



UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI
COLLEGIUM MEDICUM
W KRAKOWIE
Wydział Nauk o Zdrowiu

Kraków, 20.02.2023 r.

Prof. dr hab. n. o zdr. Marta Makara-Studzińska
Kierownik Zakładu Psychologii Zdrowia
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
e-mail: marta.makara-studzinska@uj.edu.pl

Ocena rozprawy doktorskiej

mgr Anny Lubas pt., *Czynniki ryzyka oraz czynniki ochronne zachowań samobójczych w grupie kobiet i mężczyzn hospitalizowanych na Oddziałach Psychiatrycznych z powodu podjętej próby samobójczej*

Promotor: dr hab., prof. Uniwersytetu SWPS Danuty Rode

Według raportu WHO z 2019 roku rocznie na całym świecie z powodu samobójstw umiera ponad 700 000 ludzi. Przyjmuje się że, codziennie na świecie, co 40 sek. jedna osoba ginie śmiercią samobójczą. Międzynarodowe Towarzystwo Zapobiegania Samobójstwom (International Association for Suicide Prevention) wskazuje, że na całym świecie notuje się tendencję wzrostową w zakresie zachowań samobójczych.

W Polsce codziennie 15 osób dokonuje próby samobójczej. Jak wynika z danych Komendy Głównej Policji 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 samobójstw w Polsce w latach 2017-2021 można zaobserwować o wzroście samobójstw w grupie kobiet (z 751 do 787 osób). Ponadto warto także zauważyć wzrost udziału kobiet w podejmowanych próbach samobójczych w ogólnej populacji Polaków.

W literaturze polskiej brak jest badań dotyczących czynników ryzyka i czynników ochronnych zachowań samobójczych opierających się na założeniach Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych (ITS) z uwzględnieniem płci. Natomiast wiadomo, że badanie oceny ryzyka samobójczego powinno być standardowym elementem każdego badania psychiatrycznego i psychologicznego.

Stąd też projekt badawczy Doktorantki stanowi cenne uzupełnienie dotychczasowego stanu badań.

Przedłożona praca doktorska liczy 241 stron, zawiera 47 tabel, 5 rysunków, aneks z załącznikami, natomiast brak jest spisu skrótów. Rozprawę wieńczy obszernie piśmiennictwo (ze znaczącą przewagą anglojęzycznych pozycji naukowych) oraz streszczenia pracy w języku polskim i angielskim. Autorka zaprojektowała interesujące badanie, którego obszarem zainteresowania jest wyszczególnienie i opisanie czynników ryzyka i czynników chroniących przed samobójstwem w grupie kobiet i mężczyzn wraz ze szczegółowym opisem funkcjonowania psychologicznego kobiet i mężczyzn, którzy podjęli próbę samobójczą.

Takie podejście do zachowań samobójczych pozwoli na wyodrębnienie predyktorów intrapsychicznych zachowań suicydalnych. Doktorantka założyła, że stworzony model pozwoli zrozumieć funkcjonowanie osobowościowe osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania w nawiązaniu do Interpersonalnej Teorii Zachowań Samobójczych - ITS).

Doktorantka wyszczególniła następujące cele projektu badawczego, który stanowi podstawę rozprawy doktorskiej:

Pierwszym - głównym - celem projektu badawczego było wyodrębnienie czynników ryzyka oraz czynników ochronnych zachowań samobójczych w grupie kobiet i mężczyzn hospitalizowanych z powodu podjętej próby samobójczej.

Drugim celem była weryfikacja różnic podmiotowych w grupie osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania i w grupie kontrolnej.

Trzecim celem był opis funkcjonowania osobowościowego i socjodemograficznego kobiet i mężczyzn po podjętej próbie samobójczej (z samobójczymi zaburzeniami zachowania).

Czwartym celem było stworzenie profilu psychologicznego osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania.

Doktorantka postawiła następujące pytania i hipotezy badawcze:

Pytania i hipotezy badawcze dotyczące porównań w grupie klinicznej i grupie 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?

Dysertację opracowano na podstawie analizy dostępnej literatury przedmiotu oraz w oparciu o wyniki przeprowadzonych badań i dyskusje wyników na tle literatury przedmiotu.

Część teoretyczna rozprawy jest obszerna i w pełni umożliwia postawienie pytań i hipotez badawczych, oraz opracowanie założeń o wzajemnych zależnościach, wskazując na kierunki wnioskowania. W tej części Autorka przeprowadziła rozważania definicyjne, opisała główne koncepcje zachowań samobójczych z uwzględnieniem różnic w zakresie płci. Dokonała charakterystyki czynników podmiotowych jako predyktorów zachowania samobójczego. Omówiła także zagadnienie zachowań samobójczych osób cierpiących z powodu choroby psychicznej oraz znaczenie czynników sytuacyjnych i socjodemograficznych w zachowaniach samobójczych. Rozważania Doktorantki są merytoryczne, charakteryzują się wnikliwością, szczegółowością oraz świadczą o dużym znawstwie problematyki. Ta część rozprawy doktorskiej napisana jest poprawnie pod względem językowym i co jest niezmiernie ważne w sposób komunikatywny. Wywód teoretyczny jest poprowadzony w sposób logiczny i uporządkowany.

W kolejnej części rozprawy doktorskiej – empirycznej, zaprezentowano projekt badawczy, opisano cel pracy i problem badawczy, przedstawiono przyjęty model oraz pytania i hipotezy badawcze. Dokonano operacjonalizacji zmiennych, przedstawiono organizację i przebieg badań własnych. Opisano narzędzia badawcze oraz dokonano także starannego opisu zastosowanych metod statystycznych analizy danych.

Tworząc model badawczy Doktorantka założyła, 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).

W kolejnych rozdziałach (6,7,8) Doktorantka zaprezentowała wyniki badań własnych, przeprowadziła ich dyskusję oraz wyciągnęła wnioski końcowe wraz z aplikacjami badań własnych i ograniczeniami zastosowanej procedury.

Główną grupą badaną zwaną kliniczną byli pacjenci po próbie samobójczej przyjęci w 2021 roku do Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Rybniku. Badania zostały przeprowadzone w grupie 181 osób, w tym 93 osoby przebywały w Szpitalu psychiatrycznym z powodu podjętej próby samobójczej. Dobór próby był dobozem celowym. Osoby z grupy klinicznej były kwalifikowane do badania na podstawie wywiadu wstępnego, po czym w badaniach właściwych osoby wypełniały w dwóch etapach ankietę i testy psychologiczne. Doktorantka podjęła decyzję o dwuetapowym postępowaniu, ze względu na możliwość znużenia i zmęczenie badanych. Badania odbywały się do 4 dni od przyjęcia pacjenta do Szpitala.

Osoby z grupy kontrolnej to ochotnicy bez hospitalizacji z powodu podjętej próby samobójczej, nieleczeni z powodu zachowań suicydalnych w przeszłości oraz bez aktywnych zaburzeń psychotycznych.

W badaniu uczestniczyły 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.

Projekt badań wraz z opisem procedury badawczej został przedstawiony powołanej Komisji Etyki Badań Naukowych i uzyskał pozytywną opinię.

W badaniu Doktorantka użyła 7 kwestionariuszy psychologicznych oraz autorskiej ankiety, stworzonej na potrzeby badania. Ankieta zawierała 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.

Każde z wykorzystanych przez Doktorantkę narzędzi badawczych jest metodą o zadowalającym bądź wysokim wskaźniku rzetelności.

Doktorantka zastosowała następujące narzędzia badawcze:

1. Test NEO-FFI, P. T. Costa, R. R. McCrae (Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P., Śliwińska, M.),
2. Skala beznadziejności Becka (BHS),
3. CISS Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych, N. S. Endler, J. D. A. Parker (Szczepaniak, P., Strelau, J., Wrześniewski, K.),
4. Kwestionariusz Potrzeb Interpersonalnych (INQ) INQ-15, Van Orden,
5. Skala Nabytej Zdolności do Samobójstwa (ACSS-20) Ribeiro, J. D., Witte, T. K., Van Orden, K. A., Selby, E. A., Gordon, K. H., Bender, T. W., Joiner, T. E.,
6. Inwentarz poczucia własnej wartości (CSEI) Ryden, M. B., KNS,
7. Kwestionariusz Nadziei na Sukces, Laguna, M., Trzebiński, J., Zięba M.,
8. Ankieta- narzędzie stworzone na potrzeby badania do zebrania podstawowych danych (załącznik nr 8).

Testy dostępne w języku angielskim zostały poddane przez Doktorantkę procesowi translacji.

Doktorantka dokonując analizy statystycznej w pierwszej kolejności wykonała analizę podstawowych statystyk opisowych wraz z testem Shapiro-Wilka, liczebności grup, testy Welch'a. Następnie w celu weryfikacji pytań i hipotez badawczych wykonała testy t -Studenta dla prób niezależnych, testy U Manna- Whitney'a, testy chi kwadrat niezależności, analizę regresji logistycznej oraz dwustopniową analizę skupień. Wyniki Grupy kontrolnej zostały wykorzystane 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 na wynikach z Grupy Klinicznej. W 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 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. Za poziom istotności statystycznej przyjęto klasyczny próg $\alpha = 0,05$.

Zastosowane przez Doktorantkę narzędzie badawcze oraz metodologia i metodyka badań w ocenie Recenzentki zostały użyte prawidłowo, odpowiednio i adekwatnie. Zastosowane testy analizy statystycznej są poprawne, innowacyjne i wskazują na bardzo duże umiejętności Doktorantki w tym obszarze.

Na podstawie przeprowadzonych analiz wyników Doktorantka uzyskała odpowiedzi na swoje pytania badawcze i dokonała weryfikacji postawionych hipotez i do każdej z nich sformułowała wniosek.

Hipoteza dotycząca poziomu radzenia sobie w sytuacjach stresowych w grupie klinicznej i grupie kontrolnej (PB1: H1), zakładała, że osoby po próbie samobójczej będą cechować się niższym poziomem skoncentrowanym na zadaniu i wyższym skoncentrowanym na emocjach. Hipoteza w całości została potwierdzona, co pozwoliło na sformułowanie wniosku nr1. 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. Takie zachowania i emocje są charakterystyczne dla osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania. Doktorantka zweryfikowała hipotezę o niższym poczuciu własnej wartości w grupie klinicznej (PB1: H2), zakładając, że zgodnie z modelem badawczym, że czynniki osobowościowe są kluczowe w wyjaśnianiu zachowań samobójczych. Hipoteza ta została potwierdzona, co pozwoliło na sformułowanie wniosku nr 2. Wniosek 2: Osoby podejmujące intencjonalne zachowania samobójcze cechują się niższym poziomem równowagi i stabilności wewnętrznej niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania. 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. 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.

Kolejna hipoteza poddana weryfikacji dotyczyła poczucia beznadziejności. Zgodnie z założeniami teoretycznymi osoby próbujące popełnić samobójstwo cechują się wyższym poczuciem beznadziejności aniżeli grupa kontrolna (PB1: H3). Przeprowadzone analizy potwierdziły postawioną hipotezę badawczą, co pozwoliło na sformułowanie wniosku nr 3. 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. Osoby ujawniające samobójcze zaburzenia zachowania mają nierealistyczną, negatywną wizję przyszłości, co powoduje demotywację do dalszego działania i brak pozytywnej wizji przyszłości. Kolejna weryfikowana hipoteza zakłada wyższy poziom niezaspokojonych potrzeb w grupie klinicznej (PB1: H4). Postawiona hipoteza potwierdziła się w badaniach własnych, co pozwoliło Doktorantce na sformułowanie wniosku nr 4. 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. Kolejna weryfikowana hipotezę zakładała, że osoby z samobójczymi zaburzeniami zachowania mają wyższy poziom neurotyczności aniżeli grupa kontrolna (PB1: H5). Hipoteza została potwierdzona, co pozwoliło na sformułowanie wniosku nr 5. Wniosek 5: Badania wykazały, iż osoby, które decydują się na odebranie sobie życia są bardziej lękowe i mają trudności w zakresie własnych emocji. 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. Kolejna postawiona hipoteza zakładała, iż osoby podejmujące próbę samobójczą mają wyższą zdolność do podjęcia samobójstwa aniżeli grupa kontrolna (PB1:H4). Badania własne potwierdzają postawioną hipotezę, co pozwoliło na sformułowanie wniosku nr 6. 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. Kolejna weryfikowana hipoteza, zakładała, iż osoby z samobójczymi zaburzeniami zachowania cechują się niższym poziomem nadziei na przyszłość (PB1: H6). Badania własne potwierdziły hipotezę, co pozwoliło na sformułowanie wniosku nr 7. Wniosek 7: Osoby z samobójczymi zaburzeniami zachowania charakteryzują się niższym poziomem motywacji skoncentrowanej na dążeniu do określonego życiowego celu. Brak pozytywnego myślenia (myślenia z nadzieją) może wiązać się z myślami samobójczymi oraz klinicznymi objawami 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 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. Kolejnym celem pracy był opis funkcjonowania osobowościowego i socjodemograficznego kobiet i mężczyzn po próbie samobójczej (z samobójczymi zaburzeniami zachowania). 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, natomiast nie potwierdzono drugiej postawionej hipotezy. Umożliwiło to Doktorantce postawienie wniosku nr 8. Wniosek 8: Zachowania samobójcze często są wynikiem działania czynnika zewnętrznego, stresowego, stąd też rozważania dotyczące umiejętności radzenia sobie w takich sytuacjach. Badane kobiety w sytuacjach trudnych i niekorzystnych były skupione na przeżywaniu własnych emocji, analizując tym samym własne stany afektywne, nie skupiając się jednocześnie na efektywnym rozwiązaniu danego problemu. W związku z powyższym można sądzić, iż kobiety będą podejmowały bardziej impulsywne próby samobójcze. Brak potwierdzenia hipotezy, iż mężczyźni z samobójczymi zaburzeniami zachowania kierują się stylem skoncentrowanym na unikaniu można tłumaczyć tym, iż jest on charakterystyczny dla obu płci, jako mechanizm radzenia sobie. Kolejna weryfikowana hipoteza dotyczyła stwierdzenia, że w grupie klinicznej kobiety będą różniły się od mężczyzn pod względem zdolności do podjęcia samobójstwa (PB2: H3). Hipoteza w tym zakresie nie potwierdziła się. Kolejna hipoteza, w której przyjęto, iż mężczyźni będą częściej nadużywać innych substancji psychoaktywnych niż alkohol (PB2: H4) została przez Doktorantkę potwierdzona. Kolejne przyjęte 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) zostały potwierdzone, co umożliwiło sformułowanie wniosku nr 9. 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 autoagresywnym, a także z podobnym natężeniem odczuwają lęk związany z umieraniem. Mężczyźni częściej aniżeli kobiety z grupy klinicznej nadużywają substancji psychoaktywnych innych niż alkohol, w przypadku samego alkoholu nie ma znaczących różnic w jego przyjmowaniu. 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. W związku z celem opisanie funkcjonowania osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania Doktorantka postanowiła 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. Te wyniki pozwoliły na sformułowanie wniosku nr 10. Wniosek 10: Biorąc pod uwagę, że zmienna zdolność do podjęcia samobójstwa zawiera w sobie komponent zmienności w czasie, przy względnej stabilności konstruktu, 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 ucieczkowy i cyrkularny zachowań w sytuacjach trudnych. 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 z sytuacji stresowej. Kolejna postawiona hipoteza zakładała wyższy poziom beznadziejności u osób, które doświadczyły negatywnych wydarzeń życiowych (PB4: H2) oraz o wyższej zdolności do podjęcia samobójstwa (PB4: H3). Hipotezy te nie znalazły potwierdzenia, co umożliwiło sformułowanie wniosku 11. Wniosek 11: 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. 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. Kolejna część badań opierała się na wynikach osób doświadczających myśli samobójczych. Myśli samobójcze mogą być zarówno predyktorem zachowań samobójczych, jak i nie powodować zachowań autodestrukcyjnych.

Doktorantka założyła, iż osoby, które doświadczają myśli samobójczych cechują się stylem radzenia sobie skoncentrowanym na emocjach (PB5: H1), a także starała się zweryfikować, czy te osoby posiadają wyższy poziom poczucia beznadziejności, neurotyczności i większą zdolność do podjęcia samobójstwa weryfikując hipotezy badawcze (PB5: H3, H4, H5). Doktorantka założyła, iż myśli samobójcze są związane z niższym poczuciem własnej wartości (PB5: H2) oraz postawiła pytanie o natężenie potrzeb interpersonalnych w zależności od doświadczanych myśli samobójczych (PB5a). Uzyskane rezultaty pozwalają wnioskować, iż występowanie myśli samobójczych w zależności od prezentowanych cech podmiotowych różnią się w grupie kobiet i mężczyzn, jednak w zakresie radzenia sobie zarówno kobiety jak i mężczyźni doświadczający myśli samobójczych kierują się stylem ucieczkowym. Doktorantka sformułowała wniosek nr 12. **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. 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. Ponadto skupienie się na myślach dotyczących śmierci, w grupie kobiet, może potęgować negatywne myśli o sobie i o świecie. Jak wynika z 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 demotywującą 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 doświadczyli 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. W kolejnej części analiz związanej z myślami samobójczymi postanowiono sprawdzić, czy występują zależności pomiędzy przyjmowaniem substancji psychoaktywnych, a występowaniem myśli suicydalnych. 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. W badaniach Doktorantka przyjęła hipotezę, iż osoby doświadczające historii prób samobójczych w przeszłości mają wyższe natężenie zdolności do podjęcia samobójstwa, neurotyczności i poczucia beznadziejności oraz niższe poczucie własnej wartości (PB7: H1, H2, H3). Wszystkie hipotezy zostały potwierdzone, co pozwoliło na sformułowanie wniosku nr 13. **Wniosek 13:** Kobiety, które podjęły próbę samobójczą w przeszłości cechują się większą zdolnością do podjęcia samobójstwa, odczuwają mniej strachu przed umieraniem oraz cechują się ogólną nieustraszonnością 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. Ponadto kobiety te mają niższy poziom poczucia własnej wartości, który jest cechą kształtowaną przez lata. 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. Możliwe, że w przypadku płci męskiej występuje silny mechanizm uciezkowy, jako jedyna forma radzenia sobie. 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 (PB 10). 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. Wyniki te pozwoliły Doktorantce na sformułowanie wniosku nr 14. **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, gdyż choroba psychiczna powoduje dezorganizację struktury osobowości, koreluje z gorszym radzeniem sobie w sytuacjach stresu, co może powodować bezradność, ale również 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 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 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 sformułować wniosek 15. **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. 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. Mężczyźni ze stwierdzoną chorobą psychiczną częściej spożywali alkohol i podejmowali więcej prób samobójczych aniżeli mężczyźni bez diagnozy chorobowej. Ostatni etap analiz przeprowadzony przez Doktorantkę jest poszukiwaniem odpowiedzi na pytanie o czynniki ryzyka i czynniki chroniące u osób z zachowaniami samobójczymi.

Autorka dysertacji założyła, że czynnikiem ryzyka jest styl skoncentrowany na unikaniu, stąd też postawiła taką hipotezę (PB 11: H1), która została potwierdzona w grupie mężczyzn. Wsunęła również hipotezę o predykcyjnym znaczeniu poczucia beznadziejności (PB 11: H2) i udaremnionej przynależności w grupie mężczyzn (PB11: H3). Ponadto testowała 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 (PB 11: H5). Oprócz ostatniej, wszystkie powyższe hipotezy znalazły swoje potwierdzenie w grupie badanych kobiet bądź mężczyzn. Brak czynników ryzyka wspólnych dla obu płci. Doktorantka sformułowała wniosek 16. **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”. W grupie kobiet, negatywne myślenie o sobie i o świecie w perspektywie chwili obecnej, jak i przyszłości jest predyktorem zachowań samobójczych. Można zatem przypuszczać, że zachowania samobójcze w grupie kobiet są efektem negatywnych emocji oraz błędów poznawczych. W związku z tymi wynikami Doktorantka wysnuła wniosek nr 17. **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.. 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. 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. 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.

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. Kolejnym celem badań Doktorantki było stworzenie profilu psychologicznego osób z samobójczymi zaburzeniami zachowania. **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 teraźniejszości, 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. Cechują się ponadto niskim lękiem przed umieraniem, chęcią śmierci oraz wyższą tolerancją na ból fizyczny. Cechuje ich także brak 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. Są to osoby o wielu negatywnych przekonaniach względem siebie i innych, skupiające się na negatywnym przewidywaniu przyszłości i przeżywaniu emocji z tym związanych oraz chrakteryzujące się brakiem stabilności emocjonalnej, labilnością i samotnością.

W ocenie Recenzentki na uwagę zasługuje doskonale referowanie wyników badań, wnikliwa analiza statystyczna zgromadzonych danych empirycznych oraz ciekawa dyskusja. Doktorantka świetnie poradziła sobie z bardzo dużą liczbą szczegółowych informacji zawartych w materiale badawczym, które zaprezentowała w syntetyczny sposób, co pozwoliło na wykrycie zasadniczych prawidłowości występujących w badanej populacji i postawienie wniosków do pytań i hipotez badawczych. W dyskusji wyników Autorka odniosła się do wyników innych badań starając się pokazać na ich tle swoje rezultaty. Dyskusja przeprowadzona jest bardzo rzeczowo i dokładnie, co świadczy o dobrym warsztacie naukowym. Literatura przedmiotu, będąca podstawą pracy jest obszerna i aktualna.

Jako Recenzentka pragnę podkreślić, iż Doktorantka dokonała krytycznej analizy swoich badań, dowodząc świadomości ich ograniczeń. Kolejność rozdziałów jest poprawna. Rozprawa doktorska została zredagowana w sposób typowy dla prac o charakterze empirycznym - część teoretyczna i empiryczna jako sprawozdanie z badań wraz z dyskusją i wnioskami.

Praca została zredagowana bardzo starannie i poprawnie. Błędy literowe i stylistyczne zdarzały się niezmiernie rzadko. Z formalnego punktu widzenia oceniana rozprawa jest napisana poprawnie.


Podstawy teoretyczne, plan badań i jego realizacja nie budzą żadnych zastrzeżeń, a wręcz przeciwnie wskazują na bardzo duże kompetencje Doktorantki. Należy podkreślić, iż w realizacji programu badań oraz redagowaniu tekstu Autorka dysertacji wykazała się doskonałym rozeznaniem zastanej wiedzy oraz dojrzałością warsztatu badawczego. Badania niewątpliwie były czasochłonne, wymagały pracowitości, dokładności i rzetelności. Zamierzony plan analiz został przeprowadzony konsekwentnie, z wykorzystaniem różnorodnych, zaawansowanych i adekwatnych metod analizy statystycznej, co zostało zaprezentowane w rozprawie doktorskiej.

Podsumowując, rozprawa doktorska Pani mgr Anny Lubas pt., *Czynniki ryzyka oraz czynniki ochronne zachowań samobójczych w grupie kobiet i mężczyzn hospitalizowanych na Oddziałach Psychiatrycznych z powodu podjętej próby samobójczej* spełnia warunki określone w art.187 Ustawy z dnia 20 lipca 2018 roku Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce.

Rozprawa doktorska prezentuje ogólną wiedzę teoretyczną Kandydatki w dyscyplinie psychologia oraz umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej.

Przedmiotem rozprawy jest oryginalne rozwiązanie problemu naukowego.

Mam zaszczyt przedstawić Wysokiej Radzie Naukowej Instytutu Psychologii SWPS wniosek o dopuszczenie mgr Anny Lubas do dalszych etapów przewodu doktorskiego.


Prof. dr hab. Marta Makara-Studzińska
specjalista psycholog kliniczny
specjalista zdrowia publicznego