). Ponadto, bardzo dobrze znana, teoria Becka (O'Connor, Platt, Gordon, 2011) opisująca ryzyko samobójstwem ze względu na błędy systemu poznawczego. W przypadku prowadzonych w tej pracy badań wykorzystana zostanie Interpersonalna Teoria Zachowań Samobójczych (Interpersonal Theory of Suicide, ITS; Joiner, 2005), która jest jednym z ważniejszych konstruktów opisujących zachowania suicydalne. Zakłada ona współwystępowanie trzech czynników zwiększających ryzyko próby samobójczej. Współwystępowanie zmiennych jakimi są niezaspokojona potrzeba przynależności (thwarted belongingness) oraz poczucie, że jest się nie do zniesienia (perceived burdensomeness), prowadzi do występowania chęci odebrania sobie życia, czyli myśli samobójczych. Jednak gdy dołączymy do tego zdolność do podjęcia samobójstwa (capability for suicide) to możemy oczekiwać, że dana osoba podejmie próbę samobójczą. Presuicydalny wpływ – w prezentowanym modelu – wywierają np. zaburzenia psychiczne, które są zaliczane do czynników ryzyka (Van Orden i in., 2010).

Według założeń teoretycznych, czynnikiem ryzyka wystąpienia myśli suicydalnych oraz zachowań samobójczych może być zarówno **poczucie beznadziejności** (Klonsky i in., 2012; Beck i in., 1974; Wetzel, Margulies, Davies, Karam, 1980; Topol, Reznikoff, 1982) i **udaremnionej przynależności, postrzeganie bycia ciężarem i zdolności do podjęcia samobójstwa** (Cuckrowitz i in., 2013; Murariu, 2016; Van Orden i in., 2008; Van Orden i in., 2010; Van Orden i in., 2012; Cero i in., 2015; Chu i in., 2017; Ma, Batterham, Calear, Han, 2016), **myśli samobójcze** (Beck i in., 1972; Wu, Chen, Yu, Duan, Jiang, 2015; Liu, Tein, Zhao, Sandler, 2005; Nock i in., 2008). Ponadto **neurotyczność** (Brent i in., 1993; Brent i in., 1994; Anestis i in., 2014; Baca-Garcia i in., 2005; Bender i in., 2011; Carli i in., 2010; Dougherty i in., 2003; Renaud i in., 2008; Colson, 1972; Pallis, Jenkins, 1977; Walker, Chang, Hirsch, 2017; Bi i in., 2017). Ponadto do czynników ryzyka, jak i chronionych można zaliczyć **umiejętność radzenia sobie ze stresem** (Tang, Xue, Qin, 2015; Mei-Chuan Wang, 2007). Zmienna ta niewątpliwie koreluje z zachowaniami samobójczymi, zwłaszcza w przypadku osób, które nagle znalazły się w sytuacji krytycznej (hospitalizowane z powodu ostrej reakcji na stres, bądź ze względu na zaburzenia adaptacyjne). Ważnym czynnikiem ryzyka mogą być również **zaburzenia psychiczne** (Bjerkset i in., 2008, Abreu i in., 2009), jednak w przypadku

podjętych badań wykluczone były osoby, które cierpiały z powodu objawów psychotycznych, ciężkiej depresji (względny etyczne) bądź z zaburzeniami funkcji poznawczych. Celowo w badaniu jedną ze zmiennych są zaburzenia psychiczne, a nie choroba psychiczna, gdyż m.in. według obowiązującej w Polsce Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego (UoOZP z dnia 19 sierpnia 1994, Dz. U. 1994 Nr 111 poz. 535) osoba chora psychicznie to osoba wykazująca zaburzenia psychotyczne. Jak wskazują badania, predyktorem myśli samobójczych bardzo często są zaburzenia psychiczne, również te związane ze stresem, krótkie i przemijające (Bradvik, 2018; Bachmann, 2018; Nordentoft i in., 2011; Holmstrand, Bogren, Mattisson, Brådvik, 2015; Hawton i in., 2013). **Negatywne zdarzenia życiowe** mogą negatywnie wpływać na stan psychiczny osoby. W tym powodować poczucie lęku, depresji, a także pojawienie się zachowań samobójczych oraz myśli suicydalnych (Jonker, Rosmalen, Schoevers, 2017; Miloyan, Bienvenu, Brilot, Eaton, 2018; Arpawong i in., 2016; Wickramasinghe, Almeida, Samarasekera, 2019; Lee, Kim, 2019). Negatywne zdarzenia życiowe wpływają na załamanie się linii życiowej/wyczerpanie posiadanych zasobów, co może wpływać na niskie poczucie nadziei. Jak pokazują badania **używanie substancji psychoaktywnych** (Wesonga i in., 2021; Yuodelis-Flores, Ries, 2015) na całym świecie wiąże się w wielu przypadkach z podejmowaniem próby samobójczej przez osoby w różnym wieku. Dokonywanie samobójstwa pod wpływem alkoholu stanowi 25-50% wszystkich podjętych prób samobójczych w Polsce (Lasota i in., 2020). W przypadku osób uzależnionych od alkoholu czynnikiem ryzyka wystąpienia zachowań samobójczych są np.: poczucie beznadziejności, neurotyczność, niska samoocena, zaburzenia osobowości (Conner i in., 1999; Verona, Patrick, Joiner, 2001), historia samobójstwa w rodzinie lub w przypadku osób znaczących (Preuss i in., 2002), a także wiek, czy płeć. Ponadto, jak podaje Dragisic i wsp. (2015) próby samobójcze są podejmowane sześć razy częściej u osób nadużywających różnych substancji psychoaktywnych niż w grupie wolnej od używek. Z kolei wiek oraz **podejmowanie wcześniejszych prób** są również brane pod uwagę jako czynniki wpływające na zachowania samobójcze (Goñi Sarriés, 2018). Szacuje się, że najwięcej prób samobójczych jest w grupie osób dorosłych w średnim wieku (45-64 lata), natomiast najniższy w wieku 18-29 lat (American Foundation for Suicide Prevention). Niemniej jednak – jak pokazują badania – bez względu na wiek osoby, które doświadczają myśli samobójczych są w takim samym stopniu narażone na podjęcie próby suicydalnej (Rossom i in., 2017). Natomiast rodzinna

historia samobójstwa (członka rodziny, bądź osoby bliskiej) zwiększa ryzyko samobójstwa, a efekt ten jest niezależny od występujących w rodzinie zaburzeń psychicznych (Qin, Agerbo, Mortensen, 2002). **Poczucie własnej wartości** (Bhar i in., 2008; Marciano, Kazdin, 1994; Overholser i in., 1995; Roberts, Roberts, Chen, 1998; Wild, Flisher, Lombard, 2004; Thompson, 2010) również wiąże się z zachowaniami suicydalnymi, gdyż im wyższe poczucie własnej wartości, tym silniejsza chęć życia i możliwość walki z myślami samobójczym. Stabilna, wysoka samoocena, stanowi niezależny predyktor w zakresie redukcji występujących myśli samobójczych i poczucia beznadziejności. Wiara w siebie wraz z adaptacyjnym stylem radzenia sobie tworzą czynnik chroniący przed podjęciem próby samobójczej (George, Van Den Berg, 2012; Chioqueta, Stiles, 2007). Natomiast **poczucie nadziei** (Snyder i in., 1991) również jest czynnikiem chroniącym przed podjęciem próby suicydalnej, natomiast brak takiego poczucia może wpłynąć na załamanie linii życiowej i zrealizowanie – pojawiających się – myśli samobójczych.

## 5.2. Model oraz pytania i hipotezy badawcze

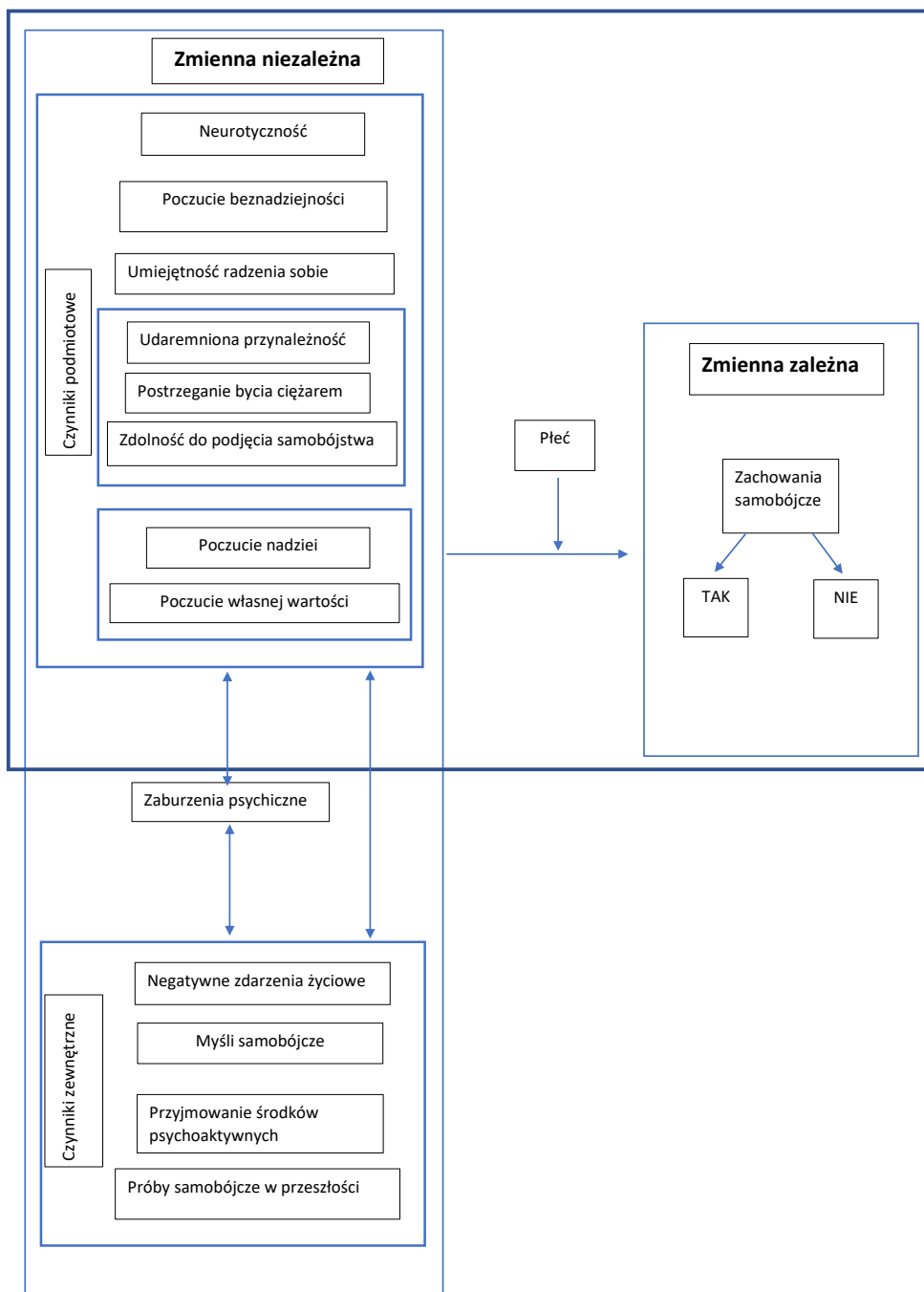
Czynniki ryzyka zachowań samobójczych są analizowane od kilkadziesiąt lat, jednak w ostatnim czasie zainteresowanie tą tematyką znacząco wzrosło, głównie ze względu na sytuację epidemiologiczną na świecie. Na przestrzeni ostatniego roku badacze skupiali się na czynnikach sytuacyjnych (interakcjach z otoczeniem oraz mechanizmach radzenia sobie w sytuacji kryzysowej), a także neurologiczno-somatycznych, jako predyktorach zachowań suicydalnych (Lagerberg i in., 2022; Fernández-Sevillano i in., 2021). Zaczęto również badać wpływ COVID-19 na ryzyko samobójcze, w różnych grupach wiekowych (John i in., 2020). W podjętych badaniach zachowania samobójcze są wyjaśniane poprzez interakcje trzech czynników według Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych oraz współwystępowanie innych zmiennych osobowościowych (powiązanych z konstruktem teoretycznym ITS). Dotychczas tylko kilka badań skupiało się na trójstronnej roli udaremnionej przynależności, postrzeganej uciążliwości (postrzeganie bycia ciężarem) i zdolności do podjęcia samobójstwa jako predyktorów zachowań samobójczych (Joiner i in., 2009; King i in., 2019; Forkmann i in., 2020).

Jak podają autorzy badający zjawisko zachowań samobójczych, wzrasta ono u osób przejawiających zaburzenia psychiczne, toteż w tym obszarze można spotkać wiele rozważań dotyczących zachowań samobójczych. W podjętych przeze mnie badaniach odchodzę od

postrzegania zachowań samobójczych jako zależności, bądź skutku zaburzeń psychicznych. Wcześniej opisane czynniki, jako możliwe predyktory zachowań samobójczych, są pewnym usystematyzowaniem dostępnej wiedzy, jednocześnie odchodząc od, wielokrotnie testowanych, modeli wyjaśniających zjawisko zachowań samobójczych. Przy tworzeniu modelu badawczego zostały wzięte pod uwagę trzy czynniki Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych (ITS) oraz dodatkowe, uzasadnione teoretycznie, predyktory wymieniane w innych badaniach empirycznych, które razem tworzą pewien możliwy model czynnikowy zachowań suicydalnych. Wybór osób zarówno ze zdiagnozowanym zaburzeniem psychicznym jak i bez niego należy uzasadnić w taki sposób, iż stworzony model (wyodrębnione czynniki ryzyka) będzie można odnieść do całej populacji, a nie wyłącznie do osób z zaburzeniem psychicznym, zawężając tym samym jego zastosowanie. Zaburzenie psychiczne nie jest tutaj traktowane jako bezpośredni predyktor zachowań samobójczych, a jako jeden z możliwych czynników ryzyka. Na wstępie należy zaznaczyć, że osoba hospitalizowana z powodu podjętej próby samobójczej nie zawsze ma zdiagnozowaną chorobę psychiczną, taką jak np. depresja, bądź zaburzenia psychotyczne. W takim przypadku podjęta próba jest, często, wynikiem np. objawów psychotycznych, bądź objawów głębokiej depresji. Tworząc model badawczy założono, iż w większości przypadków osoby po próbie samobójczej to takie, które nie posiadały zasobów, aby poradzić sobie z trudną/niekorzystną sytuacją życiową, odczuwały negatywne emocje względem siebie i świata, a także posiadały cechy osobowości predysponujące do zachowań autodestrukcyjnych w powiązaniu z niekorzystnymi zdarzeniami zewnętrznymi. Nie wyklucza to współwystępowania zaburzeń psychicznych takich jak np. zaburzenia afektywne (wyłączając osoby z depresją). Osoby badane odczuwały wiele negatywnych emocji, nie tylko w danym momencie, ale również w perspektywie przyszłości. Ponadto występowanie myśli samobójczych należy stanowczo odróżniać od zamiarów, czy samej próby samobójczej, ich występowanie może przyjmować pewną zależność, jednak nie musi. Stąd też, w modelu, myśli suicydalne ujęte są jako możliwy predyktor zachowań samobójczych, jednak – jak dowodzą badania – nie każda myśl jest związana z późniejszą próbą samobójczą. Analizując w taki sposób zachowania suicydalne, należy przyjąć, że teoretycznie każdy człowiek może podjąć próbę suicydalną, niekoniecznie pod wpływem objawów choroby psychicznej. Należy zatem wyodrębnić możliwe czynniki, które mogą być predyktorem zachowań samobójczych w grupie kobiet i mężczyzn. Jak

pokazują badania czynniki ryzyka mogą znacząco różnić się w obu płciach (Tsujimoto, Taketani, Yano, Yamamoto, Ono, 2015; Canetto, 2008). W związku z powyższym uzasadnionym jest podział międzypłciowy w modelu poszukiwania czynników ryzyka i czynników chroniących.

Model badawczy powstał w oparciu o literaturę oraz metaanalizę badań z zakresu suicydologii. Należy podkreślić, iż dotychczas głównie skupiano się na zachowaniach samobójczych jako efekcie zaburzeń psychicznych, bądź uszkodzeń mózgu. Prezentowany poniżej model skupia się przede wszystkim na czynnikach pozachorobowych, prezentowanych przez każdego człowieka – jego osobowości. Poruszany problem został ujęty w modelu regresyjno-korelacyjnym. W celu weryfikacji hipotez przeprowadzono analizę podstawowych statystyk opisowych, testy t Studenta dla prób niezależnych, testy U Manna Whitney’ a, testy chi kwadrat niezależności, analizę regresji logistycznej oraz analizę klastrową. Prezentowana zmienna niezależna to zmienna dychotomiczna – zachowania samobójcze i brak zachowań samobójczych. Natomiast do wyodrębnionych zmiennych niezależnych zaliczamy czynniki podmiotowe oraz czynniki zewnętrzne (sytuacyjne i socjodemograficzne) (rys. 4). Model badawczy był testowany w grupie 181 osób, obu płci. 88 osób to grupa kobiet i mężczyzn nieprzejawiających zachowań samobójczych teraz i w przeszłości (grupa kontrolna), a druga grupa, pozostałe 93 osoby, to kobiety i mężczyźni przejawiający zachowania samobójcze, tzn. hospitalizowani w szpitalu psychiatrycznym z powodu podjętej próby suicydalnej (grupa kliniczna). Jak zostało wspomniane, do modelu regresyjnego włączono zmienne podmiotowe jako odpowiedź na poszukiwanie osobowościowych czynników ryzyka i czynników chroniących (w nawiązaniu do Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych – ITS). Ponadto weryfikowano zależności i różnice międzypłciowe przy udziale czynników zewnętrznych w grupie osób po podjętej próbie samobójczej w celu odpowiedzi na pytania i hipotezy badawcze dotyczące funkcjonowania osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania.



**Rysunek 4. Model badawczy – opracowanie własne.**

Zgodnie z założeniami pracy badawczej, na podstawie dostępnych danych empirycznych, dostępnej literatury oraz zaprezentowanego modelu badawczego zaproponowano pytania i hipotezy badawcze.

*Pytania i hipotezy badawcze dotyczące prezentowanych cech i zachowań w grupie klinicznej i kontrolnej*

**PB1: Czy grupa kliniczna i kontrolna różnią się pod względem natężenia czynników podmiotowych**

H1: Osoby z samobójczymi zaburzeniami zachowania cechują się wyższym poziomem radzenia sobie skoncentrowanym na emocjach i niższym stylem skoncentrowanym na zadaniu aniżeli grupa bez samobójczych zaburzeń zachowania

H2: Osoby z samobójczymi zaburzeniami zachowania cechują się niższym poczuciem własnej wartości aniżeli grupa kontrolna

H3: Osoby z grupy klinicznej mają wyższe poczucie beznadziejności aniżeli grupa kontrolna

H4: Osoby z grupy klinicznej mają wyższy poziom niezaspokojonych potrzeb interpersonalnych i większą zdolność do podjęcia samobójstwa aniżeli osoby z grupy kontrolnej

H5: Osoby z grupy klinicznej mają wyższy poziom neurotyczności aniżeli osoby z grupy kontrolnej

H6: Osoby z grupy klinicznej mają większą zdolność do podjęcia samobójstwa aniżeli osoby z grupy kontrolnej

H7: Grupa bez samobójczych zaburzeń zachowania cechuje się wyższym poziomem poczucia nadziei

*Pytania i hipotezy badawcze dotyczące porównań międzypłciowych pod względem prezentowanych cech i zachowań w grupie klinicznej*

**PB2: Czy kobiety i mężczyźni z grupy klinicznej różnią się pod względem natężenia czynników podmiotowych i czynników zewnętrznych?**

H1: Kobiety ujawniające zachowania samobójcze częściej aniżeli mężczyźni w sytuacjach stresowych wykorzystują styl skoncentrowany na emocjach

H2: Mężczyźni częściej ujawniają styl skoncentrowany na unikaniu aniżeli kobiety

H3: Mężczyźni z samobójczymi zaburzeniami zachowania mają wyższą zdolność do podjęcia samobójstwa aniżeli kobiety

H4: Mężczyźni podejmujący próbę samobójczą częściej aniżeli kobiety nadużywają innych substancji psychoaktywnych

H5: Kobiety podejmujące próbę samobójczą częściej aniżeli mężczyźni z tej grupy nadużywają alkoholu

H6: Kobiety podejmują więcej prób samobójczych w ciągu życia aniżeli mężczyźni

H7: Kobiety częściej zgłaszają myśli samobójcze aniżeli mężczyźni

*Pytania i hipotezy dotyczące funkcjonowania psychologicznego kobiet i mężczyzn z samobójczymi zaburzeniami zachowania*

**PB3: Czy kobiety doświadczające negatywnych wydarzeń życiowych różnią się od mężczyzn z takimi doświadczeniami w zakresie natężenia zmiennych osobowościowych?**

**PB4: Czy istnieją różnice w zakresie zmiennych osobowościowych pod względem doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych w grupie osób po podjętej próbie samobójczej?**

H1: Osoby doświadczające negatywnych wydarzeń życiowych kierują się stylem skoncentrowanym na unikaniu częściej aniżeli osoby bez doświadczeń negatywnych wydarzeń życiowych

H2: Osoby doświadczające negatywnych wydarzeń życiowych doświadczają wyższego poziomu beznadziejności aniżeli osoby bez takich doświadczeń

H3: Osoby doświadczające negatywnych wydarzeń życiowych mają większą zdolność do podjęcia samobójstwa aniżeli osoby bez takich doświadczeń

**PB5: Czy istnieją różnice pod względem nasilenia zmiennych podmiotowych wśród osób, które ujawniają myśli samobójcze?**

**PB5a: Czy osoby doświadczające myśli samobójczych mają wyższe natężenie niezaspokojonych potrzeb interpersonalnych?**

H1: Osoby doświadczające myśli samobójczych częściej kierują się stylem skoncentrowanym na unikaniu aniżeli osoby bez doświadczanych myśli samobójczych

H2: Osoby doświadczające myśli samobójczych cechują się niższym poczuciem własnej wartości

H3: Osoby doświadczające myśli samobójczych mają wyższy poziom neurotyczności aniżeli osoby bez takich doświadczeń

H4: Osoby doświadczające myśli samobójczych mają wyższy poziom poczucia beznadziejności aniżeli osoby bez takich doświadczeń



H5: Osoby doświadczające myśli samobójczych mają wyższą zdolność do podjęcia samobójstwa w porównaniu z osobami, które nie doświadczają myśli samobójczych

**PB6: Czy osoby z grupy klinicznej przyjmujące środki psychoaktywne częściej ujawniają myśli samobójcze?**

H1: Osoby doświadczające myśli samobójczych częściej nadużywają środków psychoaktywnych aniżeli osoby wolne od myśli samobójczych

**PB7: Czy istnieją różnice w zakresie zdolności do podjęcia samobójstwa, poczucia własnej wartości, neurotyczności i poczucia beznadziejności w zależności od wystąpienia prób samobójczych w przeszłości w grupie kobiet i w grupie mężczyzn z grupy klinicznej?**

H1: Osoby, które podjęły próbę samobójczą w przeszłości mają wyższą zdolność do podjęcia samobójstwa aniżeli osoby bez historii samobójstwa w przeszłości

H2: Osoby, które podjęły próbę samobójczą w przeszłości mają wyższy poziom poczucia beznadziejności i niższy poziom poczucia własnej wartości aniżeli osoby bez takiej historii.

H3: Osoby podejmujące kolejną próbę samobójczą mają wyższy poziom neurotyczności aniżeli osoby podejmujące próbę samobójczą po raz pierwszy

**PB8: Czy występują różnice w zakresie czynników podmiotowych w zależności od stwierdzonej choroby psychicznej w grupie kobiet i w grupie mężczyzn**

**PB9: Czy występują różnice międzypłciowe w zakresie prezentowanych cech podmiotowych u osób z diagnozą choroby psychicznej?**

**PB10: Jakie zależności występują pomiędzy czynnikami zewnętrznymi, a zaburzeniami psychicznymi w grupie kobiet i w grupie mężczyzn w grupie klinicznej?**

*Pytanie i hipotezy badawcze dotyczące czynników ryzyka i czynników chroniących zachowań samobójczych w grupie kobiet i mężczyzn*

**PB11: Które ze zmiennych zawartych w modelu badawczym są czynnikami ryzyka, a które czynnikami chroniącymi przed podejmowaniem zachowań samobójczych?**

H1: Styl skoncentrowany na unikaniu jest czynnikiem ryzyka zachowań suicydalnych

H2: Czynnikiem ryzyka zachowań samobójczych w grupie mężczyzn jest poczucie beznadziejności

H3: Udaremniona przynależność jest czynnikiem ryzyka w grupie mężczyzn

H4: Interakcja pomiędzy potrzebami interpersonalnymi oraz zdolnością do podjęcia samobójstwa jest predyktorem zachowań suicydalnych.

H5: Interakcja pomiędzy poczuciem beznadziejności oraz potrzebami interpersonalnymi jest istotnym predyktorem zachowań samobójczych.

***Pytanie badawcze uzupełniające badania o profil psychologiczny osób podejmujących próbę samobójczą***

**PB12: Czy można stworzyć profil psychologiczny osób podejmujących próby samobójcze i czy różni się od profilu osób niepodejmujących prób samobójczych?**

Dotychczasowy stan wiedzy nie upoważnia do sformułowania szczegółowych i jednoznacznych hipotez dotyczących wszystkich analizowanych zależności pomiędzy zmiennymi występującymi w badaniu. W obszarach, w których nie postawiono dokładnych hipotez i posłużono się wyłącznie pytaniami badawczymi, badania mają charakter eksploracyjny. Kierunek występujących zależności zostanie określony na podstawie przeprowadzonych analiz.

### **5.3. Operacjonalizacja zmiennych**

W zaprezentowanym modelu badawczym wyodrębniono trzy grupy czynników ryzyka wchodzących w skład zmiennych niezależnych oraz zmienną zależną, w postaci dychotomicznej. Poniżej przedstawiona została operacjonalizacja zmiennych (tabela 1) w prezentowanym modelu badawczym.

**Tabela 1**

***Operacjonalizacja zmiennych (opracowanie własne)***

<b>Rodzaj zmiennej</b>	<b>Zmienna</b>	<b>Wskaźnik</b>	<b>Narzędzie pomiaru</b>
<b>Zmienna niezależna</b>	Neurotyczność	Suma punktów na skali <i>neurotyczność</i>	NEO-FFI, P. T. Costa, R. R. McCrae (Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P., Śliwińska, M., 1998), wyłącznie pytania dotyczące pomiaru zmiennej neurotyczność
	Poczucie beznadziejności	Suma punktów na skali <i>poczucie beznadziejności</i>	Skala beznadziejności Becka (BHS), (Beck i wsp. 1974). Procedura translacji, ocena wartości współczynnika korelacji dwóch wersji językowych

Umiejętność radzenia sobie	Suma punktów na skalach: <i>Styl skoncentrowany na zadaniu</i> <i>Styl skoncentrowany na emocjach</i> <i>Styl skoncentrowany na unikaniu</i>	CISS, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych, N. S. Endler, J. D. A. Parker (Szczepaniak, P., Strelau, J., Wrześniewski, K., 2020)
Potrzeby interpersonalne	Suma punktów na skalach: <i>Postrzeganie bycia ciężarem</i> <i>Udaremniona przynależność</i>	INQ-15, Van Orden i.in., (2012). Procedura translacji, ocena wartości współczynnika korelacji dwóch wersji językowych
Zdolność do samobójstwa	Suma punktów na skalach: <i>Poczucie nieustraszoneści wobec śmierci</i> <i>Przyjemność z obserwowania przemocy</i> <i>Niewrażliwość na widok krwi</i> <i>Brak strachu przed umieraniem</i> <i>Ogólna nieustraszoneść</i> <i>Zdolność do podjęcia samobójstwa</i> <i>Wynik ogólny</i>	ACSS-20, Ribeiro, J.D.; Witte, T. K., Van Orden, K. A., Selby, E. A., Gordon, K. H., Bender, T. W., Joiner, T. E. (2014). Procedura translacji, ocena wartości współczynnika korelacji dwóch wersji językowych
Myśli samobójcze	Odpowiedzi TAK i NIE	Ankieta własna
Poczucie własnej wartości	Suma punktów na skali: <i>poczucie własnej wartości</i>	The Coopersmith Self-Esteem Inventory (CSEI), Ryden, M. B. (1978). Procedura translacji, ocena wartości współczynnika korelacji dwóch wersji językowych
Poczucie nadziei	Suma punktów na skalach: <i>Umiejętność znajdowania rozwiązań</i> <i>Siła woli</i> <i>Wynik ogólny</i>	KNS, Kwestionariusz Nadziei na Sukces, Łąguna, M., Trzebiński, J., Zięba M. (2005)

	Rozpoznana choroba psychiczna/ zaburzenie psychiczne	Odpowiedzi TAK/NIE <i>Jeśli tak, to jakie...</i>	Ankieta własna, dokumentacja medyczna
	Negatywne zdarzenia życiowe	Odpowiedzi TAK/NIE <i>Jeśli tak to jakie...</i>	Ankieta własna
	Przyjmowanie środków psychoaktywnych	Odpowiedzi TAK/NIE	Ankieta własna
	Próby samobójcze w przeszłości	Odpowiedzi TAK/NIE	Ankieta własna
<b>Zmienna zależna</b>	Zachowania samobójcze	Zmienna dychotomiczna	Dokumentacja medyczna pacjenta, przyczyna przyjęcia do szpitala psychiatrycznego
<b>Zmienna grupująca</b>	Płeć	Kobieta, mężczyzna	Dane osobowe

#### 5.4. Organizacja i przebieg badań własnych

Badania były prowadzone w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybnik w 2021 roku, po wcześniejszym uzyskaniu zgody dyrektora szpitala oraz zgody kierowników oddziałów na prowadzenie badań. Próby badawcze odbywały się na Oddziałach przyjęciowych w/w szpitala. Przed rozpoczęciem badań właściwych, przygotowane testy, zostały poddane weryfikacji (pod kątem przeciążenia, przepracowania pacjentów) przez zespół psychologów oraz lekarza psychiatrii. Uznano, że badanie nie jest obciążające dla pacjentów oddziałów przyjęciowych i może zostać przeprowadzone w pierwotnej, zaproponowanej formie. Projekt badań wraz z opisem procedury badawczej został przedstawiony powołanej Komisji Etyki Badań Naukowych, nie stwierdzono możliwego naruszenia zasad etycznych podczas prowadzenia badań. Po wyrażeniu ostatecznej, pozytywnej opinii dotyczącej procedury badań wraz z przygotowanymi metodami, rozpoczęto dobór pacjentów. Osoby z grupy klinicznej były kwalifikowane do badania na podstawie wywiadu wstępnego, po czym w badaniach właściwych – trwających średnio około 2h, przebiegających w dwóch etapach: w pierwszym etapie uzupełniano ankietę i część metod psychologicznych, a w drugim uzupełniono pozostałe testy psychologiczne. Podjęto decyzje o dwuetapowym postępowaniu, ze względu na możliwość znużenia i zmęczenie badanych. W każdym momencie pacjenci mogli zadawać pytania osobie badającej oraz w każdym momencie mogli zrezygnować z badania, bez

konsekwencji. Biorąc pod uwagę dobro pacjenta, każdy z badanych miał możliwość uzyskania pomocy (opieki) ze strony drugiego psychologa, w sytuacji, gdy wymagał tego jego stan psychiczny, bądź gdy pacjent zadeklarował taką potrzebę.

Badania odbywały się do 4 dni od przyjęcia pacjenta na Oddział. Taki okres został przyjęty ze względu na możliwie najkrótszy okres badania po podjęciu próby samobójczej, ale nade wszystko z uwagi na najbezpieczniejszy czas, mając na względzie wrażliwy charakter grupy badawczej. Po zakończeniu, w ramach pracy oddziału, zgodnie z potrzebą udzielano wsparcia każdej osobie badanej.

Osoby z grupy kontrolnej to ochotnicy, osoby spoza osób hospitalizowanych z powodu podjętej próby samobójczej, nieleczone z powodu zachowań suicydalnych oraz bez czynnej produkcji psychotycznej. Były to osoby dorosłe, które świadomie wyraziły zgodę na udział w badaniu. Każda z osób została poinformowana o celu oraz procedurze badania, a także możliwości rezygnacji w dowolnym momencie. W razie konieczności każdy uczestnik mógł skorzystać z pomocy psychologicznej przez osobę bezpośrednio niezaangażowaną w prowadzone badania.

## **5.5. Metody badawcze**

W prezentowanej pracy zostało użyte 7 kwestionariuszy psychologicznych oraz ankieta, stworzona na potrzeby badania. Testy psychologiczne badają obszar osobowościowy jednostki, składowe zachowań samobójczych, strategie radzenia sobie ze stresem oraz poczucie własnej wartości i nadziei. Ankieta zawiera pytania odnoszące się do poprzednich hospitalizacji, chorób psychicznych, przeszłości związanej z podejmowanymi próbami samobójczymi, bądź występowaniem myśli suicydalnych. Ponadto zawiera pytanie odnoszące się do niekorzystnych wydarzeń życiowych w ciągu ostatnich 6ciu miesięcy, a także przyjmowania/nadużywania substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu. Kontrolnie jest weryfikowane aktualne samopoczucie badanego określane w sposób subiektywny, na skali. Zabieg ten był konieczny w celu oceny ryzyka suicydalnego na oddziale i podjęcia ewentualnych kroków zgodnie z procedurą oddziału.

### **5.5.1. Opis narzędzi badawczych**

Każde z wykorzystanych narzędzi badawczych jest metodą o zadowalającym, bądź wysokim wskaźniku rzetelności. Testy dostępne w języku angielskim zostały poddane

translacji. Z kolei pytania zawarte w ankiecie miały na celu zgromadzenie danych dotyczących zachowań suicydalnych, uzależnień/nadużywania/chorób psychicznych, itp.

***NEO-FFI, P. T. Costa, R. R. McCrae (Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P., Śliwińska, M., 1998)***

Inwentarz (por. załącznik nr 1) przeznaczony do badania zarówno kobiet, jak i mężczyzn. Cechujący się niskim stopniem skomplikowania pytań. Test składa się z 60ciu pytań przypisanych do 5ciu skal, którymi są podstawowe wymiary osobowości, według Pięcioczynnikowej Teorii Osobowości (Wielkiej Piątki). Biorąc pod uwagę założenia teoretyczne modelu badawczego, w badaniach wykorzystano wyłącznie pytania dotyczące jednej ze skal, a mianowicie neurotyczności (12 pozycji). Rzetelność (wartość alfa Cronbacha) dla tej skali wynosi 0,86. Badany odpowiada na kolejne pozycje testowe zaznaczając jedną z pięciu dostępnych odpowiedzi: 1 – *gdy się zdecydowanie nie zgadzasz, lub gdy to stwierdzenie jest zupełnie nietrafne*, 2 – *gdy się nie zgadzasz, lub gdy to stwierdzenie jest raczej nietrafne*, 3 – *gdy nie masz zdania lub nie możesz się zdecydować lub też gdy to stwierdzenie jest równie trafne jak nietrafne*, 4 – *gdy się zgadzasz, lub gdy to stwierdzenie jest raczej trafne*, 5 – *gdy się zdecydowanie zgadzasz, lub gdy to stwierdzenie jest całkowicie trafne*. Suma punktów oznacza wynik w skali neurotyczność. Czynniki neurotyczność w *kwestionariuszu NEO-FFI* opisywany jest jako cecha osobowości, na podstawie której można wnioskować o przystosowaniu emocjonalnym, bądź emocjonalnym niezrównoważeniu. Skala neurotyczność odzwierciedla podatność na doświadczanie negatywnych emocji (strachu, zmieszania, gniewu, poczucia winy, niezadowolenia i wrażliwości na stres). Wysoki poziom neurotyzmu rzutuje na funkcjonowanie człowieka w zakresie jego interakcji z otoczeniem, powodując reakcje impulsywne, irracjonalne, z niską zdolnością radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Wynikiem końcowym (wskazującym na nasilenie cechy) jest suma wyników w skali.

***Skala beznadziejności Becka (BHS), (Beck i wsp. 1974)***

*Skala beznadziejności Becka* (por. załącznik nr 2) zbudowana jest z 20 twierdzeń, które odnoszą się do ostatniego tygodnia. Jest samoopisowym inwentarzem dla osób dorosłych. Autorzy podają, iż spójność wewnętrzna skali, którą oceniono za pomocą współczynników KR-20, uznano za doskonałą (0,93). W teście badany udziela odpowiedzi *TAK* lub *NIE*. 9 stwierdzeń zostało zakodowanych jako fałszywe, 11 jako prawdziwe. Każda odpowiedź może być punktowana 0-1. Wynik końcowy, jest całkowitym „wynikiem beznadziejności”. Badany

może uzyskać od 0 do 20 punktów, co oznacza nasilenie poczucia beznadziejności. Autorzy wykazali, że BHS jest wiarygodnym i trafnym narzędziem mierzącym poczucie beznadziejności (Beck, i.in., 1974). Wyjaśniali również, iż beznadziejność jest konceptualizowana jako negatywne przekonania i oczekiwania dotyczące przyszłości. Badania wykazały wartość predykcijną wysokich wskaźników beznadziejności w przypadku myśli i prób samobójczych w badaniach klinicznych (Liu, i.in., 2015).

### **Tłumaczenie kwestionariusza**

W celu wykorzystania *Skali beznadziejności Becka* dokonano tłumaczenia oryginalnej wersji na język polski przez dwóch niezależnych tłumaczy, filologa angielskiego oraz psychologa, doświadczonego tłumacza z języka angielskiego. Powyższe wersje były podstawą ostatecznej wersji kwestionariusza wykorzystanego w badaniu. Następnie porównano zgodność obu wersji, analizując każde stwierdzenie osobno. Gdy dochodziło do rozbieżności pomiędzy wersjami, odwoływano się do wersji oryginalnej i wybierano najbardziej zbliżoną, która oddawała sens i znaczenie pytania. W późniejszym okresie przeprowadzono badania pilotażowe (N=20, M=34,0 lat, SD=13,16), aby sprawdzić czy pozycje testu są zrozumiałe i jednoznaczne. Żadna z pozycji nie stanowiła problemu dla badanych. W ostatnim etapie przeprowadzono badania na osobach dwujęzycznych (N=10, M=36,0 lat, SD=15,12), co miało na celu sprawdzenie równoważności językowej dwóch wersji kwestionariusza. 5 osób wypełniało na początku wersję anglojęzyczną, a po upływie dwóch tygodni polskojęzyczną, kolejne 5 osób wypełniało kwestionariusz w odwrotnej kolejności, również z dwutygodniowym odstępem czasowym. Wyniki poddano analizie, korelując ze sobą wyniki pozycji dwóch wersji językowych. Po przeanalizowaniu wyników uznano, że każda z pozycji była równoważna (współczynnik korelacji wahał się pomiędzy 0,82-0,97). Tak uzyskano ostateczną wersję kwestionariusza wykorzystaną w badaniach.

***CISS, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych, N. S. Endler, J. D. A.***

**Parker (Szczepaniak, P., Strelau, J., Wrześniewski, K., 2020)**

Kwestionariusz (por. załącznik nr 3) przeznaczony do badania osób powyżej 18 roku życia. Test jest zbudowany z 48 twierdzeń, które odnoszą się do różnych zachowań jakie ludzie prezentują w sytuacjach stresowych. Test opiera się na interakcyjnym modelu teoretycznym. Autorzy podają, iż w sytuacji stresu człowiek podejmuje działania, które są efektem interakcji, która jest efektem współdziałania cech danej sytuacji, a stylem radzenia sobie, który jest

charakterystyczny dla danego człowieka. Styl jaki prezentuje dana jednostka jest dla niej charakterystyczny i opiera się na świadomych mechanizmach psychicznych (Endler, Parker, Ridder, van Heck, 1990). Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do twierdzeń na pięciostopniowej skali, od 1 do 5, gdzie jeden oznacza *nigdy*, a pięć *bardzo często*. Badany zaznacza z jaką częstotliwością występują dane zachowania w prezentowanej sytuacji. Każda skala składa się z 16 twierdzeń. Wynikiem końcowym jest suma punktów w każdej ze skal, liczonych osobno, gdzie badany może uzyskać minimalnie 16, a maksymalnie 80 punktów, co oznacza nasilenie danego stylu radzenia sobie w sytuacji stresowej. Autorzy wyróżniają następujące skale: *styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ)*, *styl skoncentrowany na emocjach (SSE)*, *styl skoncentrowany na unikaniu (SSU)*, który może przyjmować dwie formy *angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ)* oraz *poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT)*. Współczynnik rzetelności  $\alpha$  Cronbacha dla wersji polskiej mieści się w granicach od 0,74 do 0,88 dla trzech głównych skal.

#### ***INQ-15, Van Orden i.in., (2012).***

*Kwestionariusz Potrzeb Interpersonalnych (INQ)* (por. załącznik nr 4) służy do oceny dwóch wymiarów ryzyka zachowań samobójczych na podstawie Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych (ITS), a mianowicie *udaremnionej przynależności (TB)* i *postrzegania bycia ciężarem (PB)*. TB rozumiana jest jako poczucie samotności i postrzegany brak wzajemnych relacji, z kolei PB jako poczucie nienawiści do siebie oraz poczucie bycia niepotrzebnym/niewygodnym dla innych. *INQ-15* składa się z 15 pytań ocenianych na 7-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza „zupełnie nieprawdziwe”, a 7 „zupełnie prawdziwe”. Stwierdzenia dotyczą aktualnych przekonań. Test zawiera pytania kodowane odwrotnie, suma wyników w poszczególnych skalach oznacza natężenie danej zmiennej/ danego poczucia. Badania kliniczne przeprowadzone przez Mitchella (2020) wykazały, że współczynniki alfa Cronbacha dla TB wyniósł 0,91, a dla PB 0,94.

#### **Tłumaczenie kwestionariusza**

W celu wykorzystania kwestionariusza *INQ-15* dokonano tłumaczenia oryginalnej wersji na język polski przez dwóch niezależnych tłumaczy, filologa angielskiego oraz psychologa, doświadczonego tłumacza z języka angielskiego. Powyższe wersje były podstawą ostatecznej wersji kwestionariusza wykorzystanego w badaniu. Następnie porównano zgodność obu wersji, analizując każde stwierdzenie osobno. Gdy dochodziło do rozbieżności pomiędzy



wersjami, odwoływano się si wersji oryginalnej i wybierano najbardziej zbliżoną, która oddawała sens i znaczenie pytania. W późniejszym okresie przeprowadzono badania pilotażowe (N=20, M=32,7 lat, SD=12,36), aby sprawdzić czy pozycje testu są zrozumiałe i jednoznaczne. Żadna z pozycji nie stanowiła problemu dla badanych. W ostatnim etapie przeprowadzono badania na osobach dwujęzycznych (N=10, M=33,2 lat, SD=14,28), co miało na celu sprawdzenie równoważności językowej dwóch wersji kwestionariusza. 5 osób wypełniało na początku wersję anglojęzyczną, a po upływie dwóch tygodni polskojęzyczną, kolejne 5 osób wypełniało kwestionariusz w odwrotnej kolejności, również z dwutygodniowym odstępem czasowym. Wyniki poddano analizie, korelując ze sobą wyniki pozycji dwóch wersji językowych. Po przeanalizowaniu wyników uznano, że każda z pozycji była równoważna (współczynnik korelacji wahał się pomiędzy 0,87-0,96). Tak uzyskano ostateczną wersję kwestionariusza wykorzystaną w badaniach.

**ACSS-20, Ribeiro, J. D., Witte, T. K., Van Orden, K. A., Selby, E. A., Gordon, K. H., Bender, T. W., Joiner, T. E. (2014).**

*Skala Nabytej Zdolności do Samobójstwa (ACSS-20)* (por. załącznik nr 5) służy do oceny jednego z trzech głównych konstruktów Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych. Kwestionariusz składa się z pięciu skal: *poczucie nieustraszonego wobec śmierci (6 pozycji)*, *przyjemność z obserwowania przemocy (3 pozycje)*, *niewrażliwość na widok krwi (2 pozycje)*, *brak strachu przed umieraniem (4 pozycje)*, *ogólna nieustraszonego (3 pozycje)*. Na każde pytanie badany odpowiada na pięciostopniowej skali Likerta gdzie 1 oznacza *zdecydowanie nie zgadzam się*, a 5 *zdecydowanie zgadzam się*. Skala wykazała dobrą wiarygodność, trafność dyskryminacyjną i zbieżną. Wartość współczynnika alfa Cronbacha dla testu wynosi 0,83 (Rimkeviciene, J., Hawgood, J., O’Gorman, J., De Leo, D., 2017).

### **Tłumaczenie kwestionariusza**

W celu wykorzystania *kwestionariusza ACSS-20* w badaniu dokonano tłumaczenia oryginalnej wersji na język polski przez dwóch niezależnych tłumaczy, filologa angielskiego oraz psychologa, doświadczonego tłumacza z języka angielskiego. Powyższe wersje były podstawą ostatecznej wersji kwestionariusza wykorzystanego w badaniu. Następnie porównano zgodność obu wersji, analizując każde stwierdzenie osobno. Gdy dochodziło do rozbieżności pomiędzy wersjami, odwoływano się si wersji oryginalnej i wybierano najbardziej zbliżoną, która oddawała sens i znaczenie pytania. W późniejszym okresie

przeprowadzono badania pilotażowe (N=20, M=33,85 lat, SD=13,87), aby sprawdzić czy pozycje testu są zrozumiałe i jednoznaczne. Żadna z pozycji nie stanowiła problemu dla badanych. W ostatnim etapie przeprowadzono badania na osobach dwujęzycznych (N=10, M=37,1 lat, SD=13,89), co miało na celu sprawdzenie równoważności językowej dwóch wersji kwestionariusza. 5 osób wypełniało na początku wersję anglojęzyczną, a po upływie dwóch tygodni polskojęzyczną, kolejne 5 osób wypełniało kwestionariusz w odwrotnej kolejności, również z dwutygodniowym odstępem czasowym. Wyniki poddano analizie, korelując ze sobą wyniki pozycji dwóch wersji językowych. Po przeanalizowaniu wyników uznano, że kilka pozycji było nierównoważnych (współczynnik korelacji 0,20-0,38), co spowodowało zmianę wzorowaną na wersji oryginalnej. W pozostałych przypadkach pozycje były równoważne (współczynnik korelacji wahał się pomiędzy 0,79-0,86). Tak uzyskano ostateczną wersję kwestionariusza wykorzystaną w badaniach.

#### ***The Coopersmith Self-Esteem Inventory (CSEI), Ryden, M. B. (1978)***

*Inwentarz poczucia własnej wartości (CSEI)* (por. załącznik nr 6) wersja dla dorosłych służy do badania globalnej miary poczucia własnej wartości oraz 4 podskale (nietestowane w badaniu własnym), a mianowicie wymiary: *Ja ogólne, Rówieśnicy społeczni, Rodzice, Nauczyciele*. Kwestionariusz został stworzony na podstawie skali Rogera i Diamonda (1954), zawiera 58 pozycji, z czego 8 to pytania skali kłamstwa, uzyskanie powyżej 4 punktów oznacza „nadmierne stawianie siebie w lepszym świetle”. Badany odpowiada na pytania zaznaczając „dotyczy mnie”, jeśli twierdzenie opisuje jego samopoczucie, bądź „nie dotyczy mnie”, jeśli zazwyczaj się tak nie czuje. Wiarygodność oryginalnego kwestionariusza była testowana przez Lashkari i Sadati (2005, za: Hedayati, 2006). Rzetelność, wartość alfa Cronbacha, wynosi 0,88 (Ryden, 1978).

#### **Tłumaczenie kwestionariusza**

W celu wykorzystania *kwestionariusza CSEI* w badaniu dokonano tłumaczenia oryginalnej wersji na język polski przez dwóch niezależnych tłumaczy, filologa angielskiego oraz psychologa, doświadczonego tłumacza z języka angielskiego. Powyższe wersje były podstawą ostatecznej wersji kwestionariusza wykorzystanego w badaniu. Następnie porównano zgodność obu wersji, analizując każde stwierdzenie osobno. Gdy dochodziło do rozbieżności pomiędzy wersjami, odwoływano się do wersji oryginalnej i wybierano najbardziej zbliżoną, która oddawała sens i znaczenie pytania. W późniejszym okresie przeprowadzono badania

pilotażowe (N=20, M=33,85 lat, SD=13,87), aby sprawdzić czy pozycje testu są zrozumiałe i jednoznaczne. Żadna z pozycji nie stanowiła problemu dla badanych. W ostatnim etapie przeprowadzono badania na osobach dwujęzycznych (N=10, M=37,1 lat, SD=13,89), co miało na celu sprawdzenie równoważności językowej dwóch wersji kwestionariusza. 5 osób wypełniało na początku wersję anglojęzyczną, a po upływie dwóch tygodni polskojęzyczną, kolejne 5 osób wypełniało kwestionariusz w odwrotnej kolejności, również z dwutygodniowym odstępem czasowym. Wyniki poddano analizie, korelując ze sobą wyniki pozycji dwóch wersji językowych. Po przeanalizowaniu wyników uznano, że kilka pozycji było nierównoważnych (współczynnik korelacji 0,30-0,44), co spowodowało zmianę wzorowaną na wersji oryginalnej. W pozostałych przypadkach pozycje były równoważne (współczynnik korelacji wahał się pomiędzy 0,82-0,87). Tak uzyskano ostateczną wersję kwestionariusza wykorzystaną w badaniach.

**KNS, Kwestionariusz Nadziei na Sukces, Łaguna, M., Trzebiński, J., Zięba M. (2005)**

Kwestionariusz (por. załącznik nr 7) zbudowany jest z 12 twierdzeń które składają się na wynik ogólny oraz pozwalają zmierzyć dwa komponenty nadziei, a mianowicie „*umiejętność znajdowania rozwiązań*” – cztery twierdzenia, a wyniki mieszczą się w przedziale punktowym 4-32 i „*siła woli*” – 4 twierdzenia, a wyniki mieszczą się w przedziale punktowym 4-32. Ponadto autorzy wyróżniają cztery pozycje buforowe. Kwestionariusz bada nadzieję jako cechę, rozumianą przez autorów teorii, na jakiej została oparta pierwotna wersja kwestionariusza (Snyder, 2002) jako jeden z ważnych zasobów osobistych człowieka. Badany (w polskiej wersji) odpowiada na ośmiostopniowej skali, gdzie 1 oznacza „*twierdzenie to jest zdecydowanie nieprawdziwe*”, a 8 „*twierdzenie to jest zdecydowanie prawdziwe*”. Podskale, opisane powyżej, można analizować oddzielnie, bądź jako wynik ogólny poczucia nadziei. Zakres możliwych punktów do uzyskania wynosi 8-64 punkty.

Wskaźnik zgodności wewnętrznej polskiej – wykorzystanej w badaniach – wersji kwestionariusza wyniósł 0,82 (na przestrzeni pięciu badań współczynnik alfa wyniósł od 0,76 do 0,86). W podskalach współczynnik rzetelności wyniósł (umiejętność znajdowania rozwiązań) 0,72 oraz (siła woli) 0,74. Stwierdzono również zadowalającą stabilność kwestionariusza.

### *Ankieta własna*

Narzędzie stworzone na potrzeby badania do zebrania podstawowych danych. *Ankieta* (por. załącznik nr 8) zawiera pytania dotyczące:

- *poprzednich hospitalizacji (pytanie odnoszące się do kwalifikacji);*
- *opisu obecnej hospitalizacji (tylko w grupie klinicznej, pytanie buforowe);*
- *informacji o leczeniu ambulatoryjnym, psychiatrycznym (pytanie odnoszące się do kwalifikacji);*
- *informacji o rozpoznanych chorobach psychiatrycznych i przyjmowanych lekach (pytanie odnoszące się do kwalifikacji);*
- *informacji o urazach głowy, zakażeniach i zapaleniu opon mózgowo rdzeniowych (pytanie odnoszące się do kwalifikacji);*
- *nadużywaniu substancji psychoaktywnych;*
- *prób i myśli samobójczych w przeszłości;*
- *objawów psychotycznych w trakcie podejmowanej próby samobójczej (tylko w grupie klinicznej) oraz spożycia alkoholu bezpośrednio przed podjętą próbą samobójczą*
- *negatywnych wydarzeniach życiowych w ciągu ostatnich sześciu miesięcy*

Ponadto pytaniem kontrolnym było pytanie o *obecne samopoczucie*, gdzie pacjent na skali zaznaczał od „bardzo złe” do „bardzo dobre”. Po zakończonym badaniu badani również udzielali informacji o aktualnym samopoczuciu, co miało na celu weryfikację aktualnego stanu psychicznego, aby w razie potrzeby, udzielić wsparcia psychicznego/pomocy psychologicznej.

### **5.6. Metody statystycznej analizy danych**

Dokonując analizy statystycznej w pierwszej kolejności wykonano analizę podstawowych statystyk opisowych wraz z testem Shapiro-Wilka, liczebności grup, testy Welch'a. Następnie w celu weryfikacji pytań i hipotez badawczych wykonano testy t Studenta dla prób niezależnych, testy U Manna Whitney'a, testy chi kwadrat niezależności, analizę regresji logistycznej oraz dwustopniową analizę skupień. Grupa kontrolna była wykorzystana przy opisie różnic pomiędzy osobami z samobójczymi zaburzeniami zachowania, a bez takich zaburzeń oraz w analizie regresji logistycznej i tworzeniu profilu psychologicznego. Pozostałe analizy zostały wykonane wyłącznie w grupie klinicznej, gdyż badania miały m.in. na celu psychologiczny opis funkcjonowania osobowościowego osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania, również z podziałem na płeć. Z analiz usunięto obserwacje odstające w oparciu

o wykresy rozrzutu. W kolejnej części analiz wykonano analizę regresji logistycznej dla zachowań samobójczych jako zmiennej zależnej, w celu określenia predyktora zachowań samobójczych oraz czynnika chroniącego przed takimi zachowaniami, dodatkowo zbadano powstałą interakcję pomiędzy zmiennymi. Następnie – aby wzbogacić wartość implikacyjną pracy – wykonano analizę skupień w celu stworzenia profilu psychologicznego osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania.

Obliczenia w zakresie statystyk opisowych, różnic i zależności wewnątrzgrupowych, analizy regresji oraz moderacji zostały wykonane w pakiecie statystycznym SPSS Statistics 27 przy użyciu macro PROCESS (Hayes, 2018). Za poziom istotności statystycznej przyjęto klasyczny próg  $\alpha = 0,05$ . Wyniki przeprowadzonych analiz zaprezentowano oraz omówiono w kolejnych punktach pracy.

## **6. Wyniki badań własnych**

Na podstawie przeprowadzonych analiz uzyskano wyniki umożliwiające odpowiedzi na pytania badawcze i weryfikację postawionych hipotez. W niniejszym rozdziale przedstawiono opis statystyczny zmiennych, a także zależności i różnice pomiędzy zmiennymi niezależnymi w grupie klinicznej oraz przedstawiono relację zmiennych niezależnych ze zmienną zależną za pomocą analizy regresji logistycznej w całej grupie badawczej. Dodatkowo zaproponowano poszerzenie analiz o stworzenie profilu psychologicznego osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania.

Zaprezentowane poniżej analizy statystyczne odzwierciedlają układ pytań i hipotez badawczych. W pierwszej kolejności porównano grupę kliniczną i grupę kontrolną, realizowanym celem jest zweryfikowanie różnic osobowościowych pomiędzy osobami z samobójczymi zaburzeniami zachowania i bez takich zaburzeń. Kolejna część obserwacji to próba charakterystyki i opisu grupy klinicznej pod względem jej funkcjonowania psychologicznego, analizy zostały wykonane z podziałem na płeć, gdyż, jak pokazują liczne badania, występują znaczące różnice podmiotowe pomiędzy kobietami i mężczyznami. Ostatnia część analiz, wykonywana w całej grupie badanej, odpowiada na kluczowe pytanie dotyczące predyktorów zachowań samobójczych i czynników chroniących oraz profilu psychologicznego osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania.

Pierwsza część analiz to statystyki podstawowe opisujące grupę badawczą (kontrolną i kliniczną), a następnie porównanie grup badawczych ze względu na natężenie cech

osobowościowych. Kolejnym krokiem jest weryfikacja pytań badawczych dotyczących analizy funkcjonowania osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania pod względem natężenia cech podmiotowych, sytuacyjnych i socjodemograficznych (zewnętrznych). W tej części opisano zależności i różnice międzypłciowe w grupie osób po próbie samobójczej w zakresie potrzeb interpersonalnych, radzenia sobie ze stresem oraz innych, wybranych wymiarów osobowości, uzależnień i zaburzeń psychicznych. Weryfikowano zależności pomiędzy próbami samobójczymi w przeszłości, a zdolnością do podjęcia samobójstwa, a także różnice w funkcjonowaniu osobowościowym w zależności od doświadczanych myśli samobójczych. Ponadto sprawdzano jaka jest zależność pomiędzy negatywnymi zdarzeniami życiowymi, a umiejętnością radzenia sobie w sytuacjach stresowych i innymi zmiennymi podmiotowymi. Testowano zależność pomiędzy zaburzeniami psychicznymi, a natężeniem poszczególnych cech osobniczych osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania. Wybrane analizy prowadzono przy podziale na grupę kobiet i mężczyzn, przy założeniu, iż poziom prezentowanych cech u kobiet i mężczyzn znacząco się różni. Wykonano również obliczenia statystyczne bez podziału na płeć, gdy zabieg taki był uzasadniony – poszukiwano odpowiedzi na pytanie dotyczące ogólnego funkcjonowania osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania.

Kolejna część analiz to próba określenia czynników ryzyka i czynników chroniących zachowań samobójczych. Zgodnie z ITS (Van Orden i in., 2010) współwystępowanie trzech czynników jest predyktorem zachowań samobójczych, co też zostało zweryfikowane. Ponadto przetestowano i opisano interakcję potrzeb interpersonalnych (Van Orden i in., 2010) i poczucia beznadziejności, jako koniecznej występującej zależności w pojawieniu się zachowań suicydalnych. Dodatkowo, w celu poszerzenia badań o wykonanie analizy skupień, utworzono profil psychologiczny osób podejmujących próbę samobójczą (z samobójczymi zaburzeniami zachowania). Analiza ta stała się uzupełnieniem badań o cenną wiedzę praktyczną, przydatną w praktyce psychiatrycznej, psychologicznej i suicydologicznej.

Badania były dobrowolne i realizowane zgodnie z zasadami pracy szpitala z zachowaniem wszystkich zasad etycznych prowadzenia badań z udziałem ludzi oraz były dobrowolne. Badani w obu grupach mogli zrezygnować w każdym momencie, z zachowaniem pełnej anonimowości. Po zakończonych badaniach, każda osoba otrzymała wsparcie oraz była objęta

pomocą psychologiczną (w ramach pracy na oddziale). Natomiast osoby z grupy kontrolnej mogły uzyskać wsparcie psychologiczne we wskazanych miejscach.

Przeprowadzone analizy i uzyskane rezultaty mają dużą wartość aplikacyjną i stanowią spojrzenie na zachowania samobójcze jako na odrębne zjawisko, a nie objaw choroby, czy też zaburzenia psychicznego.

### **6.1. Charakterystyka i opis statystyczny grupy klinicznej**

Badania zostały przeprowadzone w grupie 181 osób, metodą doboru próby był dobór celowy, 93 z nich przebywała w szpitalu psychiatrycznym z powodu podjętej próby samobójczej. W tekście grupa kliniczna to grupa przejawiająca zachowania samobójcze, bądź określana jako grupa osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania lub osoby po próbie samobójczej. Analizy porównawcze kobiet i mężczyzn zostały przeprowadzone wyłącznie w grupie klinicznej. Ze względu na, wspomniany powyżej, charakter badań, przedstawione w kolejnych częściach pracy analizy mają na celu porównać kobiety i mężczyzn z grupy osób przejawiających zachowania samobójcze pod względem cech interpersonalnych, podmiotowych oraz zewnętrznych. Poszukiwanie różnic i podobieństw pomiędzy „samobójczymi kobietami” i „samobójczymi mężczyznami” może okazać się cenną bazą informacji dotyczącą zjawiska zachowań samobójczych. Niemniej jednak metodyka poszukiwania czynników ryzyka i czynników chroniących oraz stworzenie profilu psychologicznego osób z zachowaniami samobójczymi wymaga analizy dwóch badanych grup (klinicznej i kontrolnej), również przy podziale na płeć. W poniższym podrozdziale zostanie przedstawiona charakterystyka grupy klinicznej.

#### **6.1.1. Kryteria opisujące grupę kliniczną**

Na podstawie pracy sędziów kompetentnych opracowano kryteria pozwalające na zakwalifikowanie badanych do grupy klinicznej (tabela 2). Kryteria te zostały stworzone w taki sposób, aby osoby zakwalifikowane do grupy klinicznej spełniały zarówno kryteria diagnostyczne samobójczych zaburzeń zachowania (DSM-5), ale również były to osoby, których intencja popełnienia samobójstwa wynikała z czynników podmiotowych. Stąd też wykluczenie osób z objawami psychotycznymi, gdzie predyktorem zachowań autodestrukcyjnych są objawy choroby. Wgląd w chorobę i późniejsza depresja mogą powodować zwiększone ryzyko samobójcze (Lincoln i in., 2007), z kolei inne badania podłużne pokazują, iż wgląd jest czynnikiem chroniącym (Barrett i in., 2015). Ponadto omamy

głosowe, komentujące, nakłaniające do popełnienia samobójstwa, aktywne halucynacje to również predyktory zachowań autodestrukcyjnych u osób chorych psychicznie (Hor, Taylor, 2010). Biorąc pod uwagę powyższe, ze względu na charakter badań własnych i poszukiwania indywidualnych (podmiotowo-sytuacyjnych) predyktorów, z badania wykluczono osoby w czynnej psychozie oraz osoby z diagnozą dysfunkcji lub uszkodzeń mózgu.

**Tabela 2**

***Kryteria klasyfikacyjne grupę badawczą (osoby z samobójczymi zaburzeniami zachowania)***

***– opracowanie własne na podstawie DSM-5 i literatury przedmiotu***

<b>Kryterium</b>	<b>Opis</b>
<b>Hospitalizacji</b>	Hospitalizacja z powodu podjętej próby samobójczej (kryterium czasowe podjęcia próby samobójczej w ciągu ostatnich 24 miesięcy)
<b>Czasowe</b>	24 miesiące i krócej
<b>Myśli suicydalnych</b>	Myśli samobójcze mogły, jednak nie musiały występować
<b>Intencjonalności</b>	Deklaracja, że intencją podjętej próby samobójczej była śmierć, a nie zachowanie manipulacyjne, nieintencjonalne. Zachowanie nie zostało podjęte w celach politycznych, bądź jako manifest religijny.
<b>Charakter zachowania autodestrukcyjnego</b>	Zachowanie nie spełnia kryteriów samookaleczeń
<b>Wykluczające</b>	<b>Brak możliwości zakwalifikowania, gdy badany:</b> Ujawniane cechy/objawy czynnej produkcji psychotycznej, Objawy/diagnoza ciężkiej depresji Objawy związane z odstawieniem, bądź spożywaniem substancji psychoaktywnych (zespół abstynencyjny, zespół abstynencyjny z majaczeniem, zespół amnestyczny) Ujawnia zaburzenia spowodowane uszkodzeniem, bądź dysfunkcją mózgu, głównie klasyfikowanych jako F00-F09 Ujawnia zaburzenia funkcji poznawczych, Ujawnia lub ma zdiagnozowane cechy zaburzeń klasyfikowanych jako F44.0-F44.9 Ujawnia lub ma zdiagnozowane cechy zaburzeń klasyfikowanych jako F70-F79

Biorąc pod uwagę zarówno kryteria diagnostyczne samobójczych zaburzeń zachowania, zgodnie DSM-5, jak i kryteria opracowane w trakcie badań własnych, poddano



je weryfikacji zespołowi sędziów kompetentnych (dwóch psychologów oraz psychiatra). Współczynnik trafności/zgodności sędziów kompetentnych alfa Krippendorfa osiągnął wartość  $>0,80$ , co oznacza bardzo dobrą zgodność (tabela 3). Ponadto zespół specjalistów był zgodny co do nazewnictwa grupy objawów, tzn. „*Samobójczych zaburzeń zachowania*”.

**Tabela 3**

*Ocena stopnia zgodności sędziów na podstawie wartości współczynnika alfa Krippendorfa (Gorbaniuk, 2016)*

Współczynnik	Ocena zgodności
<b>&gt; 0,80</b>	bardzo dobra
<b>0,60-0,80</b>	dobra
<b>0,40-0,59</b>	zadowalająca
<b>&lt; 0,40</b>	niewystarczająca

### 6.1.2. Charakterystyka grupy klinicznej pod względem samopoczucia w trakcie badania

Przed przystąpieniem do badań sprawdzano samopoczucie osób badanych na pięciostopniowej skali (tabela 4). Osoby opisujące swoje samopoczucie jako złe lub bardzo złe były objęte szczególną opieką psychiatryczną i psychologiczną, a ich udział w badaniu był poddany weryfikacji przez kierownika oddziału i zespół terapeutyczny, pomimo świadomej zgodny na badanie wyrażonej w pierwszej kolejności. W takim przypadku, w badaniu uczestniczyły wyłącznie osoby, których stan zdrowia umożliwiał wzięcie udziału w całej procedurze badania. W grupie klinicznej największy procent osób deklarował samopoczucie dobre (25,81%) i obojętne (36,56%). Najmniejszy procent stanowiły osoby ze skrajnymi odczuciami w chwili badania, tzn. z bardzo złym samopoczuciem (5,38%) i z bardzo dobrym (12,90%).

**Tabela 4**

*Statystyka grupy klinicznej (N = 93) ze względu na samopoczucie w trakcie badania*

Grupa		Samopoczucie				
		Bardzo złe	złe	obojętne	dobre	Bardzo dobre
Kliniczna	Liczebność	5	18	34	24	12
	% z samopoczuciem	5,38	19,35	36,56	25,81	12,90

Udział każdej z osób był rozpatrywany indywidualnie przez grono specjalistów, w razie wątpliwości, bądź stwierdzenia, iż udział w badaniu może negatywnie wpłynąć na funkcjonowanie badanego odstępowano od włączenia danej osoby do badania. Kwalifikacja osób przebywających w szpitalu psychiatrycznym przebiegała zgodnie z poszanowaniem praw pacjenta oraz zasadami etyki.

### 6.1.3. Charakterystyka grupy klinicznej pod względem wieku, płci i zaburzeń psychicznych

Grupa kliniczna to osoby pomiędzy 18 a 56 rokiem życia (tabela 5), które spełniały przyjęte kryteria samobójczych zaburzeń zachowania (tabela 2). Grupa kliniczna składa się z kobiet (N = 45) i mężczyzn (N = 48).

**Tabela 5**

*Statystyki podstawowe dotyczące wieku w grupie klinicznej (N = 93) wraz z wynikiem testu Shapiro-Wilka*

	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	W	p
Wiek	32,04	31,00	10,29	0,67	-0,32	18,00	56,00	0,93	<0,001

W badaniu wzięły udział osoby ze zdiagnozowanymi zaburzeniami psychicznymi, bez objawów psychotycznych, ale również osoby podejmujący próbę samobójczą jako reakcję nieadaptacyjną w odpowiedzi na działanie bodźca – stresora. Taki też podział stosuję przy opisie grupy klinicznej (tabela 6). Podział zaburzeń psychicznych na „chorobę psychiczną” i „brak choroby psychicznej” był konsultowany z gronem specjalistów psychiatrów. Stwierdzili oni jednogłośnie, iż taki sposób rozumienia zaburzeń jest zgodny z dotychczasową wiedzą i praktyką psychiatryczną – liczne konferencje naukowe. Zgodnie ze stanowiskiem specjalistów w dziedzinie psychiatrii do grupy osób ze stwierdzoną chorobą psychiczną (długotrwałą, nieprzemijającą, bez konieczności wystąpienia stresora) można zaliczyć uzależnienie od alkoholu (chorobę alkoholową), uzależnienie od innych substancji psychoaktywnych, zaburzenia nastroju (chorobę jednobiegunową i dwubiegunową bez objawów psychotycznych), zaburzenia nerwicowe (zaburzenia lękowe i lękowo-depresyjne). Natomiast druga grupa osób to badani bez stwierdzonej choroby psychicznej, czyli z diagnozą zaburzeń związanych ze stresem, krótkotrwałych i przemijających, takich jak ostra reakcja na stres, zaburzenia adaptacyjne oraz nieokreślone zaburzenia psychiczne. W procesie

kwalifikacji do badań pod uwagę brana była diagnoza wstępna, a następnie weryfikowano ją z diagnozą zasadniczą. Jeśli w trakcie pobytu zdiagnozowano u pacjenta zaburzenia psychotyczne, bądź inne, wykluczające jego udział w badaniu, wyniki kwestionariuszowe były wyłączone z dalszego postępowania. Co też znacznie wydłużało proces zbierania danych.

**Tabela 6**

***Kryteria klasyfikacji do poszczególnych grup ze względu na diagnozę zaburzeń psychicznych (według obowiązujących kryteriów ICD-10 oraz literatury przedmiotu)***

<b>Choroba psychiczna (Zaburzenia psychiczne niepsychotyczne)</b>	<b>Brak choroby psychicznej (Zaburzenia psychiczne związane z sytuacją i stresem, krótkotrwałe i przemijające)</b>	<b>Brak stwierdzonych zaburzeń psychicznych</b>
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F10-F19) – wyłącznie F1x.2	Ostra reakcja na stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) Zaburzenia psychiczne, inaczej nieokreślone (F99)	x
Zaburzenia nastroju (F30-F39)		
Zaburzenia nerwicowe (F40-F42)		

Tabela 7 prezentuje opis podstawowy grupy ze względu na zaburzenia psychiczne. Jak wynika z danych znaczna większość osób z grupy klinicznej przejawia zaburzenia psychiczne niepsychotyczne takie jak, np. zaburzenia nastroju. Niespełna 38% osób, to osoby z diagnozą zaburzeń adaptacyjnych, bądź ostrą reakcją na stres. Można zatem wnioskować, iż osoby z zaburzeniami psychicznymi częściej podejmują próby samobójcze aniżeli osoby z nieprawidłowym mechanizmem adaptacyjnym, niemniej jednak stwierdzona choroba psychiczna nie jest warunkiem koniecznym wystąpienia samobójczych zaburzeń zachowania. W grupie tej nie było osób nieprzejawiających zaburzeń psychicznych, gdyż hospitalizacja psychiatryczna wiąże się z koniecznością rozpoznania zaburzenia, jako podstawy przyjęcia do szpitala. Analizy z wykorzystaniem zmiennej „choroby psychiczne” będą prowadzone wyłącznie w grupie klinicznej jako sposób opisu wewnątrzgrupowych różnic w związku z diagnozą długotrwałych zaburzeń psychicznych, bądź zaburzeń przemijających, związanych z działaniem stresora. Statystyka przedstawiona w tabeli 7 potwierdza założenia teoretyczne,

a mianowicie fakt, iż osoby podejmujące próbę samobójczą mogą lecz nie muszą ujawniać cech choroby psychicznej. Stąd też zaburzenia psychiczne są jednym z wielu możliwych predyktorów zachowań samobójczych, jednak nie są niezbędne w zachowaniach samobójczych.

**Tabela 7**

*Statystyka grupy klinicznej (N = 93) ze względu na zaburzenia psychiczne*

Grupa		Choroba psychiczna (Zaburzenia psychiczne niepsychotyczne)	Brak choroby psychicznej (Zaburzenia psychiczne związane z sytuacją i stresem, krótkotrwałe i przemijające)	Brak stwierdzonych zaburzeń psychicznych
Kliniczna	Liczebność	58	35	0
	% z rozpoznaniem	62,37	37,63	0,00

#### **6.1.4. Charakterystyka grupy klinicznej pod względem przyjmowania środków psychoaktywnych**

Większość badanych z grupy klinicznej to osoby nie mające problemu z nadużywaniem alkoholu i innych środków psychoaktywnych. Deklaracje pacjentów były potwierdzane przez badania laboratoryjne (wybrane parametry w badaniach krwi, narkotesty). Wyniki badań laboratoryjnych nie są zaprezentowane w pracy ze względu na brak takiej konieczności. Informacje o wynikach uzyskiwano od lekarza prowadzącego, wraz z ich interpretacją, które, w powiązaniu z danymi dotyczącymi poprzednich hospitalizacji, leczenia odwykowego, danych od rodziny, potwierdzały, bądź zaprzeczały deklaracjom pacjenta dotyczących spożywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

W prowadzonym badaniu częściej występują osoby bez cech uzależnienia (75,27% i 78,49%), aniżeli te nadużywające substancji psychoaktywnych (24,73% i 21,51%) (tabela 8). Można zatem przypuszczać, iż alkohol i inne substancje psychoaktywne, w większości przypadków, nie były czynnikiem współwystępującym z samobójczymi zaburzeniami zachowania.

**Tabela 8***Statystyka grupy klinicznej (N = 93) ze względu na nadużywanie środków psychoaktywnych*

Grupa		Nadużywanie alkoholu		Nadużywanie innych środków psychoaktywnych	
		Tak	Nie	Tak	Nie
Kliniczna	Liczebność	23	70	20	73
	% z cechami nadużywania	24,73	75,27	21,51	78,49

### 6.1.5. Charakterystyka grupy klinicznej pod względem prób i myśli samobójczych w przeszłości

Badani ujawniający zachowania samobójcze w większości przypadków ujawniają myśli samobójcze (75,27%), jednocześnie większość osób z tej grupy nie podejmowała prób samobójczych w przeszłości (56,99%) (tabela 9). Można zatem wnioskować, że w grupie osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania większość osób to badani bez historii samobójczej w przeszłości, jednak z wysoką częstotliwością myśli suicydalnych.

**Tabela 9***Statystyka grupy klinicznej (N = 93) ze względu na myśli i próby samobójcze w przeszłości*

Grupa		Próby samobójcze w przeszłości		Myśli samobójcze w przeszłości	
		Tak	Nie	Tak	Nie
Kliniczna	Liczebność	40	53	70	23
	% z liczebności	43,01	56,99	75,27	24,73

### 6.1.6. Testowanie normalności rozkładu zmiennych za pomocą testu Shapiro-Wilka w grupie klinicznej.

W pierwszym kroku analizy sprawdzono rozkłady zmiennych ilościowych. W tym celu wyliczono podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Shapiro-Wilka sprawdzającym normalność rozkładu (tabela 10).

**Tabela 10***Podstawowe statystyki opisowe wraz z wynikiem testu Shapiro-Wilka w grupie klinicznej (N = 93)*

	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	W	p
<b>CISS</b>									
Styl skoncentrowany na zadaniu	53,18	55,00	12,24	-0,67	-0,12	21,00	77,00	0,95	<0,001
Styl skoncentrowany na emocjach	53,02	55,00	12,12	-0,52	-0,14	24,00	76,00	0,97	0,028
Styl skoncentrowany na unikaniu	43,71	42,00	9,31	0,22	0,54	25,00	65,00	0,97	0,016
<b>CSEI</b>									

	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	W	p
Poczucie własnej wartości	26,85	25,00	10,50	-0,03	-0,85	4,00	45,00	0,97	0,024
<b>Skala Beznadziejności Becka</b>									
Poczucie beznadziejności	11,11	12,00	4,78	-0,08	-1,41	3,00	18,00	0,92	<0,001
<b>INQ</b>									
Postrzeganie bycia ciężarem	21,13	19,00	11,89	0,32	-1,18	5,00	44,00	0,93	<0,001
Udaremniiona przynależność	31,44	31,00	12,70	0,21	-1,01	9,00	58,00	0,97	0,013
<b>NEO-FFI</b>									
Neurotyczność	29,23	30,00	11,23	-0,41	-0,37	2,00	48,00	0,97	0,045
<b>ACSS</b>									
Ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa	42,37	43,00	12,59	0,20	-0,25	15,00	74,00	0,99	0,463
Poczucie nieustraszoneści wobec śmierci	15,44	15,00	6,82	0,21	-1,18	4,00	28,00	0,95	<0,001
Przyjemność z obserwowania przemocy	4,17	4,00	2,23	0,73	0,89	0,00	12,00	0,94	<0,001
Niewrażliwość na widok krwi	5,77	6,00	2,24	-0,59	-0,47	0,00	9,00	0,89	<0,001
Brak strachu przed umieraniem	7,61	7,00	4,34	0,35	-0,67	0,00	19,00	0,97	0,016
Ogólna nieustraszoneść	6,59	7,00	2,84	-0,00	-0,05	0,00	14,00	0,98	0,158
<b>KNS</b>									
Umiejętność znajdowania rozwiązań	21,55	22,00	6,35	-0,66	0,39	4,00	33,00	0,96	0,004
Siła woli	18,06	18,00	7,02	-0,18	-0,50	4,00	32,00	0,98	0,076
Poczucie nadziei – wynik ogólny	56,06	57,00	14,82	-0,04	0,69	17,00	96,00	0,98	0,166

Wyniki testu Shapiro-Wilka (Tabela 10) wskazują, że tylko cztery zmienne mają potwierdzony rozkład normalny ( $p > 0,05$ ): ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa, ogólna nieustraszoneść, siła woli oraz poczucie nadziei - wynik ogólny. Jednakże w oparciu o miary skośności i kurtozy oraz na podstawie uzyskanych w trakcie analiz wykresów można stwierdzić, że rozkład żadnej z pozostałych zmiennych (dla których  $p < 0,05$ ) nie odbiega znacząco od rozkładu normalnego.

## 6.2. Charakterystyka i opis statystyczny grupy kontrolnej

Wśród 181 osób, 88 z nich to osoby nieprzejawiające zachowań samobójczych. Grupa ta w niniejszym tekście będzie opisywana jako grupa kontrolna, nieprzejawiająca zachowań samobójczych, bez (cech) samobójczych zaburzeń zachowania. Analizy z wykorzystaniem tej grupy będą prowadzone na etapie porównań międzygrupowych (pierwsza część analiz) oraz na ostatnim etapie, a mianowicie w momencie poszukiwania czynników ryzyka i czynników chroniących oraz przy tworzeniu profilu psychologicznego osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania. W poniższym podrozdziale zostanie przedstawiona charakterystyka grupy bez zachowań samobójczych.

### 6.2.1. Kryteria opisujące grupę kontrolną

Podobnie jak w grupie klinicznej na podstawie pracy sędziów kompetentnych opracowano kryteria pozwalające na zakwalifikowanie badanych do grupy kontrolnej (tabela 11). W grupie kontrolnej znajdują się osoby, które nie podejmowały prób samobójczych obecnie, ani w przeszłości. Ponadto – podobnie jak w przypadku grupy klinicznej – nie ujawniają zaburzeń psychicznych i poznawczych.

**Tabela 11**

#### *Kryteria klasyfikacyjne grupy kontrolnej – opracowanie własne*

Kryterium	Opis
Hospitalizacji	Brak hospitalizacji z powodu próby samobójczej
Czasowe podjętej próby samobójczej	Brak deklarowanej, podjętej próby samobójczej obecnie i w przeszłości, z hospitalizacją i bez niej
Myśli suicydalnych	Myśli samobójcze mogły, jednak nie musiały występować
Intencjonalności	Brak zadeklarowanego, intencjonalnego pragnienia śmierci
Charakter zachowania autodestrukcyjnego	Brak zachowań autodestrukcyjnych lub zachowania autodestrukcyjne bez intencji śmierci
Wykluczające	<b>Brak możliwości zakwalifikowania, gdy badany:</b> Ujawniane cechy/objawy czynnej produkcji psychicznej, Objawy/diagnoza ciężkiej depresji Objawy związane z odstawieniem, bądź spożywaniem substancji psychoaktywnych (zespół abstynencyjny, zespół abstynencyjny z majaczeniem, zespół amnestyczny) Ujawnia zaburzenia spowodowane uszkodzeniem, bądź dysfunkcją mózgu, głównie klasyfikowanych jako F00-F09 Ujawnia zaburzenia funkcji poznawczych, Ujawnia lub ma zdiagnozowane cechy zaburzeń klasyfikowanych jako F44.0-F44.9 Ujawnia lub ma zdiagnozowane cechy zaburzeń klasyfikowanych jako F70-F79

### 6.2.2. Charakterystyka grupy kontrolnej pod względem samopoczucia w trakcie badania

Podobnie jak w przypadku grupy klinicznej, w grupie kontrolnej, przed przystąpieniem do badań, również sprawdzano samopoczucie badanych na pięciostopniowej skali (tabela 12). Z osobami, które oceniały swoje samopoczucie jako złe lub bardzo złe były prowadzone

rozmowy indywidualne, niepogłębione, o charakterze wsparciowym. W momencie, gdy stan psychiczny wskazywał na konieczność konsultacji specjalistycznej otrzymywały informacje o różnych możliwościach pomocy, wraz z telefonami i adresami kontaktowymi. Takie osoby – ze względu na brak możliwości pomocy terapeutycznej „tu i teraz”, jak w przypadku hospitalizowanych pacjentów – nie przystępowały do badań. Wyjątek stanowiła jedna osoba, będąca aktualnie w terapii psychologicznej i deklarująca chęć wzięcia udziału w badaniu. Po rozmowie indywidualnej i konsultacji specjalistycznej wyrażono zgodę na badanie. W grupie kontrolnej większość osób, w trakcie badania, czuła się dobrze (54,55%) oraz bardzo dobrze (37,50%), zdecydowanie mniej osób czuło się obojętnie (6,82%).

**Tabela 12**

*Statystyka grupy kontrolnej (N = 88) ze względu na samopoczucie w trakcie badania*

Grupa		Samopoczucie				
		Bardzo złe	złe	obojętne	dobrze	Bardzo dobre
Kliniczna	Liczebność	0	1	6	48	33
	% z samopoczuciem	0	1,14	6,82	54,55	37,50

### 6.2.3. Charakterystyka grupy kontrolnej pod względem wieku, płci i zaburzeń psychicznych

Grupa kontrolna to kobiety (N = 47) i mężczyźni (N = 41) w przedziale wiekowym 20-60 lat (tabela 13), które zostały opisane jako osoby nieprzejawiające zachowań samobójczych (tabela 11). W odróżnieniu od grupy klinicznej, grupa kontrolna może nie ujawniać zaburzeń psychicznych – takiego opisu nie można zastosować w grupie klinicznej z powodu ograniczeń formalnych (konieczności diagnozy w związku z hospitalizacją).

**Tabela 13**

*Statystyki podstawowe dotyczące wieku w grupie kontrolnej (N = 88) wraz z wynikiem testu Shapiro-Wilka*

	<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Wiek	35,43	33,00	10,35	0,58	-0,71	20,00	60,00	0,94	<0,001



**Tabela 14**

***Kryteria klasyfikacji do poszczególnych grup ze względu na diagnozę zaburzeń psychicznych (według obowiązujących kryteriów ICD-10 oraz literatury przedmiotu)***

<b>Choroba psychiczna (Zaburzenia psychiczne niepsychotyczne)</b>	<b>Brak choroby psychicznej (Zaburzenia psychiczne związane z sytuacją i stresem, krótkotrwałe i przemijające)</b>	<b>Brak stwierdzonych zaburzeń psychicznych</b>
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (F10-F19) – wyłącznie F1x.2	Ostra reakcja na stres i zaburzenia adaptacyjne (F43) Zaburzenia psychiczne, inaczej nieokreślone (F99)	
Zaburzenia nastroju (F30-F39)		
Zaburzenia nerwicowe (F40-F42)		

Tabela 15 prezentuje statystyczny podstawowy opis grupy kontrolnej ze względu na zdiagnozowane zaburzenia psychiczne. W tej grupie, inaczej niż w grupie klinicznej, większość osób (89,77%) nie ujawnia żadnych zaburzeń psychicznych. Stąd też, w kolejnych etapach pracy z wykorzystaniem dychotomicznej zmiennej niezależnej „choroby psychiczne” analizy są prowadzone w grupie klinicznej, jako opis funkcjonowania osób po dokonanej próbie samobójczej – analiza wewnątrzgrupowa. Zmienna ta jest charakterystyczna dla jednej grupy i nie powoduje zmienności w całej badanej grupie.

**Tabela 15**

***Statystyka grupy kontrolnej (N = 88) ze względu na zaburzenia psychiczne***

<b>Grupa</b>	<b>Choroba psychiczna (Zaburzenia psychiczne niepsychotyczne)</b>	<b>Brak choroby psychicznej (Zaburzenia psychiczne związane z sytuacją i stresem, krótkotrwałe i przemijające)</b>	<b>Brak stwierdzonych zaburzeń psychicznych</b>	
<b>Kontrolna</b>	Liczebność	0	9	79
	% z rozpoznaniem	0,00	10,23	89,77

#### 6.2.4. Charakterystyka grupy kontrolnej pod względem przyjmowania środków psychoaktywnych

Osoby z grupy kontrolnej w większości nie ujawniają cech nadużywania alkoholu ani innych substancji psychoaktywnych (93,18% oraz 100%).

**Tabela 16**

*Statystyka grupy kontrolnej (N = 88) ze względu na nadużywanie środków psychoaktywnych*

Grupa		Nadużywanie alkoholu		Nadużywanie innych środków psychoaktywnych	
		Tak	Nie	Tak	Nie
Kliniczna	Liczebność	6	82	0	88
	% z cechami nadużywania	6,82	93,18	0,00	100,00

#### 6.2.5. Charakterystyka grupy kontrolnej pod względem prób i myśli samobójczych w przeszłości

W grupie osób nieprzejawiających samobójczych zaburzeń zachowania 100% osób nie podejmowało prób samobójczych w przeszłości, natomiast 87,50% nie miała myśli samobójczych w przeszłości, a tylko 12,50% zgłosiła, iż takie myśli występowały.

**Tabela 17**

*Statystyka grupy kontrolnej (N = 88) ze względu na myśli i próby samobójcze w przeszłości*

Grupa		Próby samobójcze w przeszłości		Myśli samobójcze w przeszłości	
		Tak	Nie	Tak	Nie
Kliniczna	Liczebność	0	88	11	77
	% z liczebności	0,00	100,00	12,50	87,50

#### 6.2.6. Testowanie normalności rozkładu zmiennych za pomocą testu Shapiro-Wilka w grupie kontrolnej.

Podobnie jak w grupie klinicznej, sprawdzono rozkłady zmiennych ilościowych. W tym celu wyliczono podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Shapiro-Wilka sprawdzającym normalność rozkładu (tabela 18).

**Tabela 18**

*Podstawowe statystyki opisowe wraz z wynikiem testu Shapiro-Wilka w grupie kontrolnej (N = 88)*

	M	Me	SD	Sk.	Kurt.	Min.	Maks.	W	p
<b>CISS</b>									
Styl skoncentrowany na zadaniu	58,19	57,50	9,44	0,05	0,25	31,00	80,00	0,99	0,510
Styl skoncentrowany na emocjach	44,43	44,00	11,05	0,12	-0,85	24,00	68,00	0,98	0,081
Styl skoncentrowany na unikaniu	42,40	42,00	8,93	0,02	-0,73	25,00	61,00	0,98	0,251
<b>CSEI</b>									
Poczucie własnej wartości	36,10	38,00	8,18	-0,99	0,79	12,00	49,00	0,93	<0,001
<b>Skala Beznadziejności Becka</b>									
Poczucie beznadziejności	6,75	6,00	2,81	1,04	0,85	2,00	16,00	0,91	<0,001
<b>INQ</b>									
Postrzeganie bycia ciężarem	9,36	6,00	5,88	2,00	4,30	6,00	36,00	0,64	<0,001
Udaremniiona przynależność	21,47	20,00	9,07	1,25	2,75	9,00	59,00	0,92	<0,001
<b>NEO-FFI</b>									
Neurotyczność	17,92	16,50	9,18	0,89	0,31	3,00	42,00	0,93	<0,001
<b>ACSS</b>									
Ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa	34,95	34,00	10,19	0,29	0,29	14,00	62,00	0,98	0,281
Poczucie nieustraszoneści wobec śmierci	12,30	12,00	5,73	0,37	0,18	0,00	27,00	0,98	0,112
Przyjemność z obserwowania przemocy	3,82	4,00	1,90	0,76	0,98	0,00	10,00	0,94	<0,001
Niewrażliwość na widok krwi	5,55	6,00	2,34	-0,69	-0,65	0,00	9,00	0,89	<0,001
Brak strachu przed umieraniem	6,83	7,00	3,74	0,14	-0,25	0,00	16,00	0,98	0,088
Ogólna nieustraszoneść	5,16	5,00	2,66	-0,08	-0,86	0,00	10,00	0,96	0,012
<b>KNS</b>									
Umiejętność znajdowania rozwiązań	24,75	25,00	4,53	-0,63	0,11	11,00	32,00	0,95	0,006
Siła woli	23,26	24,00	5,23	-0,46	-0,22	8,00	32,00	0,97	0,025
Poczucie nadziei	65,77	65,50	11,14	-0,19	-0,38	35,00	86,00	0,98	0,280

Wyniki testu Shapiro-Wilka są nieistotne statystycznie dla wszystkich strategii radzenia sobie ze stresem, prawie wszystkich wskaźników zdolności do podjęcia samobójstwa z wyjątkiem przyjemności z obserwowania przemocy, niewrażliwości na widok krwi, ogólnej nieustraszoneści oraz poczucia nadziei. Oznacza to, że rozkłady tych zmiennych są podobne do rozkładu normalnego. W przypadku pozostałych zmiennych rozkłady nie są zbliżone do krzywej Gaussa. Jednak skośności dla wszystkich zmiennych nie przekraczają bezwzględnej wartości 2, a to wskazuje na nieznaczną asymetrię rozkładów.

### 6.3. Różnice w zakresie zmiennych podmiotowych w grupie klinicznej i kontrolnej

Biorąc pod uwagę powyższe dane, kolejne przeprowadzone analizy oparto o testy parametryczne - zakładając, iż spełniono ich pozostałe założenia.

Początkowo postanowiono sprawdzić, czy występują różnice pomiędzy badanymi, którzy nie zostali zaklasyfikowani jako osoby przejawiające zachowania samobójcze, a badanymi, z grupy klinicznej pod kątem czynników podmiotowych. W tym celu wykonano serię testów *t* - Studenta dla prób niezależnych (tabela 19-25).

#### 6.3.1. Styl radzenia sobie w sytuacjach stresowych

Zweryfikowano różnice pomiędzy osobami z samobójczymi zaburzeniami zachowania, a osobami bez takich zaburzeń pod względem stylów radzenia sobie w sytuacjach stresowych.

**Tabela 19**

*Różnice w zakresie stylu radzenia sobie w grupie kontrolnej i w grupie klinicznej*

	grupa kontrolna ( <i>n</i> = 88)		grupa kliniczna ( <i>n</i> = 93)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
Styl skoncentrowany na zadaniu	58,19	9,44	53,18	12,24	3,09	<b>0,002</b>	1,79	8,23	0,46
Styl skoncentrowany na emocjach	44,43	11,05	53,02	12,11	- 4,99	<b>&lt;0,001</b>	- 11,99	- 6,19	- -0,74
Styl skoncentrowany na unikaniu	42,40	8,93	43,71	9,31	- 0,97	0,334	-3,99	1,36	-0,14

Analiza różnic międzygrupowych wykazała istotne statystycznie różnice w zakresie stylu skoncentrowanego na zadaniu ( $p = 0,002$ ) i emocjach ( $p < 0,001$ ). Zaobserwowane efekty są o umiarkowanej i dużej sile. Osoby z grupy kontrolnej częściej, w sytuacjach stresowych, kierują się stylem skoncentrowanym na zadaniu, aniżeli osoby z grupy klinicznej, natomiast styl skoncentrowany na emocjach jest bardziej charakterystyczny dla osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania. Osoby ujawniające zachowania samobójcze mają większą tendencję do nadmiernego przeżywania niepowodzeń i wszelkich negatywnych emocji w kontekście zaistniałych zdarzeń, co zgodnie z literaturą, zwiększa podatność na zaburzenia lękowe i emocjonalne (Sulkowski, Dempsey, Dempsey, 2011; Mitrousi, Travlos, Koukia, Zyga, 2013). Ponadto cechują się niższą zdolnością do koncentrowania się na rozwiązaniu problemu w sytuacjach stresowych niż grupa kontrolna. Badania własne potwierdzają, iż styl skoncentrowany na zadaniu wiąże się z mniejszą skłonnością do zachowań samobójczych (Mishara, Chagnon, 2011).

### 6.3.2. Poczucie własnej wartości

W kolejnym kroku zweryfikowano różnice pomiędzy osobami z samobójczymi zaburzeniami zachowania, a osobami bez takich zaburzeń pod względem poczucia własnej wartości.

**Tabela 20**

*Różnice w zakresie poczucia własnej wartości w grupie kontrolnej i w grupie klinicznej*

	grupa kontrolna (n = 88)		grupa kliniczna (n = 93)		t	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Poczucie własnej wartości	36,10	8,18	26,85	10,50	6,63	<0,001	6,50	12,00	0,98

Poczucie własnej wartości jest istotnie różne w obu grupach i wyższe w grupie kontrolnej. Efekt ten jest o dużej sile. Osoby z grupy kontrolnej mają wyższy poziom poczucia własnej wartości aniżeli osoby przejawiające zachowania autoagresywne w postaci prób samobójczych. Osoby ujawniające samobójcze zaburzenia zachowania mają niższe zdolności przystosowawcze do środowiska. Zdolność ta jest cechą stałą, kształtowaną na przełomie lat, stąd też można przypuszczać, iż osoby popełniające intencjonalne zachowania samobójcze cechuje niższy poziom równowagi i stabilności wewnętrznej niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania (Harris, 2009).

### 6.3.3. Poczucie beznadziejności

Następnie zweryfikowano różnice pomiędzy osobami z samobójczymi zaburzeniami zachowania, a osobami bez takich zaburzeń pod względem poczucia beznadziejności.

**Tabela 21**

*Różnice w zakresie poczucia beznadziejności w grupie kontrolnej i w grupie klinicznej*

	grupa kontrolna (n = 88)		grupa kliniczna (n = 93)		t	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Poczucie beznadziejności	6,75	2,81	11,11	4,78	-7,53	<0,001	-5,50	-3,21	-1,10

Uzyskane wyniki wskazują na znaczne różnice w poczuciu beznadziejności ( $p < 0,001$ ). Wynik ten jest o dużej sile. Grupa kliniczna uzyskuje wyższe wyniki w zakresie tej zmiennej aniżeli grupa kontrolna. Oznacza to, że badani ujawniający zachowania samobójcze bardziej pesymistycznie postrzegają własną przyszłość aniżeli osoby z grupy kontrolnej.

### 6.3.4. Potrzeby interpersonalne

W zakresie potrzeb interpersonalnych, podobnie jak w powyższych przypadkach, zweryfikowano różnice międzygrupowe przedstawione w poniższej tabeli.

**Tabela 22****Różnice w zakresie potrzeb interpersonalnych w grupie kontrolnej i w grupie klinicznej**

	grupa kontrolna (n = 88)		grupa kliniczna (n = 93)		t	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Postrzeganie bycia ciężarem	9,36	5,88	21,13	11,89	-8,51	<0,001	-14,50	-9,03	-1,24
Udaremniona przynależność	21,47	9,07	31,44	12,70	-6,11	<0,001	-13,20	-6,75	-0,90

Wyniki zaprezentowane powyżej wskazują na znaczne różnice w zakresie potrzeb interpersonalnych w grupie klinicznej i kontrolnej. Zaobserwowany efekt jest o dużej sile. Jak się okazuje, badani z grupy klinicznej cechowali się wyższym poziomem postrzegania bycia ciężarem i udaremnionej przynależności niż badani z grupy kontrolnej. Oznacza to, iż osoby po intencjonalnej próbie samobójczej posiadają wyższe poczucie samotności i cechują się brakiem relacji opartych na wzajemnej opiece, a podejmowane przez nich akty autodestrukcyjne mają na celu polepszenie sytuacji innych ludzi. Ponadto badani z grupy klinicznej mogą odczuwać nienawiść względem siebie bardziej aniżeli grupa kontrolna. Mogą w większym stopniu starać się izolować, a przez to doświadczać negatywnych myśli na własny temat.

**6.3.5. Neurotyczność**

Kolejno przetestowano różnice pod względem nasilenia neurotyczności, co prezentuje tabela 23.

**Tabela 23****Różnice w zakresie neurotyczności w grupie kontrolnej i w grupie klinicznej**

	grupa kontrolna (n = 88)		grupa kliniczna (n = 93)		t	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Neurotyczność	17,92	9,18	29,23	11,23	-7,43	<0,001	-14,31	-8,30	-1,10

Wyniki przeprowadzonego testu okazały się istotne statystycznie. Odnotowany efekt jest o dużej sile. Okazuje się zatem, że badani z grupy klinicznej cechowali się wyższym poziomem neurotyczności niż badani z grupy kontrolnej. Badani po podjętej próbie samobójczej cechują się większą wrażliwością na stres oraz skłonnością do przeżywania negatywnych emocji niż grupa bez samobójczych zaburzeń zachowania. Ponadto badani z grupy klinicznej mają większe problemy z regulacją emocji i są bardziej lękowi aniżeli grupa kontrolna.

### 6.3.6. Zdolność do podjęcia samobójstwa

W zakresie zdolności do podjęcia samobójstwa również przetestowano obie grupy, co prezentuje poniższe zestawienie.

**Tabela 24**

*Różnice w zakresie zdolności do podjęcia samobójstwa w grupie kontrolnej i w grupie klinicznej*

	grupa kontrolna (n = 88)		grupa kliniczna (n = 93)		t	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa	34,95	10,19	43,37	12,59	-4,36	<0,001	-10,76	-4,06	-0,65
Poczucie nieustraszoneści wobec śmierci	12,30	5,73	15,44	6,82	-3,37	<0,001	-4,99	-1,30	-0,50
Przyjemność z obserwowania przemocy	3,82	1,90	4,17	2,23	-1,15	0,251	-0,96	0,25	-0,17
Niewrażliwość na widok krwi	5,55	2,34	5,77	2,24	-0,67	0,504	-0,90	0,45	-0,10
Brak strachu przed umieraniem	6,83	3,74	7,61	4,34	-1,30	0,194	-1,97	0,40	-0,19
Ogólna nieustraszoneść	5,16	2,66	6,59	2,84	-3,51	<0,001	-2,24	-0,63	-0,52

Wyniki istotne statystycznie odnotowano dla wskaźników poczucia nieustraszoneści wobec śmierci, ogólnej nieustraszoneści oraz wyniku ogólnego zdolności do podjęcia samobójstwa. Badani z grupy klinicznej posiadali wyższe natężenie wymienionych aspektów zdolności do podjęcia samobójstwa niż badani z grupy kontrolnej. Efekty te są o umiarkowanej sile. Nie uzyskano różnic pomiędzy porównywanymi grupami w zakresie pozostałych wskaźników. Zatem osoby po podjętej próbie samobójczej mają zmniejszony poziom strachu przed śmiercią i wyższą tolerancję na ból fizyczny, co oznacza ich wyższą zdolność do podjęcia samobójstwa.

### 6.3.7. Poczucie nadziei

W następnej części analiz przeprowadzono testy t Studenta dla prób niezależnych, które miały na celu sprawdzić różnice porównywanych grup w zakresie poczucia nadziei. Wyniki analiz przedstawiono w tabeli 25.

**Tabela 25**

*Różnice w zakresie poczucia nadziei w grupie kontrolnej i w grupie klinicznej*

	grupa kontrolna (n = 88)		grupa kliniczna (n = 93)		t	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Umiejętność znajdowania rozwiązań	24,75	4,53	21,55	6,35	3,92	<0,001	1,59	4,81	0,58
Siła woli	23,26	5,23	18,06	7,02	5,67	<0,001	3,39	7,01	0,84
Poczucie nadziei	65,77	11,14	56,06	14,82	5,00	<0,001	5,88	13,54	0,74

Wyniki okazały się istotne statystycznie dla każdego wskaźnika poczucia nadziei, wraz z wynikiem ogólnym. Siła efektu istotnych wyników jest umiarkowana ( $d = 0,58$  i  $d = 0,74$ ) i duża ( $d = 0,84$ ). Okazuje się, że badani z grupy kontrolnej posiadali wyższe poczucie nadziei niż badani z grupy klinicznej. Osoby niepodjmujące intencjonalnych zachowań samobójczych cechują się wyższym poczuciem skutecznego ukierunkowania na cel oraz poczuciem skutecznego planowania ukierunkowanego na cel. Możliwe, że – zgodnie z założeniami teoretycznymi – nie dochodzi u nich do ruminowania własnych problemów. Ponadto obserwuje się efekt pozytywnego myślenia (myślenia z nadzieją), które może zmniejszać objawy depresyjne i myśli samobójcze.

#### **6.4. Opis funkcjonowania psychologicznego osób przejawiających zachowania samobójcze.**

Kolejne analizy – dotyczące funkcjonowania intrapsychoicznego kobiet i mężczyzn – będą wykonywane wyłącznie w grupie klinicznej. Stąd też rozdział 6.4. jest statystycznym opisem psychologicznym osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania. Uzasadnieniem dla takiego postępowania jest potrzeba dokładnego opisu grupy przejawiającej zachowania samobójcze, poznanie wybranych zależności i różnic wynikających np. z płci, bądź zaburzeń psychicznych. Uzyskane w tej części rezultaty pozwolą opisać wielopłaszczyznowe funkcjonowanie osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania.

##### **6.4.1. Płeć, a funkcjonowanie osobowościowe i występowanie czynników zewnętrznych w grupie osób przejawiających zachowania samobójcze.**

W związku z tym, iż kolejne, szczegółowe analizy w prezentowanej pracy, będą wykonywane wyłącznie w grupie klinicznej z podziałem na płeć, sprawdzono rozkłady zmiennych ilościowych w grupie kobiet i mężczyzn przejawiających samobójcze zaburzenia zachowania. W tym celu wyliczono podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Shapiro-Wilka (tabela 26) badającym normalność rozkładu.



**Tabela 26**

*Podstawowe statystyki opisowe wraz z testem Shapiro-Wilka w grupie kobiet (N = 45) i mężczyzn (N = 48) przejawiających zachowania samobójcze (N = 93).*

		<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Styl skoncentrowany na zadaniu	Kobiety	52,24	54,00	12,29	-0,60	-0,36	21,00	73,00	0,95	0,043
	Mężczyźni	54,06	57,50	12,26	-0,78	0,28	26,00	77,00	0,92	0,004
Styl skoncentrowany na emocjach	Kobiety	55,60	56,00	11,87	-0,70	0,37	24,00	75,00	0,96	0,083
	Mężczyźni	50,60	53,50	11,95	-0,43	-0,30	24,00	76,00	0,96	0,141
Styl skoncentrowany na unikaniu	Kobiety	44,20	43,00	8,74	0,72	0,62	29,00	66,00	0,95	0,053
	Mężczyźni	43,25	41,50	9,88	-0,07	0,46	22,00	66,00	0,94	0,020
Poczucie własnej wartości	Kobiety	26,69	30,00	10,58	-0,25	-0,84	4,00	45,00	0,96	0,157
	Mężczyźni	27,00	23,50	10,54	0,18	-0,84	4,00	44,00	0,94	0,019
Poczucie beznadziejności	Kobiety	11,56	12,00	4,80	-0,11	-1,44	4,00	18,00	0,91	0,002
	Mężczyźni	10,69	11,50	4,77	-0,06	-1,44	3,00	18,00	0,91	0,002
Postrzeganie bycia ciężarem	Kobiety	21,16	19,00	11,61	0,43	-0,99	5,00	42,00	0,93	0,007
	Mężczyźni	21,10	19,50	12,27	0,24	-1,33	5,00	44,00	0,92	0,002
Udaremniiona przynależność	Kobiety	29,18	29,00	12,49	0,27	-0,88	9,00	57,00	0,97	0,185
	Mężczyźni	33,56	33,50	12,65	0,16	-1,17	13,00	58,00	0,95	0,038
Neurotyczność	Kobiety	31,31	32,00	10,77	-0,30	-0,88	10,00	48,00	0,95	0,068
	Mężczyźni	27,27	29,00	11,42	-0,49	-0,16	2,00	47,00	0,96	0,114
Ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa	Kobiety	41,40	39,00	13,33	0,15	-0,67	15,00	73,00	0,98	0,506
	Mężczyźni	43,27	44,00	11,92	0,34	0,35	20,00	74,00	0,98	0,388
Poczucie nieustraszonego wobec śmierci	Kobiety	16,56	16,00	7,38	0,09	-1,42	6,00	28,00	0,92	0,003
	Mężczyźni	14,40	14,00	6,13	0,20	-1,05	4,00	27,00	0,96	0,092
Przyjemność z obserwowania przemocy	Kobiety	3,80	4,00	1,96	0,46	0,16	0,00	8,00	0,93	0,007
	Mężczyźni	4,52	4,00	2,43	0,75	0,85	1,00	12,00	0,93	0,013
Niewrażliwość na widok krwi	Kobiety	5,62	6,00	2,63	-0,64	-0,78	0,00	9,00	0,85	0,000
	Mężczyźni	5,92	6,00	1,82	-0,11	-1,23	2,00	9,00	0,90	0,001
Brak strachu przed umieraniem	Kobiety	8,20	8,00	5,00	0,17	-0,98	0,00	19,00	0,96	0,127
	Mężczyźni	7,06	7,00	3,58	0,36	-0,74	2,00	15,00	0,95	0,038

		<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Sk.</i>	<i>Kurt.</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks</i>	<i>W</i>	<i>p</i>
Ogólna nieustraszość	Kobiety	6,04	5,00	3,15	0,00	-0,73	0,00	12,00	0,96	0,135
	Mężczyźni	7,10	7,00	2,43	0,43	0,87	1,00	14,00	0,95	0,058
Umiejętność znajdowania rozwiązań	Kobiety	21,29	22,00	6,80	-0,58	-0,02	6,00	32,00	0,95	0,041
	Mężczyźni	21,79	21,50	5,96	-0,76	1,10	4,00	33,00	0,95	0,045
Siła woli	Kobiety	17,47	17,00	7,74	-0,08	-0,78	4,00	32,00	0,96	0,136
	Mężczyźni	18,63	19,00	6,31	-0,20	-0,12	4,00	30,00	0,98	0,454
Poczucie nadziei	Kobiety	55,11	57,00	16,04	0,23	0,48	17,00	96,00	0,97	0,354
	Mężczyźni	56,96	56,50	13,70	-0,37	1,31	18,00	86,00	0,95	0,051

Wyniki testu Shapiro-Wilka są nieistotne statystycznie dla stylu skoncentrowanego na emocjach (w obu grupach), stylu skoncentrowanego na unikaniu (w grupie kobiet), poczucia własnej wartości (w grupie kobiet), udaremnionej przynależności (w grupie kobiet), neurotyczności (w obu grupach), ogólnej zdolności do podjęcia samobójstwa (w obu grupach), poczucia nieustraszości wobec śmierci (w grupie mężczyzn), braku strachu przed umieraniem (w grupie kobiet), siły woli (w obu grupach) oraz poczucia nadziei (w obu grupach). Oznacza to, że rozkłady tych zmiennych są podobne do rozkładu normalnego. W przypadku pozostałych zmiennych rozkłady nie są zbliżone do krzywej Gaussa. Jednak skośności dla wszystkich zmiennych nie przekraczają bezwzględnej wartości 2, a to wskazuje na nieznaczną asymetrię rozkładów (George, Mallery, 2010). Z tego powodu poniższe analizy oparto o testy parametryczne - zakładając, że spełniono ich pozostałe założenia. Poniższa tabela 27 prezentuje analizę różnic międzypłciowych w grupie klinicznej. Istotna okazała się różnica w zakresie jednej zmiennej.

Porównywanie kobiet i mężczyzn przejawiających zachowania samobójcze daje możliwość określenia i opisanie funkcjonowania obu grup pod względem różnych czynników osobowościowych.

**Tabela 27**

***Różnice w zakresie zmiennych podmiotowych w grupie kobiet i mężczyzn***

	Kobiety ( <i>n</i> = 45)		Mężczyźni ( <i>n</i> = 48)		<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
Styl skoncentrowany na zadaniu	52,24	12,29	54,06	12,26	-0,714	0,477	-6,878	3,242	-0,148
Styl skoncentrowany na emocjach	55,60	11,87	50,60	11,95	2,022	<b>0,046</b>	,088	9,904	0,419
Styl skoncentrowany na unikaniu	44,20	8,74	43,25	9,88	0,492	0,624	-2,886	4,786	0,102
Poczucie własnej wartości	26,69	10,58	27,00	10,54	-0,142	0,887	-4,664	4,042	-0,029

	Kobiety (n = 45)		Mężczyźni (n = 48)		t	p	95% CI		d Cohena
	M	SD	M	SD			LL	UL	
Poczucie beznadziejności	11,56	4,80	10,69	4,77	0,874	0,384	-1,105	2,841	0,181
Postrzeganie bycia ciężarem	21,16	11,61	21,10	12,27	0,021	0,983	-4,866	4,969	,004
Udaremniona przynależność	29,18	12,49	33,56	12,65	-1,681	0,096	-9,565	,796	-0,349
Neurotyczność	31,31	10,77	27,27	11,42	1,756	0,082	-0,529	8,610	0,364
Ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa	41,40	13,33	43,27	11,92	-0,712	0,479	-7,094	3,353	-,148
Poczucie nieustraszoneści wobec śmierci	16,56	7,38	14,40	6,13	1,529	0,130	-,648	4,968	,319
Przyjemność z obserwowania przemocy	3,80	1,96	4,52	2,43	-1,15	-1,578	-1,628	,187	-,325
Niewrażliwość na widok krwi	5,62	2,63	5,92	1,82	-0,624	0,535	-1,234	,645	-,131
Brak strachu przed umieraniem	8,20	5,00	7,06	3,58	1,254	0,213	-,667	2,942	,263
Ogólna nieustraszoneść	6,04	3,15	7,10	2,43	-1,808	0,074	-2,226	,106	-,378
Umiejętność znajdowania rozwiązań	21,29	6,80	21,79	5,96	-,378	0,706	-3,15	2,140	-,079
Siła woli	17,47	7,74	18,63	6,31	-,788	0,433	-4,081	1,764	-,165
Poczucie nadziei	55,11	16,04	56,96	13,70	-,595	0,553	-8,014	4,319	-,124

Analiza wykazała istotną statystycznie różnicę w zakresie stylu skoncentrowanego na emocjach ( $p = 0,046$ ). Siła uzyskanego efektu jest niska. Kobiety ujawniające zachowania samobójcze w sytuacjach stresowych kierują się stylem skoncentrowanym na emocjach częściej aniżeli mężczyźni z samobójczymi zaburzeniami zachowania.

Oprócz jednej – opisaną powyżej – zmiennej, pozostałe nie są istotnie różne w grupie kobiet i w grupie mężczyzn. Stąd też wniosek, iż wyłącznie styl skoncentrowany na emocjach (jako zmienna podmiotowa) przyjmuje różne, istotne statystycznie, wartości w obu grupach badawczych. Wyniki częściowo potwierdzają wcześniejsze badania, w których stwierdzono, iż płeć nie różnicuje poziomu poczucia beznadziejności i własnej wartości (Stephenson, Pena-Shaff, Quirk, 2006). Jednocześnie prowadzone badania nie potwierdzają wcześniejszych wyjaśnień dotyczących różnic płciowych wynikających ze zdolności do podjęcia samobójstwa, które sugerowały, że mężczyźni posiadają wyższą zdolność do podjęcia samobójstwa aniżeli kobiety. Różnice te występowały głównie w zmiennych niewrażliwość na ból i nieustraszoneść wobec śmierci (Witte i in., 2012), czego nie potwierdzają badania własne.

Oprócz czynników podmiotowych analizie poddano również czynniki zewnętrzne do których należy spożywanie alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, próby i myśli samobójcze w przeszłości oraz negatywne wydarzenia życiowe, które są zmiennymi

nominalnymi. W tej części analiz sprawdzono czy występują zależności międzypłciowe w zakresie tych zmiennych. Analizy prezentuje tabela nr 28.

**Tabela 28**

***Zależności pomiędzy czynnikami zewnętrznymi, a płcią***

		Kobiety (n = 45)		Mężczyźni (n = 48)		$\chi^2(1)$	<i>p</i>	$\phi$
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%			
Spożywanie alkoholu	nie	34	75,6	36	75,0	0,004	0,951	0,01
	tak	11	24,4	12	25,0			
Przyjmowanie innych substancji psychoaktywnych	nie	40	88,9	33	68,8	5,580	<b>0,018</b>	0,25
	tak	5	11,1	15	31,3			
Próby samobójcze w przeszłości	nie	25	55,6	28	58,3	0,073	0,787	-0,03
	tak	20	44,4	20	41,7			
Myśli samobójcze w przeszłości	nie	6	13,3	17	35,4	6,085	<b>0,014</b>	-0,25
	tak	39	86,7	31	64,6			
Negatywne wydarzenia życiowe	nie	16	35,6	18	37,5	0,038	0,846	-0,02
	tak	29	64,4	30	62,5			
Zaburzenia psychiczne	nie	16	35,6	19	64,4	0,161	0,689	-0,04
	tak	29	39,6	29	60,4			

Analiza za pomocą testu chi kwadrat niezależności wykazała istotne statystycznie zależności pomiędzy płcią, a przyjmowaniem środków psychoaktywnych ( $p = 0,018$ ) oraz myślami samobójczymi w przeszłości ( $p = 0,014$ ). Mężczyźni po próbie samobójczej częściej przyjmują substancje psychoaktywne, inne niż alkohol, aniżeli kobiety. Z kolei kobiety podejmujące próbę samobójczą częściej doświadczają myśli samobójczych w porównaniu z mężczyznami. Wartość  $\phi$  wskazuje, iż zarówno w przypadku przyjmowania substancji psychoaktywnych jak i myśli samobójczych wartości te są o małej sile.

**6.4.2. Doświadczenie negatywnych wydarzeń życiowych, a funkcjonowanie podmiotowe w grupie kobiet i mężczyzn z samobójczymi zaburzeniami zachowania.**

W następnym kroku analiz statystycznych postanowiono przeanalizować funkcjonowanie osobowościowe w grupie kobiet i mężczyzn z samobójczymi zaburzeniami zachowania, którzy doświadczyli negatywnych wydarzeń życiowych. Stąd też analizy te odpowiadają na pytania dotyczące różnic międzypłciowych w zakresie natężenia zmiennych osobowościowych w grupie osób, które doświadczyły negatywnych wydarzeń życiowych oraz różnice w zakresie natężenia zmiennych osobowościowych ze względu na doświadczenie negatywnych wydarzeń życiowych. Wyniki testu Shapiro-Wilka oraz analiza skośności i kurtozy pozwoliły

wnioskować o spełnieniu założenia o normalności rozkładów. W przypadku analiz dotyczących weryfikacji różnic międzypłciowych osób z doświadczeniem negatywnych wydarzeń życiowych nie występowały rozbieżności w porównywanych grupach  $\chi^2(1) = 0,04$ ;  $p = 0,846$  oraz spełniono pozostałe założenia dotyczące stosowania testów parametrycznych, stąd też wykonano test t Studenta dla prób niezależnych (tabela 29). Natomiast analiza różnic pomiędzy osobami z doświadczeniem negatywnych wydarzeń i bez takich doświadczeń, ze względu na niespełnienie założeń umożliwiających wykorzystanie testu parametrycznego (weryfikacja m.in. za pomocą testu Welch'a), została wykonana przy pomocy testu U Manna Whitney'a, co prezentuje tabela 30. Analizy w tej części były wykonane na ogólnym czynniku zdolności do podjęcia samobójstwa, bez analizy jego składowych, gdyż interesująca w tym momencie jest analiza ogólnej zdolności do podjęcia samobójstwa, jako konstrukt teoretycznego. Ponadto w przypadku analiz międzypłciowych włączono zmienną poczucie nadziei, bez jej czynników składowych, inaczej niż w przypadku analiz przedstawionych w tabeli 36. Takie postępowanie miało na celu zredukowanie dodatkowych zmiennych, a pozostawienie wyłącznie zmiennych wiodących, jako głównego konstrukt teoretycznego.

**Tabela 29**

*Analiza różnic międzypłciowych w zakresie czynników podmiotowych ze względu na doświadczenie negatywnych wydarzeń życiowych.*

		Kobiety			Mężczyźni			t	p	95% CI		d Cohena
		N	M	SD	N	M	SD			LL	UL	
Styl skoncentrowany na zadaniu	Bez doświadczenia negatywnych wydarzeń życiowych	16	49,06	13,87	18	53,83	11,49	-1,08	0,287	-13,63	4,22	-0,38
	Z doświadczeniem negatywnych wydarzeń życiowych	29	54,00	11,19	30	54,20	12,89	-0,64	0,949	-6,49	6,09	-0,17
Styl skoncentrowany na emocjach	Bez doświadczenia negatywnych wydarzeń życiowych	16	54,31	11,85	18	48,61	13,32	1,32	0,196	-3,09	14,49	0,45
	Z doświadczeniem negatywnych wydarzeń życiowych	29	56,31	12,03	30	51,80	11,11	1,50	0,141	-1,53	10,55	0,39
Styl skoncentrowany na unikaniu	Bez doświadczenia negatywnych wydarzeń życiowych	16	40,44	6,79	18	41,00	3,31	-0,30	0,766	-4,45	3,32	-0,11
	Z doświadczeniem negatywnych wydarzeń życiowych	29	46,28	9,09	30	44,60	12,11	0,60	0,549	-3,90	7,25	0,16
Poczucie własnej wartości	Bez doświadczenia negatywnych wydarzeń życiowych	16	24,75	12,07	18	28,50	10,93	-0,95	0,352	-11,85	4,35	-0,33

		Kobiety			Mężczyźni			<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
	Z doświadczeniem negatywnych wydarzeń życiowych	29	27,76	9,72	30	26,10	10,38	0,63	0,529	-2,58	6,90	0,17
Poczucie beznadziejności	Bez doświadczenia negatywnych wydarzeń życiowych	16	12,94	4,89	18	10,72	4,94	1,31	0,199	-1,23	5,66	0,45
	Z doświadczeniem negatywnych wydarzeń życiowych	29	10,79	4,66	30	10,67	4,75	0,10	0,918	-2,33	2,58	0,03
Postrzeganie bycia ciężarem	Bez doświadczenia negatywnych wydarzeń życiowych	16	25,05	12,64	18	20,39	12,11	1,10	0,281	-4,01	13,36	0,38
	Z doświadczeniem negatywnych wydarzeń życiowych	29	19,00	10,61	30	21,53	12,54	-0,84	0,405	-8,59	3,52	-0,22
Udaremniona przynależność	Bez doświadczenia negatywnych wydarzeń życiowych	16	32,75	13,44	18	27,28	11,32	1,28	0,212	-3,30	14,24	0,44
	Z doświadczeniem negatywnych wydarzeń życiowych	29	27,21	11,71	30	37,33	12,05	-3,27	<b>0,002</b>	-16,32	-3,93	-0,85
Neurotyczność	Bez doświadczenia negatywnych wydarzeń życiowych	16	31,31	8,44	18	25,61	12,72	1,56	0,131	-1,79	13,19	0,52
	Z doświadczeniem negatywnych wydarzeń życiowych	29	31,31	12,00	30	28,27	10,66	1,03	0,308	-2,88	8,97	0,27
Ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa	Bez doświadczenia negatywnych wydarzeń życiowych	16	46,56	15,52	18	41,17	15,37	1,02	0,317	-5,42	16,22	0,45
	Z doświadczeniem negatywnych wydarzeń życiowych	29	38,55	11,25	30	44,53	9,36	-2,22	<b>0,031</b>	-11,39	-0,57	-0,58
Poczucie nadziei	Bez doświadczenia negatywnych wydarzeń życiowych	16	49,88	14,43	18	54,39	11,46	-1,00	0,325	-13,74	4,71	-0,35
	Z doświadczeniem negatywnych wydarzeń życiowych	29	58,00	16,38	30	58,50	14,85	-0,12	0,903	-8,66	7,66	-0,03

W przypadku weryfikacji pytania badawczego dotyczącego różnic międzypłciowych w zakresie funkcjonowania osobowościowego w grupie osób z doświadczeniem negatywnych wydarzeń życiowych, analizy wykazały, iż kobiety różnią się od mężczyzn pod względem udaremnionej przynależności ( $p = 0,002$ ,  $d = 0,85$ ), zaobserwowany efekt jest o dużej sile. Mężczyźni mają wyższe poczucie udaremnionej przynależności aniżeli kobiety w grupie osób z doświadczeniem negatywnych wydarzeń we własnym życiu. Ponadto mężczyźni różnią się od kobiet pod względem ogólnej zdolności do popełnienia samobójstwa ( $p = 0,031$ ,  $d = 0,58$ ). Mężczyźni cechują się wyższą zdolnością do podjęcia samobójstwa aniżeli kobiety, po

doświadczeniu negatywnych zdarzeń życiowych. Zaobserwowany efekt jest o umiarkowanej sile.

**Tabela 30**

*Analiza różnic w zakresie czynników podmiotowych ze względu na doświadczenie negatywnych wydarzeń życiowych*

	Negatywne wydarzenia życiowe nie ( <i>n</i> = 34)		tak ( <i>n</i> = 59)		Z	p
	średnia ranga	Me	średnia ranga	Me		
Styl skoncentrowany na zadaniu	44,76	56,00	48,29	55,00	-0,61	0,544
Styl skoncentrowany na emocjach	43,43	53,50	49,06	55,00	-0,97	0,332
Styl skoncentrowany na unikaniu	36,88	40,00	52,83	45,00	-2,75	<b>0,006</b>
Poczucie własnej wartości	47,50	25,00	46,71	25,00	-0,14	0,892
Poczucie beznadziejności	51,71	12,50	44,29	11,00	-1,28	0,200
Postrzeganie bycia ciężarem	50,24	21,50	45,14	19,00	-0,88	0,380
Udaremniona przynależność	43,49	26,50	49,03	32,00	-0,95	0,340
Neurotyczność	45,09	29,50	48,10	31,00	-0,52	0,604
Ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa	48,19	40,00	46,31	44,00	-0,32	0,746
Umiejętność znajdowania rozwiązań	38,46	20,50	51,92	23,00	-2,32	<b>0,020</b>
Siła woli	42,10	18,00	49,82	18,00	-1,33	0,183
Poczucie nadziei	40,62	52,50	50,68	57,00	-1,73	0,083

Weryfikacja kolejnego pytania dotyczącego różnic wynikających z doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych opierała się o wykonanie testów U Manna Whitney'a (tabela 30). Porównano funkcjonowania osobowościowe osób, które doświadczyły negatywnych wydarzeń życiowych z tymi, którzy nie mieli styczności z takimi zdarzeniami. W tym przypadku istotne okazały się zmienne takie jak styl skoncentrowany na unikaniu ( $p = 0,006$ ) oraz umiejętność znajdowania rozwiązań ( $p = 0,020$ ). Oznacza to, iż osoby doświadczające negatywnych wydarzeń życiowych częściej aniżeli osoby, które nie mają takich doświadczeń kierują się w sytuacjach stresowych stylem skoncentrowanym na unikaniu. Ponadto osoby, które doświadczyły negatywnych wydarzeń życiowych posiadają wyższą umiejętność znajdowania rozwiązań w dążeniu do celu. Należy przez to rozumieć, łatwość w spostrzeganiu siebie jako osoby zdolnej i zaradnej. Osoby te są w stanie wymyśleć bądź poznać przynajmniej

jeden skuteczny sposób, który doprowadzi do osiągnięcia zamierzonego celu. Postrzegają siebie jako bardziej inteligentne i posiadające niezbędną wiedzę do osiągnięcia celu.

### 6.4.3. Myśli samobójcze, a poziom zmiennych podmiotowych w grupie osób po podjętej próbie samobójczej.

W kolejnym etapie analiz – zgodnie z założeniami teoretycznymi – postanowiono sprawdzić czy występują różnice w zakresie natężenia zmiennych osobowościowych w grupie osób z myślami samobójczymi i bez doświadczania myśli samobójczych. Analizy przeprowadzono w oparciu o testy nieparametryczne U Manna Whitney’ a (tabela 31). W zakresie czynników wchodzących w skład zdolności do podjęcia samobójstwa, zrezygnowano z czynników ładujących i wykonano analizy wyłącznie ze zmienną „ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa”. Zgodnie z prowadzonymi wcześniej badaniami (Rappaport, Flint, Kendler, 2017) postanowiono przetestować czy neurotyczność oraz poczucie beznadziejności (Edwards, Holden, 2001) wiążą się ze zwiększonym ryzykiem występowania myśli samobójczych, a także zweryfikować poziom innych zmiennych podmiotowych u osób z myślami samobójczymi. Ze względu na podłoże teoretyczne, cel pracy badawczej i założenie o różnicy w doświadczaniu myśli samobójczych u kobiet i mężczyzn poniższe analizy wykonano z podziałem na płeć (tabela 31 i tabela 32).

**Tabela 31**

*Różnice w zakresie czynników podmiotowych ze względu na ujawniane myśli samobójcze w grupie kobiet*

	Myśli samobójcze				Z	p
	nie (n = 6)		tak (n = 39)			
	średnia ranga	Me	średnia ranga	Me		
Styl skoncentrowany na zadaniu	17,00	43,50	23,92	55,00	-1,20	0,229
Styl skoncentrowany na emocjach	18,25	55,50	23,73	56,00	-0,95	0,341
Styl skoncentrowany na unikaniu	10,50	36,00	24,92	45,00	-2,51	<b>0,012</b>
Poczucie własnej wartości	25,42	26,50	22,63	30,00	-0,49	0,628
Poczucie beznadziejności	18,67	8,50	23,67	12,00	-0,87	0,384
Postrzeganie bycia ciężarem	12,33	11,00	24,64	22,00	-2,14	<b>0,032</b>
Udaremniona przynależność	25,00	34,00	22,69	28,00	-0,40	0,688
Neurotyczność	19,08	28,00	23,60	32,00	-0,79	0,432
Ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa	14,25	32,00	24,35	45,00	-1,76	<b>0,049</b>



	Myśli samobójcze				Z	p
	nie (n = 6)		tak (n = 39)			
	średnia ranga	Me	średnia ranga	Me		
Umiejętność znajdowania rozwiązań	21,92	20,00	23,17	22,00	-0,22	0,828
Siła woli	25,42	17,50	22,63	17,00	-0,49	0,628
Poczucie nadziei	24,50	53,50	22,77	57,00	-0,30	0,764

**Tabela 32**

*Różnice w zakresie czynników podmiotowych ze względu na ujawniane myśli samobójcze w grupie mężczyzn*

	Myśli samobójcze				Z	p
	nie (n = 17)		tak (n = 31)			
	średnia ranga	Me	średnia ranga	Me		
Styl skoncentrowany na zadaniu	24,94	58,00	24,26	56,00	-0,16	0,871
Styl skoncentrowany na emocjach	20,38	51,00	26,76	55,00	-1,51	0,131
Styl skoncentrowany na unikaniu	18,18	39,00	27,97	44,00	-2,32	<b>0,020</b>
Poczucie własnej wartości	25,74	32,00	23,82	23,00	-0,45	0,650
Poczucie beznadziejności	17,38	7,00	28,40	14,00	-2,62	<b>0,009</b>
Postrzeganie bycia ciężarem	27,18	19,00	23,03	20,00	-0,98	0,326
Udaremniona przynależność	23,94	28,00	24,81	37,00	-0,21	0,838
Neurotyczność	20,85	22,00	26,50	30,00	-1,34	0,181
Ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa	20,56	41,00	26,66	44,00	-1,45	0,148
Umiejętność znajdowania rozwiązań	25,97	21,00	23,69	23,00	-0,54	0,589
Siła woli	24,26	19,00	24,63	19,00	-0,09	0,931
Poczucie nadziei	26,50	57,00	23,40	56,00	-0,73	0,463

Uzyskane analizy wykazały, iż kobiety po próbie samobójczej doświadczające myśli samobójczych różnią się od kobiet bez doświadczenia myśli samobójczych pod względem stylu radzenia sobie w sposób unikowy ( $p = 0,012$ ), postrzegania bycia ciężarem ( $p = 0,032$ ), oraz ogólnej zdolności do podjęcia samobójstwa ( $p = 0,049$ ). Można przypuszczać, że osoby z myślami samobójczymi cechują się skoncentrowaniem na unikaniu w sytuacjach stresowych. Czują się ciężarem dla innych, przez co mogą doświadczać wielu negatywnych emocji, zwłaszcza w stosunku do samego siebie, ponadto ich zdolność do podjęcia samobójstwa jest wyższa aniżeli w przypadku osób bez doświadczania myśli samobójczych.

W grupie mężczyzn osoby doświadczające myśli samobójczych różnią się od mężczyzn bez takich doświadczeń pod względem stylu radzenia sobie w sposób unikowy ( $p = 0,020$ ) oraz poczucia beznadziejności ( $p = 0,009$ ). Oznacza to, iż mężczyźni którzy doświadczają myśli samobójczych w sytuacjach stresowych – podobnie jak kobiety – zareagują w sposób unikowy, np. poprzez angażowanie się w różne sytuacje zastępcze. Ponadto cechują się wyższym poziomem poczucia beznadziejności aniżeli mężczyźni wolni od myśli samobójczych. Oznacza to, że w negatywny sposób myślą o sobie i przyszłości.

#### **6.4.4. Zależność pomiędzy przyjmowaniem środków psychoaktywnych, a myślami samobójczymi w grupie osób po próbie samobójczej.**

Kolejne analizy mają na celu sprawdzenie zależności pomiędzy przyjmowaniem różnych środków psychoaktywnych, a myślami samobójczymi (tabela 33 i 34). Zgodnie z założeniami teoretycznymi (Scocco, de Girolamo, Vilagut, Alonso, 2008; Cavanagh i in., 2003; Darvishi, Farhadi, Haghtalab, Poorolajal, 2015) postanowiono przetestować, czy istnieje zależność pomiędzy spożywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, a pojawieniem się myśli samobójczych. Obliczenia wykonano z wykorzystaniem testu chi kwadrat niezależności.

**Tabela 33**

*Zależności pomiędzy przyjmowaniem środków psychoaktywnych, a myślami samobójczymi w grupie kobiet (N = 45)*

		Myśli samobójcze w przeszłości		Brak myśli samobójczych w przeszłości		$\chi^2(1)$	$p$	$\varphi$
		N	%	N	%			
Spożywanie alkoholu	Tak	10	90,9	1	9,1	0,23	0,634	0,07
	Nie	29	85,3	5	14,7			
Przyjmowanie innych substancji psychoaktywnych	Tak	4	80,0	1	20,0	0,22	0,642	-0,07
	Nie	35	87,5	5	12,5			

**Tabela 34**

*Zależności pomiędzy przyjmowaniem środków psychoaktywnych, a myślami samobójczymi w grupie mężczyzn (N = 48)*

		Myśli samobójcze w przeszłości		Brak myśli samobójczych w przeszłości		$\chi^2(1)$	$p$	$\varphi$
		N	%	N	%			
Spożywanie alkoholu	Tak	10	83,3	2	16,7	2,46	0,117	0,23
	Nie	21	58,3	15	41,7			

		Myśli samobójcze w przeszłości		Brak myśli samobójczych w przeszłości		$\chi^2(1)$	<i>p</i>	$\phi$
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%			
		Przyjmowanie innych substancji psychoaktywnych	Tak	4	12			
	Nie	35	19	57,6	14			

Uzyskane rezultaty wskazują na brak zależności pomiędzy nadużywaniem różnych substancji, a myślami samobójczymi zarówno w grupie kobiet, jak i w grupie mężczyzn. Pomimo wielu dowodów teoretycznych na to, iż nadużywanie różnych substancji wpływa na pojawienie się myśli samobójczych prowadzone badania nie potwierdzają takiej zależności. Można więc przypuszczać, iż w przypadku badanych osób myśli samobójcze były powiązane ze zmiennymi podmiotowymi, a nie czynnikami zewnętrznymi – co będzie weryfikowane w dalszej części pracy. Możliwe, że – pomimo dowodów na to, iż istnieje bezpośrednia zależność uzależnienia od alkoholu/spożywania alkoholu oraz myśli samobójczych (Darvishi i in., 2015) – prawdopodobnie relacja ta jest bardziej skomplikowana, a samo spożywanie alkoholu jest tylko jedną ze zmiennych w modelu ryzyka wystąpienia myśli samobójczych.

#### **6.4.5. Poziom zmiennych podmiotowych w zależności od wystąpienia prób samobójczych w przeszłości w grupie osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania**

Na kolejnym etapie, zgodnie z postawionymi pytaniami badawczymi, sprawdzono czy występują różnice pomiędzy osobami, które podjęły próby samobójcze w przeszłości, a osobami, bez historii samobójczej pod kątem ich zdolności do podjęcia samobójstwa oraz innych czynników podmiotowych. Analizy te będą wykonane z podziałem na płeć. Wykonano w tym celu testy *t* Studenta dla prób niezależnych. Wyniki analiz dla grupy kobiet (*N* = 45) zamieszczono w tabeli nr 35, natomiast dla mężczyzn (*N* = 48) w tabeli nr 36.

**Tabela 35**

#### ***Różnice w zakresie zmiennych podmiotowych wynikające z podejmowanych prób samobójczych w przeszłości w grupie kobiet***

	Próby samobójcze w przeszłości				<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
	nie ( <i>n</i> = 25)		tak ( <i>n</i> = 20)				<i>LL</i>	<i>UL</i>	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>					
Poczucie własnej wartości	30,68	8,30	21,70	11,19	2,99	<b>0,005</b>	2,88	15,08	0,93
Neurotyczność	28,74	11,79	34,50	8,58	-1,89	0,066	11,87	0,39	-0,55

	Próby samobójcze w przeszłości				t	p	95% CI		d Cohena
	nie (n = 25)		tak (n = 20)				LL	UL	
	M	SD	M	SD					
Poczucie beznadziejności	9,48	4,19	14,15	4,28	-3,67	<0,001	-7,25	-2,10	-1,10
Ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa	32,80	8,41	52,15	10,16	-6,85	0,000	-25,08	-13,62	-2,10
Poczucie nieustraszoneści wobec śmierci	13,00	7,19	21,00	4,86	-4,44	0,000	-11,64	-4,36	-1,28
Przyjemność z obserwowania przemocy	3,68	1,60	3,96	2,37	-0,44	0,666	-1,53	0,99	-0,14
Niewrażliwość na widok krwi	4,72	2,46	6,75	2,45	-2,76	0,009	-3,52	-0,54	-0,83
Brak strachu przed umieraniem	5,72	4,33	11,30	4,00	-4,48	0,000	-8,09	-3,07	-1,33
Ogólna nieustraszoneść	4,56	2,68	7,90	2,71	-4,13	0,000	-4,98	-1,71	-1,24

**Tabela 36**

*Różnice w zakresie zmiennych podmiotowych wynikające z podejmowanych prób samobójczych w przeszłości w grupie mężczyzn*

	Próby samobójcze w przeszłości				t	p	95% CI		d Cohena
	nie (n = 28)		tak (n = 20)				LL	UL	
	M	SD	M	SD					
Poczucie własnej wartości	30,04	10,12	22,75	9,84	2,50	0,016	1,40	13,17	0,73
Neurotyczność	23,64	11,44	32,35	9,48	-2,88	0,006	-14,81	-2,61	-0,82
Poczucie beznadziejności	9,32	4,41	12,60	4,70	-2,45	0,019	-5,99	-0,61	-0,72
Ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa	38,71	10,49	48,25	12,27	-2,52	0,016	-15,39	-1,68	-0,76
Poczucie nieustraszoneści wobec śmierci	13,93	5,19	15,05	7,35	-0,59	0,562	-5,02	2,78	-0,18
Przyjemność z obserwowania przemocy	3,86	2,58	5,45	1,91	-2,46	0,018	-2,90	-0,29	-0,69
Niewrażliwość na widok krwi	5,46	1,73	6,55	1,79	-2,10	0,042	-2,13	-0,04	-0,62
Brak strachu przed umieraniem	5,79	2,81	8,85	3,84	-3,04	0,005	-5,12	-1,01	-0,94
Ogólna nieustraszoneść	6,61	1,79	7,80	3,04	-1,57	0,127	-2,75	0,36	-0,50

W grupie kobiet odnotowano różnice w czterech z sześciu czynników zdolności do podjęcia samobójstwa, poczuciu własnej wartości ( $p = 0,005$ ,  $d = 0,93$ ) oraz w zakresie poczucia beznadziejności ( $p < 0,001$ ,  $d = 1,10$ ). Siła efektu we wszystkich istotnych zmiennych jest duża, a w zakresie zmiennych ładujących ogólną zdolność do podjęcia samobójstwa  $p = 0,000$ . Jedynymi zmiennymi, które istotnie nie różnią się ze względu na podejmowanie prób samobójczych w przeszłości to przyjemność z obserwowania przemocy oraz niewrażliwość na widok krwi. Osoby, które podejmowały próby samobójcze w przeszłości mają większą ogólną zdolność do podjęcia samobójstwa, wyższe poczucie nieustraszoneści wobec śmierci, a także nie odczuwają strachu przed umieraniem i cechują się ogólną nieustraszoneścią. Ponadto kobiety z historią samobójstwa w przeszłości mają niższe poczucie własnej wartości i wyższe poczucie beznadziejności aniżeli grupa bez prób samobójczych w przeszłości.

W przypadku grupy mężczyzn istotnymi zmiennymi są poczucie własnej wartości ( $p = 0,016$ ,  $d = 0,73$ ), neurotyczność ( $p = 0,006$ ,  $d = 0,82$ ), poczucie beznadziejności ( $p = 0,019$ ,  $d = 0,72$ ), ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa ( $p = 0,016$ ,  $d = 0,76$ ), przyjemność z obserwowania przemocy ( $p = 0,018$ ,  $d = 0,69$ ), niewrażliwość na widok krwi ( $p = 0,042$ ,  $d = 0,62$ ) oraz brak strachu przed umieraniem ( $p = 0,005$ ,  $d = 0,94$ ). Pozostałe zmienne są nieistotne statystycznie. W grupie mężczyzn siły uzyskanych efektów są umiarkowane, a tylko w jednej zmiennej efekt jest wysoki. Mężczyźni podejmujący próbę samobójczą w przeszłości mają wyższą ogólną zdolność do podjęcia samobójstwa, czerpią przyjemność z obserwowania przemocy bardziej aniżeli osoby które w przeszłości nie dokonywały prób samobójczych. Ponadto mają większą niewrażliwość na widok krwi i wyższy poziom braku strachu przed umieraniem aniżeli przeciwna grupa. Badania własne potwierdzają wcześniejsze ustalenia dotyczące poczucia beznadziejności wśród osób wielokrotnie podejmujących próby samobójcze (Johns, Holden, 1997) oraz niższe poczucie własnej wartości w przypadku osób wielokrotnie podejmujących próby samobójcze (Palmer, 2004). Ponadto mężczyźni z historią samobójstwa w tle posiadają wyższe nasilenie neurotyczności w porównaniu z osobami podejmującymi próbę samobójczą po raz pierwszy.

#### **6.4.6. Choroba psychiczna, a funkcjonowanie osobowościowe kobiet i mężczyzn z samobójczymi zaburzeniami zachowania.**

W kolejnym kroku wykonano analizy z uwzględnieniem chorób psychicznych odpowiadając na pytania dotyczące różnic w zakresie czynników podmiotowych w zależności od stwierdzonej choroby psychicznej w grupie kobiet i w grupie mężczyzn. Zaburzenia psychiczne są istotnym elementem w wyjaśnianiu mechanizmu zachowań samobójczych (Almeida i in., 2016; Gradus i in., 2010). W tej części analiz postanowiono przetestować hipotezę dotyczącą różnic podmiotowych w grupie pacjentów z zaburzeniami psychicznymi (ze stwierdzoną chorobą psychiczną i bez choroby psychicznej). W tym celu posłużono się testem  $t$  Studenta dla prób niezależnych (zweryfikowano i spełniono założenia). Porównywano nasilenie czynników podmiotowych wewnątrz grupy kobiet i mężczyzn, oddzielnie dla każdej płci (tabela 37).

Tabela 37

*Różnice wynikające z zaburzeń psychicznych w zakresie czynników podmiotowych w grupie kobiet i w grupie mężczyzn*

		Brak choroby psychicznej (zaburzenia psychiczne związane z sytuacją i stresem, krótkotrwałe i przemijające)			Choroba psychiczna (zaburzenia psychiczne niepsychotyczne)			t	p	95% CI		d Cohena
		N	M	SD	N	M	SD			LL	UL	
Styl skoncentrowany na zadaniu	Kobiety (n=45)	16	57,75	9,28	29	49,21	12,82	2,57	<b>0,014</b>	1,82	15,26	0,73
	Mężczyźni (n=48)	19	52,63	8,23	29	55,00	14,37	-0,73	0,472	-8,95	4,21	-0,19
Styl skoncentrowany na emocjach	Kobiety (n=45)	16	55,75	10,67	29	55,52	12,67	0,07	0,948	-6,98	7,45	0,02
	Mężczyźni (n=48)	19	48,00	7,92	29	52,31	13,84	-1,37	0,178	-10,65	2,03	-0,36
Styl skoncentrowany na unikaniu	Kobiety (n=45)	16	44,95	11,25	29	43,24	7,03	0,87	0,394	-3,74	9,13	0,31
	Mężczyźni (n=48)	19	43,37	5,17	29	43,17	12,11	0,01	0,939	-4,94	5,33	0,02
Poczucie własnej wartości	Kobiety (n=45)	16	29,19	7,94	29	25,31	11,69	1,32	0,195	-2,06	9,82	0,37
	Mężczyźni (n=48)	19	31,26	8,23	29	24,21	11,07	2,53	<b>0,015</b>	1,44	12,68	0,70
Poczucie beznadziejności	Kobiety (n=45)	16	12,50	4,32	29	11,03	5,039	1,03	0,312	-1,44	4,37	0,31
	Mężczyźni (n=48)	19	8,89	4,56	29	11,86	4,612	-2,20	0,034	-5,70	-0,23	-0,65
Postrzeganie bycia ciężarem	Kobiety (n=45)	16	18,88	8,41	29	22,41	13,01	-1,11	0,276	-10,00	2,93	-0,31
	Mężczyźni (n=48)	19	16,21	11,03	29	24,31	12,14	-2,39	<b>0,022</b>	-14,95	-1,26	-0,69
Udaremniiona przynależność	Kobiety (n=45)	16	24,25	12,44	29	31,90	11,86	-2,01	0,054	-15,43	0,14	-0,63
	Mężczyźni (n=48)	19	33,00	12,53	29	33,93	12,95	-0,25	0,805	-8,51	6,64	-0,07
Neurotyczność	Kobiety (n=45)	16	33,25	10,50	29	30,24	10,95	0,91	0,371	-3,75	9,77	0,28
	Mężczyźni (n=48)	19	23,37	6,94	29	29,83	13,07	-2,23	<b>0,031</b>	-12,31	-0,61	-0,58
Ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa	Kobiety (n=45)	16	40,81	12,57	29	41,72	13,94	-0,22	0,824	-9,18	7,36	-0,07
	Mężczyźni (n=48)	19	41,00	12,86	29	44,76	11,25	-1,04	0,306	-11,10	3,58	-0,32
Umiejętność znajdowania rozwiązań	Kobiety (n=45)	16	23,50	4,08	29	20,07	7,71	1,95	0,058	-0,12	6,98	0,51
	Mężczyźni (n=48)	19	21,79	5,97	29	21,79	6,06	-0,00	0,998	-3,59	3,58	-0,00
Siła woli	Kobiety (n=45)	16	16,69	8,37	29	17,90	7,49	-0,48	0,634	-6,36	3,94	-0,16
	Mężczyźni (n=48)	19	20,00	5,31	29	17,72	6,82	1,30	0,202	-1,27	5,82	0,36

		Brak choroby psychicznej (zaburzenia psychiczne związane z sytuacją i stresem, krótkotrwałe i przemijające)			Choroba psychiczna (zaburzenia psychiczne niepsychotyczne)					95% CI		
		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>LL</i>	<i>UL</i>	<i>d Cohena</i>
Poczucie nadziei	Kobiety (n=45)	16	54,19	15,07	29	55,62	16,79	-0,29	0,771	-11,37	8,50	-0,09
	Mężczyźni (n=48)	19	60,11	11,03	29	54,90	15,02	1,38	0,173	-2,37	12,79	0,38

Na podstawie analiz wykazano różnice pomiędzy kobietami z zaburzeniami psychicznymi niepsychotycznymi i zaburzeniami związanymi ze stresem, przemijającymi w zakresie stylu skoncentrowanego na zadaniu ( $p = 0,014$ ,  $d = 0,73$ ), występuje efekt o umiarkowanej sile. Uzyskane dane pozwalają stwierdzić, iż kobiety z zaburzeniami psychicznymi związanymi ze stresem (bez stwierdzonej choroby psychicznej) częściej aniżeli kobiety z zaburzeniami niepsychotycznymi (chorobą psychiczną) w sytuacjach trudnych i stresujących radzą sobie w sposób zadaniowy. Ponadto występują różnice w zakresie poczucia własnej wartości w grupie mężczyzn ( $p = 0,015$ ,  $d = 0,70$ ), odnotowano efekt o umiarkowanej sile. Mężczyźni z zaburzeniami związanymi ze stresem (bez choroby psychicznej) mają wyższe poczucie własnej wartości aniżeli mężczyźni ze stwierdzonymi długotrwałymi, niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi (chorobą psychiczną). Mężczyźni różnią się również pod względem zmiennej poczucie bycia ciężarem ( $p = 0,022$ ,  $d = 0,69$ ), występuje efekt o umiarkowanej sile. Płeć męska zmagająca się z zaburzeniami psychicznymi, niepsychotycznymi, np. depresją, ma wyższe poczucie bycia ciężarem niż mężczyźni z krótkotrwałymi zaburzeniami adaptacyjnymi (bez choroby psychicznej). Ostatnim czynnikiem podmiotowym, który z różnym, istotnym statystycznie natężeniem występuje w grupie mężczyzn jest neurotyczność ( $p = 0,031$ ,  $d = 0,58$ ), odnotowany efekt jest o umiarkowanej sile. Mężczyźni z zaburzeniami psychicznymi typu depresja mają wyższy poziom neurotyczności, aniżeli mężczyźni z zaburzeniami związanymi ze stresem i szybko przemijającymi.

#### **6.4.7. Różnice międzypłciowe w zakresie natężenia zmiennych podmiotowych w grupie osób ze stwierdzoną chorobą psychiczną i bez diagnozy choroby psychicznej.**

W kolejnym kroku postanowiono również zweryfikować, czy mężczyźni i kobiety z chorobą psychiczną i bez stwierdzonej choroby różnią się od siebie względem cech

podmiotowych (tabela 38). W tym celu – po spełnieniu założeń – przeprowadzono analizy za pomocą testu t Studenta dla prób niezależnych. Weryfikacja ta uwzględniła rolę płci w zakresie natężenia czynników podmiotowych w grupie osób z chorobą psychiczną i bez stwierdzonej choroby psychicznej po podjętej próbie samobójczej.

**Tabela 38**

***Różnice podmiotowe wynikające z płci w grupie osób z chorobą psychiczną i bez stwierdzonej choroby psychicznej***

		Kobiety			Mężczyźni			t	p	95% CI		d Cohena
		N	M	SD	N	M	SD			LL	UL	
Styl skoncentrowany na zadaniu	Brak choroby psychicznej	16	57,75	9,28	19	52,63	8,23	1,71	0,097	52,63	8,227	0,59
	Choroba psychiczna	29	49,21	12,82	29	55,00	14,37	-1,62	0,111	-12,96	1,37	-0,43
Styl skoncentrowany na emocjach	Brak choroby psychicznej	16	55,75	10,67	19	48,00	7,92	2,40	<b>0,023</b>	1,13	14,37	0,84
	Choroba psychiczna	29	55,52	12,67	29	52,31	13,84	0,92	0,361	-3,77	10,19	0,24
Styl skoncentrowany na unikaniu	Brak choroby psychicznej	16	44,95	11,25	19	43,37	5,17	0,84	0,410	-3,79	8,93	0,30
	Choroba psychiczna	29	43,24	7,03	29	43,17	12,11	0,03	0,979	-5,17	5,31	0,01
Poczucie własnej wartości	Brak choroby psychicznej	16	29,19	7,94	19	31,26	8,23	-0,76	0,454	-7,66	3,50	-0,26
	Choroba psychiczna	29	25,31	11,69	29	24,21	11,07	0,37	0,713	-4,89	7,09	0,10
Poczucie beznadziejności	Brak choroby psychicznej	16	12,50	4,32	19	8,89	4,56	2,40	<b>0,022</b>	0,55	6,67	0,81
	Choroba psychiczna	29	11,03	5,039	29	11,86	4,612	-0,65	0,517	-3,37	1,71	-0,17
Postrzeganie bycia ciężarem	Brak choroby psychicznej	16	18,88	8,41	19	16,21	11,03	0,81	0,424	-4,03	9,36	0,27
	Choroba psychiczna	29	22,41	13,01	29	24,31	12,14	-0,57	0,568	-8,52	4,72	-0,15
Udaremniona przynależność	Brak choroby psychicznej	16	24,25	12,44	19	33,00	12,53	-2,10	<b>0,047</b>	-17,37	-0,13	-0,70
	Choroba psychiczna	29	31,90	11,86	29	33,93	12,95	-0,62	0,535	-8,57	4,50	-0,16
Neurotyczność	Brak choroby psychicznej	16	33,25	10,50	19	23,37	6,94	3,22	<b>0,004</b>	3,56	16,20	1,13
	Choroba psychiczna	29	30,24	10,95	29	29,83	13,07	0,13	0,896	-5,93	6,76	0,03
Ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa	Brak choroby psychicznej	16	40,81	12,57	19	41,00	12,86	-0,04	0,966	-8,96	8,59	-0,02
	Choroba psychiczna	29	41,72	13,94	29	44,76	11,25	-0,91	0,366	-9,70	3,64	-0,24
	Brak choroby psychicznej	16	23,50	4,08	19	21,79	5,97	1,00	0,324	-1,77	5,19	0,33



		Kobiety			Mężczyźni			<i>t</i>	<i>p</i>	95% <i>CI</i>		<i>d</i> Cohena
		<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			<i>LL</i>	<i>UL</i>	
Umiejętność znajdowania rozwiązań	<b>Choroba psychiczna</b>	29	20,07	7,71	29	21,79	6,06	-0,95	0,348	-5,38	1,93	-0,25
	<b>Brak choroby psychicznej</b>	16	16,69	8,37	19	20,00	5,31	-1,37	0,184	-8,31	1,68	-0,48
Siła woli	<b>Choroba psychiczna</b>	29	17,90	7,49	29	17,72	6,82	0,09	0,927	-3,60	3,94	0,02
	<b>Brak choroby psychicznej</b>	16	54,19	15,07	19	60,11	11,03	-1,30	0,203	-15,23	3,39	-0,46
Poczucie nadziei	<b>Choroba psychiczna</b>	29	55,62	16,79	29	54,90	15,02	0,17	0,863	-7,66	9,11	0,05
	<b>Brak choroby psychicznej</b>	16	54,19	15,07	19	60,11	11,03	-1,30	0,203	-15,23	3,39	-0,46

Uzyskane rezultaty wskazują, iż kobiety różnią się od mężczyzn wyłącznie w grupie osób bez stwierdzonej choroby psychicznej w zakresie stylu skoncentrowanego na emocjach ( $p = 0,023$ ,  $d = 0,84$ ), poczucia beznadziejności ( $p = 0,022$ ,  $d = 0,81$ ), udaremnionej przynależności ( $p = 0,047$ ,  $d = 0,70$ ) oraz neurotyczności ( $p = 0,004$ ,  $d = 1,13$ ). Odnotowane efekty są o umiarkowanej i dużej sile. Analizy wykazały, że kobiety, które nie ujawniają choroby psychicznej, cechują się wyższym poziomem koncentrowania się na emocjach w sytuacji stresowej, większym poczuciem beznadziejności i wyższym natężeniem poziomu neurotyczności aniżeli mężczyźni bez ujawnianej choroby psychicznej. Natomiast mężczyźni z diagnozą zaburzeń związanych ze stresem, przemijających (bez choroby psychicznej) cechują się wyższym poziomem poczucia samotności i braku relacji opartych na wzajemnej opiece aniżeli kobiety z tej grupy. Uzyskane wyniki mogą sugerować, iż choroba psychiczna nie wpływa na różnice międzypłciowe w zakresie funkcjonowania osobowościowego, dlatego też czynnik choroby psychicznej jako jednego z wielu predyktorów zachowań samobójczych należy traktować ogólnie w populacji, bez podziału na płeć. Takie rozumienie funkcjonowania osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania pozwala stwierdzić, że choroba psychiczna jako czynnik współwystępujący z samobójczymi zaburzeniami zachowania nie wpływa na różnice w zakresie funkcjonowania podmiotowego kobiet i mężczyzn. Zakładając, że predyktorami zachowań samobójczych są cechy podmiotowe – różne w zależności od płci – wpływające na postrzeganie samego siebie i świata zewnętrznego, zasadnym było podejście do choroby psychicznej jako jednego z wielu czynników, który może zwiększyć ryzyko zachowań samobójczych, jednak nie jest niezbędny do wystąpienia zachowań suicydalnych – o czym świadczy ilość osób podejmujących próby samobójcze, bez stwierdzonej jednostki chorobowej. Można wnioskować, iż w przypadku poszukiwania czynników ryzyka zachowań

samobójczych należy uwzględnić zaburzenia psychiczne, jednocześnie podkreślić fakt braku różnic międzypłciowych w grupie osób ze stwierdzoną chorobą psychiczną pod względem funkcjonowania osobowościowego.

#### 6.4.8. Zależność pomiędzy zaburzeniami psychicznymi, a czynnikami zewnętrznymi w grupie kobiet i mężczyzn przejawiających zachowania samobójcze.

Kolejne analizy mają na celu weryfikację pytania badawczego dotyczącego zależności pomiędzy zaburzeniami psychicznymi, a czynnikami zewnętrznymi, czyli nadużywaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych, próbami i myślami samobójczymi w przeszłości oraz negatywnymi zdarzeniami życiowymi. Analizy te zostały również przeprowadzone z podziałem na płeć. Tabela 39 prezentuje zależności powyższych zmiennych w grupie kobiet, natomiast tabela 40 w grupie mężczyzn.

**Tabela 39**

*Zależności pomiędzy zaburzeniami psychicznymi, a czynnikami zewnętrznymi w grupie kobiet*

		Brak choroby psychicznej (zaburzenia psychiczne związane z sytuacją i stresem, krótkotrwałe i przemijające) (n=16)		Choroba psychiczna (zaburzenia psychiczne niepsychotyczne) (n=29)		$\chi^2(1)$	<i>p</i>	$\phi$
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%			
Nadużywanie alkoholu	Nie	10	62,5	24	82,8	2,29	0,130	-0,23
	Tak	6	37,5	5	17,2			
Przyjmowanie innych substancji psychoaktywnych	Nie	13	81,3	27	93,1	1,47	0,226	-0,18
	Tak	3	18,8	2	6,9			
Próby samobójcze w przeszłości	Nie	11	68,8	14	48,3	1,75	0,186	0,20
	Tak	5	31,3	15	51,7			
Myśli samobójcze w przeszłości	Nie	3	18,8	3	10,3	0,63	0,427	0,12
	Tak	13	81,3	26	89,7			
Negatywne wydarzenia życiowe	Nie	4	25,0	12	41,4	1,21	0,272	-0,16
	Tak	12	75,0	17	58,6			

**Tabela 40**

*Zależności pomiędzy zaburzeniami psychicznymi, a czynnikami zewnętrznymi w grupie mężczyzn*

		Brak choroby psychicznej (zaburzenia psychiczne związane z sytuacją i stresem, krótkotrwałe i przemijające) (n=19)		Choroba psychiczna (zaburzenia psychiczne niepsychotyczne) (n=29)		$\chi^2(1)$	<i>p</i>	$\phi$
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%			
Nadużywanie alkoholu	Nie	17	89,5	19	65,5	3,51	<b>0,050</b>	0,27
	Tak	2	10,5	10	34,5			
Przyjmowanie innych substancji psychoaktywnych	Nie	13	68,4	20	69,0	0,00	0,968	-0,01
	Tak	6	31,6	9	31,0			
Próby samobójcze w przeszłości	Nie	14	73,7	14	48,3	3,60	<b>0,049</b>	0,30
	Tak	5	26,3	15	51,7			
Myśli samobójcze w przeszłości	Nie	9	47,4	8	27,6	1,96	0,161	0,20
	Tak	10	52,6	21	72,4			
Negatywne wydarzenia życiowe	Nie	6	31,6	12	41,4	0,47	0,493	-0,10
	Tak	13	68,4	17	58,6			

Przeprowadzone analizy wykazały istotne zależności wyłącznie w grupie mężczyzn. Występuje interakcja pomiędzy nadużywaniem alkoholu, a rozpoznaną chorobą psychiczną ( $p = 0,050$ ) oraz próbami samobójczymi w przeszłości, a ujawnianą chorobą psychiczną ( $p = 0,049$ ). Zatem mężczyźni z diagnozą choroby psychicznej częściej nadużywają alkoholu aniżeli mężczyźni bez stwierdzonej choroby psychicznej. Ponadto mężczyźni z diagnozą choroby psychicznej podejmowali w przeszłości częściej próby samobójcze aniżeli mężczyźni z zaburzeniami związanymi ze stresem. Może oznaczać to, iż podejmowane wcześniej próby samobójcze i nadużywanie alkoholu jest istotnie zależne od zaburzeń psychicznych, jednak wyłącznie w grupie mężczyzn. Stąd też można przypuszczać, iż mężczyźni przejawiający cechy choroby psychicznej są bardziej podatni na zachowania samobójcze oraz uzależnienie od alkoholu.

## **6.5. Czynniki podmiotowe jako predyktory wyjaśniające prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań samobójczych w grupie kobiet i mężczyzn**

W poprzednich rozdziałach określono między innymi związki i różnice zachodzące pomiędzy poszczególnymi cechami podmiotowymi oraz czynnikami zewnętrznymi (socjodemograficznymi i sytuacyjnymi) w grupie klinicznej oraz kontrolnej, a także – przy podziale na grupę kobiet i mężczyzn przejawiających samobójcze zaburzenia zachowania – starano się opisać funkcjonowanie osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania pod względem zarówno funkcjonowania osobowościowego, jak i interakcji czynników zewnętrznych. W poniższym rozdziale zostanie podjęta próba określenia predyktorów występowania zachowań samobójczych oraz czynników chroniących. Jest to próba odpowiedzi na kluczowe pytanie. Dotychczas prowadzono bardzo mało badań, które opisują czynniki ryzyka i czynniki chroniące osobno w grupie mężczyzn i w grupie kobiet, dlatego też w podjętych badaniach postanowiono spojrzeć na problem predyktorów zachowań suicydalnych z podziałem na płeć. Jak pokazują badania kobiety i mężczyźni znacząco różnią się od siebie pod względem podmiotowych, sytuacyjnych, socjodemograficznych czynników ryzyka zachowań samobójczych (Hawton, 2000; Skogman, Alsén, Öjehagen, 2004). Ponadto warto również wspomnieć o tzw. „paradoksie płci” (Canetto, Sakinofsky, 1998; Schrijvers i in., 2012) który mówi o tym, iż próby samobójcze częściej podejmują kobiety, jednak większą śmiertelnością w wyniku podjętych prób cechują się mężczyźni, co jest tłumaczone zarówno cechami osobowościowymi, jak i behawioralnymi (Tsirigotis, Gruszczynski, Tsirigotis, 2011). Takie opisy funkcjonowania osób podejmujących próby samobójcze pomogły wyznaczyć kierunek badań skoncentrowany na różnicach międzypłciowych w zakresie czynników ryzyka zachowań suicydalnych.

Zatem kolejny krok analiz opiera się na zweryfikowaniu głównego pytania badawczego dotyczącego predyktorów zachowań samobójczych oraz czynników chroniących przed podejmowaniem próby samobójczej. Analizy te wykonano za pomocą regresji logistycznej dla zachowań samobójczych jako zmiennej zależnej. Obliczenia wykonano oddzielnie dla grupy kobiet i mężczyzn.

### 6.5.1. Weryfikacja założeń regresji logistycznej w kontekście prezentowanej pracy badawczej.

W pierwszej kolejności sprawdzono założenia, których spełnienie jest niezbędne do wykonania analizy regresji logistycznej, w tym jednowymiarowe analizy czynników. Przetestowano założenie mówiące o liniowości pomiędzy ciągłymi zmiennymi niezależnymi, a transformacją logitową zmiennej zależnej za pomocą Box-Tidwell test. W kolejnym kroku sprawdzono liniową zależność predyktorów. Do analizy włączono tylko te, które – po pierwsze – nie były liniowo zależne od siebie ( $VIF < 5$ ; Ringle i in., 2015), po drugie, miały swoje teoretyczne podłoże wpływu na zachowania samobójcze. Obliczenia były przeprowadzane tylko dla przypadków, które spełniały warunek  $LEV \leq 2$ , czyli przy spełnieniu warunku o braku przypadków wpływowych. Finalnie analizy wykonano na próbie 166 osób, podzielonych na dwie grupy ze względu na płeć. Biorąc pod uwagę specyfikę grupy badawczej istnieje pewne ograniczenie co do wielkości grupy. Pojawianie się przypadków w grupie klinicznej jest zupełnie niezależne od badacza. Biorąc pod uwagę ograniczenia czasowe oraz specyficzną, trudno dostępną klinicznie grupę badawczą z mnogością ograniczeń przyjęto  $EPV$  (ang. events per variable) = 5. Do modelu regresji włączono interakcję pomiędzy predyktorami, co zwiększyło ich ilość. Takie zabiegi są często stosowane w badaniach klinicznych, gdyż przyjmuje się interakcję czynników jako predykcję zjawiska (Riley i in., 2020). Przyjmuje się, iż  $EPP$  (ang. events per candidate predictor parameter) są zależne od kontekstu i dostosowane do otoczenia i pytania badawczego. Prezentowane badania pochodzą z trudno dostępnej populacji, dlatego też przyjęto liberalną zasadę stosowaną w badaniach na próbach klinicznych, akceptując wynikające z niej ograniczenia (Vittinghoff, McCulloch, 2007; Peduzzi, i.in., 1996).

Biorąc pod uwagę opisane powyżej ograniczenia wynikające m.in. z wielkości grupy oraz konieczność spełnienia założeń regresji logistycznej, a także podłoże teoretyczne do analizy włączono następujące predyktory: styl skoncentrowany na unikaniu, poczucie beznadziejności, neurotyczność, poczucie nadziei, poczucie własnej wartości, postrzeganie bycia ciężarem, udaremniona przynależność, ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa. Ponadto, zgodnie z założeniami teoretycznymi, do modelu wprowadzono 3 interakcje *postrzeganie bycia ciężarem x udaremniona przynależność; ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa x postrzeganie bycia ciężarem x udaremniona przynależność* oraz *poczucie*

beznadziejności x postrzeganie bycia ciężarem x udaremniona przynależność. Wybór ilości zmiennych był ograniczony przez wielkość próby. Włączenie powyższych zmiennych jest uzasadnione teoretycznie, co oznacza, że każda z włączonych zmiennych była testowana pod kątem wartości predykcyjnej zachowań suicydalnych przez innych badaczy. Zmienne niewłączone do modelu nie spełniły warunku o liniowej niezależności ( $LEV \leq 2$ ) oraz założenia liniowości pomiędzy ciągłymi zmiennymi niezależnymi, a transformacją logitową zmiennej zależnej.

Zmienne społeczno-socjodemograficzne nie zostały włączone, gdyż nie wykazały dużej zmienności lub były constans dla jednej z analizowanych grup badawczych.

### 6.5.2. Modele regresyjne czynników ryzyka oraz czynników chroniących w grupie kobiet i mężczyzn.

Wymienione we wcześniejszym śródtytule predyktory były wprowadzane w sześciu blokach: czynniki osobowościowe zagrażające, czynniki osobowościowe chroniące, potrzeby interpersonalne. W kolejnych trzech blokach wprowadzono opisaną powyżej interakcję.

Tabela nr 41 prezentuje wyniki uzyskane za pomocą analizy regresji logistycznej w grupie kobiet (N = 86), natomiast tabela nr 42 ukazuje wyniki uzyskane w grupie mężczyzn (N = 80).

**Tabela 41**

#### *Model regresji logistycznej wraz z czynnikami interakcyjnymi w grupie kobiet*

Zmienne wprowadzane w blokach	Statystyki dla bloku			B	SE	Wald(1)	p	Exp(B)
	$\chi^2$	p	R <sup>2</sup> Nagelkerkego					
<b>BLOK 1</b>	3,72	0,881	0,438					
styl skoncentrowany na unikaniu				-,012	,031	,142	0,707	,988
poczucie beznadziejności				,243	,095	6,548	,011	1,276
neurotyczność				,051	,034	2,268	,132	1,052
<b>BOLK 2</b>	9,46	0,305	0,466					
styl skoncentrowany na unikaniu				-,021	,032	,424	,515	,979
poczucie beznadziejności				,345	,122	8,023	,005	1,412
neurotyczność				,096	,049	3,818	,051	1,101
Poczucie nadziei				,038	,036	1,154	,283	1,039
poczucie własnej wartości				,050	,065	,582	,446	1,051
<b>BOLK 3</b>	8,18	0,416	0,566					
styl skoncentrowany na unikaniu				-,026	,035	,538	,463	,975
poczucie beznadziejności				,288	,147	3,846	,050	1,334
neurotyczność				,105	,055	3,657	,056	1,110
wynik ogólny				,031	,045	,481	,488	1,032
poczucie własnej wartości				,121	,082	2,178	,140	1,129
postrzeganie bycia ciężarem				,114	,053	4,631	,031	1,121
udaremniona przynależność				,017	,052	,104	,747	1,017
Ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa				,033	,039	,697	,404	1,033
<b>BLOK 4</b>	8,23	0,412	0,571					
styl skoncentrowany na unikaniu				-,025	,035	,517	,472	,975
poczucie beznadziejności				,301	,150	4,019	,045	1,351
neurotyczność				,101	,054	3,447	,063	1,106

Zmienne wprowadzane w blokach	Statystyki dla bloku					Wald(1)	p	Exp(B)
	$\chi^2$	p	R <sup>2</sup> Nagelkerkego	B	SE			
wynik ogólny				,030	,048	,392	,531	1,030
poczucie własnej wartości				,117	,082	2,030	,154	1,124
postrzeganie bycia ciężarem				,110	,053	4,253	,039	1,117
udaremniona przynależność				,026	,054	,229	,632	1,026
Ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa				,029	,041	,494	,482	1,029
Stand: postrzeganie bycia ciężarem by Stand: udaremniona przynależność				,475	,692	,471	,492	1,608
<b>BLOK 5</b>	8,08	0,426	0,578					
styl skoncentrowany na unikaniu				-,027	,036	,580	,446	,973
poczucie beznadziejności				,309	,153	4,076	,044	1,362
neurotyczność				,102	,055	3,466	,063	1,107
wynik ogólny				,028	,048	,355	,551	1,029
poczucie własnej wartości				,116	,083	1,975	,160	1,123
postrzeganie bycia ciężarem				,110	,054	4,234	,040	1,117
udaremniona przynależność				,039	,056	,481	,488	1,039
Ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa				,042	,043	,936	,333	1,043
Stand: postrzeganie bycia ciężarem by Stand: udaremniona przynależność				,703	,669	1,106	,293	2,020
Stand: ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa by Stand: postrzeganie bycia ciężarem by Stand: udaremniona przynależność				-,493	,470	1,102	,294	,611
<b>BOLK 6</b>	8,57	0,380	0,581					
styl skoncentrowany na unikaniu				-,026	,036	,515	,473	,975
poczucie beznadziejności				,318	,153	4,316	,038	1,374
neurotyczność				,103	,055	3,579	,059	1,109
wynik ogólny				,037	,049	,552	,458	1,037
poczucie własnej wartości				,110	,082	1,774	,183	1,116
postrzeganie bycia ciężarem				,112	,053	4,560	,033	1,119
udaremniona przynależność				,021	,060	,122	,727	1,021
Ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa				,045	,044	1,059	,303	1,046
Stand: postrzeganie bycia ciężarem by Stand: udaremniona przynależność				,670	,683	,962	,327	1,954
Stand: ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa by Stand: postrzeganie bycia ciężarem by Stand: udaremniona przynależność				-,717	,620	1,338	,247	,488
Stand: poczucie beznadziejności by Stand: postrzeganie bycia ciężarem by Stand: udaremniona przynależność				,433	,664	,426	,514	1,543
Stała				-13,548	5,083	7,105	,008	,000

Analiza wykazała, że model jest nieistotny statystycznie według testu Hosmera i Lemeshowa ( $p > 0,05$ ), a więc jest on odpowiednio dopasowany do danych i wyjaśnia 58% wariacji zmiennej zależnej. Istotnymi predyktorami zachowań samobójczych w grupie kobiet okazały się zmienne *poczucie beznadziejności* ( $\text{Exp}(B) = 1,37$ ;  $p = 0,038$ ) oraz *postrzeganie bycia ciężarem* ( $\text{Exp}(B) = 1,12$ ;  $p = 0,033$ ). Zmienne te są w dodatniej relacji z występowaniem zachowań samobójczych. Oznacza to, że wraz ze wzrostem poczucia beznadziejności o 1 jednostkę, szansa na wystąpienie zachowań samobójczych wzrasta o 37%. Natomiast w przypadku wzrostu postrzegania bycia ciężarem o 1 jednostkę, szansa na wystąpienie zachowań samobójczych wzrasta o 12%.

W pierwszym bloku [ $\chi^2(3) = 3,72$ ;  $p = 0,881$ ] wprowadzono zmienne takie jak: styl skoncentrowany na unikaniu, poczucie beznadziejności i neurotyczność. Zgodnie

z zaproponowaną kategoryzacją są to zmienne osobowościowe zagrażające, czyli mogące być traktowane jako osobowościowe czynniki ryzyka zachowań samobójczych. Statystyka  $R^2$  Nagelkerkego wskazuje, iż po wprowadzeniu tych zmiennych model wyjaśnia 44% wariacji zmiennej zależnej, a wartość  $p$  jest istotna statystycznie dla zmiennej poczucie beznadziejności. Wprowadzenie zmiennych w drugim bloku [ $\chi^2(5) = 9,46; p = 0,466$ ] spowodowało nieznaczny wzrost wyjaśnianej wariacji, a mianowicie do 47%, a zmienną istotną statystycznie pozostało poczucie beznadziejności. W drugim bloku wprowadzono tzw. czynniki osobowościowe chroniące, czyli zmienne, które w literaturze traktowane są jako predyktory chroniące przed podejmowaniem zachowań samobójczych. Blok trzeci [ $\chi^2(8) = 8,18; p = 0,416$ ] znacznie zwiększył stopień wyjaśnianej wariacji do 57%, poczucie beznadziejności i postrzeganie bycia ciężarem były zmiennymi istotnymi statystycznie. W tym bloku zostały wprowadzone zmienne opisane jako potrzeby interpersonalne. Są to czynniki ryzyka, których występowanie (według Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych – ITS) jest konieczne do wystąpienia zachowań samobójczych. Blok czwarty [ $\chi^2(9) = 8,23; p = 0,412$ ] to wprowadzenie do modelu interakcji pomiędzy potrzebami interpersonalnymi. Statystyka  $R^2$  Nagelkerkego wskazuje, że model wyjaśnia 57% wariacji zmiennej zależnej, a więc % wariacji nie zmienił się w porównaniu z poprzednim krokiem. W bloku piątym [ $\chi^2(10) = 8,08; p = 0,426$ ] wprowadzono interakcję trzech czynników: *ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa* x *postrzeganie bycia ciężarem* x *udaremniona przynależność*. W związku z tym zabiegiem % wyjaśnianej wariacji zwiększył się nieznacznie i wynosi 58%. W ostatnim bloku [ $\chi^2(11) = 8,57; p = 0,380$ ] wartość  $R^2$  Nagelkerkego wskazuje na 58% wyjaśnianej wariacji przez stworzony model zmiennych. Wprowadzenie zmiennych w poszczególnych krokach wpłynęło na wzrost stopnia wyjaśnianej wariacji z 44% do 58%. Jak się okazuje najwyższy wzrost nastąpił po włączeniu do modelu zmiennych związanych z potrzebami interpersonalnymi.

**Tabela 42**

***Model regresji logistycznej wraz z czynnikami interakcyjnymi w grupie mężczyzn***

Zmienne wprowadzane w blokach	Statystyki dla bloku w modelu			B	SE	Wald(1)	p	Exp(B)
	$\chi^2$	p	$R^2$ Nagelkerkego					
<b>BLOK 1</b>	5,14	0,743	0,398					
Styl skoncentrowany na unikaniu				,075	,031	5,794	,016	1,078
poczucie beznadziejności				,043	,112	,146	,703	1,044
neurotyczność				,109	,043	6,472	,011	1,115
<b>BOLK 2</b>	9,98	0,266	0,482					



Zmienne wprowadzane w blokach	Statystyki dla bloku w modelu				B	SE	Wald(1)	p	Exp(B)
	$\chi^2$	p	R <sup>2</sup> Nagelkerkego						
styl skoncentrowany na unikaniu				,112	,040	7,667	,006	1,118	
poczucie beznadziejności				-,082	,128	,415	,520	,921	
neurotyczność				,048	,054	,797	,372	1,050	
Poczucie nadziei				,015	,035	,196	,658	1,015	
poczucie własnej wartości				-,157	,064	6,143	,013	,854	
<b>BOLK 3</b>	11,77	0,162	0,611						
styl skoncentrowany na unikaniu				,129	,051	6,344	,012	1,137	
poczucie beznadziejności				-,018	,157	,013	,908	,982	
neurotyczność				-,017	,068	,064	,800	,983	
wynik ogólny				,043	,045	,923	,337	1,044	
poczucie własnej wartości				-,078	,082	,900	,343	,925	
postrzeganie bycia ciężarem				,194	,078	6,273	,012	1,215	
udaremniona przynależność				-,002	,063	,001	,973	,998	
Ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa				-,020	,031	,403	,526	,980	
<b>BLOK 4</b>	7,93	0,440	0,617						
styl skoncentrowany na unikaniu				,141	,055	6,616	,010	1,151	
poczucie beznadziejności				-,005	,156	,001	,975	,995	
neurotyczność				-,013	,069	,038	,846	,987	
wynik ogólny				,047	,046	1,051	,305	1,048	
poczucie własnej wartości				-,087	,081	1,143	,285	,917	
postrzeganie bycia ciężarem				,167	,071	5,520	,019	1,181	
udaremniona przynależność				,006	,063	,008	,928	1,006	
Ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa				-,024	,031	,581	,446	,976	
Stand: postrzeganie bycia ciężarem by Stand: udaremniona przynależność				,495	,612	,655	,418	1,641	
<b>BLOK 5</b>	11,70	0,165	0,649						
styl skoncentrowany na unikaniu				,162	,062	6,903	,009	1,176	
poczucie beznadziejności				-,016	,150	,011	,916	,984	
neurotyczność				-,021	,074	,080	,777	,979	
wynik ogólny				,082	,052	2,471	,116	1,086	
poczucie własnej wartości				-,128	,091	1,954	,162	,880	
postrzeganie bycia ciężarem				,141	,074	3,658	,056	1,152	
udaremniona przynależność				,016	,072	,049	,825	1,016	
Ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa				-,101	,055	3,431	,064	,904	
Stand: postrzeganie bycia ciężarem by Stand: udaremniona przynależność				,199	,723	,076	,783	1,220	
Stand: ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa by Stand: postrzeganie bycia ciężarem by Stand: udaremniona przynależność				1,690	,851	3,943	,047	5,421	
<b>BLOK 6</b>	11,74	0,163	0,650						
styl skoncentrowany na unikaniu				,162	,062	6,831	,009	1,176	
poczucie beznadziejności				-,010	,152	,004	,950	,990	
neurotyczność				-,023	,075	,094	,759	,977	
wynik ogólny				,079	,053	2,196	,138	1,082	
poczucie własnej wartości				-,123	,093	1,754	,185	,884	
postrzeganie bycia ciężarem				,151	,082	3,429	,064	1,163	
udaremniona przynależność				,026	,079	,108	,742	1,026	
Ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa				-,100	,054	3,475	,062	,905	
Stand: postrzeganie bycia ciężarem by Stand: udaremniona przynależność				,283	,764	,137	,711	1,327	
Stand: ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa by Stand: postrzeganie bycia ciężarem by Stand: udaremniona przynależność				1,665	,823	4,091	,043	5,286	
Stand: poczucie beznadziejności by Stand: postrzeganie bycia ciężarem by Stand: udaremniona przynależność				-,279	,851	,108	,743	,756	
Stała				-6,010	5,485	1,201	,273	,002	

Analiza wykazała, że model jest nieistotny statystycznie według testu Hosmera i Lemeshowa ( $p > 0,05$ ), a więc jest on odpowiednio dopasowany do danych i wyjaśnia 65%

wariancji zmiennej zależnej. Istotnymi predyktorami zachowań samobójczych w grupie mężczyzn okazały się zmienne *styl skoncentrowany na unikaniu* ( $\text{Exp}(B) = 1,18$ ;  $p = 0,009$ ) oraz *interakcja ogólnej zdolności do podjęcia samobójstwa x postrzeganie bycia ciężarem x udaremniona przynależność* ( $\text{Exp}(B) = 5,29$ ;  $p = 0,043$ ). Zmienne te są w dodatniej relacji z występowaniem zachowań samobójczych. Oznacza to, że wraz ze wzrostem stylu skoncentrowanego na unikaniu o 1 jednostkę, szansa na wystąpienie zachowań samobójczych wzrasta o 18%. Wzrost wartości interakcji zmiennych *ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa, postrzeganie bycia ciężarem oraz udaremniona przynależność* o jednostkę podnosi szansę zachowań samobójczych o 29%.

W pierwszym bloku [ $\chi^2(3) = 5,14$ ;  $p = 0,743$ ] wprowadzono zmienne takie jak: styl skoncentrowany na unikaniu, poczucie beznadziejności i neurotyczność. Zgodnie z zaproponowaną kategoryzacją są to zmienne osobowościowe zagrażające, czyli mogące być traktowane jako osobowościowe czynniki ryzyka zachowań samobójczych. Statystyka  $R^2$  Nagelkerkego wskazuje, iż po wprowadzeniu tych zmiennych model wyjaśnia 40% wariancji zmiennej zależnej, a wartość  $p$  jest istotna statystycznie dla zmiennych neurotyczność i styl skoncentrowany na unikaniu. Wprowadzenie zmiennych w drugim bloku [ $\chi^2(5) = 9,98$ ;  $p = 0,266$ ] spowodowało wzrost wyjaśnianej wariancji, a mianowicie do 48%, a zmienną istotną statystycznie pozostał styl skoncentrowany na unikaniu oraz – wprowadzone w tym bloku – poczucie własnej wartości (relacja ujemna). W drugim bloku wprowadzono tzw. czynniki osobowościowe chroniące, czyli zmienne, które w literaturze traktowane są jako predyktory chroniące przed podejmowaniem zachowań samobójczych. Blok trzeci [ $\chi^2(8) = 11,77$ ;  $p = 0,162$ ] znacznie zwiększył stopień wyjaśnianej wariancji do 61%, a wartość  $p$  jest istotna w przypadku zmiennej styl skoncentrowany na unikaniu i postrzeganie bycia ciężarem. W tym bloku zostały wprowadzone zmienne opisane jako potrzeby interpersonalne. Są to czynniki ryzyka, których występowanie (według Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych – ITS) jest konieczne do wystąpienia zachowań samobójczych. Blok czwarty [ $\chi^2(9) = 7,93$ ;  $p = 0,440$ ] to wprowadzenie do modelu interakcji pomiędzy potrzebami interpersonalnymi. Statystyka  $R^2$  Nagelkerkego wskazuje, że model wyjaśnia 62% wariancji zmiennej zależnej, a więc % wariancji zmienił się o punkt procentowy w porównaniu z poprzednim blokiem. W bloku piątym [ $\chi^2(10) = 11,70$ ;  $p = 0,165$ ] wprowadzono interakcję trzech czynników: *ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa x postrzeganie bycia ciężarem x*

*udaremniona przynależność*. W związku z tym zabiegiem % wyjaśnianej wariacji zwiększył się do 65%. W ostatnim bloku [ $\chi^2(11) = 11,74; p = 0,163$ ] wartość  $R^2$  Nagelkerkego wskazuje na 65% wyjaśnianej wariacji przez stworzony model zmiennych. Wprowadzenie zmiennych w poszczególnych krokach wpłynęło na znaczny wzrost stopnia wyjaśnianej wariacji z 40% do 65%. Jak się okazuje najwyższy wzrost nastąpił po włączeniu do modelu tzw. czynników ochronnych oraz zmiennych związanych z potrzebami interpersonalnymi.

Biorąc pod uwagę uzyskane rezultaty w grupie mężczyzn sprawdzono przebieg interakcji jako predyktora zachowań samobójczych. Na podstawie założeń Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych (ITS) przetestowano model z dwoma predyktorami: *udaremnioną przynależnością* i *postrzeganiem bycia ciężarem* oraz dwoma grupami interakcyjnymi (w czterech kombinacjach zmiennych) (tabela 43, 44). Taki wybór przebiegu interakcji jest podyktowany badaniami Joinera (2005), który podkreśla, że jednostka podejmie intencjonalną próbę samobójczą jeśli odczuwa zarówno pragnienie samobójstwa, jak i posiada zdolność do działania zgodne z tym pragnieniem. Dlatego predyktorami w tej interakcji są zmienne postrzeganie bycia ciężarem oraz *udaremniona przynależność*, natomiast zdolność do podjęcia samobójstwa jest wyłącznie zmienną interakcyjną (według teorii, niezbędną do podjęcia fizycznego działania samobójczego), jednak jako niezależny predyktor nie jest wystarczającym czynnikiem ryzyka zachowań samobójczych. Zaproponowano dwa warianty interakcyjne, a mianowicie interakcja postrzegania bycia ciężarem i ogólnej zdolności do podjęcia samobójstwa oraz *udaremnionej przynależności* i ogólnej zdolności do podjęcia samobójstwa. Założono, że wartość 0 oznacza niski poziom wartości zmiennej, zaś wartość 1 wysoki poziom wartości zmiennej. Poziomy te zostały ustalone na podstawie mediany (poniżej i powyżej jej wartości). W efekcie uzyskano 4 grupy możliwych interakcji. Niską wartość obu zmiennych, wysoką wartość jednej zmiennej przy niskiej wartości drugiej zmiennej oraz wysokie wartości obu zmiennych. Tabela nr 44 prezentuje przebieg interakcji z wybranymi predyktorami.

Tabela 43

*Liczebności w poszczególnych grupach utworzonych na podstawie zmiennych wchodzących w interakcję*

Interakcja zmiennych				
Postrzeganie bycia ciężarem (PBC) x ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa (ZdPS)	Nr grupy		Częstość	Procent
Ważne	1	PBC = 0 AND ZdPS = 0	25	31,3
	2	PBC = 0 AND ZdPS = 1	13	16,3
	3	PBC = 1 AND ZdPS = 0	15	18,8
	4	PBC = 1 AND ZdPS = 1	27	33,8
	Ogółem		80	100,0
Udaremniona przynależność (UP) x ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa (ZdPS)	Nr grupy		Częstość	Procent
Ważne	1	UP = 0 AND ZdPS = 0	28	35,0
	2	UP = 0 AND ZdPS = 1	12	15,0
	3	UP = 1 AND ZdPS = 0	12	15,0
	4	UP = 1 AND ZdPS = 1	28	35,0
	Ogółem		80	100

Tabela 44

*Udaremniona przynależność oraz postrzeganie bycia ciężarem jako predyktory zachowań samobójczych w poszczególnych grupach wg wartości pozostałych zmiennych interakcji*

Grupa	Predyktor	R-kwadrat Nagelkerkego	B	SD	Wald	df	p	Exp(B)	95% CI dla EXP(B)	
									LL	UL
1 PBC x ZdPS	Udaremniona przynależność	0,025	0,055	0,078	0,501	1	0,479	1,057	0,907	1,231
2 PBC x ZdPS	Udaremniona przynależność	0,039	0,049	0,078	0,385	1	0,535	1,050	0,900	1,224
3 PBC x ZdPS	Udaremniona przynależność	0,420	-0,140	0,075	3,484	1	0,062	0,870	0,751	1,007
4 PBC x ZdPS	Udaremniona przynależność	0,333	0,157	0,077	4,138	1	<b>0,042</b>	1,170	1,006	1,360
1 UP x ZdPS	Postrzeganie bycia ciężarem	0,402	0,486	0,264	3,389	1	0,066	1,626	0,969	2,727
2 UP x ZdPS	Postrzeganie bycia ciężarem	0,276	0,124	0,106	1,363	1	0,243	1,131	0,920	1,392
3 UP x ZdPS	Postrzeganie bycia ciężarem	0,156	0,125	0,086	2,113	1	0,146	1,133	0,957	1,341
4 UP x ZdPS	Postrzeganie bycia ciężarem	0,279	0,168	0,086	3,821	1	0,051	1,183	1,000	1,400

Na podstawie szczegółowej analizy istotnej interakcji w grupie mężczyzn (N = 80) można stwierdzić, iż zmienna udaremniona przynależność staje się istotnym predyktorem w przewidywaniu zachowań samobójczych wtedy, gdy zmienna postrzeganie bycia ciężarem i ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa przyjmują wysokie wartości. Statystyka

$R^2$  Nagelkerkego wskazuje, iż interakcja wyjaśnia 33% wariancji zmiennej zależnej [Exp(B) = 1,17;  $p = 0,042$ ].

Pozostałe interakcje nie wykazały wartości istotnych statystycznie.

### 6.6. Profil psychologiczny osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania

Dopełnieniem przeprowadzonych analiz jest wykonanie analizy klastrowej w celu utworzenia profilu psychologicznego osób po próbie samobójczej. Zabieg ten ma dostarczyć dodatkowej, praktycznej wiedzy dotyczącej profilu osobowościowo-motywacyjnego osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania. Przeprowadzono analizę klastrową przy użyciu metody dwustopniowej [Two\_Step] (miara odległości: logarytm wiarygodności; kryterium grupowania: Bayesowskie Schwarza - BIC). W rezultacie uzyskano dwie grupy, których środki ciężkości (średnie) oraz odchylenia standardowe poszczególnych zmiennych kryterialnych prezentuje tabela nr 45.

**Tabela 45**

*Środki ciężkości (średnie) oraz odchylenia standardowe poszczególnych zmiennych kryterialnych w dwustopniowej analizie klastrowej*

Zmienne	Skupienie 1		Skupienie 2	
	M	SD	M	SD
Styl skoncentrowany na unikaniu	44,10	9,411	41,00	8,199
Poczucie beznadziejności	6,33	2,226	14,35	2,827
Neurotyczność	17,48	8,200	36,33	6,356
Poczucie nadziei	67,04	10,519	48,17	11,423
Poczucie własnej wartości	37,01	6,693	19,93	6,847
Postrzeżenie bycia ciężarem	9,94	6,650	26,43	10,129
Udaremniiona przynależność	20,83	7,212	38,22	11,734
Ogólna zdolność do podjęcia samobójstwa	34,84	10,047	46,67	11,912

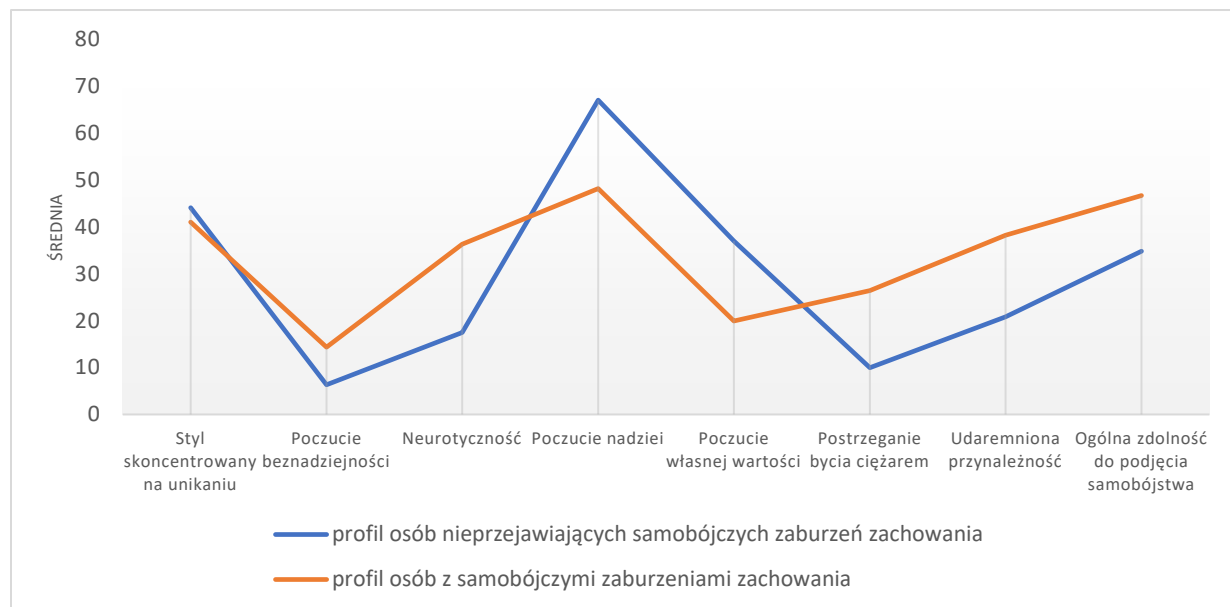
Poniższa tabela (tabela 46) prezentuje wyniki testu niezależności Chi kwadrat pomiędzy przynależności do skupienia, a obecnością zachowań samobójczych. Analiza ta pozwala wnioskować o zależnościach pomiędzy układem cech psychologicznych, a grupą badawczą.

**Tabela 46**

**Wyniki testu niezależności Chi kwadrat między przynależnością do skupienia a obecnością zachowań samobójczych: częstości w poszczególnych grupach i statystyka testu**

		Grupa kontrolna		Grupa kliniczna		$\chi^2(1)$	<i>p</i>
		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%		
Numer skupienia w dwustopniowym grupowaniu	Skupienie 1	80	90,9	41	44,1	44,73	<0,00
	Skupienie 2	8	9,1	52	55,9		

W celu graficznej prezentacji uzyskanych profili utworzono wykresy na podstawie średnich, które prezentują układ zmiennych kryterialnych powstałych w dwustopniowej analizie klasterowej (rys. 5).



**Rysunek 5. Wykres średnich poszczególnych zmiennych kryterialnych powstałych w dwustopniowej analizie klasterowej.**

Podsumowanie analizy skupień wykazało dobrą jakość modelu, a miara Silhouette spójności i odrębności osiągnęła wartość powyżej 0,5. Ponadto zaobserwowano istotne statystycznie zależności pomiędzy skupieniami, a badanymi grupami ( $p < 0,001$ ). Skupienie pierwsze to osoby charakteryzujące się *stylem skoncentrowanym na unikaniu*, wyższym *poczuciem nadziei* oraz wyższym *poziomem poczucia własnej wartości* oraz niskimi wartościami w zakresie *poczucia beznadziejności*, *neurotyczności*, *postrzeganej uciążliwości*,

*udaremnionej przynależności oraz ogólnej zdolności do podjęcia samobójstwa, natomiast skupienie drugie to osoby z wyższym poziomem poczucia beznadziejności, neurotyczności, postrzegania bycia ciężarem, udaremnionej przynależności oraz ogólnej zdolności do podjęcia samobójstwa oraz niskim stylem skoncentrowanym na unikaniu, niskim poczuciem nadziei i niskim poczuciem własnej wartości. Istnieje zależność pomiędzy układem cech w skupieniu a grupą badawczą. Skupienie pierwsze składa się głównie z osób z grupy kontrolnej, natomiast skupienie drugie, z osób z grupy klinicznej. Stąd też układ cech w pierwszym skupieniu obrazuje profil osób bez samobójczych zaburzeń zachowania, natomiast w drugim to profil osób przejawiających samobójcze zaburzenia zachowania.*

### **6.7. Podsumowanie wyników w świetle postawionych hipotez**

Szczegółowa analiza materiału pozwoliła na weryfikację postawionych pytań i hipotez badawczych. Poniższe zestawienie (tabela 47) prezentuje tabelaryczne podsumowanie uzyskanych rezultatów.

**Tabela 47**

#### ***Weryfikacja hipotez badawczych – zestawienie rezultatów badań własnych***

<b>Cel</b>	<b>Pytanie/hipoteza badawcza</b>	<b>Weryfikacja</b>	<b>Podstawa weryfikacji</b>
<b>Porównanie grupy klinicznej i kontrolnej pod względem natężenia czynników podmiotowych</b>	Osoby z samobójczymi zaburzeniami zachowania cechują się wyższym poziomem radzenia sobie skoncentrowanym na emocjach i niższym stylem skoncentrowanym na zadaniu aniżeli grupa bez samobójczych zaburzeń zachowania	Hipoteza potwierdzona	Test t Studenta dla prób niezależnych
	Osoby z samobójczymi zaburzeniami zachowania cechują się niższym poczuciem własnej wartości aniżeli grupa kontrolna	Hipoteza potwierdzona	Test t Studenta dla prób niezależnych
	Osoby z grupy klinicznej mają wyższe poczucie beznadziejności aniżeli grupa kontrolna	Hipoteza potwierdzona	Test t Studenta dla prób niezależnych
	Osoby z grupy klinicznej mają wyższy poziom niezaspokojonych potrzeb interpersonalnych i większą zdolność do podjęcia samobójstwa aniżeli osoby z grupy kontrolnej	Hipoteza potwierdzona	Test t Studenta dla prób niezależnych
	Osoby z grupy klinicznej mają wyższy poziom neurotyczności aniżeli osoby z grupy kontrolnej	Hipoteza potwierdzona	Test t Studenta dla prób niezależnych

<b>Cel</b>	<b>Pytanie/hipoteza badawcza</b>	<b>Weryfikacja</b>	<b>Podstawa weryfikacji</b>
	Osoby z grupy klinicznej mają większą zdolność do podjęcia samobójstwa aniżeli osoby z grupy kontrolnej	Hipoteza potwierdzona	Test t Studenta dla prób niezależnych
	Grupa bez samobójczych zaburzeń zachowania cechuje się wyższym poziomem poczucia nadziei	Hipoteza potwierdzona	Test t Studenta dla prób niezależnych
<b>Porównanie międzypłciowe pod względem prezentowanych cech i zachowań w grupie osób przejawiających zachowania samobójcze</b>	Kobiety ujawniające zachowania samobójcze częściej aniżeli mężczyźni w sytuacjach stresowych wykorzystują styl skoncentrowany na emocjach	Hipoteza potwierdzona	Test t Studenta dla prób niezależnych
	Mężczyźni częściej ujawniają styl skoncentrowany na unikaniu aniżeli kobiety	Hipoteza niepotwierdzona	Test t Studenta dla prób niezależnych
	Mężczyźni z samobójczymi zaburzeniami zachowania mają wyższą zdolność do podjęcia samobójstwa aniżeli kobiety	Hipoteza niepotwierdzona	Test t Studenta dla prób niezależnych
	Mężczyźni podejmujący próbę samobójczą częściej aniżeli kobiety nadużywają innych niż alkohol substancji psychoaktywnych	Hipoteza potwierdzona	Test chi kwadrat niezależności
	Kobiety podejmujące próbę samobójczą częściej aniżeli mężczyźni z tej grupy nadużywają alkoholu	Hipoteza niepotwierdzona	Test chi kwadrat niezależności
	Kobiety podejmują więcej prób samobójczych w ciągu życia aniżeli mężczyźni	Hipoteza niepotwierdzona	Test chi kwadrat niezależności
	Kobiety częściej zgłaszają myśli samobójcze aniżeli mężczyźni	Hipoteza potwierdzona	Test chi kwadrat niezależności
<b>Porównanie funkcjonowania osobowościowego w grupie osób, które doświadczyły negatywnych wydarzeń życiowych</b>	Czy kobiety doświadczone negatywnych wydarzeń życiowych różnią się od mężczyzn z takimi doświadczeniami w zakresie natężenia zmiennych osobowościowych?		Test t Studenta dla prób niezależnych
	Osoby doświadczone negatywnych wydarzeń życiowych kierują się stylem skoncentrowanym na unikaniu częściej aniżeli osoby bez doświadczeń negatywnych wydarzeń życiowych	Hipoteza potwierdzona	Test U Manna Whitney'a,
	Osoby doświadczone negatywnych wydarzeń życiowych doświadczają wyższego poziomu beznadziejności aniżeli osoby bez takich doświadczeń	Hipoteza niepotwierdzona	Test U Manna Whitney'a,
	Osoby doświadczone negatywnych wydarzeń życiowych mają większą zdolność do podjęcia samobójstwa aniżeli osoby bez takich doświadczeń	Hipoteza niepotwierdzona	Test U Manna Whitney'a,



<b>Cel</b>	<b>Pytanie/hipoteza badawcza</b>	<b>Weryfikacja</b>	<b>Podstawa weryfikacji</b>	
<b>Analiza różnic podmiotowych w zależności od ujawnianych myśli samobójczych</b>	Osoby doświadczające myśli samobójczych częściej kierują się stylem skoncentrowanym na unikaniu aniżeli osoby bez doświadczanych myśli samobójczych	Hipoteza potwierdzona	Test U Manna Whitney'a,	
	Osoby doświadczające myśli samobójczych cechują się niższym poczuciem własnej wartości	Hipoteza niepotwierdzona	Test U Manna Whitney'a,	
	Czy osoby doświadczające myśli samobójczych mają wyższe natężenie niezaspokojonych potrzeb interpersonalnych?			Test U Manna Whitney'a,
	Osoby doświadczające myśli samobójczych mają wyższy poziom neurotyczności aniżeli osoby bez takich doświadczeń	Hipoteza niepotwierdzona	Test U Manna Whitney'a,	
	Osoby doświadczające myśli samobójczych mają wyższy poziom poczucia beznadziejności aniżeli osoby bez takich doświadczeń	Hipoteza potwierdzona w grupie mężczyzn	Test U Manna Whitney'a,	
	Osoby doświadczające myśli samobójczych mają wyższą zdolność do podjęcia samobójstwa w porównaniu z osobami, które nie doświadczają myśli samobójczych	Hipoteza potwierdzona w grupie kobiet	Test U Manna Whitney'a,	
<b>Weryfikacja zależności pomiędzy doświadczaniem myśli samobójczych a przyjmowaniem substancji psychoaktywnych</b>	Osoby doświadczające myśli samobójczych częściej nadużywają środków psychoaktywnych aniżeli osoby wolne od myśli samobójczych	Hipoteza niepotwierdzona	Test chi kwadrat niezależności	
<b>Weryfikacja różnic w zakresie wybranych zmiennych podmiotowych w zależności od wystąpienia prób samobójczych w przeszłości w grupie kobiet i mężczyzn</b>	Osoby, które podjęły próbę samobójczą w przeszłości mają wyższą zdolność do podjęcia samobójstwa aniżeli osoby bez historii samobójstwa w przeszłości	Hipoteza potwierdzona	Test t Studenta dla prób niezależnych	
	Osoby, które podjęły próbę samobójczą w przeszłości mają wyższy poziom poczucia beznadziejności i niższy poziom poczucia własnej wartości aniżeli osoby bez takiej historii.	Hipoteza potwierdzona	Test t Studenta dla prób niezależnych	

<b>Cel</b>	<b>Pytanie/hipoteza badawcza</b>	<b>Weryfikacja</b>	<b>Podstawa weryfikacji</b>
	Osoby podejmujące kolejną próbę samobójczą mają wyższy poziom neurotyczności aniżeli osoby podejmujące próbę samobójczą po raz pierwszy	Hipoteza częściowo potwierdzona	Test t Studenta dla prób niezależnych
<b>Weryfikacja różnic i podobieństw w grupie osób ze stwierdzoną chorobą psychiczną i z zaburzeniami związanymi ze stresem/przemijającymi (bez choroby psychicznej)</b>	Czy występują różnice w zakresie czynników podmiotowych w zależności od stwierdzonej choroby psychicznej w grupie kobiet i w grupie mężczyzn		Test t Studenta dla prób niezależnych
	Czy występują różnice międzyplciowe w zakresie prezentowanych cech podmiotowych u osób z diagnozą choroby psychicznej?		Test t Studenta dla prób niezależnych
	Jakie zależności występują pomiędzy czynnikami zewnętrznymi, a zaburzeniami psychicznymi w grupie kobiet i w grupie mężczyzn w grupie klinicznej?		Test chi kwadrat niezależności
<b>Poszukiwanie czynników ryzyka i czynników chroniących zachowań samobójczych</b>	Które ze zmiennych są czynnikami ryzyka, a które czynnikami chroniącymi przed podejmowaniem zachowań samobójczych?		Analiza regresji logistycznej
	Styl skoncentrowany na unikaniu jest czynnikiem ryzyka zachowań suicydalnych	Hipoteza częściowo potwierdzona	
	Poczucie beznadziejności jest czynnikiem ryzyka zachowań samobójczych	Hipoteza częściowo potwierdzona	
	Udaremniiona przynależność jest czynnikiem ryzyka w grupie mężczyzn	Hipoteza częściowo potwierdzona	
	Interakcja pomiędzy potrzebami interpersonalnymi oraz zdolnością do podjęcia samobójstwa jest predyktorem zachowań suicydalnych.	Hipoteza potwierdzona w grupie mężczyzn	
	Interakcja pomiędzy poczuciem beznadziejności oraz potrzebami interpersonalnymi jest istotnym predyktorem zachowań samobójczych	Hipoteza niepotwierdzona	
<b>Utworzenie profilu cech psychologicznych osób z</b>	Czy można stworzyć profil psychologiczny osób podejmujących próby samobójcze i czy różni się od profilu osób niepodejmujących prób samobójczych?		Dwustopniowa analiza klasterowa

Cel	Pytanie/hipoteza badawcza	Weryfikacja	Podstawa weryfikacji
samobójczymi zaburzeniami zachowania			

Większość postawionych hipotez została potwierdzona w całości, lub częściowo (wyłącznie u jednej z płci, bądź jako jedna zmienna interakcji). Warty uwagi są również hipotezy, które nie znalazły swojego potwierdzenia w badaniach własnych, mimo, iż wykazywały mocne podłoże teoretyczne. Możliwe, że powodem takich rozbieżności jest specyfika grupy badawczej, podział badanych ze względu na płeć oraz liczebność grupy. W badaniach własnych grupa kliniczna składała się wyłącznie z osób po realnie podjętej próbie samobójczej, w niedługim odstępie czasu po usiłowaniu odebrania sobie życia. Wcześniejsze badania, prezentowane w licznych cytowanych publikacjach, w większości prezentują osoby ze skłonnościami i deklaracjami samobójczymi, bądź z historią próby samobójczej w przeszłości, a nie po dokonaniu próby samobójczej w przeciągu kilku dni. Możliwe, że czynnikiem, który spowodował rozbieżności pomiędzy wynikami jest właśnie realność podjętej próby, jako aktu dokonanego, a nie deklarowanych zachowań autodestrukcyjnych oraz prospektywny charakter badań.

Najważniejsze pytanie jakie postawiono w pracy dotyczy czynników ryzyka i czynników chroniących przed podejmowaniem zachowań samobójczych. Wyszczególniono – zarówno w grupie kobiet, jak i w grupie mężczyzn – za pomocą regresji czynniki ryzyka zachowań samobójczych. Zmienne będące predyktorami zachowań samobójczych różnią się u obu płci. Ponadto w grupie mężczyzn istotnym predyktorem jest interakcja trzech czynników, a mianowicie niezaspokojonych potrzeb interpersonalnych i zdolności do podjęcia samobójstwa jako predyktora zachowań suicydalnych, co jest potwierdzeniem założeń Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych (ITS) (Van Orden i in., 2010). Jednocześnie nie potwierdzono zależności pomiędzy udaremnioną przynależnością, poczuciem bycia ciężarem i poczuciem beznadziejności jako interakcyjnej roli w przewidywaniu zachowań samobójczych. Możliwe, że zależność ta, szeroko opisywana m.in. przez Van Ordena, nie potwierdziła się ze względu na ograniczenia wynikające z wielkości grupy, bądź czasem od dokonania prób samobójczych, a badaniem. Hipotezy dotyczące istotności różnic pomiędzy grupą kliniczną i kontrolną ze względu na natężenie zmiennych podmiotowych w całości potwierdziły się, tym samym

można wnioskować o różnicach w funkcjonowaniu osobowościowym osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania i populacji ogólnej bez zachowań samobójczych. Różnice jakie miały wynikać z płci osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania pod względem cech osobowościowych potwierdziły się w 43%. W zakresie doświadczenia negatywnych wydarzeń życiowych hipotezy potwierdziły się w 33%. Postawione pytanie badawcze dotyczące różnic między płciowymi w zakresie prezentowanych cech w zależności od doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych pozwoliło uzyskać interesujące dane dotyczące znaczenia negatywnych wydarzeń życiowych w funkcjonowaniu osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania. Pod względem doświadczanych myśli samobójczych 60% postawionych hipotez potwierdziło się. Ponadto odpowiedź na postawione pytanie badawcze pozwala na opis osób doświadczających myśli samobójczych pod względem niezaspokojonych potrzeb interpersonalnych. Przyjmowanie środków psychoaktywnych u osób z myślami samobójczymi nie znalazło uzasadnienia w badaniach, jednak niepotwierdzona zależność skłania do refleksji dotyczącej sposobu radzenia sobie z myślami samobójczymi. Analiza zebranego materiału pozwoliła na potwierdzenie wszystkich hipotez dotyczących historii prób samobójczych. Natomiast próba odpowiedzi na pytania badawcze dotyczące zależności i różnic wynikających z ujawnianych zaburzeń psychicznych ukazuje obraz osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania jako niezależnych działań człowieka, a występujące objawy choroby psychicznej są interpretowane jako jeden z wielu czynników, a nie główny predyktor zachowań samobójczych. Analiza materiału pozwoliła na wysunięcie wniosków, iż struktura osobowości jednostki jest elementem kluczowym w podejmowaniu decyzji o chęci autodestrukcji. Dzięki analizie regresji logistycznej udało się wyodrębnić czynniki ryzyka zachowań samobójczych dla grupy kobiet i dla grupy mężczyzn, tym samym potwierdzając 80% postawionych hipotez. Grupy te różnią się od siebie w sposób znaczący. Ze względu na to, że brakuje badań nad użytecznością Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych (ITS) z podziałem na płeć odpowiedzi na postawione hipotezy są interesującą bazą wiedzy na temat funkcjonowania kobiet i mężczyzn pod względem intencjonalnego pragnienia śmierci. Czynniki ryzyka są różne w grupie mężczyzn i kobiet, stąd też wnioski o znaczących odrębnościach w zakresie predyktorów ryzyka podjęcia samobójstwa w analizowanych grupach. Podsumowaniem analiz było stworzenie profilu psychologicznego osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania.

## 7. Dyskusja wyników i wnioski

Głównym celem prowadzonych badań było wyszczególnienie czynników ryzyka i czynników chroniących zachowań samobójczych opierając się na założeniach Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych (ITS) oraz powiązanych z nią zmiennych podmiotowych. Wcześniejsze badania z zakresu suicydologii i psychologii zachowań samobójczych skupiały się głównie na analizie podjętych prób samobójczych, analizie listów samobójczych, a mniej na znaczeniu prospektywnym. Badania Joinera i wsp. (2009) jako jedyne potwierdziły predykcyjną wartość interakcyjną trzech czynników według ITS w próbie klinicznej. Powstałe w późniejszym okresie pomiary zmiennych, wykorzystujące znaczenie ITS skupiały się głównie na próbach samobójczych w przeszłości. Badania własne są oparte na próbie klinicznej, mają prospektywny charakter oraz zakładają odmienny układ czynników dla grupy kobiet i mężczyzn.

Analizy zebranego materiału rozpoczęto od szczegółowego opisu grupy klinicznej i grupy kontrolnej. W pierwszej kolejności ustalono kryteria klasyfikujące osoby z samobójczymi zaburzeniami zachowania zgodnie z DSM-5 i na podstawie literatury oraz poddano je analizie, współczynnik zgodności sędziów kompetentnych alfa Krippendorfa osiągnął wartość  $> 0,80$ . W kolejnym kroku zweryfikowano taki czynnik jak samopoczucie w trakcie badania. Do badań zostały włączone wyłącznie osoby, których stan psychiczny na to pozwalał. Był on weryfikowany przez lekarza psychiatrę, którego udział był niezbędny w procesie kwalifikacji. Zabieg ten miał na celu zminimalizowanie negatywnych skutków psychicznych dla osób badanych (zwłaszcza w grupie klinicznej). Udział każdej osoby, której subiektywne samopoczucie było „złe” lub „bardzo złe” było ponownie weryfikowane. Kluczowa była zgoda zespołu specjalistycznego na udział danej osoby w badaniu, nawet w przypadku, gdy badany wyraził już świadomą zgodę na badanie i chciał brać w nim udział pomimo złego samopoczucia. Kierując się zasadami etyki prowadzenia badań oraz przede wszystkim dobrem pacjenta dokonano wszelkich starań, aby nie wpłynąć negatywnie na funkcjonowanie emocjonalne, społeczne i poznawcze badanych. Samopoczucie osób z grupy kontrolnej również było weryfikowane na podstawie pytań zawartych w ankiecie. Osoby deklarujące „złe” lub „bardzo złe” samopoczucie nie były dopuszczane do badania, ze względu na brak możliwości ewentualnej pomocy na „tu i teraz”, co mogłoby negatywnie wpłynąć na ich długotrwałe funkcjonowanie psychiczne. Osoby takie otrzymywały instrukcję

postępowania adekwatną do zgłaszanych objawów. Wyjątek stanowiła jedna osoba, będąca aktualnie w terapii – po konsultacji ze specjalistą – postanowiono o dopuszczeniu jej do procedury. W grupie klinicznej największy procent osób deklarował samopoczucie „*obojętne*” (36,56%) i „*dobrze*” (25,81%), natomiast w grupie kontrolnej najwięcej osób komunikowało samopoczucie „*dobrze*” (54,55%) i „*bardzo dobrze*” (37,50%).

Kolejnym krokiem był opis grup badawczych pod względem wieku, płci i prezentowanych zaburzeń psychicznych. Wiek osób badanych był zbliżony w grupie klinicznej i kontrolnej. Średnia wieku w grupie kontrolnej była nieznacznie wyższa aniżeli w grupie klinicznej, co oznacza, że osoby nieprzejawiające zachowań samobójczych były nieznacznie starsze od osób, które przejawiają zachowania samobójcze. Grupa osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania liczyła 45 kobiet i 48 mężczyzn, natomiast w grupie bez takich zaburzeń kobiety stanowiły 47 spośród badanych, a mężczyzn było 41. Liczebności w grupach badawczych, jak i wewnątrz grup, przy podziale na płeć były podobne. Dane te potwierdzają ogólną tendencję podejmowanych prób samobójczych przez kobiety i mężczyzn w Polsce, tym samym stanowią opozycję do badań światowych, które podają większy udział kobiet w podejmowanych próbach samobójczych. Taka sytuacja może wynikać z wielu czynników osobowościowo-środowiskowych. Dynamika zmian jakim są poddawani mężczyźni jest bardzo duża, zarówno jeśli chodzi o problemy społeczne, jakim muszą sprostać, jak i pewnego rodzaju społeczne przyzwolenie na „możliwość nieradzenia sobie”. Podjęcie badań dotyczących możliwych przyczyn takiego stanu rzeczy mogłoby być interesującym tematem badań. Kolejnym krokiem opisu grup badawczych była analiza zaburzeń psychicznych jakie występują w przypadku badanych po próbie samobójczej, jak i w grupie kontrolnej. Podstawowym założeniem pracy było poszukiwanie podmiotowych czynników ryzyka zachowań samobójczych ze szczególnym uwzględnieniem poziomu niezaspokojonych potrzeb interpersonalnych i zdolnością do podjęcia samobójstwa (zgodnie z ITS), stąd też zaburzenia psychiczne (w rozumieniu choroby psychicznej) są traktowane jako jedna ze zmiennych współwystępujących. Przydatna przy opisie funkcjonowania osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania, jednak nie jako główny i niezbędny predyktor wystąpienia zachowań samobójczych. Po analizie literatury oraz licznych konsultacjach ze specjalistami psychiatrii dokonano podziału zaburzeń psychicznych, w celu utworzenia grup badawczych ze względu na zdiagnozowane zaburzenia natury psychicznej. Biorąc pod uwagę kryteria

klasyfikujące osoby do badań (zgodnie z DSM-5, co prezentuje tabela nr 2 i tabela nr 11) uwzględniając czynniki wykluczające, jedna grupa zaburzeń została nazwana „*choroba psychiczna*” i skupia osoby z diagnozą zaburzeń psychicznych, niepsychotycznych. Natomiast druga grupa to „*brak choroby psychicznej*”, w skład której wchodzi osoby z diagnozą krótkotrwałych zaburzeń psychicznych, związanych ze stresem, przemijających, bądź zaburzeń psychicznych nieokreślonych (F99). Trzecia grupa, charakterystyczna wyłącznie dla osób z grupy kontrolnej to osoby „*bez zaburzeń psychicznych*”. W związku, iż w badaniach uczestniczyły osoby hospitalizowane w szpitalu psychiatrycznym, po podjętej próbie samobójczej w tej grupie nie miał zastosowania podział na osoby „*bez zaburzeń psychicznych*”, gdyż podstawą przyjęcia do szpitala psychiatrycznego jest rozpoznanie zaburzenia psychicznego. W grupie klinicznej niespełna 38% osób, to osoby z diagnozą zaburzeń adaptacyjnych, czyli klasyfikowane do grupy „*brak choroby psychicznej*”, pozostałe, nieco ponad 62%, to osoby z diagnozą zaburzeń psychicznych niepsychotycznych, „*choroba psychiczna*”. Natomiast w grupie kontrolnej nieco ponad 10% osób zadeklarowało stwierdzone zaburzenia psychiczne związane ze stresem „*brak choroby psychicznej*”, natomiast prawie 90% osób spośród badanych nie ujawniało żadnych zaburzeń psychicznych „*bez zaburzeń psychicznych*”. Dane te pozwalają wnioskować, iż osoby podejmujące próby samobójcze cierpią z powodu choroby psychicznej, co potwierdza wcześniejsze badania (Almeida i in., 2016; Gradus i in., 2010) sugerujące związek objawów choroby psychicznej (głównie związanej z zaburzeniami nastroju) z podejmowaniem zachowań samobójczych. Niemniej jednak ważnym podkreślenia jest fakt, iż około 40% spośród osób podejmujących próby samobójcze nie ujawnia cech choroby psychicznej, a więc, w tym wypadku, wyklucza się możliwość działania czynników chorobowych w wyjaśnianiu mechanizmu suicydalnego. Potwierdza to założenia teoretyczne o kluczowym wpływie struktury osobowości i systemie decyzyjnym (o podłożu emocjonalnym wynikającym z cech podmiotowych) na proces podejmowania prób samobójczych. Można zatem wnioskować, iż podjęcie próby samobójczej wynika z podmiotowych czynników, które wpływają na zdolność emocjonalną, poznawczą i fizyczną do podjęcia próby samobójczej, a afektywne zaburzenia psychiczne są dodatkowym czynnikiem mogącym negatywnie wpłynąć na funkcjonowanie jednostki. W dalszej kolejności opisano grupę kontrolną i kliniczną pod względem nadużywania substancji psychoaktywnych, historii prób samobójczych w przeszłości oraz towarzyszących myśli samobójczych. Analizy

wykazały, iż w grupie osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania większość osób (75,27% i 78,49%) nie ujawnia cech nadużywania substancji psychoaktywnych (zarówno alkoholu, jak i innych środków odurzających). Deklaracje pacjentów dotyczące nadużywania alkoholu były potwierdzone badaniami laboratoryjnymi (procedura wykonywana w szpitalu u każdego nowoprzyjętego pacjenta, niezależnie od prowadzonych badań klinicznych), a także analizą historii hospitalizacji, leczenia odwykowego, leczenia ambulatoryjnego i obiektywnych danych uzyskanych z wywiadu od rodziny. Wyniki badań laboratoryjnych nie są zaprezentowane w pracy w formie statystycznej ze względu na brak takiej konieczności. Informacje o wynikach uzyskiwano od lekarza prowadzącego, wraz z ich interpretacją, które (wraz z innymi komunikatami, potwierdzały, bądź zaprzeczały deklaracjom pacjenta dotyczących spożywania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych – weryfikacja na podstawie historii leczenia oraz wyników testów narkotykowych). Wiele prowadzonych dotychczas badań wskazuje na silny związek pomiędzy nadużywaniem substancji psychoaktywnych, a zachowaniami samobójczymi, jednak w prezentowanych badaniach zdecydowana większość osób nie ujawniała cech uzależnienia. Analiza ta może być kolejnym uzasadnieniem poszukiwania czynników ryzyka i czynników chroniących w zmiennych podmiotowych, a nie czynnikach chorobowych i czynnikach zewnętrznych. W grupie osób nieprzejawiających zachowań suicydalnych tendencja nadużywania substancji psychoaktywnych była podobna jak w grupie klinicznej, a mianowicie 93,18% osób nie nadużywała alkoholu i 100% spośród badanych w tej grupie nie nadużywała innych substancji psychoaktywnych. Kolejnej weryfikacji poddano zgłaszane myśli oraz próby samobójcze w przeszłości. Jak pokazują badania myśli samobójcze są jednym z czynników współwystępującym z próbami samobójczymi (Chen, Yu, Duan, Jiang, 2015; Nock i in., 2008), niemniej jednak ważnym podkreślenia jest fakt, iż osoby z myślami samobójczymi nie zawsze podejmują próbę samobójczą (Cavanagh i in., 2003). Myśli samobójcze mogą, lecz nie muszą pojawić się przed podjęciem próby suicydalnej (Husky i in., 2013). Opis grupy osób, która podjęła intencjonalną próbę samobójczą wskazuje, iż większość osób (75,27%) doświadcza myśli samobójczych, z kolei 43% osób podejmowała próby samobójcze w przeszłości. Dane te mogą sugerować, iż myśli samobójcze są praktycznie nieodłącznym elementem związanym z podejmowaniem prób samobójczych, potwierdzając tym samym wcześniejsze badania, niemniej jednak występują przypadki, w których myśli samobójcze nie



są czynnikiem presuicydalnym. Interpersonalna Teoria Zachowań Samobójczych (ITS) zakłada, iż do wystąpienia zachowania samobójczego niezbędne jest posiadanie zdolności do podjęcia samobójstwa, które rozwija się m.in. w procesie habituacji bólu fizycznego (Nock i in., 2006). Taki proces ma miejsce w przypadku kolejno podejmowanych prób suicydalnych (Van Orden i in., 2010). Prawie połowa osób, które podjęły próbę samobójczą doświadczyła zachowań samobójczych w przeszłości, stąd też można wnioskować o znaczeniu historii prób samobójczych jako możliwego czynnika predykcyjnego zachowań samobójczych, zwłaszcza w kontekście *zdolności do podjęcia samobójstwa*. W grupie osób bez samobójczych zaburzeń zachowania 100% spośród badanych nie podejmowało prób samobójczych w przeszłości oraz zdecydowana większość (87,50%) nie doświadczała myśli suicydalnych.

Kolejny etap pracy to weryfikacja pytań i hipotez badawczych powstałych w świetle analizowanej literatury. Liczne badania ukazują znaczne różnice w zakresie funkcjonowania osobowościowego w grupie osób podejmujących próbę samobójczą oraz w grupie osób, które nigdy nie podjęły próby suicydalnej. Bazując na najnowszej literaturze i badaniach z obszaru zachowań samobójczych postawiono hipotezy dotyczące wyżej wymienionego obszaru, opisując w ten sposób różnice podmiotowe w grupie klinicznej i kontrolnej. W nawiązaniu m.in. do badań Salleh i wsp. (2005) zweryfikowano poziom radzenia sobie w sytuacjach stresowych w grupie klinicznej i grupie kontrolnej (PB1: H1), zakładając, że osoby po próbie samobójczej będą cechować się niższym poziomem skoncentrowanym na zadaniu i wyższym skoncentrowanym na emocjach. Hipoteza w całości została potwierdzona. Można zatem wnioskować, iż osoby ujawniające zachowania samobójcze mają większą tendencję do nadmiernego przeżywania niepowodzeń i wszelkich negatywnych emocji. W sytuacjach stresowych skupiają się na przeżyciach wewnętrznych, zwiększając tym samym podatność organizmu na wystąpienie zaburzeń nerwicowych (Mitrousi i in., 2013). Tym samym posiadają mniejszą zdolność do radzenia sobie w sposób zadaniowy, co potwierdza prowadzone dotychczas badania (Mishara, Chagnon, 2011).

**Wniosek 1:** Zbyt duża emocjonalność może negatywnie wpłynąć na zachowanie i funkcjonowanie psychiczne człowieka prowadząc np. do nadmiernego zamartwiania się, skupienie na sobie i własnych, negatywnych emocjach, nadmiernego przeżywania poczucia winy, poczucia napięcia i złości. Ponadto brak umiejętności rozwiązywania problemu może przyczynić się do większej kumulacji negatywnych emocji względem siebie i świata. Ponadto

może zwiększyć bierność reakcji, co uniemożliwi powrót do stanu sprzed sytuacji stresowej. Takie zachowania i emocje są charakterystyczne dla osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania.

Poczucie własnej wartości jest zmienną, która została potraktowana w badaniach jako czynnik chroniący przed zachowaniami samobójczymi. Badania prowadzone przez Soto-Sanz i wsp. (2019) potwierdziły znaczenie tej cechy w grupie osób prezentujących zachowania samobójcze. Poczucie własnej wartości powinno wpływać na tworzenie silnej struktury osobowości (Rivlin i in., 2013). Stąd też postawiono hipotezę o niższym poczuciu własnej wartości w grupie klinicznej (PB1: H2), zakładając, że – zgodnie z modelem badawczym – czynniki osobowościowe są kluczowe w wyjaśnianiu zachowań samobójczych. Hipoteza ta została potwierdzona.

**Wniosek 2:** Poczucie własnej wartości jest stałą cechą, która kształtuje się na przełomie lat. Człowiek uczy się reagować na świat zewnętrzny, potrafi w zrównoważony sposób podejmować decyzje zgodne z jego sumieniem i oczekiwaniami. Osoby podejmujące intencjonalne zachowania samobójcze cechują się niższym poziomem równowagi i stabilności wewnętrznej niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania (Harris, 2009). W związku z tym, iż zdolność ta kształtuje się przez lata dojrzewania psychicznego można przypuszczać, iż osoby z samobójczymi zaburzeniami zachowania podlegały nieprawidłowościom w zakresie kształtowania się poczucia własnej wartości na przestrzeni lat. Świadczy to o nieprawidłowym procesie kształtowania osobowości. W związku z powyższym można stwierdzić o względnie trwałych zmianach w zakresie funkcjonowania osobowościowego, a nie chwilowych reakcjach związanych z działaniem stresora, czy bodźca negatywnego.

Kolejną zmienną osobowościową, którą poddano weryfikacji w grupie klinicznej i kontrolnej było poczucie beznadziejności (Ribeiro, i.in., 2018). Zgodnie z założeniami teoretycznymi osoby próbujące popełnić samobójstwo cechują się wyższym poczuciem beznadziejności aniżeli grupa kontrolna (PB1: H3). Przeprowadzone analizy potwierdziły postawioną hipotezę badawczą.

**Wniosek 3:** Poczucie beznadziejności jest cechą charakterystyczną osób próbujących popełnić samobójstwo. Badani z grupy klinicznej w błędny sposób wyjaśniają własne doświadczenia, w negatywny sposób przewidują wyniki własnych działań oraz negatywnie oceniają realizację własnych zadań. Tak więc ich wizja przyszłości jawi się w niekorzystnym świetle. Taki sposób

myślenia może wpływać zarówno na poziom lęku, jak i myślenie o samym sobie i o świecie. Brak pozytywnej wiary w przyszłość może negatywnie wpływać na podejmowanie kolejnych działań, hamując dążenie człowieka do osiągnięć (demotywuując go), a tym samym może wpłynąć na brak nadziei na przyszłość. Takie poznawcze, emocjonalne i motywacyjne postrzeganie przyszłości może spowodować chęć odebrania sobie życia – jako jedynego sposobu rozwiązania problemów. Można zatem podsumować, iż osoby ujawniające samobójcze zaburzenia zachowania mają nierealistyczną, negatywną wizję przyszłości, co powoduje demotyvację do dalszego działania i brak pozytywnej wizji przyszłości. Zakładając, że człowiek żyje i funkcjonuje z myślą o przyszłości, brak takiej perspektywy może spowodować pojawienie się myśli i tendencji samobójczych.

Badania Joiner'a i wsp. (2009) wskazują na istotność niezaspokojonych potrzeb interpersonalnych w próbie zrozumienia zachowań samobójczych. Prezentowana praca opiera się na konstrukcie ITS wraz z innymi zmiennymi podmiotowymi. Dotychczas prowadzone badania z wykorzystaniem ITS pozwalały na analizę zachowań suicydalnych ze względu na interakcję trzech czynników ryzyka, a mianowicie niezaspokojonej przynależności, poczucia bycia ciężarem oraz zdolności do podjęcia samobójstwa. W pracy badawczej postawiono hipotezę o wyższym poziomie niezaspokojonych potrzeb w grupie klinicznej (PB1: H4). Zgodnie z założeniami teoretycznymi osoby próbujące popełnić samobójstwo postrzegają siebie jako ciężar dla innych, są przekonane o ułomności Ja oraz mają poczucie nienawiści w stosunku do samego siebie. W tym wypadku samobójstwo jest chęcią polepszenia sytuacji innych. Ponadto mają wysokie poczucie samotności i brak relacji opartych na wzajemnej opiece. Postawiona hipoteza potwierdziła się w badaniach własnych.

**Wniosek 4:** Osoby podejmujące próbę samobójczą postrzegają siebie jako ciężar, czują w stosunku do siebie nienawiść, ponadto występuje poczucie osamotnienia i brak bliskich relacji społecznych, do których jednostka dąży. Takie postrzeganie własnej osoby oraz poczucie bycia osamotnionym może wywoływać skrajne reakcje chęci odebrania sobie życia. Można przypuszczać, iż osoby cechujące się niezaspokojonymi potrzebami interpersonalnymi będą częściej podejmować akty autodestrukcyjne aniżeli osoby, których potrzeby są w pełni zaspokojone. Potrzeba przynależności jest ważnym aspektem zarówno w kształtowaniu poczucia własnej tożsamości, jak i odrębności. Brak poczucia bycia w jakimś systemie, grupie, społeczności może spowodować, iż wzrośnie poczucie bycia niewystarczająco dobrym, co

z kolei może negatywnie wpłynąć na postrzeganie własnej osoby w świecie. Poziom przymusowej alienacji, przy jednoczesnym nienawistnym stosunku do siebie może powodować chęć autodestrukcji.

Neurotyczność jest cechą, która może wpłynąć na podejmowanie zachowań samobójczych, a jej natężenie jest znacznie wyższe u osób, które przejawiają zachowania samobójcze (Hafferty i in., 2019). Zgodnie z tym założeniem postawiono hipotezę mówiącą o tym, że osoby z samobójczymi zaburzeniami zachowania mają wyższy poziom neurotyczności aniżeli grupa kontrolna (PB1: H5). Hipoteza została potwierdzona. Oznacza to, że osoby próbujące popełnić samobójstwo mają większą wrażliwość na stres oraz skłonność do przeżywania negatywnych emocji. Gorzej radzą sobie z regulacją emocji, a ich poziom lęku może być wysoki.

**Wniosek 5:** Badania wykazały, iż osoby, które decydują się na odebranie sobie życia są bardziej lękowe i mają trudności w zakresie własnych emocji (Walker i in., 2017). Może wiązać się to z poziomem innych zmiennych podmiotowych, jak np. radzeniem sobie w sytuacjach stresowych poprzez skupienie na emocjach, emocjonalne przeżywanie własnej – subiektywnie beznadziejnej – pozycji w świecie, bądź też lęk przed samotnością, bądź odrzuceniem (brakiem przynależności). Lękowe i emocjonalne podejście do siebie i świata zewnętrznego może negatywnie wpłynąć na podejmowane działania. Osoby z samobójczymi zaburzeniami zachowania przejawiają cechy uniemożliwiające radzenie sobie w trudnych sytuacjach, możliwe, że ich funkcjonowanie jest zakłócone poprzez nieprawidłowości występujące w sferze emocjonalnej, poznawczej i społecznej. Doświadczając negatywnych emocji takich jak gniew, irytacja i poczucie winy budują niewłaściwy obraz siebie i nie są w stanie poradzić sobie z wymaganiami zewnętrznymi. Takie zachowania nieprzystosowawcze mogą cechować osoby z intencją śmierci samobójczej.

Zdolność do podjęcia samobójstwa jest konstruktem Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych (ITS), który zakłada, że człowiek jest zdolny do zachowań suicydalnych w momencie, gdy zmniejszy się strach przed śmiercią i wzrośnie tolerancja na ból fizyczny. W badaniach własnych założono, iż zdolność do podjęcia samobójstwa jest poznawczym i fizycznym czynnikiem mogącym różnicować osoby podejmujące próby samobójcze i grupę bez takich zachowań. W związku z tym, iż człowiek ewolucyjnie powinien unikać sytuacji potencjalnie niebezpiecznych wykształcenie zdolności do aktów autodestrukcyjnych może

w znaczący sposób wpłynąć na podejmowanie prób samobójczych. Jak pokazują badania lęk przed śmiercią i bólem fizycznym są czynnikami który powstrzymuje osoby przed podjęciem próby suicydalnej (Van Orden i in., 2008). Dlatego też wysunięto teorię, iż same pragnienia śmierci, a co się z tym wiąże myśli samobójcze, nie są wystarczające do podjęcia próby samobójczej. Poziom odczuwanego lęku przed śmiercią jest silnie skorelowany z rodzajem próby samobójczej. Należy przez to rozumieć sposób w jaki dana osoba próbuje odebrać sobie życie. Im większa tolerancja na ból tym bardziej drastyczna próba samobójcza, wymagająca zdolności przewyciężenia bólu fizycznego w celu kontynuacji zachowań autodestrukcyjnych (np. podcięcie żył). Jeśli tolerancja na ból fizyczny jest mniejsza próby samobójcze mają charakter mniej bolesnych doświadczeń (np. przedawkowanie leków). W związku z założeniem teoretycznym oraz prowadzonymi wcześniej badaniami (Cuckrowitz, i.in., 2013; Murariu, 2016; Van Orden, i.in., 2008) postawiono hipotezę, iż osoby podejmujące próbę samobójczą mają wyższą zdolność do podjęcia samobójstwa aniżeli grupa kontrolna (PB1: H4). Badania własne potwierdzają postawioną hipotezę.

**Wniosek 6:** Osoby próbujące popełnić samobójstwo cechują się określoną zdolnością fizyczną i psychiczną do intencjonalnego działania autodestrukcyjnego, którego wynikiem z założenia jest śmierć. Zdolność ta polega na większej tolerancji bólu fizycznego oraz zmniejszenie lęku przed umieraniem. Można zatem wnioskować, iż grupa kliniczna charakteryzuje się nabytą zdolnością do popełnienia samobójstwa, dzięki czemu podejmuje próby samobójcze. Zmienna ta różnicuje osoby z populacji ogólnej z osobami z samobójczymi zaburzeniami zachowania. Zgodnie z założeniami teoretycznymi zdolność do podjęcia samobójstwa jest wyższa u osób, które w przeszłości podejmowały próby samobójcze, co zostało zweryfikowane na kolejnych etapach pracy. Można sądzić, że osoby z grupy klinicznej wykształciły w sobie większą tolerancję na negatywne czynniki fizyczne i są w stanie znieść większy ból aniżeli osoby, które nigdy nie próbowały popełnić samobójstwa. Możliwe, że poprzez proces habituacji są w stanie znieść więcej, ale też są w stanie świadomie podjąć decyzję o odebraniu sobie życia, zgadzając się jednocześnie na towarzyszący temu ból fizyczny i psychiczny. Zależności pomiędzy poprzednimi próbami samobójczymi, a zdolnością do podjęcia samobójstwa będą dyskutowane w dalszej części rozważań.

Poczucie nadziei jest stanem, który wpływa na pozytywne myślenie o sobie i o świecie. Czynnikiem ten jest kolejnym włączonym do badań jako jedna z potencjalnych zmiennych

chroniących przed zachowaniami samobójczymi. Jak pokazują badania (Snyder i in., 2000) nadzieja jest pośrednim czynnikiem chroniącym przed samobójstwem. Zaobserwowano, że istotnie ujemnie koreluje z poczuciem beznadziejności (Huen i in., 2015), a więc można przypuszczać, że powinna występować jako czynnik chroniący przed podejmowaniem zachowań samobójczych. Nadzieja jako konstrukt składa się z energii jaką posiada człowiek, celu jaki sobie wyznacza oraz poczucia skutecznego planowania ukierunkowanego właśnie na ten cel. Badania potwierdzają różnice w odczuwaniu nadziei przez osoby z myślami i zachowaniami samobójczymi (Davidson i in., 2009; Meadows i in., 2005; Merari, 2005). Zatem analiza dostępnej literatury pozwoliła wysunąć hipotezę, iż osoby z samobójczymi zaburzeniami zachowania cechują się niższym poziomem nadziei na przyszłość (PB1: H6). Badania własne potwierdziły te założenia, wykazując, że osoby podejmujące próby samobójcze mają niższy poziom nadziei.

**Wniosek 7:** Osoby z samobójczymi zaburzeniami zachowania charakteryzują się niższym poziomem motywacji skoncentrowanej na dążeniu do określonego życiowego celu. Zgodnie z założeniami Tucker'a i wsp. (2013) może dochodzić u nich do ruminowania własnych problemów, braku zasobów do poradzenia sobie z nimi. Brak pozytywnego myślenia (myślenia z nadzieją) może się wiązać z pojawieniem myśli samobójczych oraz klinicznych objawów depresji. Ponadto można przypuszczać, że pojawienie się negatywnych wydarzeń życiowych może doprowadzić do pogorszenia stanu psychicznego, w związku z brakiem wewnętrznej nadziei, a tym samym zasobów do radzenia sobie z trudną i niekorzystną sytuacją życiową. Można wnioskować, że badani nie posiadający wewnętrznych zasobów do walki z przeciwnościami losu będą częściej podejmować formy samobójcze, jako sposób radzenia sobie w sytuacjach „bez wyjścia”. W założeniu teoretycznym nadzieja daje możliwość przezwyciężenia niedogodności, czego deficyt mogą odczuwać osoby próbujące popełnić samobójstwo. Takie postrzeganie funkcjonowania osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania skłania do refleksji dotyczącej ich wizji przyszłości oraz poznawczego ujęcia przyszłych zdarzeń. Można zatem wysunąć wniosek, że osoby z grupy klinicznej, w związku z brakiem celu i motywacji życiowej nie potrafią wyobrazić sobie siebie w perspektywie najbliższych lat, nie są w stanie aktywnie poszukiwać rozwiązań w nawiązaniu do trudnej sytuacji. Brak wizji przyszłości oraz związany z tym brak motywacji i podwyższony poziom lęku mogą stać się jednymi z czynników, które będą powodowały podejmowanie prób

samobójczych. Taki sposób myślenia można by opisać za pomocą pewnej zależności „jeśli nic dobrego nie czeka mnie w przyszłości, nie ma sensu, aby dalej żyć”.

Kolejnym celem pracy badawczej był opis funkcjonowania osobowościowego i socjodemograficznego kobiet i mężczyzn po podjętej próbie samobójczej (z samobójczymi zaburzeniami zachowania). Wykonane analizy pozwoliły na weryfikację postawionych pytań i hipotez badawczych, uzyskując tym samym interesujące, pod względem klinicznym, wyniki dotyczące funkcjonowania kobiet i mężczyzn ujawniających zachowania autodestrukcyjne w formie podjętych prób samobójczych. Badania dotyczące funkcjonowania osobowościowego kobiet i mężczyzn potwierdzają znaczące różnice wynikające z płci, brakuje jednak badań skoncentrowanych na różnicach międzypłciowych w grupie osób podejmujących zachowania samobójcze. Odpowiedzią na braki w tym obszarze jest prezentowana praca badawcza. Pod względem radzenia sobie w sytuacjach stresowych kobiety znacznie częściej aniżeli mężczyźni wykorzystują własne emocje, na których się skupiają (Brougham i in., 2009), natomiast mężczyźni kierują się ucieczkowym stylem radzenia sobie z problemami (Gould i in., 2004). W związku z powyższym postawiono hipotezę badawczą mówiącą o tym, że kobiety w sytuacjach stresowych bardziej aniżeli mężczyźni kierują się stylem skoncentrowanym na emocjach (PB2: H1), natomiast stylem dominującym w grupie mężczyzn jest styl skoncentrowany na unikaniu (PB2: H2). Hipoteza pierwsza potwierdziła się w badaniach własnych, natomiast nie potwierdzono drugiej postawionej hipotezy.

**Wniosek 8:** Zachowania samobójcze często są wynikiem działania czynnika zewnętrznego, stresowego, stąd też rozważania dotyczące umiejętności radzenia sobie w takich sytuacjach. Badania własne potwierdzają, że kobiety – w sytuacjach trudnych i niekorzystnych – są skupione na przeżywaniu własnych emocji, analizując tym samym własne stany afektywne nie skupiając się jednocześnie na efektywnym rozwiązaniu danego problemu. Taki sposób funkcjonowania może powodować pograżenie emocjonalne w sytuacji trudnej, a tym samym pojawienie się np. objawów depresji. Takie podejście do problemu może skutkować alienacją społeczną, a tym samym wyobcowaniem i szukaniem rozwiązań w sposób społecznie nieakceptowalny. Ponadto negatywne emocje i ich kumulacja mogą prowadzić do zachowań impulsywnych w celu redukcji napięcia. Ponadto może dochodzić do zawężenia poznawczego, a tym samym braku prób konstruktywnego rozwiązania powstałego problemu. Opisywane sposoby funkcjonowania mogą przyczyniać się do odmienności w działaniach, np. w sposobie

szukania pomocy i podejmowania prób samobójczych (bardziej bądź mniej skutecznych, planowanych lub impulsywnych). W związku z powyższym można sądzić, iż kobiety będą podejmowały bardziej impulsywne próby samobójcze. Brak potwierdzenia dla stwierdzenia, iż mężczyźni z samobójczymi zaburzeniami zachowania kierują się stylem skoncentrowanym na unikaniu może tłumaczyć tym, iż jest on charakterystyczny dla obu płci, jako mechanizm radzenia sobie. Może to wynikać z pewnego zacierania się granic funkcjonowania w tym zakresie, ale również populacji w jakiej były prowadzone badania. Podobnie jak w przypadku różnic płciowych w podejmowaniu zachowań samobójczych, dane uzyskane na polskiej grupie badawczej różnią się od światowych, tak w przypadku mechanizmu radzenia sobie i mogą wynikać ze specyficznych oddziaływań społeczno-kulturowych.

W badaniach własnych przyjęto również, że w grupie klinicznej kobiety będą różniły się od mężczyzn pod względem zdolności do podjęcia samobójstwa (Witte i in., 2012), zgodnie z wcześniejszymi badaniami, które wykazały, że to mężczyźni mają wyższą tolerancję bólu fizycznego i cechują się niższym lękiem przed śmiercią (PB2: H3). Hipoteza w tym zakresie nie potwierdziła się. Ponadto, zgodnie z prowadzonymi dotychczas badaniami (Houle i in., 2008) przyjęto, iż mężczyźni będą częściej nadużywać innych substancji psychoaktywnych niż alkohol (PB2: H4) – hipoteza potwierdzona w badaniach własnych – z kolei przyjęto, że kobiety częściej spożywają alkohol (Edwards i in., 2020), stąd też odrzucono tę hipotezę. Założono również, że płć żeńska częściej podejmowała próby samobójcze w przeszłości, aniżeli mężczyźni (Bommersbach i in., 2022), co nie potwierdziło się w badaniach własnych, a także częściej doświadczała myśli samobójczych (Boeninger, Masyn, Feldman, Conger, 2010), co pozytywnie zweryfikowały analizowane badania. Zgodnie z tymi ustaleniami przyjęto hipotezy o częstszym spożywaniu alkoholu przez kobiety z grupy osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania (PB2: H5), częstszym podejmowaniu prób suicydalnych w przeszłości (PB2: H6) oraz doświadczaniu większej ilości myśli suicydalnych aniżeli mężczyźni (PB2: H7).

**Wniosek 9:** Kobiety, które podejmują zachowania samobójcze posiadają podobne natężenie zdolności do podjęcia samobójstwa co mężczyźni. Oznacza, to że w podobny sposób potrafią poradzić sobie z bólem związanym z zachowaniami autodestrukcyjnym, a także z podobnym natężeniem odczuwają lęk związany z umieraniem. W założeniu to mężczyźni deklarują i cechują się wyższym progiem bólu fizycznego, jednak jak pokazują badania własne różnice



w analizowanej grupie nie występują. Można wysunąć wniosek, iż w przypadku, gdy mamy do czynienia z osobami po realnie dokonanej próbie samobójczej płeć nie ma znaczenia w zakresie zdolności do podjęcia samobójstwa, gdyż próbę podjęli zarówno mężczyźni, jak i kobiety. Wcześniejsze badania opierały się m.in. o deklaratywne zdolności do podjęcia samobójstwa, czasami niezweryfikowane poprzez akt samobójczy. W przypadku badań własnych można mówić o realnym wymiarze natężenia tej zmiennej. Stąd też wniosek, iż realność zachowania samobójczego może w znaczący sposób wpływać na poziom ujawnianych cech podmiotowych, w tym zdolności do podjęcia samobójstwa. Ujawniono, że mężczyźni częściej aniżeli kobiety z grupy klinicznej nadużywają substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, w przypadku samego alkoholu nie ma znaczących różnic w jego przyjmowaniu. Przyjmowanie substancji psychoaktywnych może mieć znacznie „ucieczkowe” z sytuacji trudnej i niebezpiecznej dla własnej struktury ego. Tak więc, przyjmując, że mężczyźni rzadziej szukają pomocy specjalistycznej aniżeli kobiety możliwe, że to jest ich sposób radzenia sobie w sytuacjach stresujących. Możliwe, że wyniki uzyskanych badań są efektem pewnych kulturowych wzorców, które zakładają, że przyjmowanie innych substancji niż alkohol jest domeną męską (McHugh, Votaw, Sugarman, Greenfield, 2018). Tak więc badania odzwierciedlałyby społeczne i kulturowe wzorce zachowań. Ponadto należy wspomnieć, iż zachowania po spożyciu narkotyków są wysoko nieprzewidywalne i niebezpieczne dla osoby przyjmującej i dla otoczenia. W związku z tym należałoby zastanowić się, czy przyjmowanie substancji psychoaktywnych nie jest powiązane z poszukiwaniem doznań i świadomą chęcią większej stymulacji w grupie mężczyzn. Takie działania mogłyby być uwarunkowane biologicznie. Analizując różnice międzypłciowe należy także podkreślić znaczenie myśli samobójczych i prób suicydalnych w przeszłości. Kobiety i mężczyźni w równym stopniu cechują się historią samobójstwa, jednak w zakresie myśli samobójczych kobiety wykazują większą intensywność. Taki układ zmiennej dotyczącej poprzednich prób samobójczych po raz kolejny wskazuje, że w polskiej populacji nie występuje trend częstszych prób samobójczych w grupie kobiet. Poszukiwanie wyjaśnień takich różnic może być ciekawym pomysłem na kolejny projekt badawczy. Analizując doświadczenia związane z myślami samobójczymi w grupie kobiet można stwierdzić, iż są one powiązane z stylem skoncentrowanym zarówno na emocjach (Park, Kim, 2018). Myśli samobójcze mogą być również czynnikiem hamującym przed wystąpieniem zachowań

samobójczych, innymi słowy służyć jako rozładowanie emocji „w umyśle”, bez konieczności podejmowania próby samobójczej. Warto zaznaczyć, że wysoki poziom własnej wartości może redukować występowanie myśli samobójczych. W grupie osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania poziom poczucia własnej wartości jest na znacznie niższym poziomie, a więc można przypuszczać, że nie jest on w stanie zredukować powstałych myśli samobójczych. Powiązanie skupienia się na emocjach w trudnej sytuacji oraz występowania myśli samobójczych może prowadzić do wniosków, iż kobiety w bardziej emocjonalny sposób przeżywają doświadczenia świata zewnętrznego. Pograżenie się w świat myśli samobójczych może mieć dwojaki charakter, a mianowicie powodować zmniejszenie podejmowanych prób samobójczych (myśli samobójcze jako reakcja zastępcza zachowań suicydalnych), ale jednocześnie może powodować eskalację negatywnych emocji (świat wyobraźniowy przeradza się w świat realistycznych działań). To pierwsze rozwiązanie miałoby swoje uzasadnienie w braku różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami w podejmowaniu prób samobójczych. Jednocześnie w dalszym ciągu dochodzi do podejmowania zachowań autodestrukcyjnych, stąd też można by wnioskować o eskalacji negatywnych emocji, np. w przypadku sytuacji stresu.

Doświadczenie negatywnych wydarzeń życiowych może wpłynąć na funkcjonowanie człowieka, jednocześnie struktura osobowości wpływa na to w jaki sposób jednostka poradzi sobie w takiej sytuacji. Negatywne doświadczenia życiowe mogą wyczerpać zasoby człowieka, a tym samym spowodować załamanie dotychczasowej linii życiowej. Jak pokazują badania stresujące wydarzenia życiowe mogą w znaczący sposób wpłynąć na podejmowanie zachowań samobójczych, jednak brakuje badań dotyczących różnic międzypłciowych w zakresie funkcjonowania osobowościowego w grupie osób, które doświadczyły takich wydarzeń. W podjętych badaniach – w związku z celem opisu funkcjonowania osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania – postanowiono porównać kobiety i mężczyzn, którzy doświadczyli negatywnych wydarzeń życiowych (PB3). Zaobserwowano, iż mężczyźni z samobójczymi zaburzeniami zachowania mają wyższe poczucie udaremnionej przynależności oraz większą zdolność do podjęcia samobójstwa.

**Wniosek 10:** Biorąc pod uwagę, że zmienna zdolność do podjęcia samobójstwa zawiera w sobie komponent zmienności w czasie, przy względnej stabilności konstruktów, można przypuszczać, że mężczyźni pod wpływem negatywnych wydarzeń życiowych mogą

angażować się w czynności, które zmniejszają lęk przed śmiercią oraz zwiększają tolerancję na ból fizyczny. Możliwe, że taki sposób funkcjonowania odzwierciedla mechanizm uciezkowy i cyrkularny zachowań w sytuacjach trudnych. Należy rozumieć to w taki sposób, iż w momencie, gdy mężczyźni (z samobójczymi zaburzeniami zachowania) doświadczają negatywnych wydarzeń życiowych zaczynają skupiać się na sposobach działania w takiej sytuacji. Sposoby te są skoncentrowane bardziej na mechanizmie uciezkowym aniżeli zadaniowym, dlatego wzrasta poziom nabytej w ciągu życia zdolności do podjęcia samobójstwa, jako reakcji na bodziec stresowy. Można by zastanowić się na jakim poziomie zdolności samobójcze wzrastają w sposób świadomy (poprzez świadomość myślenia o zależności stresor-zachowanie autodestrukcyjne), a na ile jest to mechanizm podświadomy i ma zmniejszać napięcie wywołane sytuacją. Oprócz zdolności do podjęcia samobójstwa mężczyźni cechują się również wyższym poczuciem samotności i świadomością braku relacji opartych na wzajemnej opiece. Można wysunąć wniosek, że udaremniona przynależność jako stan dynamiczny, z względnie trwałą komponentą, może rozwinąć się w momencie zadziałania stresora. Nie oznacza to, że osoby nagle nabywają tych zdolności interpersonalnych. Kształtowanie zdolności interpersonalnych zachodzi na przestrzeni lat pod wpływem interakcji z otoczeniem. W trakcie wystąpienia negatywnego zdarzenia życiowego zaczynają być bardziej dostępne poznawczo i emocjonalnie. Innymi słowy mówiąc, są aktywowane przez stresor i sytuację potencjalnie zagrażającą. Można zatem wnioskować, iż mężczyźni z samobójczymi zaburzeniami zachowania bardziej aniżeli kobiety w sytuacjach stresogennych aktywują komponenty Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych. Może więc przyjąć, że mężczyźni bardziej niż kobiety reagują osamotnieniem, izolacją wewnętrzną i próbami nieakceptowalnej ucieczki w sytuacji stresowej. W związku z powyższym negatywne wydarzenia życiowe mogą być tzw. „cichym zabójcą” w przypadku płci męskiej. Mężczyźni rzadziej szukają pomocy, zamykają się emocjonalnie i mają większe poczucie osamotnienia, stąd też może doprowadzić to do podejmowania prób samobójczych.

Kolejnym etapem w zakresie analizy negatywnych wydarzeń życiowych w kontekście zachowań samobójczych jest wyjaśnienie różnic pomiędzy osobami, które doświadczyły negatywnych wydarzeń życiowych i bez takich doświadczeń. Zgodnie z wcześniej prowadzonymi badaniami założono, że osoby doświadczające silnych zdarzeń stresujących reagują w sposób uciezkowy (Blankstein, Lumley, Crawford, 2007; Woodhead, Cronkite,

Moos, Timko, 2014). Tym samym postawiono taką hipotezę, która znalazła swoje potwierdzenie w niniejszych badaniach (PB4:H1). Zgodnie z wcześniejszymi badaniami (Abramson i in., 2000; Chang, Sanna, Hirsch, Jeglic, 2010; Smith, Cukrowicz, Poindexter, Hobson, Cohen, 2010; Klonsky, May, 2015) postawiono również hipotezy o wyższym poziomie beznadziejności u osób, które doświadczyły negatywnych wydarzeń życiowych (PB4: H2) oraz o wyższej zdolności do podjęcia samobójstwa (PB4: H3), hipotezy te nie znalazły jednak potwierdzenia w badaniach własnych.

**Wniosek 11:** Przeprowadzone analizy potwierdziły, iż cechą charakterystyczną dla osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania, które doświadczyły negatywnych wydarzeń życiowych jest ucieczkowy styl radzenia sobie. Uzyskany rezultat byłby możliwym potwierdzeniem dla wcześniejszej interpretacji różnic międzypłciowych, a mianowicie potwierdzałby, iż zwiększona zdolność do samobójstwa, wewnętrzne poczucie samotności i związana z tym alienacja są efektem ucieczkowego stylu funkcjonowania. Styl ucieczkowy jest jednym z mniej bezpiecznych i konstruktywnych sposobów radzenia sobie w sytuacji trudnej. Nie dostarcza pozytywnych efektów i nie prowadzi do rozwiązania problemu. Możliwe, że sposób ucieczkowy jest jedynym dostępnym w systemie emocjonalno-poznawczym stylem możliwego poradzenia sobie, prowadząc jednocześnie do negatywnych efektów. Eksploracja badań własnych pozwoliła na wysunięcie dodatkowego wniosku, iż osoby które doświadczają negatywnych wydarzeń życiowych cechują się wyższymi umiejętnościami znajdowania rozwiązań w dążeniu do celu. Należy przez to rozumieć, łatwość w spostrzeganiu siebie jako osoby zdolnej i zaradnej. Z łatwością są w stanie wymyśleć bądź poznać przynajmniej jeden skuteczny sposób, który doprowadzi do osiągnięcia zamierzonego celu. Ponadto postrzegają siebie jako bardziej inteligentne i posiadające niezbędną wiedzę do osiągnięcia celu. Podsumowując, z jednej strony osoby z grupy doświadczających negatywnych wydarzeń, cechują się stylem ucieczkowym, a z drugiej łatwo poszukują rozwiązania zaistniałej sytuacji. Wyjaśnieniem takiego układu cech i zdolności może być rozbieżność pomiędzy sposobem myślenia o sobie, a realnymi działaniami. Można by tłumaczyć to w taki sposób, iż osoby z samobójczymi zaburzeniami zachowania, doświadczające silnych sytuacji stresowych opisują siebie jako zdolne, silne i skuteczne w dążeniu do zamierzonego celu, przy jednoczesnym działaniu w sposób nieakceptowalny i mało konstruktywny. Dochodzi tutaj do pewnej niespójności wewnętrznej – powstaje możliwy dysonans poznawczy – pomiędzy

sposobem postrzegania własnej osoby, a realnym działaniem. Taki konflikt wewnętrzny (możliwie nieuświadomiony) może wpływać na poczucie własnej skuteczności i frustrację. Stąd też można wnioskować o wewnętrznej niezgodności osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania. W konsekwencji niezgodności te mogą powodować zachowania autodestrukcyjne.

Kolejna część badań opierała się o weryfikacje osób doświadczających myśli samobójczych. Myśli samobójcze mogą być zarówno predyktorem zachowań samobójczych, jak i nie powodować zachowań autodestrukcyjnych. Zgodnie z prowadzonymi wcześniej badaniami (Rohani, Esmaili, 2020) założono, iż osoby, które doświadczają myśli samobójczych cechują się stylem radzenia sobie skoncentrowanym na emocjach (PB5: H1), a także starano się zweryfikować, czy posiadają wyższy poziom poczucia beznadziei, neurotyczności i większą zdolność do podjęcia samobójstwa (Rappaport i in., 2017; Edwards, Holden, 2001), weryfikując tym samym postawione hipotezy badawcze (PB5: H3, H4, H5). Zgodnie z badaniami Park i Kim (2018) założono, iż myśli samobójcze są związane z niższym poczuciem własnej wartości (PB5: H2) oraz postawiono pytanie o natężenie potrzeb interpersonalnych w zależności od doświadczanych myśli samobójczych (PB5a). Analizy te są rozwinięciem wcześniej uzyskanych rezultatów dotyczących różnic podmiotowych w grupie badawczej oraz różnic międzypłciowych, np. dotyczące myśli samobójczych i sposobu radzenia sobie.

Uzyskane rezultaty pozwalają wnioskować, iż występowanie myśli samobójczych w zależności od prezentowanych cech podmiotowych różni się w grupie kobiet i mężczyzn, jednak w zakresie radzenia sobie zarówno kobiety jak i mężczyźni doświadczający myśli samobójczych kierują się stylem uciezkowym. Ponadto kobiety doświadczające myśli samobójczych postrzegają siebie jako ciężar dla innych oraz mają wyższą zdolność do podjęcia samobójstwa aniżeli kobiety bez myśli suicydalnych. Natomiast mężczyźni doświadczający myśli samobójczych w odróżnieniu od mężczyzn, którzy nie ujawniają myśli suicydalnych mają wyższy poziom poczucia beznadziei.

**Wniosek 12:** Myśli samobójcze w grupie osób próbujących popełnić samobójstwo mogą odgrywać znaczącą rolę. Mogą one mieć charakter rozładowania emocji, kumulowania negatywnych myśli, a także być formą ucieczki. Jak pokazują badania własne kobiety, które doświadczają myśli samobójczych częściej kierują się stylem skoncentrowanym na unikaniu,

stąd też można przypuszczać, że myśli samobójcze mogą pełnić rolę pewnego bufora emocjonalnego i poznawczego. Doświadczanie myśli samobójczych może być formą wizualizacji śmierci i rodzajem ucieczki przed podjęciem próby samobójczej. Można wnioskować, iż badane uciekają w świat myśli autodestrukcyjnych. Ponadto skupienie się na myślach dotyczących śmierci, w grupie kobiet, może potęgować negatywne myśli o sobie i o świecie. Jak wynika z prowadzonych badań kobiety doświadczające myśli suicydalnych mają poczucie, że są nie do zniesienia. Może to potęgować uczucie chęci odebrania sobie życia, a więc w tym wypadku myśli samobójcze mogą prowadzić do podjęcia zamachu na własne życie jako próba polepszenia sytuacji innych, ponadto wykazano, iż kobiety z aktywnymi myślami samobójczymi mają większą zdolność do podjęcia samobójstwa. Analizując te cechy zależnie od siebie można dojść do wniosku, że myśli samobójcze w grupie kobiet pełnią początkowo funkcję ucieczkową – alienacyjną, powodując m.in. pogrążenie się we własnych stanach emocjonalnych, a w konsekwencji prowadzą do subiektywnego postrzegania siebie jako „części” zbędnej dla otoczenia, powodując wzrost poznawczej zdolności do popełnienia samobójstwa. Negatywne stany emocjonalne mogą być silniejsze aniżeli lęk przed śmiercią, a sama śmierć będzie traktowana jako wybawienie. W grupie mężczyzn myśli samobójcze – podobnie jak w grupie kobiet – mogą wiązać się z ucieczkowym mechanizmem radzenia sobie, a więc pogrążeniem się w negatywnych emocjach. Ponadto mężczyźni doświadczający myśli suicydalnych posiadają również wysoki poziom poczucia beznadziejności. Można zatem wnioskować, iż myśli suicydalne w tej grupie pełnią rolę demotywuującą i wpływają na poznawcze atrybuty myślenia o przyszłości. W związku z powyższym w przypadku kobiet myśli samobójcze mogą wpływać na stany związane z „tu i teraz” powodując np. zachowania impulsywne, natomiast w przypadku mężczyzn mogą wpływać na negatywną wizję przyszłości. Można więc sądzić, iż mężczyźni, którzy podjęli próbę samobójczą i doświadczali myśli samobójczych nie mają pozytywnej wizji przyszłości i to może powodować zachowania autodestrukcyjne. Natomiast kobiety z samobójczymi zaburzeniami zachowania doświadczające myśli suicydalnych skupiają się na aktualnych doświadczeniach związanych z postrzeganiem własnej osoby. Traktują siebie jako ciężar i część zbędną w systemie społecznym. Taka interpretacja myśli suicydalnych pozwala wnioskować, że myśli samobójcze w grupie mężczyzn odbierają pozytywną wizję przyszłości,

a w przypadku kobiet wpływają na wewnętrzne poczucie bycia niepotrzebnym i zwiększają skłonności samobójcze.

W kolejnej części analiz związanej z myślami samobójczymi postanowiono sprawdzić, czy występują zależności pomiędzy przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, a występowaniem myśli suicydalnych (Borges, Loera, 2010). Badania własne nie potwierdziły postawionych hipotez, które zakładały występowanie powyższych zależności (PB6: H1). Przyjmowanie środków psychoaktywnych nie jest zależne od pojawiających się myśli samobójczych. Stąd też osoby z aktywnymi myślami samobójczymi nie starają się ich zagłuszyć poprzez nadużywanie różnych substancji psychoaktywnych.

Obszarem weryfikacji kolejnych hipotez badawczych jest historia zachowań samobójczych w grupie kobiet i mężczyzn. Jak pokazują badania (Palmer, 2004; Joiner i in., 2009; Pennel, Quesada, Dematteis, 2018) próby samobójcze w przeszłości mają ogromne znaczenie w przewidywaniu kolejnych zachowań suicydalnych. Wpływają na proces habituacji bólu związanego z umieraniem oraz przyzwyczajają do myślenia o śmierci. Podaje się, że historia prób samobójczych jest jednym z czynników ryzyka zachowań samobójczych. W badaniach własnych przyjęto hipotezę, iż osoby doświadczające historii prób samobójczych w przeszłości mają wyższe natężenie zdolności do podjęcia samobójstwa, neurotyczności i poczucia beznadziejności oraz niższe poczucia własnej wartości (PB7: H1, H2, H3). Wszystkie hipotezy zostały potwierdzone.

**Wniosek 13:** Kobiety, które podjęły próbę samobójczą w przeszłości cechują się większą zdolnością do podjęcia samobójstwa, posiadają wyższe poczucie nieustraszoneści wobec śmierci, a także odczuwają mniej strachu przed umieraniem oraz cechują się ogólną nieustraszoneścią wobec wizji śmierci. Ponadto posiadają niższe poczucie własnej wartości i wyższe poczucie beznadziejności. Taki układ prezentowanych cech pozwala wnioskować, iż podejmowanie prób samobójczych może wpływać na odczuwany lęk przed śmiercią, zmniejszając go, oraz prowadzić do habituacji bólu fizycznego, który towarzyszy próbie suicydalnej. Kobiety z historią samobójczą mogą łatwiej godzić się z wizją własnej śmierci, można by wnioskować, że zachowania autodestrukcyjne przybrały formę pewnych zachowań występujących w ich życiu i nie powodują ogromnego lęku. Taki sposób myślenia i emocji przekłada się na podejmowanie kolejnych prób suicydalnych. Ponadto kobiety te mają niższy poziom poczucia własnej wartości, który jest cechą kształtowaną przez lata. Tak więc można

przypuszczać, że podejmowanie prób samobójczych jest efektem nieprawidłowo ukształtowanej osobowości, nieprawidłowych wzorców własnego Ja oraz negatywnej wizji siebie. Ponadto ze względu na wyższy poziom poczucia beznadziejności u kobiet z historią samobójstwa można wnioskować, iż występuje nieprawidłowy mechanizm funkcjonowania osobowościowego, który przekłada się nie tylko na zachowania w przeszłości, ale również wizję przyszłości. Można zatem wnioskować, że wielokrotne zachowania samobójcze są efektem nieprawidłowości podmiotowych, w tym zaburzeń funkcjonowania osobowościowego. Bez odpowiednich oddziaływań terapeutycznych istnieje niskie prawdopodobieństwo zmiany mechanizmu funkcjonowania. W grupie mężczyzn – podobnie jak w przypadku kobiet – badani z historią samobójstwa w tle cechują się wyższą zdolnością do podjęcia samobójstwa, a więc możemy przypuszczać o działaniu mechanizmu habituacji i uniewrażliwienia poprzez następujące po sobie doświadczanie nieprzyjemnych stanów. Ponadto mężczyźni również posiadają niższe poczucie własnej wartości oraz wyższy poziom poczucia beznadziejności, a więc wysunięta teoria o nieprawidłowościach już na etapie kształtowania się osobowości jest kompatybilna z grupą kobiet. Ponadto w grupie mężczyzn podejmujących po raz kolejny zachowania samobójcze występuje wyższy poziom odczuwanego lęku i brak stabilności emocjonalnej. Można zatem wnioskować, że mężczyźni dodatkowo odczuwają lęk związany z funkcjonowaniem społecznym i wewnętrznym, przy jednoczesnym braku lęku w kwestii umierania. Możliwe, że w przypadku płci męskiej występuje silny mechanizm ucieczkowy, jako jedyna forma radzenia sobie. Skłania to do refleksji dotyczącej dalszego funkcjonowania osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania. W związku z możliwym profilem funkcjonowania osobowościowego niezbędnym do zmiany wyuczonych, nieakceptowalnych zachowań jest podjęcie terapii psychologicznej. Podsumowując, można stwierdzić, że wielokrotne podejmowanie prób samobójczych może być wynikiem nieprawidłowo ukształtowanej osobowości i efektem potęgowania negatywnej wizji siebie oraz świata i przyszłości.

W celu lepszego zrozumienia zależności pomiędzy zachowaniami samobójczymi, a zaburzeniami psychicznymi w kolejnej części postanowiono zweryfikować hipotezy dotyczące różnic podmiotowych w grupie osób ze stwierdzonymi zaburzeniami psychicznymi i bez takiej diagnozy. Osobno dla grupy kobiet i dla grupy mężczyzn (PB8). Następnie podjęto próbę weryfikacji różnic międzypłciowych w zależności od stwierdzonej choroby psychicznej



(PB9), a w ostatnim etapie weryfikowano zależności pomiędzy zaburzeniami psychicznymi, a czynnikami zewnętrznymi (PB10). Zaburzenia psychiczne zwiększają szansę podjęcia próby samobójczej (Abreu i in., 2009, Miller, Black, 2020; Conner i in. 2019), jednak w badaniach własnych są one traktowane jako jedna ze zmiennych, która może wystąpić, jednak nie jest niezbędna do podjęcia próby suicydalnej. Choroby psychiczne są traktowane jako zmienna współwystępująca, dlatego też podjęto próbę analizy funkcjonowania osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania ze względu na zdiagnozowane zaburzenia psychiczne. Ujawniono, że w grupie kobiet osoby bez diagnozy choroby psychicznej częściej stosują styl skoncentrowany na zadaniu, natomiast w grupie mężczyzn, osoby bez diagnozy choroby psychicznej mają wyższe poczucie własnej wartości, natomiast z diagnozą choroby psychicznej wyższy poziom postrzegania własnej osoby jako ciężar dla innych oraz wyższy poziom neurotyczności. Z kolei analiza różnic międzypłciowych wykazała, iż różnice w zakresie funkcjonowania osobowościowego występują wyłącznie w grupie bez stwierdzonej choroby psychicznej. Kobiety mają wyższy poziom stylu skoncentrowanego na emocjach, mają wyższe poczucie beznadziejności i wyższy poziom neurotyczności, z kolei mężczyźni cechują się wyższym poczuciem udaremnionej przynależności. Ponadto ujawniono, że mężczyźni z diagnozą choroby psychicznej częściej nadużywają alkoholu i podejmują więcej prób samobójczych aniżeli mężczyźni bez stwierdzonej choroby psychicznej.

**Wniosek 14:** Kobiety, które nie cierpią z powodu choroby psychicznej w sytuacjach stresowych podejmują się aktywnych działań i są skoncentrowane na problemie. Można zatem przypuszczać, że choroba psychiczna powoduje, że płeć żeńska gorzej radzi sobie z problemami. Takie wyjaśnienie jest uzasadnione, gdyż choroba psychiczna powoduje dezorganizację struktury osobowości, stąd też człowiek podejmuje działania najprostsze, nie zawsze przynoszące pozytywne rezultaty. Choroba psychiczna to stan, w którym ciężko jest działać konstruktywnie i zadaniowo i w przypadku kobiet można mówić o takiej zależności. Można zatem wnioskować, że choroba psychiczna koreluje z gorszym radzeniem sobie w sytuacjach stresu, co może powodować bezradność, ale również np. wpływać na pojawienie się myśli samobójczych, bądź zachowań autodestrukcyjnych. Mężczyźni natomiast bez stwierdzonej choroby psychicznej mają lepsze poczucie własnej wartości, co również ma swoje uzasadnienie, gdyż choroba psychiczna (np. jednobiegunowa) wpływa na wizję siebie i świata, powodując np. pojawienie się negatywnych myśli dotyczących własnej osoby, tym

samym może wpływać na pojawienie się myśli rezygnacyjnych, bądź samobójczych. Grupa mężczyzn ze stwierdzoną chorobą psychiczną cechuje się postrzeganiem własnej osoby jako ciężar oraz prezentuje neurotyczne, wysoko lękowe zachowania. Osoby z objawami choroby psychicznej bardzo często mają poczucie, że „gdyby zniknęli byłoby lepiej”, mają poczucie, że przez chorobę są ciężarem dla innych i w związku z tym mogą podejmować zachowania samobójcze w celu odsunięcia ciężaru związanego z własną osobą. Pojęcie neurotyczności w chorobie psychicznej jest zrozumiałe, gdyż jak podają źródła, zaburzenia nastroju, bądź zaburzenia nerwicowe charakteryzują się wysokim poziomem neurotyczności, który staje się podłożem rozwinięcia zaburzeń. Podsumowując, w grupie mężczyzn występuje więcej różnic pomiędzy osobami ze stwierdzoną chorobą psychiczną i bez. Możliwe, że w przypadku kobiet zaburzenia adaptacyjne powodują większą dezorganizację osobowościową niż w przypadku mężczyzn. Dlatego też w grupie kobiety występuje mniej różnic w funkcjonowaniu osobowościowym w grupie z chorobą psychiczną i bez niej. Stąd też można wnioskować o słabszej strukturze osobowościowej w grupie kobiet i większym narażeniu na jej dezorganizację w trakcie działania czynnika stresowego.

**Wniosek 15:** Kobiety i mężczyźni różnią między sobą wyłącznie w grupie osób z zaburzeniami związanymi ze stresem/ bez choroby psychicznej. Można zatem założyć, że w przypadku osób z chorobą psychiczną kobiety i mężczyźni funkcjonują pod względem osobowościowym w podobny sposób. Co oznacza, możliwy, zbliżony sposób radzenia sobie w chorobie, podobny sposób postrzegania siebie i świata zewnętrznego, który może w podobny sposób wpływać na podejmowanie zachowań samobójczych – to znaczy brak różnic w częstości podejmowanych prób samobójczych przez kobiety i mężczyzn z diagnozą choroby psychicznej. Takie ujęcie osób z diagnozą choroby psychicznej jest kompatybilne z dostępnymi wynikami badań w tym obszarze (Miranda-Mendizabal i in., 2019). W zakresie zaburzeń związanych ze stresem kobiety częściej stosują styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach, co pokrywa się z wcześniejszymi interpretacjami dotyczącymi skupienia się na przeżywaniu własnych emocji w sytuacjach trudnych. Kobiety z diagnozą zaburzeń adaptacyjnych i innych związanych ze stresem bardziej negatywnie opisują swoją przyszłość, a więc można by wysunąć wniosek o ich mniejszej odporności na działanie czynnika stresowego i dużej generalizacji aktualnego problemu za pomocą poczucia beznadziejności. Takie działanie w trakcie wystąpienia zaburzeń adaptacyjnych może wpływać na

podejmowanie zachowań autodestrukcyjnych w celu redukcji lęku i napięcia. W grupie mężczyzn z krótkotrwałymi zaburzeniami psychicznymi wyższy poziom osiąga cecha udaremnionej przynależności. Stąd też można wnioskować, że mężczyźni w sytuacji doświadczania zaburzeń adaptacyjnych czują się osamotnieni, bez poczucia wsparcia i stabilnej relacji. Można przypuszczać, że brak poszukiwania pomocy w przypadku mężczyzn może w konsekwencji skutkować osamotnieniem. Tym samym mogą pojawić się myśli samobójcze, a także zachowania autodestrukcyjne. Ostatnim wnioskiem opartym na analizach grupy klinicznej ze względu na wystąpienie choroby psychicznej jest fakt, iż mężczyźni ze stwierdzoną chorobą psychiczną częściej spożywają alkohol i podejmowali więcej prób samobójczych aniżeli mężczyźni bez diagnozy chorobowej. Choroba psychiczna może powodować chęć ucieczki np. poprzez nadużywanie alkoholu, co w większości przypadków powoduje pojawienie się nowych problemów, bądź eskalację starych. Ponadto osoby z chorobą psychiczną bardzo często, również jako przejaw „ucieczki od problemów związanych z chorobą” podejmują próby samobójcze. Są one związane zarówno z objawami choroby psychicznej (niepsychotycznej), ale również z brakiem wizji przyszłości, wyczerpaniem poznawczym i emocjonalnym.

Ostatni etap analiz jest odpowiedzią na kluczowe pytanie w prezentowanej pracy badawczej, a mianowicie, które ze zmiennych są czynnikami ryzyka, a które czynnikami chroniącymi zachowań samobójczych. Prezentowana monografia opiera się na Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych (ITS), jako głównym konstrukcie teoretycznym w powiązaniu z innymi zmiennymi podmiotowymi i socjodemograficznymi, których współzależność jest uzasadniona teoretycznie. Poszukiwanie predyktorów zachowań samobójczych oraz czynników chroniących jest ważnym tematem głównie ze względu na rosnącą liczbę przypadków zachowań samobójczych. Niezaprzeczalnym jest fakt, iż nie występuje jeden czynnik ryzyka, a interakcja wielu zmiennych, które wpływają na podejmowanie intencjonalnych prób samobójczych. ITS jest jedną z najważniejszych teorii próbujących wyjaśnić zjawisko zachowań samobójczych. Ważne, aby podkreślić fakt wartości predykcyjnej zastosowanego konstruktów. W badaniach własnych analizie poddano próbkę danych zebraną w grupie osób, które podjęły próbę samobójczą kilka dni przed samym badaniem. W związku z powyższym można mówić o realnych zachowaniach samobójczych, a nie wyłącznych deklaracjach i intencjach samobójczych. Ponadto można przypuszczać, że

sytuacja badania jest zbliżona do „sytuacja zachowania samobójczego” pod względem systemu emocjonalno-poznawczego, ze względów czasowych. Stąd też czynniki należące do tzw. dynamicznych stanów afektywnych podlegają rzetelnemu pomiarowi i ich wartości nie są wynikiem np. efektów oddziaływań terapeutycznych. Założono, że czynnikiem ryzyka jest styl skoncentrowany na unikaniu (Doucet, Letourneau, 2009), stąd też postawiono taką hipotezę (PB11: H1), która została potwierdzona w grupie mężczyzn. Zgodnie z teorią (Christensen i in., 2013; Miranda-Mendizabal i in., 2019) wysunięto również hipotezę o predykcyjnym znaczeniu poczucia beznadziejności (PB11: H2) i udaremnionej przynależności w grupie mężczyzn (PB11: H3). Ponadto zgodnie z badaniami Van Ordena i wsp. (2010) testowano główne założenie ITS, a mianowicie interakcję potrzeb interpersonalnych i zdolności do podjęcia samobójstwa (PB11: H4) jako wartość predykcyjną zachowań samobójczych oraz interakcję poczucia beznadziejności oraz potrzeb interpersonalnych (PB11: H5). Oprócz ostatniej, wszystkie powyższe hipotezy znalazły swoje potwierdzenie w badaniach własnych w grupie kobiet bądź w grupie mężczyzn. Brak czynników ryzyka wspólnych dla obu płci.

**Wniosek 16:** Czynnikiem ryzyka w grupie kobiet jest poczucie beznadziejności oraz poczucie bycia ciężarem (postrzegana uciążliwość). Oznacza to, że czynnikiem powodującym podjęcie próby samobójczej w grupie kobiet będzie sposób myślenia „moja śmierć jest warta więcej niż moje życie dla społeczeństwa, rodziny, przyjaciół”. Taki sposób myślenia powodują błędy postrzegania, stąd też może łączyć się z poczuciem beznadziejności (Van Orden i in., 2006) jako konstruktem teoretycznym podobnym pod względem założeń. Postrzegana uciążliwość może stanowić element nienawiści do samego siebie. Można zatem przypuszczać, iż kobiety odczuwające zarówno nienawiść do samej siebie jak i poczucie, że innym ludziom byłoby lepiej gdyby jej nie było mogą podjąć próbę samobójczą prawdopodobnie w celu polepszenia sytuacji innych oraz w celu uwolnienia własnego Ja od postrzeganego cierpienia. Cecha postrzeganie bycia ciężarem wykształca się przez długi okres czasu, głównie w relacji z otoczeniem, ale i samym sobą, dlatego też można wnioskować, że podejmowanie prób samobójczych przez kobiety jest konsekwencją nieradzenia sobie z obrazem własnej osoby oraz chęcią pozbycia się tego uczucia i uwolnienia innych. Jak pokazują badania postrzegana uciążliwość może wiązać się z bezrobociem, bezdomnością, poważnymi chorobami fizycznymi. Dlatego osoby z tych grup, u których występuje wyższy poziom uciążliwości są bardziej narażone na zachowania samobójcze. Należy ponownie zaznaczyć, że taki sposób

postrzegania siebie jest efektem błędów myślenia oraz niskiej samooceny, obwiniania siebie, wstydu, ale również pobudzenia (jako fizjologicznej manifestacji stanu psychicznego). Jako zjawisko wielowymiarowe i dynamiczne może zmieniać się w czasie i w relacjach z ludźmi, jednak można przypuszczać, że sposób odbioru świata zewnętrznego w perspektywie postrzeganej uciążliwości jest konsekwencją ukształtowanej osobowości. Im silniejsza struktura osobowości tym mniejsza podatność poznawcza na poczucie bycia ciężarem dla innych. Badania Joinera i wsp. (2002) wykazały, że im wyższy poziom postrzeganej uciążliwości, tym większa zdolność do podjęcia samobójstwa, również biorąc pod uwagę środki jakimi jednostka próbuje się zabić. Dlatego też można mówić, iż w przypadku kobiet prawdopodobieństwo podjęcia śmiertelnej próby samobójczej wzrasta wraz z poziomem postrzeganej uciążliwości. Należy również podkreślić, iż w związku z tym, że zmienna ta jest stanem dynamicznym można mówić o kluczowej roli psychoterapii jako czynnika zmniejszającego postrzegany stan uciążliwości. Wniosek ten jest niezwykle ważny, gdyż może wpłynąć na zapobieganie kolejnym próbom samobójczym wśród kobiet. Jak już zostało wspomniane, oprócz poczucia uciążliwości, kolejnym predyktorem zachowań samobójczych w grupie kobiet jest poczucie beznadziejności. Jest – również – cechą poznawczą, jednak odnoszącą się do przyszłości, stąd też można stwierdzić, że czynnikiem ryzyka w grupie kobiet jest styl myślenia charakteryzujący się negatywnymi atrybutami przyszłości, negatywnymi przewidywaniami i oczekiwaniami. Jest cechą zmieniającą się w czasie, jednak zawiera w sobie stabilny komponent. Ponadto jest jednym z elementów triady depresji, tak więc zawiera w sobie składniki negatywnego myślenia o sobie i o świecie mogące powodować stany depresyjne. Podsumowując, w grupie kobiet, negatywne myślenie o sobie i o świecie w perspektywie chwili obecnej, jak i przyszłości jest predyktorem zachowań samobójczych. Pozbycie się wewnętrznego cierpienia oraz polepszenie sytuacji innych jest celem jaki ma spełnić zachowanie suicydalne. Brak pozytywnej wizji przyszłości zwiększa poczucie bezsilności, beznadziejności i chęci odebrania sobie życia. Można zatem przypuszczać, że zachowania samobójcze w grupie kobiet są efektem negatywnych emocji oraz błędów poznawczych. W związku z komponentem dynamicznym obu zmiennych predykcyjnych można mówić o zachowaniach zmniejszających czynności samobójcze wywołane w/w czynnikami jakimi są oddziaływania psychologiczne i psychoterapeutyczne.

**Wniosek 17:** Predyktorami zachowań samobójczych w grupie mężczyzn jest styl skoncentrowany na unikaniu oraz interakcja niezaspokojonych potrzeb interpersonalnych oraz zdolności do podjęcia samobójstwa. Tym samym w grupie mężczyzn został potwierdzony model Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych (ITS) jako predyktora zachowań samobójczych. Wielokrotnie w części dyskusyjnej pracy była mowa o „ucieczce” jako sposobie poradzenia sobie z trudnymi emocjami, bądź nieadaptacyjnym sposobie działania w trudnych sytuacjach. Badania własne pokazują, że zachowania samobójcze można traktować jako sposób radzenia sobie w subiektywnie trudnych sytuacjach. Biorąc pod uwagę dane uzyskane w badaniu mężczyźni raczej mają tendencję do wycofywania się, alienacji, co wiąże się z informacjami o braku zachowań autopomocowych u płci męskiej (np. szukaniu pomocy specjalistycznej w sytuacjach trudnych i zagrażających). W związku z powyższym działania autodestrukcyjne są efektem nieradzenia sobie poznawczego, emocjonalnego i motywacyjnego. Dlatego też predyktorem zachowań suicydalnych jest styl ucieczkowy jako nieadaptacyjna odpowiedź przetwarzania poznawczego i emocjonalnego. Zachowania samobójcze są zatem efektem ucieczki przed niekorzystną sytuacją, z którą badany nie jest w stanie sobie poradzić, a przez to, że aktywnie nie poszukuje pomocy, angażuje się w jedyną dostępną mu drogę rozwiązania problemu. Tak więc, im bardziej mężczyzna zaczyna przyjmować ucieczkowy sposób radzenia sobie, tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia zachowań suicydalnych. Oprócz stylu radzenia sobie kolejnym predyktorem zachowań samobójczych jest interakcja udaremnionej przynależności, postrzeganej uciążliwości oraz zdolności do podjęcia samobójstwa. Założenia ITS potwierdzają się w grupie mężczyzn, a więc można stwierdzić, że nienawiść w stosunku do siebie, chęć polepszenia sytuacji innych, poczucie alienacji i osamotnienia, brak realnego wsparcia oraz brak lęku przed umieraniem i zwiększony próg tolerancji na ból fizyczny jest czynnikiem niezbędnym do podjęcia intencjonalnej próby samobójczej. Można przypuszczać, iż w przypadku grupy mężczyzn zachowanie samobójcze jest efektem nieradzenia sobie m.in. z poczuciem samotności, z brakiem wsparcia, z nienawiścią do samego siebie co może powodować chęć „zniknięcia” jako jedynej dostępnej w systemie poznawczym możliwości działania. Ważnym podkreślenia jest fakt, iż muszą wystąpić trzy czynniki jednocześnie, aby mężczyzna zdecydował się na podjęcie próby samobójczej. Według wyników badań własnych predyktorem zachowań samobójczych jest udaremniona przynależność, a moderatorem tej

zależności jest interakcja postrzeganej uciążliwości i zdolności do podjęcia samobójstwa. Tak więc poczucie osamotnienia, brak wsparcia opartego na zrozumieniu jest czynnikiem ryzyka zachowań samobójczych, pod warunkiem, że osoba dodatkowo poczuje negatywne emocje względem siebie, będzie mieć poczucie bycia ciężarem dla innych oraz będzie miała zdolność fizyczną i poznawczą do targnięcia się na własne życie. Zniesiony lęk przed śmiercią może być efektem długotrwałych negatywnych myśli, emocji i wysokiego poziomu bezradności w związku z doświadczaną sytuacją. Brak umiejętności poradzenia sobie z zaistniałą sytuacją skłania do ucieczki przed kolejnymi destrukcyjnymi emocjami i myślami. W związku z tym, iż mężczyźni rzadziej korzystają z pomocy terapeutycznej – chociaż trend ten zmienia się z roku na rok – wykrycie „nieradzenia sobie” bez aktywnego szukania pomocy przez osobę potrzebującą jest bardzo trudne, a więc zapobieganie samobójstwom w tej grupie może być trudniejsze aniżeli w grupie kobiet. Poddanie się oddziaływaniom terapeutycznym mogłoby w miarę szybko pozwolić dostrzec problem i pracować nad umiejętnością radzenia sobie z nim np. poprzez budowanie poczucia własnej wartości, sprawczości i przywrócenie nadziei.

**Wniosek 18:** Analizy statystycznie nie wyłoniły czynników ochronnych w zachowaniach samobójczych spośród zmiennych włączonych do modelu. Niemniej jednak nie znaczy to, że nie można skutecznie zapobiegać zachowaniom suicydalnymi. Na podstawie wyłonionych czynników ryzyka zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn można odwołać się do wcześniejszych ustaleń teoretycznych, a mianowicie do stwierdzenia, iż najważniejszymi czynnikami chroniącymi są oddziaływania psychologiczne i psychoterapeutyczne (oraz pomoc z zakresu psychiatrii w przypadku wystąpienia objawów chorobowych, np. zaburzeń nastroju). Kobiety częściej korzystają z pomocy specjalistycznej, w przypadku mężczyzn są to dużo rzadsze przypadki. Badania własne potwierdzają, iż łatwiej jest odnaleźć czynniki ryzyka aniżeli czynniki ochronne, jednak mając informacje o czynnikach zwiększających prawdopodobieństwo podjęcia próby samobójczej możemy podjąć starania mające na celu maksymalne zminimalizowanie ich udziału w działaniach autodestrukcyjnych. Zarówno niezaspokojenie potrzeb interpersonalnych, jak i poczucie beznadziejności oraz brak umiejętności radzenia sobie w sytuacjach stresowych są cechami, które podlegają oddziaływaniom psychoterapeutycznym. Problem stanowi świadomość osób zagrożonych samobójstwem, które często nie zgłaszają się do specjalistów w celu uzyskania fachowej pomocy z przyczyn zarówno ekonomicznych, jak i stereotypowego postrzegania wizyty

u psychologa. Możliwe, że pierwszym „krokiem ochronnym” powinno być zwiększenie świadomości dotyczącej zachowań samobójczych, roli psychologa i psychiatry w procesie diagnozowania i leczenia, a następnie wdrożenie oddziaływań terapeutycznych. Praca psychologiczna powinna być celowana głównie w obszar poznawczy (błędów poznawczych dotyczących przeszłości, terażniejszości i przyszłości), poczucia samotności i uciążliwości dla siebie i innych oraz adaptacyjnych wzorców radzenia sobie w sytuacjach trudnych. Możliwość rozmowy o problemach, konstruktywne sposoby radzenia sobie z przeciwnościami losu, adekwatne postrzeganie własnej osoby i otaczającego świata mogą przyczynić się do zminimalizowania ujawnianych czynników ryzyka zachowań samobójczych. Tym samym zmaksymalizować ochronę życia i zdrowia osób zagrożonych samobójstwem.

Celem uzupełniającym badania własne było stworzenie profilu psychologicznego osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania. Analizy w tym kierunku były prowadzone bez podziału na płeć badanych oraz były wzięte pod uwagę te same czynniki co w modelu regresyjnym – jako spójność i kontynuacja testowania hipotez. Tak więc osoby z samobójczymi zaburzeniami zachowania cechują się wyższym poziomem *poczucia beznadziejności, neurotyczności, postrzegania bycia ciężarem, udaremnionej przynależności oraz ogólnej zdolność do podjęcia samobójstwa* oraz *niskim stylem skoncentrowanym na unikaniu, niskim poczuciem nadziei i niskim poczuciem własnej wartości.*

**Wniosek 19:** Pozyskane w badaniach dane pozwalają na utworzenie profilu psychologicznego osób ze zwiększonym prawdopodobieństwem podjęcia intencjonalnej próby samobójczej. Jak wykazują badania własne osoby z samobójczymi zaburzeniami zachowania cechują się negatywną wizją przyszłości i terażniejszości, brakiem wiary w przyszłość, wysokim poziomem lęku, nieprzystosowaniem emocjonalnym, wrażliwością na stres oraz skłonnością do przeżywania negatywnych emocji, nienawiścią w stosunku do siebie oraz postrzegają własną osobę jako ciężar dla innych. Ponadto są to osoby, które czują się osamotnione, bez zewnętrznego wsparcia oraz cechują się niskim lękiem przed umieraniem, chęcią śmierci oraz wyższą tolerancją na ból fizyczny. Oprócz powyższych cechują się brakiem wiary w przyszłość, mają problem ze znajdowaniem rozwiązań problemów oraz oceniają siebie jako osoby gorsze, mniej inteligentne, mniej wartościowe od innych. Taka konstelacja cech może opisywać osoby, które intencjonalnie będą chciały podjąć próbę samobójczą. Jak można wnioskować są to osoby o wielu negatywnych przekonaniach względem siebie i innych,



skupiające się na negatywnym przewidywaniu przyszłości i przeżywaniu emocji z tym związanych. Cechujące się brakiem stabilności emocjonalnej, labilnością i samotnością. Można przypuszczać, że badani z samobójczymi zaburzeniami zachowania to osoby charakteryzujące się „*lękowo-negatywistycznym*” profilem osobowości. Taki układ cech może powodować podejmowanie zachowań autodestrukcyjnych.

#### **8. Wnioski końcowe, aplikacje badań własnych i ograniczenia zastosowanej procedury.**

Problem samobójstw staje się coraz dotkliwszy w krajach wysokorozwiniętych. Ludzie decydują się na akty autodestrukcyjne z wielu powodów i pod wpływem wielu czynników. W założeniach prezentowanej pracy każdy człowiek może podjąć próbę samobójczą, niezależnie od ujawnianych objawów choroby psychicznej. Kryzysu psychicznego może doświadczyć każda osoba, a w związku z tym mogą pojawić się samobójcze zaburzenia zachowania, jako odrębna jednostka diagnostyczna według DSM-5. Celem prezentowanej pracy było opisanie funkcjonowania osób z takim zaburzeniem, porównanie ich funkcjonowania osobowościowego z osobami bez takich zaburzeń, utworzenie ich profilu psychologicznego oraz – najważniejsze – określenie czynników ryzyka i czynników chroniących zachowań samobójczych. Każdy z założonych celów został osiągnięty. Ujawniono liczne różnice funkcjonowania osobowościowego pomiędzy osobami z samobójczymi zaburzeniami zachowania, a osobami bez takich zaburzeń, ponadto wykazano, iż kobiety z tendencjami samobójczymi znacząco różnią się od mężczyzn z tej grupy pod względem cech podmiotowych. Grupa osób przejawiających zachowania samobójcze składa się z jednostek, których funkcjonowanie intrapsychiczne i interpersonalne jest zaburzone. Podejmowanie zachowań autodestrukcyjnych jest odpowiedzią na wewnętrzne i zewnętrzne stany dezorganizacji. Są to osoby cechujące się wysokim stopniem nieprzystosowania emocjonalnego, labilności emocjonalnej, negatywnej wizji przyszłości. W ciągu lat nie wykształciły w sobie odpowiedniego poziomu poczucia własnej wartości, który umożliwiałby w odpowiedni sposób przyzwyczajać się i działać w sytuacjach potencjalnie zagrażających. Można zatem przypuszczać, że zachowania samobójcze są efektem współdziałania nieprawidłowych mechanizmów wynikających z cech podmiotowych, które ukształtowały się na przestrzeni lat. Jeden czynnik, jak np. niskie poczucie własnej wartości nie wpłynie na podjęcie zachowań autodestrukcyjnych, jednak załamanie linii życiowej i brak prawidłowych mechanizmów regulacji może zwiększyć szanse na podjęcie zachowań samobójczych. Jak

pokazują badania (Cuckrowitz i in., 2013; Klonsky i in., 2012; Van Orden i in., 2008) osoby z samobójczymi zaburzeniami zachowania różnią się od pozostałej części populacji pod względem stylu radzenia sobie, poziomu zaspokojenia potrzeb interpersonalnych, poziomu funkcjonowania osobowościowego oraz przetwarzania poznawczego. Można więc przypuszczać, iż człowiek musi mieć predyspozycje wewnętrzne do zachowań autodestrukcyjnych (tzw. *podatność intrapsychiczną*). Jeśli dojdzie do dezorganizacji systemu poznawczego, emocjonalnego i motywacyjnego człowiek jest w stanie podjąć próbę samobójczą. Poziom przy jakim dojdzie do pełnej dezorganizacji zależy od człowieka i jego organizacji wewnętrznej oraz od siły bodźca zewnętrznego, który powoduje wyżej opisany rozpad. Można zakładać, że zachowania samobójcze powstają w reakcji na czynnik zewnętrzny, bądź wewnętrzny. Jednocześnie badania potwierdzają, że potencjalnie każdy człowiek może podjąć próbę samobójczą przy wystąpieniu wystarczającej ilości czynników o określonej sile oddziaływania.

Kobiety i mężczyźni z samobójczymi zaburzeniami zachowania różnią się pod względem cech podmiotowych. Należałoby stwierdzić, iż większa emocjonalność kobiet może korelować z częstszym występowaniem myśli samobójczych, z kolei częstsze spożywanie substancji psychoaktywnych innych niż alkohol w grupie mężczyzn mogłoby stanowić element „ucieczkowy” w momencie nieradzenia sobie w trudnej sytuacji. Rozmowy z osobami po próbie samobójczej znacząco różnią się w grupie kobiet i mężczyzn. Bardzo często mężczyźni opisują pojawiające się chęci autodestrukcyjne jako nieadaptacyjną reakcję na bodziec stresowy. Podają, że nie byli w stanie „dłużej o tym myśleć”, mówią również, że przyjmowanie narkotyków jest jedyną znaną im formą radzenia sobie w trudnej sytuacji. W konsekwencji prowadzi to do powstania mechanizmu uzależnienia i podejmowania prób „s” związanych z nieumiejętnością poradzenia sobie z nowopowstałym problemem nadużywania substancji. Ich mechanizm nieradzenia sobie z problemami i emocjami przybiera formę eskalacji trudności i podejmowanie zachowań autodestrukcyjnych. Nieumiejętność rozmawiania o problemach również jest widoczna zarówno w gabinecie psychoterapeutycznym, jak i na Oddziałach Przyjęciowych Szpitala Psychiatrycznego. Jak pokazują badania (Kattimani, Sarkar, Rajkumar, Menoosoby, 2015) osoby, które kierują się stylem skoncentrowanym na emocjach w sytuacjach stresowych podejmują próbę samobójczą w sposób impulsywny. Można by zatem przypuszczać, iż w badanej grupie kobiet zachowania

samobójcze były podejmowanie w sposób impulsywny jako efekt emocjonalnego radzenia sobie w sytuacjach stresowych, tym samym można by przypuszczać, że podejmowanie zachowań samobójczych w grupie kobiet ma bardziej emocjonalny wymiar.

Doświadczanie negatywnych zdarzeń życiowych jest ważnym czynnikiem wpływającym na podejmowanie prób samobójczych. Badania własne pokazują, iż negatywne wydarzenia życiowe mogą powodować ujawnianie ucieczkowego mechanizmu działania przy jednoczesnym opisywaniu własnej osoby jako zdolnej i posiadającej umiejętności do rozwiązania powstałych trudności. Taki sposób funkcjonowania jest charakterystyczny dla obu płci w grupie osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania. Negatywne wydarzenia życiowe mogą prowadzić do powstawania dysonansu poznawczego – rozbieżności – pomiędzy postrzeganiem własnych umiejętności rozwiązywania problemu, a realnymi zdolnościami. Takie sytuacje mogą powodować pojawienie się frustracji i prowadzić to pogłębiania zachowań nieakceptowalnych, a w konsekwencji autodestrukcyjnych. Negatywne emocje odczuwane w związku z brakiem spójności wewnętrznej mogą powodować narastanie negatywnej wizji własnej osoby i wpływać na obniżenie poczucia własnej wartości oraz skuteczności.

Myśli samobójcze w grupie kobiet i mężczyzn mogą pełnić różne funkcje, stąd też różne ich natężenie w obu grupach. Analizując wyniki badań własnych można dojść do wniosku, że myśli samobójcze w grupie kobiet początkowo pełnią funkcję ucieczkową, powodując alienację, skupienie się na własnych emocjach i przeżyciach, a następnie prowadzą do wniosków o ułomności własnego Ja, poczuciu uciążliwości dla innych i wzroście zdolności do podjęcia próby samobójczej. Można by stwierdzić, że myśli samobójcze w grupie kobiet z samobójczymi zaburzeniami zachowania wpływają na zachowania impulsywne, jako reakcję na przeżywane uciążliwości. Natomiast mężczyźni z myślami samobójczymi cechują się wyższym poziomem beznadziejności, negatywnej wizji przyszłości i negatywnymi atrybutami przypisanymi do własnej osoby. Można stwierdzić, że proces samobójczy związany z uczestnictwem aktywnych myśli samobójczych w grupie kobiet jest bardziej dynamiczny, emocjonalny, natomiast w grupie mężczyzn polega na negatywnej wizji przyszłości. W obu grupach osoby z myślami samobójczymi kierują się stylem skoncentrowanym na unikaniu, więc pełnią one funkcję ucieczki od realnych problemów, co w konsekwencji prowadzi do stagnacji i eskalacji nierozwiązanego problemu, również poprzez zachowania

autodestrukcyjne. Należy również zaznaczyć, że doświadczanie myśli samobójczych samo w sobie ma wymiar ucieczki w świat marzeń (w tym wypadku negatywnych).

Osoby podejmujące kolejne próby samobójcze również ujawniają pewien zespół charakterystycznych cech. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni poprzez kolejno podejmowane próby samobójcze nabyli fizyczną i psychiczną zdolność, cechują się niższym poczuciem wartości, które jest kształtowane na przestrzeni lat oraz wyższym poczuciem beznadziejności, które wpływa na wizję przyszłości. Ponadto mężczyźni cechują się wysoką niestabilnością emocjonalną i wysokim poziomem lęku. Taki obraz kobiet i mężczyzn podejmujących kolejną próbę samobójczą pozwala wnioskować o tym, iż wielokrotne zachowania samobójcze są wynikiem nieprawidłowości wynikających ze struktury osobowości (kształtowanej w interakcji z otoczeniem). Badani stosują nieprawidłowy mechanizm myślenia o sobie i o świecie ukształtowany na podstawie relacji interpersonalnych. W perspektywie przyszłości również nie dostrzegają pozytywnych zdarzeń, co może przyczynić się do podejmowania kolejnych prób samobójczych w przyszłości. Taki układ prezentowanych cech w tej grupie skłania do refleksji o konieczności podjęcia terapii psychologicznej przez osoby z kilkukrotnymi próbami samobójczymi w życiu. Podejmowanie kolejnych prób samobójczych zwiększa szansę na wystąpienie aktu śmiertelnego.

W prezentowanej pracy analizowano również znaczenie zaburzeń psychicznych (niepsychotycznych) w kontekście zachowań samobójczych. Podsumowując, analizy wykazały, iż kobiety bez stwierdzonej choroby psychicznej lepiej radzą sobie w sytuacjach stresowych. Zaburzenia psychiczne są spowodowane dezorganizacją struktury osobowościowej i poznawczej, stąd też osoby te gorzej radzą sobie w sytuacjach stresowych, jednocześnie gorsze funkcjonowanie w takich warunkach może powodować nieadaptacyjne próby rozwiązania problemu, m.in. podejmowanie prób samobójczych. Na ten problem należy zwrócić uwagę w momencie pracy z pacjentem z zaburzeniami psychicznymi, gdyż nieumiejętność radzenia sobie m.in. z własną sytuacją życiową może powodować akty autodestrukcyjne, ale też pogłębiać objawy choroby. Ponadto mężczyźni doświadczający choroby psychicznej (niepsychotycznych zaburzeń psychicznych) cechują się niższym poczuciem własnej wartości, postrzegają siebie jako ciężar i żywią w stosunku do siebie nienawiść. Obserwuje się również brak zrównoważenia emocjonalnego w grupie mężczyzn z diagnozą choroby psychicznej. Analizując powstałe wyniki można stwierdzić, iż w grupie

mężczyzn z diagnozą choroby psychicznej i bez takiej diagnozy występuje więcej różnic w zakresie funkcjonowania osobowościowego aniżeli w przypadku grupy kobiet. Taki rozkład cech może świadczyć o tym, iż w przypadku kobiet zaburzenia adaptacyjne powodują większą dezorganizację osobowościową niż w przypadku mężczyzn, powodując tym samym mniej różnic wynikających ze stwierdzonej choroby psychicznej. W przypadku różnic międzyplciowych w zakresie zmiennych osobowościowych, w zależności od stwierdzonej choroby psychicznej, kobiety i mężczyźni różnią się między sobą wyłącznie w grupie osób z zaburzeniami związanymi ze stresem – bez stwierdzonej choroby psychicznej. Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach, niestabilność emocjonalna i poczucie beznadziejności są charakterystyczne dla kobiet z zaburzeniami adaptacyjnymi, natomiast mężczyźni cechują się poczuciem osamotnienia i brakiem pozytywnych relacji. Taki układ cech może wpływać na charakter zachowań samobójczych w grupie osób z zaburzeniami związanymi ze stresem. Zauważono, że kobiety mogą mieć tendencję do zachowań impulsywnych, silnie związanych z przeżywanymi emocjami, natomiast mężczyźni cechują się większą stabilnością emocjonalną, przy jednoczesnym wewnętrznym przeżywaniu stanów emocjonalnych oraz prezentowanych mechanizmach ucieczkowych. Taki podział jest zasadny wyłącznie w grupie osób bez stwierdzonej choroby psychicznej, czyli w momencie poszukiwania podmiotowych czynników ryzyka zachowań samobójczych. Choroba psychiczna nie różnicuje badanych ze względu na płeć w zakresie natężenia cech osobowości.

Przeprowadzone analizy pozwoliły wyodrębnić czynniki ryzyka zachowań samobójczych osobno dla grupy kobiet i grupy mężczyzn. Podsumowując czynnikami ryzyka w grupie kobiet jest *poczucie beznadziejności* oraz *postrzegana uciążliwość*, natomiast grupie mężczyzn styl *skoncentrowany na unikaniu* oraz *interakcja niezaspokojonych potrzeb* oraz *zdolności do podjęcia samobójstwa*. Predyktorami zachowań samobójczych w grupie kobiet jest brak pozytywnego myślenia związanego z przyszłością, poczucie beznadziejności oraz nienawistne uczucia względem siebie, a także postrzeganie własnej osoby jako ciężar dla innych. W grupie mężczyzn czynnikiem ryzyka jest nieumiejętność radzenia sobie w trudnych sytuacjach i ucieczka jako próba poradzenia sobie, a także interakcja poczucia samotności, chęć polepszenia sytuacji innych, nienawiści w stosunku do siebie i zdolności do podjęcia samobójstwa (zachowanie samobójcze wystąpi wyłącznie w przypadku, gdy poczucie osamotnienia będzie predyktorem, a interakcja poczucia uciążliwości i zdolności do podjęcia

samobójstwa moderatorem relacji). Tak więc, można wnioskować, iż w przypadku mężczyzn zachowania samobójcze są efektem ucieczki (jako dostępnego w systemie poznawczym i motywacyjnym mechanizmu radzenia sobie) przed odczuwanymi negatywnymi emocjami, samotnością, nienawiścią w stosunku do samego siebie. Zdolność do podjęcia samobójstwa jest pewnego rodzaju fizyczną możliwością dokonania aktu samobójczego. W przypadku kobiet zachowania samobójcze są efektem błędnego stylu myślenia o sobie i o świecie, teraz i w perspektywie przyszłości oraz skupienie się na emocjach, które temu towarzyszą. Takie odczucia mogą prowadzić do zachowań wyładowczych, w tym zachowań impulsywnych o dużym ładunku emocjonalnym.

Efektom ostatniego etapu prac jest utworzenie profilu psychologicznego osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania, który został określony jako „*lękowo-negatywistyczny*”. Osoby podejmujące próby samobójcze charakteryzują się wysokim poziomem lęku, nieprzystosowania emocjonalnego, negatywnych emocji względem siebie i świata, poczucia osamotnienia, negatywnej wizji przyszłości i teraźniejszości, niskim poziomem poczucia własnej wartości oraz zdolnością do podjęcia zachowań autodestrukcyjnych. Można zatem powiedzieć, że są to osoby o cechach *osobowości bierno-agresywnej (negatywistycznej)* z silną komponentą lękową.

Badania własne były bardzo zbliżone pod względem próby do badań Joinera (2009), twórcy Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych (ITS). Teoria interpersonalna skupia się na dynamice zmian podmiotowych, co jest idealnym przełożeniem na obecne funkcjonowanie człowieka. Aktualnie człowiek podlega wielu różnym czynnikom, również tym społecznym (wojnom, kryzysom ekonomicznym, pandemiom), stąd też zastosowanie tej teorii w wyjaśnianiu mechanizmu zachowań samobójczych oraz skupienie się na wartości predykcyjnej w celu zapobiegania zachowaniom suicydalnym jest odpowiedzią na potrzeby osób zajmujących się ochroną zdrowia. Ponadto pod względem psychologicznym użyteczność uzyskanych danych jest niezwykle cenna w procesie terapeutycznym, który ma prowadzić do zmiany sposobu nieakceptowalnego sposobu myślenia o sobie i świecie oraz radzenia sobie w sytuacjach trudnych i zagrażających. Przeprowadzone badania są efektem kilkuletnich obserwacji osób podejmujących próby samobójcze. Pacjentami szpitali psychiatrycznych bardzo często są osoby po podjętej próbie samobójczej. W wielu wypadkach powodem podjętej próby suicydalnej jest działanie objawów psychotycznych, np. imperatywnych

omamów głosowych, namawiających do podjęcia samobójstwa, oskarżających, bądź zachowań związanych z chorobą afektywną dwubiegunową z cechami czynnej produkcji psychotycznej. Oprócz opisywanych powyżej osób, gdzie czynnikami ryzyka były wyłącznie objawy psychotyczne są jeszcze pacjenci, którzy podjęli próbę samobójczą pod wpływem różnych czynników zewnętrznych i wewnętrznych dezintegracji. Wielu z nich nigdy wcześniej nie podjęła próby samobójczej, a część twierdzi, że nie doświadczała myśli samobójczych w przeszłości. Często zdarza się również sytuacja, że pacjent pytany o powód podjętej próby suicydalnej odpowiada „nie wiem, zrobiłem to impulsywnie, chciałem tego wtedy, czułem że to jedyne wyjście, wiele rzeczy ostatnio się wydarzyło i tak jakoś wyszło, nie poradziłem sobie”. W związku z obserwacją zachowań pacjentów oraz brakiem badań systematyzujących wiedzę dotyczącą czynników ryzyka (w grupie klinicznej) podjęto próbę określenia pozachorobowych predyktorów zachowań samobójczych i chroniących.

Badania własne były prowadzone w stosunkowo krótkim czasie od wystąpienia próby samobójczej, a większość podobnych badań opiera się bądź o analizę retrospekcyjną, lub skupiała się na badaniu osób, których zachowania samobójcze miały miejsce w przeszłości (np. 12 miesięcy wcześniej). Taki okres czasu może być kluczowy z wielu powodów, jednym z nich jest udział w terapii, co mogło wpłynąć na modyfikację niektórych zachowań i postrzeganie siebie. Pomimo dynamicznego charakteru zmiennych zawartych w modelu, mają w sobie komponent stabilny czasowo (Hallensleben i in., 2019; Spangenberg i in, 2019), dlatego też ich kształtowanie się w przestrzeni osobowościowej następuje na przestrzeni lat, a efekt może ujawnić się w określonych sytuacjach (tzw. efekt podatności na działanie czynników). W związku z powyższym mają duże znaczenie predykcyjne. Analizując uzyskane rezultaty zaobserwowano użyteczność ITS m.in. w przypadku oddziaływań terapeutycznych i działań na oddziałach szpitalnych, w których interakcyjna wartość czynników ryzyka może znacznie zminimalizować działania samobójcze poprzez konieczność hospitalizacji i podjęcie odpowiednich oddziaływań terapeutycznych. Ważne, aby podjęte działania miały charakter indywidualnego podejścia do osoby po podjętej próbie, bądź z cechami zwiększonego ryzyka. Należy zaznaczyć, iż podejście z uwzględnieniem płci jest kluczowym czynnikiem wspomagającym proces terapeutyczny.

Wyniki badań własnych mogą być niezwykle przydatne w ocenie ryzyka zachowań samobójczych dzięki analizie prezentowanych cech. Na Oddziałach szpitalnych określenie

poziomu ryzyka zachowań samobójczych jest bardzo ważne jako element pracy z pacjentem, ale również ze względu na powzięcie środków ostrożności w celu ochrony życia i zdrowia pacjentów. ITS skupia się na odczuwanych stanach i deklarowanych zdolnościach, które są istotne w badaniu psychiatrycznym i psychologicznym jako wartości predykcyjne przyszłych zdarzeń związanych z zachowaniami autodestrukcyjnymi. Interakcja uzyskanych predyktorów z innymi czynnikami ryzyka (zgodnie z literaturą przedmiotu) może stać się modelem oceny funkcjonowania pacjenta w perspektywie przewidywania i oceny tendencji oraz zamiarów samobójczych. Może również sugerować kierunek pracy z pacjentem z zagrożeniem samobójczym. Utworzony profil psychologiczny daje możliwość pracy z pacjentem w celu poprawy jego funkcjonowania emocjonalnego i poznawczego. Skupienie się na przetwarzaniu poznawczym oraz na mechanizmie radzenia sobie (w zależności od płci) może pozytywnie wpłynąć na działanie prozdrowotne pacjentów w perspektywie czasowej. Badania własne miały również na celu udowodnienie roli podmiotowych czynników w wyjaśnianiu zachowań samobójczych, co też zostało potwierdzone. Stąd też – proponowane przez DSM-5 – samobójcze zaburzenia zachowania uważam za klasyfikację przydatną do opisu osób, których działanie samobójcze nie jest podyktowane chorobą psychiczną, a wynika z czynników podmiotowych i sytuacyjnych. Weryfikacja uzyskanych rezultatów pozwala wnioskować, że klasyfikacja samobójcze zaburzenia zachowania (oprócz kryteriów diagnostycznych) skupia osoby o *lękowo-negatywistycznym* profilu osobowościowym, co pozwala lepiej opisać osoby z tej kategorii zaburzeń.

Uzyskane predyktory odnoszą się do zachowań samobójczych, a więc nie przewidują one w żaden sposób wystąpienia myśli suicydalnych. Ponadto nie weryfikują zależności, bądź wartości predykcyjnej myśli samobójczych względem zachowań suicydalnych. Wykorzystanie stworzonego modelu czynników ryzyka zachowań samobójczych w grupie kobiet i mężczyzn oraz kierowanie się powstałym profilem psychologicznym jest uzasadnione wyłącznie w grupie osób z realnymi intencjami, tendencjami bądź podjętymi zachowaniami samobójczymi, również w przeszłości. W przypadku osób, które podejmują zachowania manifestujące, manipulacyjne, bądź wykorzystują samookaleczania jako sposób redukcji napięcia zaprezentowany model nie będzie przydatny. Ograniczeniem w stosowaniu modelu są również osoby wykazujące zaburzenia psychotyczne oraz zaburzenia funkcji poznawczych, bądź których zachowanie samobójcze było wynikiem działania substancji psychoaktywnych.



Należy pamiętać, że prezentowany model jest usystematyzowaniem wiedzy dotyczącej zachowań samobójczych na gruncie polskim. Uzyskane czynniki ryzyka nie są jedynymi predyktorami zachowań samobójczych, a jedynymi z analizowanych. Jak zostało wspomniane badania własne miały różne ograniczenia, m.in. ilość osób badanych, a co się z tym wiąże ilość predyktorów włączonych do analizy. Zostały włączone te czynniki, które pod względem teoretycznym były najlepiej dopasowane do modelu, jednocześnie spełniały założenia regresji logistycznej. Dlatego też prezentowane badania należy traktować jako wskazówkę i kierunek pracy z pacjentem z zagrożeniem samobójczym. Nie należy wykluczać innych czynników ryzyka, choćby myśli i prób suicydalnych w przeszłości. Utworzony profil psychologiczny może stanowić podłoże do dalszych badań nad interakcją czynników zewnętrznych (socjodemograficznych) jako predyktorów wystąpienia nieadaptacyjnych cech funkcjonowania osobowościowego.

### Literatura cytowana

Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Gibb, B. E., Hankin, B. L., & Cornette, M. M. (2002). The hopelessness theory of suicidality. In *Suicide science* (pp. 17-32). Springer, Boston, MA.

Abreu, L. N. D., Lafer, B., Baca-Garcia, E., & Oquendo, M. A. (2009). Suicidal ideation and suicide attempts in bipolar disorder type I: an update for the clinician. *Brazilian Journal of Psychiatry*, *31*(3), 271-280.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, *50*(2), 179-211.

Akechi, T., Iwasaki, M., Uchitomi, Y., & Tsugane, S. (2006). Alcohol consumption and suicide among middle-aged men in Japan. *The British Journal of Psychiatry*, *188*(3), 231-236.

Aleman, A., & Denys, D. (2014). Mental health: a road map for suicide research and prevention. *Nature*, *509*(7501), 421-423.

Almeida, O. P., McCaul, K., Hankey, G. J., Yeap, B. B., Golledge, J., & Flicker, L. (2016). Risk of dementia and death in community-dwelling older men with bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, *209*(2), 121-126.

Aloba, O., Olabisi, O., Ajao, O., & Aloba, T. (2016). The Beck Hopelessness Scale: Factor structure, validity and reliability in a sample of student nurses in south-western Nigeria. *International Archives of Nursing and Health Care*, *2*(4), 1-6.

American Foundation for Suicide Prevention. [Accessed June 1, 2016] Suicide Statistics. <https://afsp.org/about-suicide/suicide-statistics/>

Andover, M. S., Primack, J. M., Gibb, B. E., & Pepper, C. M. (2010). An examination of non-suicidal self-injury in men: Do men differ from women in basic NSSI characteristics?. *Archives of Suicide Research*, *14*(1), 79-88.

Anestis, M. D., Bagge, C. L., Tull, M. T., & Joiner, T. E. (2011). Clarifying the role of emotion dysregulation in the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in an undergraduate sample. *Journal of psychiatric research*, *45*(5), 603-611.

- Anestis, M. D., Fink, E. L., Bender, T. W., Selby, E. A., Smith, A. R., Witte, T. K., & Joiner, T. E. (2012). Re-considering the association between negative urgency and suicidality. *Personality and Mental Health*, 6(2), 138-146.
- Anestis, M. D., Moberg, F. B., & Arnau, R. C. (2014). Hope and the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Replication and extension of prior findings. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(2), 175-187.
- Anestis, M. D., Soberay, K. A., Gutierrez, P. M., Hernández, T. D., & Joiner, T. E. (2014). Reconsidering the link between impulsivity and suicidal behavior. *Personality and social psychology review*, 18(4), 366-386.
- Angst, F., Stassen, H. H., Clayton, P. J., & Angst, J. (2002). Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34–38 years. *Journal of affective disorders*, 68(2-3), 167-181.
- Antypa, N., Serretti, A., & Rujescu, D. (2013). Serotonergic genes and suicide: a systematic review. *European Neuropsychopharmacology*, 23(10), 1125-1142.
- APA. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed, Text Revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arie, M., Apter, A., Orbach, I., Yefet, Y., & Zalzman, G. (2008). Autobiographical memory, interpersonal problem solving, and suicidal behavior in adolescent inpatients. *Comprehensive psychiatry*, 49(1), 22-29.
- Arpawong, T. E., Rohrbach, L. A., Milam, J. E., Unger, J. B., Land, H., Sun, P., ... & Sussman, S. (2016). Stressful life events and predictors of post-traumatic growth among high-risk early emerging adults. *The journal of positive psychology*, 11(1), 1-14.
- Arria, A. M., O'Grady, K. E., Caldeira, K. M., Vincent, K. B., Wilcox, H. C., & Wish, E. D. (2009). Suicide ideation among college students: A multivariate analysis. *Archives of suicide research*, 13(3), 230-246.
- Arsenault-Lapierre, G., Kim, C., & Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 4(1), 1-11.
- Baca-García, E., Díaz-Sastre, C., García Resa, E., Blasco, H., Braquehais Conesa, D., Oquendo, M. A., ... & De Leon, J. (2005). Suicide attempts and impulsivity. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 255(2), 152-156.

- Bacher, J., Wenzig, K., & Vogler, M. (2004). SPSS TwoStep Cluster-a first evaluation.
- Bachmann, S. (2018). Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *International journal of environmental research and public health*, 15(7), 1425.
- Baére, F. D., & Zanello, V. (2018). The gender in suicidal behavior: An epidemiological reading of data from the Federal District. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 23(2), 168-178.
- Baldessarini, R. J., & Hennen, J. (2004). Genetics of suicide: an overview. *Harvard review of psychiatry*, 12(1), 1-13.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from self. *Psychological review*, 97(1), 90.
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (2017). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Interpersonal development*, 57-89.
- Baumeister, R. F., Twenge, J. M., & Nuss, C. K. (2002). Effects of social exclusion on cognitive processes: anticipated aloneness reduces intelligent thought. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(4), 817-827
- Barrett, E. A., Mork, E., Færden, A., Nesvåg, R., Agartz, I., Andreassen, O. A., & Melle, I. (2015). The development of insight and its relationship with suicidality over one year follow-up in patients with first episode psychosis. *Schizophrenia research*, 162(1-3), 97-102.
- Baryshnikov, I., Rosenström, T., Jylhä, P., Vuorilehto, M., Holma, M., Holma, I., ... & Isometsä, E. T. (2020). Role of hopelessness in suicidal ideation among patients with depressive disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 81(2), 8339.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T., Davis, J. H., Frederick, C. J., Perlin, S., Pokorny, A. D., Schulman, R. E., ... & Wittlin, B. (1972). Classification and nomenclature, in suicide prevention in the seventies. *Washington DC: Government Printing Office*.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1975). Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *Jama*, 234(11), 1146-1149.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of consulting and clinical psychology*, 42(6), 861-865

- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., & Stewart, B. L. (1990). Steer Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 147, 190-195.
- Ben-Efraim, Y. J., Wasserman, D., Wasserman, J., & Sokolowski, M. (2013). Family-based study of AVPR1B association and interaction with stressful life events on depression and anxiety in suicide attempts. *Neuropsychopharmacology*, 38(8), 1504-1511.
- Bender, T. W., Gordon, K. H., Bresin, K., & Joiner Jr, T. E. (2011). Impulsivity and suicidality: The mediating role of painful and provocative experiences. *Journal of affective disorders*, 129(1-3), 301-307.
- Bhar, S., Ghahramanlou-Holloway, M., Brown, G., & Beck, A. T. (2008). Self-esteem and suicide ideation in psychiatric outpatients. *Suicide and life-threatening behavior*, 38(5), 511-516.
- Bi, B., Tong, J., Liu, L., Wei, S., Li, H., Hou, J., ... & Phillips, M. R. (2010). Comparison of patients with and without mental disorders treated for suicide attempts in the emergency departments of four general hospitals in Shenyang, China. *General hospital psychiatry*, 32(5), 549-555.
- Bjerkeset, O., Romundstad, P., Evans, J., & Gunnell, D. (2008). Association of adult body mass index and height with anxiety, depression, and suicide in the general population: the HUNT study. *American journal of epidemiology*, 167(2), 193-202.
- Blankstein, K. R., Lumley, C. H., & Crawford, A. (2007). Perfectionism, hopelessness, and suicide ideation: Revisions to diathesis-stress and specific vulnerability models. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 25(4), 279-319.
- Blüml, V., Kapusta, N. D., Doering, S., Brähler, E., Wagner, B., & Kersting, A. (2013). Personality factors and suicide risk in a representative sample of the German general population. *PloS one*, 8(10), e76646.
- Bi, B., Liu, W., Zhou, D., Fu, X., Qin, X., & Wu, J. (2017). Personality traits and suicide attempts with and without psychiatric disorders: analysis of impulsivity and neuroticism. *BMC psychiatry*, 17(1), 1-9.

- Boeninger, D. K., Masyn, K. E., Feldman, B. J., & Conger, R. D. (2010). Sex differences in developmental trends of suicide ideation, plans, and attempts among European American adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *40*(5), 451-464.
- Bommersbach, T. J., Rosenheck, R. A., Petrakis, I. L., & Rhee, T. G. (2022). Why are women more likely to attempt suicide than men? Analysis of lifetime suicide attempts among US adults in a nationally representative sample. *Journal of affective disorders*.
- Bolton, J. M., & Robinson, J. (2010). Population-attributable fractions of Axis I and Axis II mental disorders for suicide attempts: findings from a representative sample of the adult, noninstitutionalized US population. *American journal of public health*, *100*(12), 2473-2480.
- Borges, G., & Loera, C. R. (2010). Alcohol and drug use in suicidal behaviour. *Current opinion in psychiatry*, *23*(3), 195-204.
- Brådvik, L. (2018). Suicide risk and mental disorders. *International journal of environmental research and public health*, *15*(9), 2028.
- Brent, D. A., Johnson, B., Bartle, S., Bridge, J., Rather, C., Matta, J., ... & Constantine, D. (1993). Personality disorder, tendency to impulsive violence, and suicidal behavior in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *32*(1), 69-75.
- Brent, D. A., Johnson, B. A., Perper, J., Connolly, J., Bridge, J., Bartle, S., & Rather, C. (1994). Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *33*(8), 1080-1086.
- Brent, D. A., Bridge, J., Johnson, B. A., & Connolly, J. (1996). Suicidal behavior runs in families: a controlled family study of adolescent suicide victims. *Archives of general psychiatry*, *53*(12), 1145-1152.
- Brent, D. A., & Mann, J. J. (2005, February). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. In *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics* (Vol. 133, No. 1, pp. 13-24). Hoboken: Wiley Subscription Services, Inc., A Wiley Company.

- Brent, D. A., & Melhem, N. (2008). Familial transmission of suicidal behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, *31*(2), 157-177.
- Brent, D., Melhem, N., Ferrell, R., Emslie, G., Wagner, K. D., Ryan, N., ... & Keller, M. (2010). Association of FKBP5 polymorphisms with suicidal events in the Treatment of Resistant Depression in Adolescents (TORDIA) study. *American Journal of Psychiatry*, *167*(2), 190-197.
- Brezo, J., Bureau, A., Mérette, C., Jomphe, V., Barker, E. D., Vitaro, F., ... & Turecki, G. (2010). Differences and similarities in the serotonergic diathesis for suicide attempts and mood disorders: a 22-year longitudinal gene–environment study. *Molecular psychiatry*, *15*(8), 831-843.
- Brezo, J., Paris, J., Hébert, M., Vitaro, F., Tremblay, R., & Turecki, G. (2008). Broad and narrow personality traits as markers of one-time and repeated suicide attempts: a population-based study. *BMC psychiatry*, *8*(1), 1-11.
- Brougham, R. R., Zail, C. M., Mendoza, C. M., & Miller, J. R. (2009). Stress, sex differences, and coping strategies among college students. *Current psychology*, *28*(2), 85-97.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, *111*(1), 198.
- Brown, S. L., Marshall, A. J., Mitchell, S. M., Roush, J. F., Mumma, G. H., Jahn, D. R., ... & Cukrowicz, K. C. (2021). Suicide ideation and thwarted interpersonal needs among psychiatric inpatients: A network approach. *Clinical psychological science*, *9*(6), 1080-1094.
- Brugha, T. S., & Cragg, D. (1990). The list of threatening experiences: the reliability and validity of a brief life events questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *82*(1), 77-81.
- Buchman-Schmitt, J. M., Chu, C., Michaels, M. S., Hames, J. L., Silva, C., Hagan, C. R., ... & Joiner Jr, T. E. (2017). The role of stressful life events preceding death by suicide: Evidence from two samples of suicide decedents. *Psychiatry research*, *256*, 345-352.
- Busby, D. R., Horwitz, A. G., Zheng, K., Eisenberg, D., Harper, G. W., Albucher, R. C., ... & King, C. A. (2020). Suicide risk among gender and sexual minority college students: The roles

of victimization, discrimination, connectedness, and identity affirmation. *Journal of psychiatric research*, 121, 182-188.

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Ernst, J. M., Burleson, M., Berntson, G. G., Nouriani, B., & Spiegel, D. (2006). Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of research in personality*, 40(6), 1054-1085.

Campbell, W. K., Krusemark, E. A., Dyckman, K. A., Brunell, A. B., McDowell, J. E., Twenge, J. M., & Clementz, B. A. (2006). A magnetoencephalography investigation of neural correlates for social exclusion and self-control. *Social Neuroscience*, 1(2), 124-134.

Campos, R. C., Holden, R. R., Laranjeira, P., Troister, T., Oliveira, A. R., Costa, F., ... & Fresca, N. (2016). Self-report depressive symptoms do not directly predict suicidality in nonclinical individuals: Contributions toward a more psychosocial approach to suicide risk. *Death studies*, 40(6), 335-349.

Canetto, S. S. (2008). Women and suicidal behavior: a cultural analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(2), 259-266.

Cantor, C. H. (2000). Suicide in the western world. *The international handbook of suicide and attempted suicide*, 9-28.

Caribé, A. C., Nunez, R., Montal, D., Ribeiro, L., Sarmiento, S., Quarantini, L. C., & Miranda-Scippa, Â. (2012). Religiosity as a protective factor in suicidal behavior: a case-control study. *The Journal of nervous and mental disease*, 200(10), 863-867.

Carli, V., Jovanović, N., Podlešek, A., Roy, A., Rihmer, Z., Maggi, S., ... & Sarchiapone, M. (2010). The role of impulsivity in self-mutilators, suicide ideators and suicide attempters—A study of 1265 male incarcerated individuals. *Journal of affective disorders*, 123(1-3), 116-122.

Castaldo, L., Serra, G., Piga, S., Reale, A., & Vicari, S. (2020). Suicidal behaviour and non-suicidal self-injury in children and adolescents seen at an Italian paediatric emergency department. *Annali dell'Istituto superiore di sanità*, 56(3), 303-314.

Castellví, P., Miranda-Mendizábal, A., Parés-Badell, O., Almenara, J., Alonso, I., Blasco, M. J., ... & Alonso, J. (2017). Exposure to violence, a risk for suicide in youths and young adults. A meta-analysis of longitudinal studies. *Acta psychiatrica scandinavica*, 135(3), 195-211.



- Cavanagh, J. T., Carson, A. J., Sharpe, M., Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological medicine*, 33(3), 395–405.
- Cero, I., Zuromski, K. L., Witte, T. K., Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2015). Perceived burdensomeness, thwarted belongingness, and suicide ideation: Re-examination of the Interpersonal-Psychological Theory in two samples. *Psychiatry Research*, 228(3), 544-550.
- Chang, E. C., Sanna, L. J., Hirsch, J. K., & Jeglic, E. L. (2010). Loneliness and negative life events as predictors of hopelessness and suicidal behaviors in Hispanics: Evidence for a diathesis-stress model. *Journal of clinical psychology*, 66(12), 1242-1253.
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World psychiatry*, 13(2), 153-160.
- Chioqueta, A. P., & Stiles, T. C. (2007). The relationship between psychological buffers, hopelessness, and suicidal ideation: identification of protective factors. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 28(2), 67-73.
- Chiu, T., Fang, D., Chen, J., Wang, Y., & Jeris, C. (2001, August). A robust and scalable clustering algorithm for mixed type attributes in large database environment. In *Proceedings of the seventh ACM SIGKDD international conference on knowledge discovery and data mining* (pp. 263-268).
- Cho, H., Guo, G., Iritani, B. J., & Hallfors, D. D. (2006). Genetic contribution to suicidal behaviors and associated risk factors among adolescents in the US. *Prevention Science*, 7(3), 303-311.
- Christensen, H., Batterham, P. J., Soubelet, A., & Mackinnon, A. J. (2013). A test of the interpersonal theory of suicide in a large community-based cohort. *Journal of affective disorders*, 144(3), 225-234.
- Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Stanley, I. H., Hom, M. A., Tucker, R. P., Hagan, C. R., ... & Joiner Jr, T. E. (2017). The interpersonal theory of suicide: A systematic review and meta-analysis of a decade of cross-national research. *Psychological bulletin*, 143(12), 1313-1345.
- Cleary, A. (2012). Suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities. *Social science & medicine*, 74(4), 498-505.

- Clements-Nolle, K., Wolden, M., & Bargmann-Losche, J. (2009). Childhood trauma and risk for past and future suicide attempts among women in prison. *Women's Health Issues, 19*(3), 185-192.
- Cole, D. A. (1989). Psychopathology of adolescent suicide: hopelessness, coping beliefs, and depression. *Journal of abnormal psychology, 98*(3), 248-255.
- Colson, C. E. (1972). Neuroticism, extraversion and repression-sensitization in suicidal college students. *British Journal of Social & Clinical Psychology, 11*, 88-89.
- Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). The gender paradox in suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 28*(1), 1-23.
- Coccaro, E. F., Lee, R., & Coussons-Read, M. (2014). Elevated plasma inflammatory markers in individuals with intermittent explosive disorder and correlation with aggression in humans. *JAMA psychiatry, 71*(2), 158-165.
- Conner, K. R., Duberstein, P. R., & Conwell, Y. (1999). Age-related patterns of factors associated with completed suicide in men with alcohol dependence. *American Journal on Addictions, 8*(4), 312-318.
- Conner, K. R., Britton, P. C., Sworts, L. M., & Joiner Jr, T. E. (2007). Suicide attempts among individuals with opiate dependence: The critical role of belonging. *Addictive behaviors, 32*(7), 1395-1404.
- Conner, K. R., Bridge, J. A., Davidson, D. J., Pilcher, C., & Brent, D. A. (2019). Metaanalysis of mood and substance use disorders in proximal risk for suicide deaths. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 49*(1), 278-292.
- Coopersmith, S. (1981). *Self-esteem Inventories*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Craig, A. R., Franklin, J. A., & Andrews, G. (1984). A scale to measure locus of control of behaviour. *British Journal of Medical Psychology, 57*(2), 173-180.
- Crosby, A., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). Self-directed violence surveillance; uniform definitions and recommended data elements.

- Crossley, A., & Langdrige, D. (2005). Perceived sources of happiness: A network analysis. *Journal of happiness studies*, 6(2), 107-135.
- Cukrowicz, K. C., Jahn, D. R., Graham, R. D., Poindexter, E. K., & Williams, R. B. (2013). Suicide risk in older adults: evaluating models of risk and predicting excess zeros in a primary care sample. *Journal of abnormal psychology*, 122(4), 1021-1030.
- Currier, D., Spittal, M. J., Patton, G., & Pirkis, J. (2016). Life stress and suicidal ideation in Australian men—cross-sectional analysis of the Australian longitudinal study on male health baseline data. *BMC Public Health*, 16(3), 43-49.
- Czyz, E. K., Berona, J., & King, C. A. (2015). A prospective examination of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among psychiatric adolescent inpatients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 45(2), 243-259.
- Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., & Poorolajal, J. (2015). Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PloS one*, 10(5), e0126870.
- Davidson, C. L., Wingate, L. R., Rasmussen, K. A., & Sligh, M. L. (2009). Hope as a predictor of interpersonal suicide risk. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 39(5), s. 499-507.
- Davidson, C. L., & Wingate, L. R. (2013). The glass half-full or a hopeful outlook: Which explains more variance in interpersonal suicide risk in a psychotherapy clinic sample? *The Journal of Positive Psychology*, 8(3), s. 263-272.
- De Bakker, P. I., Yelensky, R., Pe'er, I., Gabriel, S. B., Daly, M. J., & Altshuler, D. (2005). Efficiency and power in genetic association studies. *Nature genetics*, 37(11), 1217-1223.
- De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J. M., Kerkhof, A. J. F. M., & Bille-Brahe, U. (2004). Definitions of suicidal behaviour. In: D. De Leo, U. Bille-Brahe, A. D. M. Kerkhof, & A. Schmidke (Eds.), *Suicidal behaviour: Theories and research findings* (pp. 17–39). Washington, DC: Hogrefe & Huber.
- Dahlen, E. R., & Canetto, S. S. (2002). The role of gender and suicide precipitant in attitudes toward nonfatal suicidal behavior. *Death Studies*, 26(2), 99-116.

- Dixon, W. A., Heppner, P. P., & Anderson, W. P. (1991). Problem-solving appraisal, stress, hopelessness, and suicide ideation in a college population. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 51–56.
- Dombrowski, A. Y., Clark, L., Siegle, G. J., Butters, M. A., Ichikawa, N., Sahakian, B. J., & Szanto, K. (2010). Reward/punishment reversal learning in older suicide attempters. *American Journal of Psychiatry, 167*(6), 699-707.
- Doucet, S., & Letourneau, N. (2009). Coping and suicidal ideations in women with symptoms of postpartum depression. *Clinical medicine. Reproductive health, 3*, CMRH-S3801.
- Dougherty, D. M., Bjork, J. M., Andrew Harper, R., Marsh, D. M., Gerard Moeller, F., Mathias, C. W., & Swann, A. C. (2003). Behavioral impulsivity paradigms: a comparison in hospitalized adolescents with disruptive behavior disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 44*(8), 1145-1157.
- Dragisic, T., Dickov, A., Dickov, V., & Mijatovic, V. (2015). Drug addiction as risk for suicide attempts. *Materia socio-medica, 27*(3), 188-191.
- Drapeau, C. W., & McIntosh, J. L. (2018). USA suicide 2017: Official final data.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *Jama, 286*(24), 3089-3096.
- Duberstein, P. R., Conwell, Y., Seidlitz, L., Denning, D. G., Cox, C., & Caine, E. D. (2000). Personality traits and suicidal behavior and ideation in depressed inpatients 50 years of age and older. *Journals of Gerontology Series B, 55*(1), P18-P26.
- Dumais, A., Lesage, A. D., Alda, M., Rouleau, G., Dumont, M., Chawky, N., ... & Turecki, G. (2005). Risk factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *American Journal of Psychiatry, 162*(11), 2116-2124.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology* (DF Pocock, Trans.). London, England: Cohen, & West, & Glencoe, IL: Free Press of Glencoe.

- Durkheim, E. (1897/1951). *Suicide: A study in sociology* (J.A. Spaulding & G. Simpson, Trans.). Glencoe/London: The Free Press. (Original work published 1897).
- Edwards, M. J., & Holden, R. R. (2001). Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: Examining gender differences. *Journal of clinical psychology, 57*(12), 1517-1534.
- Edwards, A. C., Ohlsson, H., Sundquist, J., Sundquist, K., & Kendler, K. S. (2020). Alcohol use disorder and risk of suicide in a Swedish population-based cohort. *American journal of psychiatry, 177*(7), 627-634.
- Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., & Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science, 302*(5643), 290-292.
- Elliott, J. L., & Frude, N. (2001). Stress, coping styles, and hopelessness in self-poisoners. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 22*(1), 20-26.
- Elov, Z. S. (2022). Suicide - as a global problem facing humanity. *Science and Education, 3*(2), 1247–1252.
- Endler, N. S., Parker, J. D. A., Ridder, D. T. D., & van Heck, G. L. (1990). *Coping inventory for stressful situations*. Multi-Health systems Incorporated.
- Ernst, C., Lalovic, A., Lesage, A., Seguin, M., Tousignant, M., & Turecki, G. (2004). Suicide and no axis I psychopathology. *BMC psychiatry, 4*(1), 1-5.
- Eskin, M., Ertekin, K., Dereboy, C., & Demirkiran, F. (2007). Risk factors for and protective factors against adolescent suicidal behavior in Turkey. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 28*(3), 131.
- Evans, W. P., Marsh, S. C., & Owens, P. (2005). Environmental factors, locus of control, and adolescent suicide risk. *Child and Adolescent Social Work Journal, 22*(3), 301-319.
- Eysenck, H. J., Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences: a natural science approach*. New York: Plenum Press.
- Tang, F., Xue, F., & Qin, P. (2015). The interplay of stressful life events and coping skills on risk for suicidal behavior among youth students in contemporary China: a large scale cross-sectional study. *BMC psychiatry, 15*(1), 1-10.

- Farahbakhsh, M., Fakhari, A., Esmaeili, E. D., Azizi, H., Mizapour, M., Rahimi, V. A., & Hashemi, L. (2020). The role and comparison of stressful life events in suicide and suicide attempt: a descriptive-analytical study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences, 14*(2).
- Fehling, K. B., & Selby, E. A. (2021). Suicide in DSM-5: Current evidence for the proposed Suicide Behavior Disorder and other possible improvements. *Frontiers in psychiatry, 11*, 499980.
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J., & Horwood, L. J. (2000). Risk factors and life processes associated with the onset of suicidal behaviour during adolescence and early adulthood. *Psychological medicine, 30*(1), 23-39.
- Fernández-Sevillano, J., González-Pinto, A., Rodríguez-Revuelta, J., Alberich, S., González-Blanco, L., Zorrilla, I., ... & Sáiz, P. A. (2021). Suicidal behaviour and cognition: A systematic review with special focus on prefrontal deficits. *Journal of affective disorders, 278*, 488-496.
- Fisher, H. E., Aron, A., & Brown, L. L. (2006). Romantic love: a mammalian brain system for mate choice. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 361*(1476), 2173-2186.
- Flensburg-Madsen, T., Knop, J., Mortensen, E. L., Becker, U., Sher, L., & Grønbaek, M. (2009). Alcohol use disorders increase the risk of completed suicide—irrespective of other psychiatric disorders. A longitudinal cohort study. *Psychiatry research, 167*(1-2), 123-130.
- Forkmann, T., Glaesmer, H., Paashaus, L., Rath, D., Schönfelder, A., Stengler, K., ... & Teismann, T. (2020). Interpersonal theory of suicide: prospective examination. *BJPsych open, 6*(5).
- Franklin, J. C., Ribeiro, J. D., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Huang, X., ... & Nock, M. K. (2017). Risk factors for suicidal thoughts and behaviors: A meta-analysis of 50 years of research. *Psychological bulletin, 143*(2), 187.
- Freud, S. (2001). *Complete psychological works of Sigmund Freud, The Vol. 14: "On the History of the Post Psychoanalytic Movement", "Papers on Metapsychology" and other works*. London: Vintage.

- Fu, Q., Heath, A. C., Bucholz, K. K., Nelson, E. C., Glowinski, A. L., Goldberg, J., & Eisen, S. A. (2002). A twin study of genetic and environmental influences on suicidality in men. *Psychological medicine*, 32(1), 11-24.
- Furqatovich, U. F., & Sattorovich, E. Z. (2022). SUICIDE—AS A GLOBAL PROBLEM FACING HUMANITY. *Web of Scientist: International Scientific Research Journal*, 3(02), 349-354.
- Galfalvy, H., Huang, Y. Y., Oquendo, M. A., Currier, D., & Mann, J. J. (2009). Increased risk of suicide attempt in mood disorders and TPH1 genotype. *Journal of affective disorders*, 115(3), 331-338.
- Gałecki, P., Szulc, A. (2018). *Psychiatria*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Gelbard, R., Goldman, O., & Spiegler, I. (2007). Investigating diversity of clustering methods: An empirical comparison. *Data & Knowledge Engineering*, 63(1), 155-166.
- George, D., Mallery, M. (2010). *SPSS for Windows Step by Step: A Simple Guide and Reference, 17.0 Update, 10th Edition*. Pearson, Boston.
- George, A., & van den Berg, H. S. (2012). The influence of psychosocial variables on adolescent suicidal ideation. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*, 24(1), 45-57.
- Grimm, S., Ernst, J., Boesiger, P., Schuepbach, D., Hell, D., Boeker, H., Northoff, G. (2009). Increased self-focus in major depressive disorder is related to neural abnormalities in subcortical-cortical midline structures. *Human brain mapping*, 30(8), 2617-2627.
- Goldney, R. D. (2015). The importance of mental disorders in suicide. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(1), 21-23.
- Goldney, R. D., Schioldann, J. A., Dunn, K. I. (2008). Suicide research before Durkheim. *Health and history*, 73-93.
- Goldsmith, S. K., Pellmar, T. C., Kleinman, A. M., & Bunney, W. E. (Eds.). (2002). *Reducing suicide: A national imperative*. National Academies Press.
- Goñi Sarriés, A., Blanco Beregaña, M., Azcárate Jiménez, L., Peinado Jaro, R., & López Goñi, J. J. (2018). Are previous suicide attempts a risk factor for completed suicide?. *Psicothema*.

Gould, M. S. (2001). Suicide and the media. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 932(1), 200-224.

Gould, M. S., Velting, D., Kleinman, M., Lucas, C., Thomas, J. G., & Chung, M. (2004). Teenagers' attitudes about coping strategies and help-seeking behavior for suicidality. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(9), s. 1124-1133.

Gorbaniuk, O. (2016). Wykorzystywanie procedury sędziów kompetentnych w naukach społecznych i możliwości jej oceny psychometrycznej za pomocą narzędzi dostępnych w Statistica. *Zastosowania statystyki i data mining w badaniach naukowych*. StatSoft Polska

Gradus, J. L., Qin, P., Lincoln, A. K., Miller, M., Lawler, E., Sørensen, H. T., & Lash, T. L. (2010). Acute stress reaction and completed suicide. *International journal of epidemiology*, 39(6), s. 1478-1484.

Grant, K. E., Compas, B. E., Stuhlmacher, A. F., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Halpert, J. A. (2003). Stressors and child and adolescent psychopathology: Moving from markers to mechanisms of risk. *Psychological Bulletin*, 129, 447–466.

Greenfield, B., Henry, M., Weiss, M., Tse, S. M., Guile, J. M., Dougherty, G., & Harnden, B. (2008). Previously suicidal adolescents: predictors of six-month outcome. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 17(4), 197.

Grover, K. E., Green, K. L., Pettit, J. W., Monteith, L. L., Garza, M. J., & Venta, A. (2009). Problem solving moderates the effects of life event stress and chronic stress on suicidal behaviors in adolescence. *Journal of Clinical Psychology*, 65(12), 1281-1290.

Grudet, C., Malm, J., Westrin, Å., & Brundin, L. (2014). Suicidal patients are deficient in vitamin D, associated with a pro-inflammatory status in the blood. *Psychoneuroendocrinology*, 50, 210-219.

Haas, A. P., Eliason, M., Mays, V. M., Mathy, R. M., Cochran, S. D., D'Augelli, A. R., & Clayton, P. J. (2010). Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and recommendations. *Journal of homosexuality*, 58(1), 10-51.

Hafferty, J. D., Navrady, L. B., Adams, M. J., Howard, D. M., Campbell, A. I., Whalley, H. C., & McIntosh, A. M. (2019). The role of neuroticism in self-harm and suicidal ideation:



results from two UK population-based cohorts. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 54(12), 1505-1518.

Hagan, Ch. R., Podlogar, M. C., Chu, C., & Joiner, T. E. (2015). Testing the Interpersonal Theory of Suicide: The Moderating Role of Hopelessness. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8 (2), 99-113.

Hagan, C. R., Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2016). Present status and future prospects of the interpersonal–psychological theory of suicidal behavior. *The international handbook of suicide prevention*, 206-219.

Hallensleben, N., Glaesmer, H., Forkmann, T., Rath, D., Strauss, M., Kersting, A., & Spangenberg, L. (2019). Predicting suicidal ideation by interpersonal variables, hopelessness and depression in real-time. An ecological momentary assessment study in psychiatric inpatients with depression. *European Psychiatry*, 56(1), 43-50.

Harriss, L., Hawton, K., & Zahl, D. (2005). Value of measuring suicidal intent in the assessment of people attending hospital following self-poisoning or self-injury. *The British Journal of Psychiatry*, 186(1), 60-66.

Harriss, S. L. (2009). *The relationship between self-esteem and academic success among African American students in the minority engineering program at a research extensive university in the southern portion of the United States.*

Hawkley, L. C., Hughes, M. E., Waite, L. J., Masi, C. M., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: the Chicago health, aging, and social relations study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(6), 375-384.

Hawton, K. (2000). Sex and suicide: Gender differences in suicidal behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, 177(6), s. 484-485.

Hawton, K., i Comabella, C. C., Haw, C., & Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 147(1-3), 17-28.

Hawton, K., & Pirkis, J. (2017). Suicide is a complex problem that requires a range of prevention initiatives and methods of evaluation. *The British Journal of Psychiatry*, *210*(6), 381-383.

Hedayati, N. (2006). *The Effect of Group Logotherapy on Alleviating Despair among Year-old Adolescents. PhD dissertation*. Tehran: Allameh Tabataba'i University, 13-18.

Hiroeh, U., Appleby, L., Mortensen, P. B., & Dunn, G. (2001). Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study. *The Lancet*, *358*(9299), 2110-2112.

Hirsch, J. K., Duberstein, P. R., Conner, K. R., Heisel, M. J., Beckman, A., Franus, N., & Conwell, Y. (2006). Future orientation and suicide ideation and attempts in depressed adults ages 50 and over. *The American journal of geriatric psychiatry*, *14*(9), 752-757.

Hjelmeland, H., & Knizek, B. L. (2017). Suicide and mental disorders: A discourse of politics, power, and vested interests. *Death Studies*, *41*(8), 481-492.

Hoertel, N., Franco, S., Wall, M. M., Oquendo, M. A., Kerridge, B. T., Limosin, F., & Blanco, C. (2015). Mental disorders and risk of suicide attempt: a national prospective study. *Molecular psychiatry*, *20*(6), 718-726.

Holma, K. M., Haukka, J., Suominen, K., Valtonen, H. M., Mantere, O., Melartin, T. K., & Isometsä, E. T. (2014). Differences in incidence of suicide attempts between bipolar I and II disorders and major depressive disorder. *Bipolar Disorders*, *16*(6), 652-661.

Holmstrand, C., Bogren, M., Mattisson, C., & Brådvik, L. (2015). Long-term suicide risk in no, one or more mental disorders: the Lundby Study 1947–1997. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *132*(6), 459-469.

Hor, K., & Taylor, M. (2010). Suicide and schizophrenia: a systematic review of rates and risk factors. *Journal of psychopharmacology*, *24*(4\_suppl), 81-90.

Houle, J., Mishara, B. L., & Chagnon, F. (2008). An empirical test of a mediation model of the impact of the traditional male gender role on suicidal behavior in men. *Journal of affective disorders*, *107*(1-3), 37-43.

Huen, J. M., Ip, B. Y., Ho, S. M., & Yip, P. S. (2015). Hope and hopelessness: The role of hope in buffering the impact of hopelessness on suicidal ideation. *PloS one*, *10*(6), e0130073.

- Husky, M. M., Guignard, R., Beck, F., & Michel, G. (2013). Risk behaviors, suicidal ideation and suicide attempts in a nationally representative French sample. *Journal of affective disorders, 151*(3), 1059-1065.
- Isung, J., Aeinehband, S., Mobarrez, F., Nordström, P., Runeson, B., Åsberg, M., & Jokinen, J. (2014). High interleukin-6 and impulsivity: determining the role of endophenotypes in attempted suicide. *Translational psychiatry, 4*(10), e470-e470.
- Ivey-Stephenson, A. Z., Crosby, A. E., Hoenig, J. M., Gyawali, S., Park-Lee, E., & Hedden, S. L. (2022). Suicidal Thoughts and Behaviors Among Adults Aged  $\geq 18$  Years—United States, 2015–2019. *MMWR Surveillance Summaries, 71*(1), 1.
- Janelidze, S., Suchankova, P., Ekman, A., Erhardt, S., Sellgren, C., Samuelsson, M., ... & Brundin, L. (2015). Low IL-8 is associated with anxiety in suicidal patients: genetic variation and decreased protein levels. *Acta psychiatrica Scandinavica, 131*(4), 269-278.
- Jobes, D. A., & Joiner, T. E. (2019). *Reflections on suicidal ideation*.
- John, A., Eyles, E., Webb, R. T., Okolie, C., Schmidt, L., Arensman, E., ... & Gunnell, D. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on self-harm and suicidal behaviour: update of living systematic review. *F1000Research, 9*.
- Johns, D., & Holden, R. R. (1997). Differentiating suicidal motivations and manifestations in a nonclinical population. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement, 29*(4), 266.
- Johnson, J., Gooding, P., & Tarrrier, N. (2008). Suicide risk in schizophrenia: Explanatory models and clinical implications, The Schematic Appraisal Model of Suicide (SAMS). *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 81*(1), 55-77.
- Joiner, T. E., Pettit, J. W., Walker, R. L., Voelz, Z. R., Cruz, J., Rudd, M. D., & Lester, D. (2002). Perceived burdensomeness and suicidality: Two studies on the suicide notes of those attempting and those completing suicide. *Journal of Social and Clinical Psychology, 21*(5), 531-545.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Joiner Jr, T. E., Van Orden, K. A., Witte, T. K., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., Lewis, R., & Rudd, M. D. (2009). Main predictions of the interpersonal–psychological theory of suicidal behavior: Empirical tests in two samples of young adults. *Journal of abnormal psychology, 118*(3), 634.
- Jollant, F., Lawrence, N. S., Giampietro, V., Brammer, M. J., Fullana, M. A., Drapier, D., & Phillips, M. L. (2008). Orbitofrontal cortex response to angry faces in men with histories of suicide attempts. *American Journal of Psychiatry, 165*(6), 740-748.
- Jonker, I., Rosmalen, J. G. M., & Schoevers, R. A. (2017). Childhood life events, immune activation and the development of mood and anxiety disorders: the TRAILS study. *Translational Psychiatry, 7*(5), e1112-e1112.
- Kaslow, N. J., Thompson, M. P., Okun, A., Price, A., Young, S., Bender, M., ... & Parker, R. (2002). Risk and protective factors for suicidal behavior in abused African American women. *Journal of consulting and clinical psychology, 70*(2), 311.
- Kattimani, S., Sarkar, S., Rajkumar, R. P., & Menon, V. (2015). Stressful life events, hopelessness, and coping strategies among impulsive suicide attempters. *Journal of neurosciences in rural practice, 6*(02), 171-176.
- Keilp, J. G., Oquendo, M. A., Stanley, B. H., Burke, A. K., Cooper, T. B., Malone, K. M., & Mann, J. J. (2010). Future suicide attempt and responses to serotonergic challenge. *Neuropsychopharmacology, 35*(5), 1063-1072.
- Kelleher, I., Lynch, F., Harley, M., Molloy, C., Roddy, S., Fitzpatrick, C., & Cannon, M. (2012). Psychotic symptoms in adolescence index risk for suicidal behavior: findings from 2 population-based case-control clinical interview studies. *Archives of general psychiatry, 69*(12), 1277-1283.
- Kendler, K. S. (2010). Genetic and environmental pathways to suicidal behavior: reflections of a genetic epidemiologist. *European Psychiatry, 25*(5), 300-303.
- Kent, P., Jensen, R. K., & Kongsted, A. (2014). A comparison of three clustering methods for finding subgroups in MRI, SMS or clinical data: SPSS TwoStep Cluster analysis, Latent Gold and SNOB. *BMC medical research methodology, 14*(1), 1-14.

- Khosravi, M., & Kasaeiyan, R. (2020). The relationship between neuroticism and suicidal thoughts among medical students: Moderating role of attachment styles. *Journal of family medicine and primary care*, 9(6), 2680–2687.
- Kim, H. S. (2002). Correlation between personality, family dynamic environment and suicidal attempt among Korean adolescents population. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 32(2), 231-242.
- Kim, C. D., Lesage, A., Seguin, M., Chawky, N., Vanier, C., Lipp, O., & Turecki, G. (2003). Patterns of co-morbidity in male suicide completers. *Psychological medicine*, 33(7), 1299-1309.
- King, M., Smith, A., & Gracey, M. (2009). Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. *The lancet*, 374(9683), 76-85.
- King, C. D., Joyce, V. W., Kleiman, E. M., Buonopane, R. J., Millner, A. J., & Nash, C. C. (2019). Relevance of the interpersonal theory of suicide in an adolescent psychiatric inpatient population. *Psychiatry research*, 281, 112590.
- Kirby, R., Shakespeare-Finch, J., & Palk, G. (2011). Adaptive and maladaptive coping strategies predict posttrauma outcomes in ambulance personnel. *Traumatology*, 17(4), 25-34
- Klomek, A. B., Sourander, A., Niemelä, S., Kumpulainen, K., Piha, J., Tamminen, T., & Gould, M. S. (2009). Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed suicides: a population-based birth cohort study. *Journal of the American academy of child & adolescent psychiatry*, 48(3), 254-261.
- Klonsky, E. D., Kotov, R., Bakst, S., Rabinowitz, J., & Bromet, E. J. (2012). Hopelessness as a predictor of attempted suicide among first admission patients with psychosis: a 10-year cohort study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(1), 1-10.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2014). Differentiating suicide attempters from suicide ideators: A critical frontier for suicidology research. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(1), 1-5.
- Klonsky, E. D., & May, A. M. (2015). The three-step theory (3ST): A new theory of suicide rooted in the “ideation-to-action” framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114–129.

- Kumar, U. (Ed.). (2017). *Handbook of suicidal behaviour*. Singapore: Springer Singapore.
- Lagerberg, T., Fazel, S., Sjölander, A., Hellner, C., Lichtenstein, P., & Chang, Z. (2022). Selective serotonin reuptake inhibitors and suicidal behaviour: a population-based cohort study. *Neuropsychopharmacology*, *47*(4), 817-823.
- Lamis, D. A., & Lester, D. (2013). Gender differences in risk and protective factors for suicidal ideation among college students. *Journal of College Student Psychotherapy*, *27*(1), 62-77.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Friend, J., & Powell, A. (2009). Adolescent suicide, gender, and culture: A rate and risk factor analysis. *Aggression and Violent Behavior*, *14*(5), 402-414.
- Lasota, D., Pawłowski, W., Krajewski, P., Staniszewska, A., Goniewicz, K., Czernski, R., & Goniewicz, M. (2020). Alcohol intoxication and suicide by hanging in Poland. *Alcohol and alcoholism*, *55*(3), 278-283.
- Lau, M. A., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (2004). Teasdale's differential activation hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behaviour. *Behaviour research and therapy*, *42*(9), 1001-1017.
- Lee, F. S., Heimer, H., Giedd, J. N., Lein, E. S., Šestan, N., Weinberger, D. R., & Casey, B. J. (2014). Adolescent mental health—opportunity and obligation. *Science*, *346*(6209), 547-549.
- Lee, J. H., & Kim, S. (2019). Exposure to negative life events and post-traumatic embitterment symptoms in young adults in Korea: Cumulative and differential effects. *Psychopathology*, *52*, 18–25.
- Li, D., & He, L. (2007). Meta-analysis supports association between serotonin transporter (5-HTT) and suicidal behavior. *Molecular psychiatry*, *12*(1), 47-54.
- Lin, J. Y., Huang, Y., Su, Y. A., Yu, X., Lyu, X. Z., Liu, Q., & Si, T. M. (2018). Association between perceived stressfulness of stressful life events and the suicidal risk in Chinese patients with major depressive disorder. *Chinese Medical Journal*, *131*, 912–919.
- Lincoln, T. M., Lullmann, E., & Rief, W. (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia: A systematic review. *Schizophrenia Bulletin*, *33*, 1324-1342.

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, *63*(7), 757-766.

Liu, R. T., & Miller, I. (2014). Life events and suicidal ideation and behavior: A systematic review. *Clinical psychology review*, *34*(3), 181-192.

Liu, D., Fu, Q., Wan, C., Liu, X., Jiang, T., Liao, G., ... & Liu, R. (2020). Suicidal ideation cause extraction from social texts. *IEEE Access*, *8*, 169333-169351.

Liu, R. T., Kleiman, E. M., Nestor, B. A., & Cheek, S. M. (2015). The hopelessness theory of depression: A quarter-century in review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *22*(4), 345.

Liu, X., Tein, J. Y., Zhao, Z., & Sandler, I. N. (2005). Suicidality and correlates among rural adolescents of China. *Journal of Adolescent Health*, *37*(6), 443-451.

Lu, L., Xu, L., Luan, X., Sun, L., Li, J., Qin, W., ... & Jiao, A. A. (2020). Gender difference in suicidal ideation and related factors among rural elderly: a cross-sectional study in Shandong, China. *Annals of general psychiatry*, *19*(1), 1-9.

Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Morse, J. Q., & Rosenthal, M. Z. (2004). A model predicting suicidal ideation and hopelessness in depressed older adults: The impact of emotion inhibition and affect intensity. *Aging & Mental Health*, *8*(6), 486-497.

Ma, J., Batterham, P. J., Calear, A. L., & Han, J. (2016). A systematic review of the predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behaviour. *Clinical Psychology Review*, *46*, 34-45

Magno, L. A. V., Miranda, D. M., Neves, F. S., Pimenta, G. J., Mello, M. P., De Marco, L. A., & Romano-Silva, M. A. (2010). Association between AKT1 but not AKTIP genetic variants and increased risk for suicidal behavior in bipolar patients. *Genes, brain and behavior*, *9*(4), 411-418.

Makara-Studzińska, M., & Koślak, A. (2009). Wpływ objawów pozytywnych i negatywnych na zachowania samobójcze w schizofrenii: przegląd aktualnej literatury. *Psychiatria Polska*, *43*(4), 411-420.

- Maner, J. K., DeWall, C. N., Baumeister, R. F., & Schaller, M. (2007). Does social exclusion motivate interpersonal reconnection? Resolving the “porcupine problem”. *Journal of Personality and Social Psychology*, *92*, 42–55.
- Mann, J. J., Waternaux, C., Haas, G. L., & Malone, K. M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American journal of Psychiatry*, *156*(2), 181-189.
- Mann, J. J. (2003). Neurobiology of suicidal behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, *4*(10), 819-828.
- Mann, J. J., Currier, D., Stanley, B., Oquendo, M. A., Amsel, L. V., & Ellis, S. P. (2006). Can biological tests assist prediction of suicide in mood disorders?. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *9*(4), 465-474.
- Mann, J. J., Arango, V. A., Avenevoli, S., Brent, D. A., Champagne, F. A., Clayton, P., & Wenzel, A. (2009). Candidate endophenotypes for genetic studies of suicidal behavior. *Biological psychiatry*, *65*(7), 556-563.
- Mann, J. J. (2013). The serotonergic system in mood disorders and suicidal behaviour. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *368*(1615), 20120537.
- Marciano, P. L., & Kazdin, A. E. (1994). Self-esteem, depression, hopelessness, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *Journal of Clinical Child Psychology*, *23*, 151–160.
- Maris, R. W., Berman, A. L., & Silverman, M. M. (2000). The theoretical component in suicidology. In: R. W. Maris, A. L. Berman, & M. M. Silverman (Eds.), *Comprehensive textbook of suicidology* (pp. 26–61). New York: Guilford.
- Masango, S. M., Rataemane, S. T., & Motojesi, A. A. (2008). Suicide and suicide risk factors: A literature review. *South African Family Practice*, *50*(6), 25-29.
- Maser, J. D., Akiskal, H. S., Schettler, P., Scheftner, W., Mueller, T., Endicott, J., ... & Clayton, P. (2002). Can temperament identify affectively ill patients who engage in lethal or near-lethal suicidal behavior? A 14-year prospective study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *32*(1), 10-32.



- Mayes, S. D., Fernandez-Mendoza, J., Baweja, R., Calhoun, S., Mahr, F., Aggarwal, R., & Arnold, M. (2014). Correlates of suicide ideation and attempts in children and adolescents with eating disorders. *Eating disorders*, 22(4), 352-366.
- McGee, R. O. B., & Williams, S. (2000). Does low self-esteem predict health compromising behaviours among adolescents?. *Journal of adolescence*, 23(5), 569-582.
- McGirr, A., Alda, M., Séguin, M., Cabot, S., Lesage, A., & Turecki, G. (2009). Familial aggregation of suicide explained by cluster B traits: a three-group family study of suicide controlling for major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(10), 1124-1134.
- McGirr, A., Renaud, J., Bureau, A., Seguin, M., Lesage, A., & Turecki, G. (2008). Impulsive-aggressive behaviours and completed suicide across the life cycle: a predisposition for younger age of suicide. *Psychological medicine*, 38(3), 407-417.
- McGirr, A., Diaconu, G., Berlim, M. T., Pruessner, J. C., Sablé, R., Cabot, S., & Turecki, G. (2010). Dysregulation of the sympathetic nervous system, hypothalamic–pituitary–adrenal axis and executive function in individuals at risk for suicide. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 35(6), 399-408.
- McHugh, R. K., Votaw, V. R., Sugarman, D. E., & Greenfield, S. F. (2018). Sex and gender differences in substance use disorders. *Clinical psychology review*, 66, 12-23.
- Meadows, L. A., Kaslow, N. J., Thompson, M. P., & Jurkovic, G. J. (2005). Protective factors against suicide attempt risk among African American women experiencing intimate partner violence. *American journal of community psychology*, 36(1-2), 109-121.
- Melhem, N. M., Brent, D. A., Ziegler, M., Iyengar, S., Kolko, D., Oquendo, M., & Mann, J. J. (2007). Familial pathways to early-onset suicidal behavior: familial and individual antecedents of suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 164(9), 1364-1370.
- Menon, V., Sarkar, S., & Kattimani, S. (2015). Association between personality factors and suicide intent in attempted suicide: Gender as a possible mediator?. *Personality and mental health*, 9(3), 220-226.
- Merari, A. (2005). Social, organizational and psychological factors in suicide terrorism. In: *Root causes of terrorism* (pp. 88-104). Routledge.

- Meurk, C., Wittenhagen, L., Lucke, J., Barker, R., Roberts, S., Moss, K., & Heffernan, E. (2021). Suicidal behaviours in the peripartum period: a systematic scoping review of data linkage studies. *Archives of women's mental health, 24*(4), 579-593.
- Miloyan, B., Bienvenu, O. J., Brilot, B., & Eaton, W. W. (2018). Adverse life events and the onset of anxiety disorders. *Psychiatry Research, 259*, 488–492.
- Miller, J. N., & Black, D. W. (2020). Bipolar disorder and suicide: a review. *Current psychiatry reports, 22*(2), 1-10.
- Miranda, R., Tsypes, A., Gallagher, M., & Rajappa, K. (2013). Rumination and hopelessness as mediators of the relation between perceived emotion dysregulation and suicidal ideation. *Cognitive Therapy and Research, 37*(4), 786-795.
- Miranda-Mendizabal, A., Castellví, P., Parés-Badell, O., Alayo, I., Almenara, J., Alonso, I., & Alonso, J. (2019). Gender differences in suicidal behavior in adolescents and young adults: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *International journal of public health, 64*(2), 265-283.
- Mishara, B. L., & Chagnon, F. (2011). Understanding the relationship between mental illness and suicide and the implications for suicide prevention.
- Mishara, B. L., & Chagnon, F. (2016). Why mental illness is a risk factor for suicide: Implications for suicide prevention. *The international handbook of suicide prevention, 594-608*.
- Mitchell, S. M., Brown, S. L., Roush, J. F., Tucker, R. P., Cukrowicz, K. C., & Joiner, T. E. (2020). Interpersonal Needs Questionnaire: Statistical Considerations for Improved Clinical Application. *Assessment, 27* (3), 621-637.
- Mitrousi, S., Travlos, A., Koukia, E., & Zyga, S. (2013). SPECIALPAPER. *International Journal of Caring Sciences, 6*(2), 131.
- Mohamed, A. E., Fattah, N. R. A., & El Masry, N. M. (2014). Demographic and personality assessment in relation to suicidal ideation in depressive disorders. *Egyptian Journal of Psychiatry, 35*(3), 151.

- Moreno, J. L., Nabity, P. S., Kanzler, K. E., Bryan, C. J., McGeary, C. A., & McGeary, D. D. (2019). Negative life events (NLEs) contributing to psychological distress, pain, and disability in a US military sample. *Military medicine*, *184*(1-2), e148-e155.
- Murariu, D. (2016). Testing the Interpersonal Theory of Suicide in Community-Residing Older Adults. *Electronic Thesis and Dissertation Repository*, 3515.
- Murphy, G. E. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: substance abuse. *The international handbook of suicide and attempted suicide*, 135-146.
- Nelson, E. C., Heath, A. C., Madden, P. A., Cooper, M. L., Dinwiddie, S. H., Bucholz, K. K., & Martin, N. G. (2002). Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study. *Archives of general psychiatry*, *59*(2), 139-145.
- Nguyen, M. H., Le, T. T., Nguyen, H. K. T., Ho, M. T., Nguyen, H. T. T., & Vuong, Q. H. (2021). Alice in Suicideland: Exploring the suicidal ideation mechanism through the sense of connectedness and help-seeking behaviors. *International journal of environmental research and public health*, *18*(7), 3681.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., ... & Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *The British journal of psychiatry*, *192*(2), 98-105.
- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA psychiatry*, *70*(3), 300-310.
- Nock, M. K., Hwang, I., Sampson, N. A., & Kessler, R. C. (2010). Mental disorders, comorbidity and suicidal behavior: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, *15*(8), 868-876.
- Nock, M. K., Joiner Jr, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry research*, *144*(1), s. 65-72.

- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of consulting and clinical psychology, 72*(5), 885.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of abnormal psychology, 114*(1), 140.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of personality and social psychology, 77*(5), 1061.
- Nordentoft, M., & Branner, J. (2008). Gender differences in suicidal intent and choice of method among suicide attempters. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention, 29*(4), 209.
- Nordentoft, M., Mortensen, P. B., & Pedersen, C. B. (2011). Absolute risk of suicide after first hospital contact in mental disorder. *Archives of general psychiatry, 68*(10), 1058-1064.
- O'Carroll, P. W., Berman, A. L., Maris, R. W., Moscicki, E. K., Tanney, B. L., & Silverman, M. M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 26*(3), 237-252.
- Ochsner, K. N., Beer, J. S., Robertson, E. R., Cooper, J. C., Gabrieli, J. D., Kihlstrom, J. F., & D'Esposito, M. (2005). The neural correlates of direct and reflected self-knowledge. *Neuroimage, 28*(4), 797-814.
- O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational–volitional model of suicidal behaviour. *International handbook of suicide prevention: Research, policy and practice, 1*, 181-98.
- O'Connor, R. C., Cleare, S., Eschle, S., Wetherall, K., & Kirtley, O. J. (2016). The integrated motivational-volitional model of suicidal behavior: An update. *The international handbook of suicide prevention, 220-240*.
- O'Connor, R. C., & Nock, M. K. (2014). The psychology of suicidal behaviour. *The Lancet Psychiatry, 1*(1), 73-85.
- O'Connor, R. C., Platt, S., & Gordon, J. (2011). *International Handbook of Suicide Prevention*. Chichester: John Wiley & Sons.

- O'Donovan, A., Rush, G., Hoatam, G., Hughes, B. M., McCrohan, A., Kelleher, C., & Malone, K. M. (2013). Suicidal ideation is associated with elevated inflammation in patients with major depressive disorder. *Depression and anxiety, 30*(4), 307-314.
- Ohman A, & Mineka S. (2001). Fears, phobias, and preparedness: Toward an evolved module of fear and fear learning. *Psychological Review. 108*, 483–522.
- Olie, E., Guillaume, S., Jaussent, I., Courtet, P., & Jollant, F. (2010). Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. *Journal of affective disorders, 120*(1-3), 226-230.
- Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abou Abdallah, T., & Guelfi, J. D. (2008) Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: Literature review. *Encephale, 34*(5): 452–458.
- Orbach, I., Mikulincer, M., King, R., Cohen, D., & Stein, D. (1997). Thresholds and tolerance of physical pain in suicidal and nonsuicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 646–652.
- Orbach, I., Blomenson, R., Mikulincer, M., Gilboa–Schechtman, E., Rogolsky, M., & Retzoni, G. (2007). Perceiving a problem–solving task as a threat and suicidal behavior in adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*(9), 1010-1034.
- Orsolini, L., Latini, R., Pompili, M., Serafini, G., Volpe, U., Vellante, F., & De Berardis, D. (2020). Understanding the complex of suicide in depression: from research to clinics. *Psychiatry investigation, 17*(3), 207.
- Osborn, E., Brooks, J., O'Brien, P. M. S., & Wittkowski, A. (2021). Suicidality in women with Premenstrual Dysphoric Disorder: a systematic literature review. *Archives of women's mental health, 24*(2), 173-184.
- Overholser, J. C., Adams, D. M., Lehnert, K. L., & Brinkman, D. C. (1995). Self-esteem deficits and suicidal tendencies among adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 34*(7), 919-928.
- Pallis, D. J., & Jenkins, J. S. (1977). Extraversion, neuroticism, and intent in attempted suicides. *Psychological Reports, 41*, s. 19-22.

- Palmer Jr, C. J. (2004). Suicide attempt history, self-esteem, and suicide risk in a sample of 116 depressed voluntary inpatients. *Psychological Reports*, 95(3\_suppl), 1092-1094.
- Park, S. U., & Kim, M. K. (2018). Effects of campus life stress, stress coping type, self-esteem, and maladjustment perfectionism on suicide ideation among college students. *Korean Journal of Clinical Laboratory Science*, 50(1), 63-70.
- Park, J. E., Lee, J. Y., Jeon, H. J., Han, K. H., Sohn, J. H., Jeong Sung, S., & Cho, M. J. (2014). Age-related differences in the influence of major mental disorders on suicidality: a Korean nationwide community sample. *Journal of affective disorders*, 162, 96-101.
- Pedersen, N. L., & Fiske, A. (2010). Genetic influences on suicide and nonfatal suicidal behavior: twin study findings. *European psychiatry*, 25(5), 264-267.
- Peduzzi, P., Concato, J., Kemper, E., Holford, T. R., & Feinstein, A. R. (1996). A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 49(12), s. 1373–1379.
- Pennel, L., Quesada, J. L., & Dematteis, M. (2018). Neuroticism and anxious attachment as potential vulnerability factors of repeat suicide attempts. *Psychiatry research*, 264, 46-53.
- Pennings, S. M., & Anestis, M. D. (2013). Discomfort intolerance and the acquired capability for suicide. *Cognitive therapy and research*, 37(6), 1269-1275.
- Peters, E., John, A., Bowen, R., Baetz, M., & Balbuena, L. (2018). Neuroticism and suicide in a general population cohort: Results from the UK Biobank Project. *BJPsych Open*, 4(2), 62-68.
- Pirkis, J., & Nordentoft, M. (2011). Media influences on suicide and attempted suicide In: O'Connor RC, Platt S, Gordon J, eds. *International handbook of suicide prevention: research, policy and practice*.
- Pirkis, J., Spittal, M. J., Keogh, L., Mousaferiadis, T., & Currier, D. (2017). Masculinity and suicidal thinking. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(3), 319-327.
- Pollock, L. R., & Williams, J. M. G. (2004). Problem-solving in suicide attempters. *Psychological medicine*, 34(1), 163-167.

- Pompili, M., Lester, D., Leenaars, A. A., Tatarelli, R., & Girardi, P. (2008). Psychache and suicide: A preliminary investigation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38(1), 116-121.
- Poorolajal, J., Goudarzi, M., Gohari-Ensaf, F., & Darvishi, N. (2022). Relationship of religion with suicidal ideation, suicide plan, suicide attempt, and suicide death: a meta-analysis. *Journal of Research in Health Sciences*, 22(1).
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American journal of psychiatry*, 164(7), 1035-1043.
- Posner, K., Brodsky, B., Yershova, K., Buchanan, J., & Mann, J. (2014). The classification of suicidal behavior. *The Oxford handbook of suicide and self-injury*, 7-22.
- Pużyński, S. (2007). Choroba psychiczna—problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych. *Psychiatria Polska*, 41(3), 299-308.
- Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T. L., Danko, G. P., Buckman, K., Bierut, L., ... & Reich, T. (2002). Comparison of 3190 alcohol-dependent individuals with and without suicide attempts. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26(4), 471-477.
- Prinstein, M. J. (2008). Introduction to the special section on suicide and nonsuicidal self-injury: a review of unique challenges and important directions for self-injury science. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 1.
- Qin, P. (2011). The impact of psychiatric illness on suicide: differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *Journal of psychiatric research*, 45(11), 1445-1452.
- Qin, P., Agerbo, E., Westergård-Nielsen, N., Eriksson, T., & Mortensen, P. B. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *The British journal of psychiatry*, 177(6), 546-550.
- Qin, P., Agerbo, E., & Mortensen, P. B. (2002). Suicide risk in relation to family history of completed suicide and psychiatric disorders: a nested case-control study based on longitudinal registers. *The Lancet*, 360(9340), 1126-1130.

- Radomsky, E. D., Haas, G. L., Mann, J. J., & Sweeney, J. A. (1999). Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *American journal of psychiatry*, *156*(10), 1590-1595.
- Rao, C., Lopez, A. D., Yang, G., Begg, S., & Ma, J. (2005). Evaluating national cause-of-death statistics: principles and application to the case of China. *Bulletin of the World Health Organization*, *83*(8), 618-625.
- Rappaport, L. M., Flint, J., & Kendler, K. S. (2017). Clarifying the role of neuroticism in suicidal ideation and suicide attempt among women with major depressive disorder. *Psychological medicine*, *47*(13), 2334-2344.
- Reisch, T., Seifritz, E., Esposito, F., Wiest, R., Valach, L., & Michel, K. (2010). An fMRI study on mental pain and suicidal behavior. *Journal of affective disorders*, *126*(1-2), 321-325.
- Renaud, J., Berlim, M. T., McGirr, A., Tousignant, M., & Turecki, G. (2008). Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: A case-control study. *Journal of Affective Disorders*, *105*, 221-228.
- Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2009). The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Current status and future directions. *Journal of clinical psychology*, *65*(12), 1291-1299.
- Ribeiro, J. D., Witte, T. K., Van Orden, K. A., Selby, E. A., Gordon, K. H., Bender, T. W., & Joiner Jr, T. E. (2014). Fearlessness about death: the psychometric properties and construct validity of the revision to the acquired capability for suicide scale. *Psychological assessment*, *26*(1), 115-126.
- Rice, S. M., Kealy, D., Oliffe, J. L., & Ogrodniczuk, J. S. (2019). Externalizing depression symptoms among Canadian males with recent suicidal ideation: A focus on young men. *Early intervention in psychiatry*, *13*(2), 308-313.
- Riley, R. D., Ensor, J., Snell, K. I., Harrell, F. E., Martin, G. P., Reitsma, J. B., ... & Van Smeden, M. (2020). Calculating the sample size required for developing a clinical prediction model. *Bmj*, *368*.



- Rimkeviciene, J., Hawgood, J., O’Gorman, J., & De Leo, D. (2017). Construct validity of the acquired capability for suicide scale: factor structure, convergent and discriminant validity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(2), 291-302.
- Ringle, C.M., Wende, S., & Becker, J.M. (2015). Smart PLS 3. Smart PLS GmbH, Boenningstedt. *Journal of Service Science and Management*, 10(3), 32-49.
- Rivlin, A., Hawton, K., Marzano, L., & Fazel, S. (2013). Psychosocial characteristics and social networks of suicidal prisoners: towards a model of suicidal behaviour in detention. *PloS one*, 8(7), e68944.
- Roberts, R. E., Roberts, C.R., & Chen, Y.R. (1998). Suicidal thinking among adolescents with a history of attempted suicide. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 1294–1300.
- Rodziński, P, Sobański, J. A., Rutkowski, K., Cyranka, K., & Murzyn, A. (2015). Skuteczność terapii w zakresie redukcji nasilenia i eliminacji myśli samobójczych w oddziale dziennym leczenia nerwic i zaburzeń behawioralnych. *Psychiatria Polska*, 49(3), 489–502.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press
- Rossum, R. C., Coleman, K. J., Ahmedani, B. K., Beck, A., Johnson, E., Oliver, M., & Simon, G. E. (2017). Suicidal ideation reported on the PHQ9 and risk of suicidal behavior across age groups. *Journal of affective disorders*, 215, 77-84.
- Rudd, M. D. (2000). Integrating science into the practice of clinical suicidology: A review of the psychotherapy literature and a research agenda for the future. *Review of suicidology*, 47-83.
- Rudd, M. D. (2004). Cognitive therapy for suicidality: An integrative, comprehensive, and practical approach to conceptualization. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34(1), 59–72.
- Rudd, M. D., Joiner, T., & Rajab, M. H. (1996). Relationships among suicide ideators, attempters, and multiple attempters in young-adult sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 541–550.

- Ryden, M. B. (1978). An adult version of the Coopersmith Self-Esteem Inventory: Test-retest reliability and social desirability. *Psychological reports*, 43(3\_suppl), 1189-1190.
- Saetre, P., Lundmark, P., Wang, A., Hansen, T., Rasmussen, H. B., Djurovic, S., & Jönsson, E. G. (2010). The tryptophan hydroxylase 1 (TPH1) gene, schizophrenia susceptibility, and suicidal behavior: A multi-centre case-control study and meta-analysis. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 153(2), 387-396.
- Saini, P., Chopra, J., Hanlon, C. A., & Boland, J. E. (2021). A case series study of help-seeking among younger and older men in suicidal crisis. *International journal of environmental research and public health*, 18(14), 7319.
- Salleh, A., Osman, C. B., & Maniam, T. (2005). Coping behaviours in deliberate self-harm: a case controlled study. *Malaysian Journal of Psychiatry*, 13(2), s. 9-15.
- Sara, G. E. (2015). Mental disorder and suicide: A faulty connection, or a faulty argument. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(1), 84-86.
- Saxena S, Krug E, & Chestnov O. (2014). *Preventing suicide. A global imperative*. Luxembourg: World Health Organization Press.
- Schneider, B. (2009). Substance use disorders and risk for completed suicide. *Archives of suicide research*, 13(4), 303-316.
- Schoenbaum, G., Roesch, M. R., Stalnaker, T. A., & Takahashi, Y. K. (2009). A new perspective on the role of the orbitofrontal cortex in adaptive behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, 10(12), 885-892.
- Schotte, D. E., & Clum, G. A. (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 49-54.
- Schosser, A., Butler, A. W., Ising, M., Perroud, N., Uher, R., Ng, M. Y., & Lewis, C. M. (2011). Genomewide association scan of suicidal thoughts and behaviour in major depression. *PloS one*, 6(7), e20690.
- Schrijvers, D. L., Bollen, J., & Sabbe, B. G. (2012). The gender paradox in suicidal behavior and its impact on the suicidal process. *Journal of affective disorders*, 138(1-2), s. 19-26.

- Scocco, P., de Girolamo, G., Vilagut, G., & Alonso, J. (2008). Prevalence of suicide ideation, plans, and attempts and related risk factors in Italy: results from the European Study on the Epidemiology of Mental Disorders—World Mental Health study. *Compr. Psychiatry, 49*, 13-21.
- Séguin, M., Beauchamp, G., Robert, M., DiMambro, M., & Turecki, G. (2014). Developmental model of suicide trajectories. *The British Journal of Psychiatry, 205*(2), 120-126.
- Selby, E. A., Anestis, M. D., Bender, T. W., & Joiner Jr, T. E. (2009). An exploration of the emotional cascade model in borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology, 118*(2), 375.
- Sequeira, A., Mamdani, F., Lalovic, A., Anguelova, M., Lesage, A., Seguin, M., & Turecki, G. (2004). Alpha 2A adrenergic receptor gene and suicide. *Psychiatry research, 125*(2), 87-93.
- Sharifi, V., Eaton, W. W., Wu, L. T., Roth, K. B., Burchett, B. M., & Mojtabai, R. (2015). Psychotic experiences and risk of death in the general population: 24–27 year follow-up of the Epidemiologic Catchment Area study. *The British Journal of Psychiatry, 207*(1), 30-36.
- Shannon, C., Schwandt, M. L., Champoux, M., Shoaf, S. E., Suomi, S. J., Linnoila, M., & Higley, J. D. (2005). Maternal absence and stability of individual differences in CSF 5-HIAA concentrations in rhesus monkey infants. *American Journal of Psychiatry, 162*(9), 1658-1664.
- Sher, L., Carballo, J. J., Grunebaum, M. F., Burke, A. K., Zalsman, G., Huang, Y. Y., & Oquendo, M. A. (2006). A prospective study of the association of cerebrospinal fluid monoamine metabolite levels with lethality of suicide attempts in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 8*(5p2), 543-550.
- Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Jason Aronson.
- Silverman, M. M. (2006). *The language of suicidology. Suicide and Life-Threatening Behavior, 36*(5), 519-532.
- Silverman, M. M., Berman, A. L., Sanddal, N. D., O'Carroll, P. W., & Joiner Jr, T. E. (2007). Rebuilding the tower of Babel: a revised nomenclature for the study of suicide and suicidal

behaviors part 2: suicide-related ideations, communications, and behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-277.

Simon, R. I., & Hales, R. E. (Eds.). (2012). *The American Psychiatric Publishing textbook of suicide assessment and management*. American Psychiatric Pub.

Siuta, J. (2009). *Inwentarz Osobowości NEO-PI-R Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrae: adaptacja polska: podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych.

Skogman, K., Alsén, M., & Öjehagen, A. (2004). Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(2), s. 113-120.

Smith, J. M., Alloy, L. B., & Abramson, L. Y. (2006). Cognitive vulnerability to depression, rumination, hopelessness, and suicidal ideation: multiple pathways to selfinjurious thinking. *Suicide Life Threat Behav*, 36, s. 443-454.

Smith, P. N., Cukrowicz, K. C., Poindexter, E. K., Hobson, V., & Cohen, L. M. (2010). The acquired capability for suicide: A comparison of suicide attempters, suicide ideators, and non-suicidal controls. *Depression and anxiety*, 27(9), s. 871-877.

Snyder, C. R. (2002). Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychological Inquiry*, 13(4), s. 249-275.

Snyder, C. R., Hardi, S. S., Cheavens, J., Michael, S. T., Yamhure, L., & Simpson, S. (2000). The role of hope in cognitive-behavior therapies. *Cognitive Therapy and Research*, 24(6), s. 747-762

Snyder, C. R., Harris, Ch., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Lauren, Y., Gibb, J., Langelle, Ch., & Harney, P. (1991). The Will and the Ways: Development and Validation of an Individual-Differences Measure of Hope. *Journal of Personality and Social Psychology*. 60(4), s. 570-585

Sobański, J., Cyranka, K., Rodziński, P., Klasa, K., Rutkowski, K., Dembińska, E., ... & Smiatek-Mazgaj, B. (2015). Czy cechy osobowości i nasilenie objawów nerwicowych wiążą się ze sprawozdawaniem myśli samobójczych u pacjentów dziennego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych?. *Psychiatria Polska*, 49(6), 1343-1358.

Solomon, R. L., & Corbit, J. D. (1974). An opponent-process theory of motivation: I. Temporal dynamics of affect. *Psychological Review*, 81, 119–145.

- San Too, L., Spittal, M. J., Bugeja, L., Reifels, L., Butterworth, P., & Pirkis, J. (2019). The association between mental disorders and suicide: a systematic review and meta-analysis of record linkage studies. *Journal of affective disorders*, 259, 302-313.
- Soto-Sanz, V., Antonio Piqueras, J., Rodriguez-Marin, J., Teresa Perez-Vazquez, M., Rodríguez-Jiménez, T., Castellví, P., & Alonso, J. (2019). Self-esteem and suicidal behaviour in youth: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psicothema*, 31(3), 246-254.
- Spallek, J., Reeske, A., Norredam, M., Nielsen, S. S., Lehnhardt, J., & Razum, O. (2015). Suicide among immigrants in Europe—a systematic literature review. *The European Journal of Public Health*, 25(1), 63-71.
- Spangenberg, L., Glaesmer, H., Hallensleben, N., Rath, D., & Forkmann, T. (2019). (In) stability of capability for suicide in psychiatric inpatients: longitudinal assessment using ecological momentary assessments. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(6), s. 1560-1572.
- Spencer-Thomas, S., & Jahn, D. R. (2012). Tracking a movement: US milestones in suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(1), s. 78-85.
- Standley, C. J. (2022). Expanding our paradigms: Intersectional and socioecological approaches to suicide prevention. *Death studies*, 46(1), 224-232.
- Stanley, I. H., Hom, M. A., Rogers, M. L., Hagan, C. R., & Joiner Jr, T. E. (2016). Understanding suicide among older adults: a review of psychological and sociological theories of suicide. *Aging & mental health*, 20(2), 113-122.
- Statham, D. J., Heath, A. C., Madden, P. A., Bucholz, K. K., Bierut, L., Dinwiddie, S. H., & Martin, N. G. (1998). Suicidal behaviour: an epidemiological and genetic study. *Psychological medicine*, 28(4), 839-855.
- Stephenson, H., Pena-Shaff, J., & Quirk, P. (2006). Predictors of college student suicidal ideation: Gender differences. *College Student Journal*, 40(1), 109.
- Sulkowski, M. L., Dempsey, J., & Dempsey, A. G. (2011). Effects of stress and coping on binge eating in female college students. *Eating behaviors*, 12(3), 188-191.

- Tamres, L. K., Janicki, D., & Helgeson, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: A meta-analytic review and an examination of relative coping. *Personality and social psychology review*, 6(1), s. 2-30.
- Taylor, P. J., Gooding, P. A., Wood, A. M., Johnson, J., Pratt, D., & Tarrier, N. (2010). Defeat and entrapment in schizophrenia: The relationship with suicidal ideation and positive psychotic symptoms. *Psychiatry research*, 178(2), 244-248.
- Teasdale, J. D., & Dent, J. (1987). Cognitive vulnerability to depression: An investigation of two hypotheses. *British Journal of Clinical Psychology*, 26(2), 113-126.
- Thompson, A. H. (2010). The Suicidal Process and Self-Esteem. *Crisis*, 31(6), s. 311–316.
- Topol, P., & Reznikoff, M. (1982). Perceived peer and family relationships, hopelessness and locus of control as factors in adolescent suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 12, 141-150.
- Troister, T., & Holden, R. R. (2012). A two-year prospective study of psychache and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates. *Journal of clinical psychology*, 68(9), 1019-1027.
- Tsirigotis, K., Gruszczynski, W., & Tsirigotis, M. (2011). Gender differentiation in methods of suicide attempts. *Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research*, 17(8), PH65.
- Tsujimoto, E., Taketani, R., Yano, M., Yamamoto, A., & Ono, H. (2015). Relationship between Depression, Suicidal Ideation, and Stress Coping Strategies in Japanese Undergraduates. *International Medical Journal*, 22(4).
- Turecki, G. (2005). Dissecting the suicide phenotype: The role of impulsive–aggressive behaviours: 2003 CCNP Young Investigator Award Paper. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30(6), 398-408.
- Turecki, G., Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*, 387(10024), 1227-1239.
- Turecki, G., Ernst, C., Jollant, F., Labonté, B., & Mechawar, N. (2012). The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. *Trends in neurosciences*, 35(1), 14-23.

- Tucker, R. P., Wingate, L. R., O'Keefe, V. M., Mills, A. C., Rasmussen, K., Davidson, C. L., & Grant, D. M. (2013). Rumination and suicidal ideation: The moderating roles of hope and optimism. *Personality and Individual Differences, 55*, 606-611.
- Turecki, G. (2014). The molecular bases of the suicidal brain. *Nature Reviews Neuroscience, 15*(12), 802-816.
- Twenge, J. M., Baumeister, R. F., DeWall, C. N., Ciarocco, N. J., & Bartels, J. M. (2007). Social exclusion decreases prosocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 92*, 56–66.
- Twenge, J. M., Baumeister, R. F., Tice, D. M., & Stucke, T. S. (2001). If you can't join them, beat them: effects of social exclusion on aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 81*, 1058– 1069.
- Twenge, J. M., Catanese, K. R., & Baumeister, R. F. (2002). Social exclusion causes self-defeating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 83*, 606–615
- Twenge, J. M., Catanese, K. R., & Baumeister, R. F. (2003). Social exclusion and the deconstructed state: time perception, meaninglessness, lethargy, lack of emotion, and self-awareness. *Journal of personality and social psychology, 85*(3), 409.
- Um, E., Plass, J. L., Hayward, E. O., & Homer, B. D. (2012). Emotional design in multimedia learning. *Journal of educational psychology, 104*(2), 485.
- Umhau, J. C., George, D. T., Heaney, R. P., Lewis, M. D., Ursano, R. J., Heilig, M., & Schwandt, M. L. (2013). Low vitamin D status and suicide: a case-control study of active duty military service members. *PloS one, 8*(1), e51543.
- Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego z dn. 19 sierpnia 1994 r. z późniejszymi zmianami (Dz. U. Nr 111, poz. 535).
- Wagner, B. M., Wong, S. A., & Jobes, D. A. (2002). Mental health professionals' determinations of adolescent suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 32*(3), 284-300.
- Van den Bos, R., Harteveld, M., & Stoop, H. (2009). Stress and decision-making in humans: performance is related to cortisol reactivity, albeit differently in men and women. *Psychoneuroendocrinology, 34*(10), 1449-1458.

- Van Heeringen, K. (2003). The neurobiology of suicide and suicidality. *The Canadian Journal of Psychiatry, 48*(5), 292-300.
- Van Orden, K.A., Cukrowicz, K.C., Witte, T.K., & Joiner, T.E. Jr. (2012). Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: Construct validity and psychometric properties of the Interpersonal Needs Questionnaire. *Psychological Assessment, 24*(1), s. 197- 215.
- Van Orden, K. A., Lynam, M. E., Hollar, D., & Joiner, T. E. (2006). Perceived burdensomeness as an indicator of suicidal symptoms. *Cognitive Therapy and Research, 30*(4), s. 457-467.
- Van Orden, K.A., Witte, T.K., Gordon, K.H., Bender, T.W., & Joiner, T.E. Jr. (2008). Suicidal desire and the capability for suicide: Tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(1), s. 72-83.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., & Joiner, T. E., Jr. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review, 117*(2), s. 575–600.
- Värnik, P. (2012). Suicide in the world. *International journal of environmental research and public health, 9*(3), 760-771.
- Verona, E., Patrick, C. J., & Joiner ,T. E. (2001) Psychopathy, antisocial personality, and suicide risk. *J Abnorm Psychol, 110*, s. 462.
- Viana, M. M., De Marco, L. A., Boson, W. L., Romano-Silva, M. A., & Correa, H. (2006). Investigation of A218C tryptophan hydroxylase polymorphism: association with familial suicide behavior and proband's suicide attempt characteristics. *Genes, brain and behavior, 5*(4), 340-345.
- Vijayakumar, L. (2015). Suicide in women. *Indian journal of psychiatry, 57*(Suppl 2), S233-S238.
- Walker, K. L., Chang, E. C., & Hirsch, J. K. (2017). Neuroticism and Suicidal Behavior: Conditional Indirect Effects of Social Problem Solving and Hopelessness. *International Journal of Mental Health and Addiction volume 15*, 80–89.
- Wang, M. C., Lightsey, O. R., Pietruszka T., Uruk A. C., & Wells, A. G. (2007). Purpose in life and reasons for living as mediators of the relationship between stress, coping, and suicidal behavior. *The Journal of Positive Psychology, 2*(3), s. 195–204



- Wasserman, D., Rihmer, Z., Rujescu, D., Sarchiapone, M., Sokolowski, M., Titelman, D., & Carli, V. (2012). The European Psychiatric Association (EPA) guidance on suicide treatment and prevention. *European psychiatry*, 27(2), 129-141.
- Webb, R. T., Qin, P., Stevens, H., Appleby, L., Shaw, J., & Mortensen, P. B. (2013). Combined influence of serious mental illness and criminal offending on suicide risk in younger adults. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(1), 49-57.
- Wesonga, S., Osingada, C., Nabisere, A., Nkemijika, S., & Olwit, C. (2021). Suicidal tendencies and its association with psychoactive use predictors among university students in Uganda: a cross-sectional study. *African health sciences*, 21(3), 1418-1427.
- Wetherall, K., Cleare, S., Eschle, S., Ferguson, E., O'Connor, D. B., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2018). From ideation to action: Differentiating between those who think about suicide and those who attempt suicide in a national study of young adults. *Journal of affective disorders*, 241, 475-483.
- Wetzel, R. D., Margulies, T., Davies, R., & Karam, E. (1980). Hopelessness, depression, and suicide intent. *Journal of Clinical Psychiatry*, 41, 159-167.
- White, V. B., Leib, J. R., Farmer, J. M., & Biesecker, B. B. (2010). Exploration of transitional life events in individuals with Friedreich ataxia: Implications for genetic counseling. *Behavioral and Brain Functions*, 6(1), 1-12.
- Wichstrøm, L., & Rossow, I. (2002). Explaining the gender difference in self-reported suicide attempts: A nationally representative study of Norwegian adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 101-116.
- Wickramasinghe, D. P., Almeida, I. S., & Samarasekera, D. N. (2019). Depression and stressful life events among medical students during undergraduate career: Findings from a medical school in South Asia. *The Asia Pacific Scholar*, 4, 42-47.
- Wilcox, H. C., Conner, K. R., & Caine, E. D. (2004). Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug and alcohol dependence*, 76, S11-S19.

- Wild, L. G., Flisher, A. J., & Lombard, C. (2004). Suicidal ideation and attempts in adolescents: Associations with depression and six domains of self-esteem. *Journal of Adolescence*, 27, 611–624.
- Wiley, J. C. (2020). Psychological Aposematism: An evolutionary analysis of suicide. *Biological Theory*, 15(4), 226-238.
- Williams, J. B. (1988). A structured interview guide for the Hamilton depression rating scale. *Arch Gen Psychiatry*, 45(8), s. 742–747.
- Williams, J. M. G., Barnhofer, T., Crane, C., & Beck, A. T. (2005). Problem solving deteriorates following mood challenge in formerly depressed patients with a history of suicidal ideation. *Journal of abnormal psychology*, 114(3), 421.
- Williams, J. M. G., & Williams, M. (2002). *Suicide and attempted suicide: Understanding the cry of pain*. Mark Williams.
- Witte, T. K., Joiner Jr, T. E., Brown, G. K., Beck, A. T., Beckman, A., Duberstein, P., & Conwell, Y. (2006). Factors of suicide ideation and their relation to clinical and other indicators in older adults. *Journal of affective disorders*, 94(1-3), 165-172.
- Witte, T. K., Merrill, K. A., Stellrecht, N. E., Bernert, R. A., Hollar, D. L., Schatschneider, C., & Joiner Jr, T. E. (2008). “Impulsive” youth suicide attempters are not necessarily all that impulsive. *Journal of affective disorders*, 107(1-3), 107-116.
- Witte, T. K., Gordon, K. H., Smith, P. N., & Van Orden, K. A. (2012). Stoicism and sensation seeking: Male vulnerabilities for the acquired capability for suicide. *Journal of research in personality*, 46(4), 384-392.
- Vittinghoff, E., & McCulloch, C. E. (2007). Relaxing the rule of ten events per variable in logistic and Cox regression. *American journal of epidemiology*, 165(6), 710-718.
- Woodhead, E. L., Cronkite, R. C., Moos, R. H., & Timko, C. (2014). Coping strategies predictive of adverse outcomes among community adults. *Journal of clinical psychology*, 70(12), s. 1183-1195.
- World Health Organization. (2019). ICD-11: International classification of diseases (11th revision). <https://icd.who.int/>

Wright, L. (2012). *Silence is not golden: Attitudes towards suicide in the African American community*. Thesis, Georgia State University.

Wrzosek, M., Łukaszewicz, J., Wrzosek, M., Serafin, P., Jakubczyk, A., Klimkiewicz, A., & Wojnar, M. (2011). Association of polymorphisms in HTR2A, HTR1A and TPH2 genes with suicide attempts in alcohol dependence: a preliminary report. *Psychiatry research*, 190(1), 149-151.

Wu, C., Chen, Z., Yu, L., Duan, W., & Jiang, G. (2015). Effects of depression and hopelessness on suicide ideation: the mediation effect of psychache. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 23(6), 1040-1043.

Yuodelis-Flores, C., & Ries, R. K. (2015). Addiction and suicide: A review. *The American journal on addictions*, 24(2), 98-104.

Zahn, R., Moll, J., Paiva, M., Garrido, G., Krueger, F., Huey, E. D., & Grafman, J. (2009). The neural basis of human social values: evidence from functional MRI. *Cerebral cortex*, 19(2), 276-283.

Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P., & Śliwińska, M. (1998). *Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Adaptacja polska. Podręcznik*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Zhou, Z., Roy, A., Lipsky, R., Kuchipudi, K., Zhu, G., Taubman, J., & Goldman, D. (2005). Haplotype-based linkage of tryptophan hydroxylase 2 to suicide attempt, major depression, and cerebrospinal fluid 5-hydroxyindoleacetic acid in 4 populations. *Archives of general psychiatry*, 62(10), 1109-1118.

Zouk, H., McGirr, A., Lebel, V., Benkelfat, C., Rouleau, G., & Turecki, G. (2007). The effect of genetic variation of the serotonin 1B receptor gene on impulsive aggressive behavior and suicide. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 144(8), 996-1002.

## Spis tabel

<i>Tabela 1</i> .....	82
<i>Tabela 2</i> .....	96
<i>Tabela 3</i> .....	97
<i>Tabela 4</i> .....	97
<i>Tabela 5</i> .....	98
<i>Tabela 6</i> .....	99
<i>Tabela 7</i> .....	100
<i>Tabela 8</i> .....	101
<i>Tabela 9</i> .....	101
<i>Tabela 10</i> .....	101
<i>Tabela 11</i> .....	103
<i>Tabela 12</i> .....	104
<i>Tabela 13</i> .....	104
<i>Tabela 14</i> .....	105
<i>Tabela 15</i> .....	105
<i>Tabela 16</i> .....	106
<i>Tabela 17</i> .....	106
<i>Tabela 18</i> .....	107
<i>Tabela 19</i> .....	108
<i>Tabela 20</i> .....	109
<i>Tabela 21</i> .....	109
<i>Tabela 22</i> .....	110
<i>Tabela 23</i> .....	110
<i>Tabela 24</i> .....	111
<i>Tabela 25</i> .....	111
<i>Tabela 26</i> .....	113
<i>Tabela 27</i> .....	114
<i>Tabela 28</i> .....	116
<i>Tabela 29</i> .....	117
<i>Tabela 30</i> .....	119
<i>Tabela 31</i> .....	120
<i>Tabela 32</i> .....	121
<i>Tabela 33</i> .....	122
<i>Tabela 34</i> .....	122
<i>Tabela 35</i> .....	123
<i>Tabela 36</i> .....	124
<i>Tabela 37</i> .....	126
<i>Tabela 38</i> .....	128
<i>Tabela 39</i> .....	130
<i>Tabela 40</i> .....	131
<i>Tabela 41</i> .....	134
<i>Tabela 42</i> .....	136
<i>Tabela 43</i> .....	140
<i>Tabela 44</i> .....	140
<i>Tabela 45</i> .....	141
<i>Tabela 46</i> .....	142
<i>Tabela 47</i> .....	143

## Spis rysunków

<i>Rysunek 1. Model czynników ryzyka zachowań samobójczych według Turecki, Brent (2016) (opracowanie własne).</i> .....	21
<i>Rysunek 2. Graficzna prezentacja Teorii Poczucia Beznadziejności w Zachowaniach Samobójczych – opracowanie własne na podstawie Abramson i wsp. 2000.</i> .....	36
<i>Rysunek 3. Graficzna prezentacja założeń Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych (ITS) – opracowanie własne na podstawie Van Ordena i wsp. (2010).</i> .....	43
<i>Rysunek 4. Model badawczy – opracowanie własne.</i> .....	78
<i>Rysunek 5. Wykres średnich poszczególnych zmiennych kryterialnych powstałych w dwustopniowej analizie klasterowej.</i> .....	142

## NEO-FFI dla skali NEU

Instrukcja: uważnie przeczytaj tę instrukcję, zanim zaczniesz pisać. Kwestionariusz ten składa się z 12 stwierdzeń (dotyczy jednej skali). Przeczytaj każde z nich uważnie. Przy każdym zdaniu otocz kółkiem odpowiedź, która najlepiej wyraża Twoją opinię. Upewnij się, czy swoją odpowiedź wpisujesz przy odpowiednim stwierdzeniu.

### Zakreśl:

1. Gdy się **ZDECYDOWANIE NIE ZGADZASZ** lub gdy stwierdzenie jest całkowicie nie trafne
2. Gdy się **NIE ZGADZASZ** lub gdy stwierdzenie jest raczej nie trafne
3. Gdy **NIE MASZ ZDANIA** lub gdy nie możesz się zdecydować, lub też to stwierdzenie jest równie trafne jak nie trafne
4. Gdy się **ZGADZASZ**, lub gdy stwierdzenie jest raczej trafne
5. Gdy się **ZDECYDOWANIE ZGADZASZ**, lub gdy stwierdzenie jest całkowicie trafne

l.p						
1	Nie należę do osób stale martwiących się	1	2	3	4	5
2	Często czuję się gorszy(a) od innych	1	2	3	4	5
3	Kiedy znajduję się pod wpływem silnego stresu, to czasem czuję się tak, jakbym miał(a) się rozpaść na kawałki	1	2	3	4	5
4	Rzadko czuję się samotny(a) lub przygnębiony(a)	1	2	3	4	5
5	Często czuję się napięty(a) i zdenerwowany(a)	1	2	3	4	5
6	Czasami czuję się całkowicie bezwartościowy(a)	1	2	3	4	5
7	Rzadko czuję się przerażony(a) lub załęczony(a)	1	2	3	4	5
8	Czasami wpadam w złość z powodu w jaki inni mnie traktują	1	2	3	4	5
9	Zbyt często, gdy sprawy idą źle, zniechęcam się i czuję się zrezygnowany(a)	1	2	3	4	5
10	Rzadko bywam smutny(a) i przygnębiony(a)	1	2	3	4	5
11	Często czuję się bezradny(a) i potrzebuję kogoś, kto rozwiązałby moje problemy	1	2	3	4	5
12	Czasami bywam tak zawstydzony(a), że chciałbym(chciałabym) się gdzieś schować	1	2	3	4	5

## Załącznik nr 2

### Skala Beznadziejności Becka

Instrukcja:

Poniższy kwestionariusz składa się z 20 stwierdzeń. Proszę uważnie przeczytać każde zdanie jedno po drugim.

Jeśli zdanie opisuje twoją postawę w przeciągu ostatniego tygodnia, włącznie z dzisiaj, zakreśl (P), które oznacza PRAWDA w kolumnie obok zdania. Jeśli stwierdzenie nie opisuje twojej postawy, zakreśl (F), które oznacza FAŁSZ.

Proszę uważnie przeczytać wszystkie poniższe zdania.

Stwierdzenie	PRAWDA (P)	FAŁSZ (F)
Z nadzieją i entuzjazmem patrzę w przyszłość		
Równie dobrze mógłbym się poddać, ponieważ nie mogę nic poprawić w moim życiu		
Kiedy sprawy idą źle, pomaga mi świadomość, że nie mogą tak pozostać na zawsze		
Nie potrafię sobie wyobrazić jak będzie wyglądało moje życie za 10 lat		
Mam wystarczająco dużo czasu, aby osiągnąć to, co chcę		
W przyszłości spodziewam się sukcesu w tym, co mnie najbardziej dotyczy/ na czym mi najbardziej zależy		
Moja przyszłość wydaje się być mroczna		
Tak się składa, że mam wyjątkowe szczęście i spodziewam się, że spotka mnie więcej dobrych rzeczy w życiu, niż przeciętnego człowieka		
Nie mogę się poddać i nie ma powodu, dla którego zrobię to w przyszłości		
Doświadczenia z przeszłości dobrze mnie przygotowały na przyszłość		
Przed sobą widzę tylko nieprzyjemność, a nie przyjemność		
Nie oczekuję dostać tego czego naprawdę chcę		
Kiedy patrzę w przyszłość, spodziewam się, że będę szczęśliwszy niż teraz		
Sprawy nie układają się tak jak ja bym chciał		
Mam wielką wiarę w przyszłość		
Nigdy nie dostaję tego, czego chcę, więc głupotą jest chcieć czegokolwiek		
Jest bardzo mało prawdopodobne, żebym w przyszłości uzyskał prawdziwą satysfakcję		
Przyszłość wydaje mi się niejasna i niepewna		
Oczekuję więcej dobrych czasów niż złych		
Nie ma sensu próbować dostać czegokolwiek, czego chcę, bo prawdopodobnie tego nie dostanę		

### Załącznik nr 3

#### Kwestionariusz CISS

Norman S. Endler & James D.A. Parker

Imię i nazwisko..... Wiek.....  
Płeć.....  
Wykształcenie..... zawód.....

**INSTRUKCJA:** poniższe zadania opisują różne reakcje ludzi na trudne, przykre, stresujące sytuacje. Zakreśl kółkiem jedną z cyfr od 1 do 5 przy każdym stwierdzeniu. **Określ w ten sposób, jak bardzo angażujesz się w te czynności, gdy znajdujesz się w trudnej, przykrej, stresującej sytuacji.**

- 1- Nigdy
- 2- Bardzo rzadko
- 3- Czasami
- 4- Często
- 5- Bardzo często

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Lepiej planuję swój czas.....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Koncentruję się na problemie i zastanawiam się, jak mogę go rozwiązać..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Myślę o czasach gdy było mi lepiej.....                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Staram się przebywać z innymi ludźmi.....                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Oskarżam się o zwlekanie.....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Robię to, co uważam za najlepsze.....                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Jestem skupiony(a) na swoich dolegliwościach fizycznych.....               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Winię siebie, że wpadłem(am) w taką sytuację.....                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Włóżę się po sklepach.....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Ustalę, co w danej sytuacji jest najważniejsze.....                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Staram się zasnąć.....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Objadam się ulubioną potrawą.....   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Niepokoję się, że sobie nie poradzę.....                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Staję się bardzo napięty(a).....  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Myślę o tym jak rozwiązywałem(am) podobne problemy w przeszłości.....     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Wmawiam sobie, że to w rzeczywistości nie dzieje się                      |   |   |   |   |   |



mnie.....	1	2	3	4	5
17. Winię siebie, że zbyt się tym przejmuję.....	1	2	3	4	5
18. Idę coś zjeść na mieście.....	1	2	3	4	5
19. Staję się bardzo przygnębiony(a).....	1	2	3	4	5
20. Kupuję sobie coś.....	1	2	3	4	5
21. Wyznaczam sobie kierunek działania i postępuję zgodnie z nim.....	1	2	3	4	5
22. Obwiniam siebie za to, że nie wiem co robić.....	1	2	3	4	5
23. Idę się zabawić.....	1	2	3	4	5
24. Staram się zrozumieć sytuację.....	1	2	3	4	5
25. „Zastygam w bezruchu” i nie wiem co robić.....	1	2	3	4	5
26. Podejmuję natychmiast właściwe działanie.....	1	2	3	4	5
27. Analizuję sytuację i uczę się na własnych błędach.....	1	2	3	4	5
28. Żałuję, że nie mogę zmienić tego co się stało, lub tego, co odczuwałem(am) w związku z tym.....	1	2	3	4	5
29. Odwiedzam przyjaciela.....	1	2	3	4	5
30. Martwię się, jak sobie z tym poradzę.....	1	2	3	4	5
31. Spędzam czas z bliską osobą.....	1	2	3	4	5
32. Wychodzę na spacer.....	1	2	3	4	5
33. Wmawiam sobie, że to się nigdy więcej nie powtórzy...	1	2	3	4	5
34. Skupiam się na swoich ogólnych brakach.....	1	2	3	4	5
35. Rozmawiam z kimś, kogo rady sobie cenię.....	1	2	3	4	5
36. Analizuję problem zanim zacznę działać.....	1	2	3	4	5
37. Dzwonię do kolegi lub koleżanki.....	1	2	3	4	5
38. Wpadam w złość.....	1	2	3	4	5
39. Zmieniam kolejność spraw do załatwienia.....	1	2	3	4	5
40. Oglądam film.....	1	2	3	4	5
41. Dążę do kontrolowania sytuacji.....	1	2	3	4	5
42. Podejmuję dodatkowy wysiłek, aby załatwić sprawę....	1	2	3	4	5
43. Podchodzę do problemu z różnych stron.....	1	2	3	4	5
44. „Robię sobie wolne”, by uciec od problemu.....	1	2	3	4	5
45. Wyladowuję się na innych.....	1	2	3	4	5
46. Wykorzystuję sytuację, aby udowodnić, że potrafię tego dokonać.....	1	2	3	4	5
47. Staram się tak zorganizować sprawy, aby zapanować nad sytuacją.....	1	2	3	4	5
48. Oglądam telewizję.....	1	2	3	4	5

Załącznik nr 4

## INQ

Poniższe pytania zachęcają do myślenia o sobie i innych ludziach.

Odpowiedz na każde pytanie, używając własnych **aktualnych** przekonań i doświadczeń, a NIE tego, co myślisz, że jest prawdą dla ogółu lub co może być prawdą dla innych ludzi.

Oprzyj swoje odpowiedzi na tym, jak się ostatnio czuleś/jak się obecnie czujesz.

Użyj skali ocen, aby znaleźć liczbę, która najlepiej pasuje do Twojego samopoczucia, następnie zakresł tę liczbę.

**Nie ma dobrych ani złych odpowiedzi: interesuje nas to, co myślisz i czujesz.**

		zupełnie nieprawdziwe			Trochę prawdziwe dla mnie			zupełnie prawdziwe
l.p.	Stwierdzenie	1	2	3	4	5	6	7
1	Obecnie ludziom w moim życiu byłoby lepiej, gdyby mnie nie było/gdybym nie żył.							
2	Obecnie ludzie w moim życiu byłoby szczęśliwsi beze mnie.							
3	Obecnie myślę, że jestem ciężarem dla społeczeństwa.							
4	Obecnie myślę, że moja śmierć byłaby ulgą dla ludzi w moim życiu.							
5	Obecnie myślę, że ludzie w moim życiu chcieliby się mnie pozbyć.							
6	Obecnie myślę, że pogarszam sytuację ludzi w moim życiu.							
7	Obecnie innym ludziom na mnie zależy/inni ludzie troszczą się o mnie.							
8	Obecnie czuję, że przynależę do czegoś/jestem częścią czegoś							
9	Ostatnio rzadko spotykam się z ludźmi, którym na mnie zależy.							
10	Na szczęście mam wielu troskliwych i wspierających przyjaciół.							
11	Obecnie czuję się odizolowany od innych ludzi.							
12	Obecnie często czuję się jak odludek/samotnik na spotkaniach towarzyskich.							
13	Obecnie czuję, że są ludzie, do których mogę się zwrócić w razie potrzeby.							
14	Obecnie jestem blisko z innymi ludźmi.							
15	Każdego dnia mam przynajmniej jedną satysfakcjonującą interakcję/ spotkanie							

## Załącznik nr 5

### ACSS – Acquired Capability for Suicide Scale

Instrukcja:

Poniżej znajduje się 20 stwierdzeń. Przeczytaj proszę poniższe stwierdzenia i zaznacz w jakim stopniu się z nimi zgadzasz. Staraj się odpowiedzieć na wszystkie pytania.

Rzeczy, które przerażają większość ludzi, nie przerażają mnie	Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Widok mojej własnej krwi nie przeszkadza mi	Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Unikam pewnych sytuacji (np. niektórych sportów) ze względu na możliwość kontuzji	Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Mogę znieść większy ból niż większość ludzi	Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Ludzie opisują mnie jako nieustraszonego	Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Widok krwi bardzo mnie niepokoi/ przeraża (R)	Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Fakt, że umrę, nie ma na mnie wpływu/ nie boję się śmierci	Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Przeraża mnie ból związany z umieraniem (R)	Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Zabijanie zwierząt w celach naukowych nie przeszkadza mi	Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Bardzo boję się śmierci (R)	Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Nie denerwuje mnie, gdy ludzie mówią o śmierci	Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Przeraża mnie widok martwego ciała (R)	Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Perspektywa własnej śmierci budzi we mnie niepokój (R)	Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Nie martwi mnie śmierć będąca naturalnym końcem życia	Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Lubię obserwować agresywny sport kontaktowy	Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Najlepszą częścią gier hokejowych są walki/bójki	Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Przestaję patrzeć kiedy widzę jakąś walkę (np. w telewizji)	Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Podczas brutalnych scen filmowych wołam zamknąć oczy	Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Wcale nie boję się śmierci	Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się
Mógłbym się zabić, gdybym tylko chciał. (Odpowiedz na pytanie, nawet jeśli nigdy nie chciałeś popełnić samobójstwa)	Zdecydowanie nie zgadzam się	Raczej nie zgadzam się	Nie mam zdania	Raczej zgadzam się	Zdecydowanie zgadzam się

## Inwentarz CSEI – Wersja dla dorosłych

Skala ta jest przeznaczona do oceny poczucia własnej wartości danej osoby.

Przeczytaj każde z poniższych zdań, zaznacz kolumnę „Dotyczy mnie” jeśli określa jak zazwyczaj się czujesz, lub kolumnę „Nie dotyczy mnie” jeśli nie określa jak zazwyczaj się czujesz

Dotyczy mnie

Nie dotyczy mnie

- |       |       |   |
|-------|-------|---|
| _____ | _____ | 1. Spędzam dużo czasu marząc  |
| _____ | _____ | 2. Jestem całkowicie pewny siebie   |
| _____ | _____ | 3. Często chciałbym być kimś innym.   |
| _____ | _____ | 4. Łatwo mnie polubić   |
| _____ | _____ | 5. Dobrze się bawię z moją rodziną  |
| _____ | _____ | 6. Nigdy się o nic nie martwię  |
| _____ | _____ | 7. Bardzo trudno mi rozmawiać w dużym gronie osób                                   |
| _____ | _____ | 8. Chciałbym być młodszy  |
| _____ | _____ | 9. Jest we mnie wiele rzeczy, które bym zmienił, gdybym tylko mógł.                 |
| _____ | _____ | 10. Mogę podjąć decyzję bez większych problemów.                                    |
| _____ | _____ | 11. Fajnie się ze mną spędza czas   |
| _____ | _____ | 12. W domu łatwo się denerwuję  |
| _____ | _____ | 13. Zawsze postępuję właściwie  |
| _____ | _____ | 14. Jestem dumny ze swojej pracy  |
| _____ | _____ | 15. Ktoś zawsze musi mi mówić co mam robić  |
| _____ | _____ | 16. Przyzwyczajenie się do czegoś nowego zajmuje mi dużo czasu                      |
| _____ | _____ | 17. Często przepraszam za to, co robię  |
| _____ | _____ | 18. Jestem popularny wśród ludzi w moim wieku/rówieśników                           |
| _____ | _____ | 19. Moja rodzina zwykle liczy się z moimi uczuciami                                 |
| _____ | _____ | 20. Nigdy nie jestem szczęśliwy   |
| _____ | _____ | 21. Robię wszystko co w mojej mocy.   |
| _____ | _____ | 22. Bardzo łatwo się poddam   |
| _____ | _____ | 23. Zazwyczaj potrafię o siebie zadbać  |
| _____ | _____ | 24. Jestem całkiem szczęśliwy   |
| _____ | _____ | 25. Wołałabym obcować z ludźmi młodszymi ode mnie.                                  |
| _____ | _____ | 26. Moja rodzina wymaga ode mnie zbyt dużo.   |
| _____ | _____ | 27. Lubię każdego, kogo znam  |
| _____ | _____ | 28. Lubię być wzywany kiedy jestem w grupie   |
| _____ | _____ | 29. Rozumiem siebie   |
| _____ | _____ | 30. Trudno być mną  |
| _____ | _____ | 31. W moim życiu wszystko jest pomieszane   |
| _____ | _____ | 32. Ludzie zazwyczaj podążają za moimi pomysłami                                    |
| _____ | _____ | 33. Nikt nie zwraca na mnie uwagi w domu  |
| _____ | _____ | 34. Nigdy mnie nie skarcono   |
| _____ | _____ | 35. Nie radzę sobie w pracy tak dobrze, jakbym chciał.                              |
| _____ | _____ | 36. Potrafię podjąć decyzję i się jej trzymać                                       |
| _____ | _____ | 37. Nie lubię być mężczyzną (odpowiedź dla mężczyzn)/kobietą (odpowiedź dla kobiet) |
| _____ | _____ | 38. Mam o sobie złe zdanie  |
| _____ | _____ | 39. Nie lubię przebywać z innymi ludźmi   |
| _____ | _____ | 40. Jest wiele sytuacji, kiedy chciałbym opuścić dom                                |

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

41. Nigdy nie jestem nieśmiały (zazwyczaj jestem śmiały)
42. Często czuję się zdenerwowany
43. Często wstydzę się siebie
44. Nie wyglądam tak ładnie jak większość ludzi
45. Jeśli mam coś do powiedzenia, zwykle to mówię.
46. Ludzie często mi dokuczają
47. Moja rodzina mnie rozumie
48. Zawsze mówię prawdę
49. Mój pracodawca lub przełożony sprawia, że czuję się niewystarczająco dobry
50. Nie obchodzi mnie to co się ze mną stanie
51. Jestem porażką
52. Łatwo się denerwuję, gdy jestem krytykowany
53. Większość ludzi jest bardziej lubiana niż ja.
54. Zwykle mam wrażenie, że moja rodzina na mnie naciska
55. Zawsze mam coś do powiedzenia innym.
56. Często się zniechęcam
57. Sprawy zazwyczaj mnie nie obchodzą
58. Nie można na mnie polegać

## Załącznik nr 7

Mariola Łaguna, Jerzy Trzebiński i Mariusz Zięba

### Kwestionariusz KNS

Nazwisko..... Imię..... płeć.....

Data urodzenia..... wykształcenie.....

Zawód..... miejscowość .....

#### Instrukcja

Przeczytaj uważnie każde z poniższych twierdzeń. Oceń, jak dobrze każde z nich opisuje Ciebie (pasuje do Ciebie). Zaznacz swoją odpowiedź, zakreślając kółkiem odpowiednią liczbę.

#### 1. Potrafię rozważyć wiele sposobów wyjścia z kłopotu.

1	2	3	4	5	6	7	8
Zdecydowanie nieprawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Raczej nieprawdziwe	Trochę nieprawdziwe	Trochę prawdziwe	Raczej prawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Zdecydowanie prawdziwe

#### 2. Energicznie realizuję moje zamierzenia.

1	2	3	4	5	6	7	8
Zdecydowanie nieprawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Raczej nieprawdziwe	Trochę nieprawdziwe	Trochę prawdziwe	Raczej prawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Zdecydowanie prawdziwe

#### 3. Czuję się zazwyczaj zmęczony (zmęczona).

1	2	3	4	5	6	7	8
Zdecydowanie nieprawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Raczej nieprawdziwe	Trochę nieprawdziwe	Trochę prawdziwe	Raczej prawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Zdecydowanie prawdziwe

#### 4. Jest wiele sposobów rozwiązania każdego problemu.

1	2	3	4	5	6	7	8
Zdecydowanie nieprawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Raczej nieprawdziwe	Trochę nieprawdziwe	Trochę prawdziwe	Raczej prawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Zdecydowanie prawdziwe

#### 5. W czasie dyskusji czy kłótni łatwo ustępuję

1	2	3	4	5	6	7	8
Zdecydowanie nieprawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Raczej nieprawdziwe	Trochę nieprawdziwe	Trochę prawdziwe	Raczej prawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Zdecydowanie prawdziwe

#### 6. Potrafię rozważyć wiele możliwości dochodzenia do rzeczy, na których mi najbardziej zależy

1	2	3	4	5	6	7	8
Zdecydowanie nieprawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Raczej nieprawdziwe	Trochę nieprawdziwe	Trochę prawdziwe	Raczej prawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Zdecydowanie prawdziwe

7. Obawiam się o moje zdrowie.

1	2	3	4	5	6	7	8
Zdecydowanie nieprawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Raczej nieprawdziwe	Trochę nieprawdziwe	Trochę prawdziwe	Raczej prawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Zdecydowanie prawdziwe

8. Nawet jeśli inni dają za wygraną, ja wiem, że jestem w stanie znaleźć sposób rozwiązania problemu.

1	2	3	4	5	6	7	8
Zdecydowanie nieprawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Raczej nieprawdziwe	Trochę nieprawdziwe	Trochę prawdziwe	Raczej prawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Zdecydowanie prawdziwe

9. Moje życiowe doświadczenie dobrze przygotowało mnie do wyzwań przyszłości

1	2	3	4	5	6	7	8
Zdecydowanie nieprawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Raczej nieprawdziwe	Trochę nieprawdziwe	Trochę prawdziwe	Raczej prawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Zdecydowanie prawdziwe

10. Odnoszę spore sukcesy w życiu

1	2	3	4	5	6	7	8
Zdecydowanie nieprawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Raczej nieprawdziwe	Trochę nieprawdziwe	Trochę prawdziwe	Raczej prawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Zdecydowanie prawdziwe

11. Zazwyczaj czuję się zatroskany (zatroskana) o coś

1	2	3	4	5	6	7	8
Zdecydowanie nieprawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Raczej nieprawdziwe	Trochę nieprawdziwe	Trochę prawdziwe	Raczej prawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Zdecydowanie prawdziwe

12. Osiągam cele, które sobie stawiam

1	2	3	4	5	6	7	8
Zdecydowanie nieprawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Raczej nieprawdziwe	Trochę nieprawdziwe	Trochę prawdziwe	Raczej prawdziwe	W większości przypadków prawdziwe	Zdecydowanie prawdziwe

## Załącznik nr 8

## Ankieta wstępna

Kod osoby badanej:	
Data badania:	
Płeć K/M	WIEK:

Opis sytuacji/ przyczyna przyjęcia do szpitala <i>Pytanie odnoszące się do osób aktualnie hospitalizowanych</i>		
Poprzednie hospitalizacje psychiatryczne	Tak	Nie
Psychiatryczne leczenie w trybie ambulatoryjnym	Tak	Nie
Rozpoznane choroby psychiczne (jednostki diagnostyczne), jeśli TAK to jakie? ..... .....	Tak	Nie
Przyjmowane leki psychiatryczne/neurologiczne/kardiologiczne	Tak	Nie
Urazy głowy	Tak	Nie
Przebyte zakażenia/obecne uczulenia/zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych	Tak	Nie
Nadużywanie substancji psychoaktywnych (bez alkoholu)	Tak	Nie
Nadużywanie/uzależnienie od alkoholu	Tak	Nie
Wcześniejsze próby samobójcze	Tak	Nie
Wcześniejsze myśli samobójcze	Tak	Nie
Opis myśli samobójczych przed przyjęciem lub/i obecnie <i>Pytanie odnoszące się do osób aktualnie hospitalizowanych</i>		
Czy osoba badana była pod wpływem substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu	Tak	Nie



<p>Doświadczanie objawów psychotycznych (urojeń, omamów słuchowych, wzrokowych), pod wpływem, których osoba badana chciała popełnić samobójstwo</p> <p><i>Pytanie odnoszące się do osób aktualnie hospitalizowanych</i></p>	Tak	Nie
<p>Radykalne zmiany w życiu, w ostatnich 6ciu miesiącach z którymi badany miał trudność sobie poradzić (silny stres psychiczny spowodowany np. utratą pracy, rozstaniem z partnerem/partnerką, śmiercią bliskiej osoby, inne ważne dla Pana/Pani wydarzenia negatywne)</p>	Tak	Nie

Obecne samopoczucie	Bardzo złe	złe	obojętne	dobre	Bardzo dobre
---------------------	------------	-----	----------	-------	--------------