



Czynniki ryzyka a czynniki ochronne zachowań samobójczych u osób z diagnozą depresji

Risk factors and protective factors of suicidal behaviour in people diagnosed with depression

Robert Gajewski^a, Katarzyna Kucharska^b

^a Mgr Robert Gajewski¹, <https://orcid.org/0009-0000-0288-2631>

^b Prof. dr hab. n. med. Katarzyna Kucharska¹, <https://orcid.org/0000-0002-6130-0520>

¹ Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa

Abstrakt: Według WHO samobójstwo popełnia rocznie ponad 700 000 ludzi. Ich główną przyczyną jest depresja. Prognozuje się, że do 2030 stanie się ona najczęściej diagnozowaną dolegliwością wśród ludzi. Wobec pandemii depresji i zachowań samobójczych, istotnym jest ustalenie tzw. czynników protekcyjnych. Cel badań: Głównym celem pracy była analiza zależności pomiędzy czynnikami protekcyjnymi (duchowość, religijność) a czynnikami ryzyka samobójczego (ból psychiczny, depresja, lęk, fascynacja śmiercią, współwystępowanie Zaburzenia Osobowości Borderline ZOB, samouszkodzenia) u osób z diagnozą kliniczną depresji. Metodologia: Badanie przeprowadzono w okresie od listopada 2022 do marca 2023 roku z użyciem standaryzowanych narzędzi i skal klinicznych do oceny ww. zmiennych. Łącznie przebadano 167 osób podczas gdy zakwalifikowano do badań 96 osób w tym 46 z pacjentów depresją i 50 osób z grupy kontrolnej. Wyniki: Znaczna liczba badanych z grupy kontrolnej deklarujących zdrowie psychiczne wykazała cechy zaburzeń depresyjnych (27%), lękowych (45%) oraz ZOB (31,5%). Osoby z diagnozą depresji w porównaniu do grupy kontrolnej wykazały niższy poziom duchowości i religijności oraz wyższy poziom czynników ryzyka samobójczego. U osób z depresją wykazano pozytywny wpływ duchowości na obniżenie fascynacji śmiercią, podczas gdy religijność korelowała ujemnie z samookaleczeniami. Ponadto, nasilenie bólu psychicznego i fascynacji śmiercią wzrastały wraz z nasileniem lęku, depresji, samouszkodzeń oraz ZOB. Wraz z kryzysem religijnym u osób badanych wzrastały poziomy czynników ryzyka samobójczego. Wnioski: Badanie częściowo potwierdziło protekcyjny wpływ duchowości i religijności na osoby z depresją w kontekście ryzyka samobójczego. Kryzys religijny okazał się być istotnym predyktorem ryzyka samobójczego.

Słowa kluczowe: czynniki ryzyka w samobójstwie, czynniki chroniące przed samobójstwem, samobójstwo a depresja

Abstract: According to the WHO, over 700,000 people commit suicide annually. Their main cause is clinical depression. It is predicted that by 2030 it will become the most diagnosed ailment among people. In the face of the pandemic of depression and suicidal behaviour, it is important to establish the so-called protective factors. Aim of the study: The main aim of the study was to analyse the relationship between protective factors (spirituality, religiosity) and suicidal risk factors (mental pain, depression, anxiety, fascination with death, coexistence of Borderline Personality Disorder BPD, self-harm) in people with a clinical depression. Methodology: The study was conducted from November 2022 to March 2023 using standardized tools and clinical scales to assess the above-mentioned variables. A total of 167 people were examined, while 96 people were qualified for the study, including 46 patients with depression and 50 people from the control group. Results: A significant number of subjects from the control group declaring mental health showed features of depressive disorders (27%), anxiety disorders (45%) and BPD (31.5%). Depressed participants compared to the control group, showed a lower level of spirituality and religiosity and a higher level of suicidal risk factors. Among people with depression, a positive effect of spirituality on lowering the fascination with death was shown, while religiosity correlated negatively with self-harm. In addition, psychological pain and fascination with death increased with the severity of anxiety, depression, self-harm, and BPD. In the examined group, the level of suicidal risk factors increased along with the religious crisis. Conclusions: The study partially confirmed the protective effect of spirituality and religiosity on people with depression in the context of suicidal risk. Religious crisis turned out to be a significant predictor of suicide risk.

Keywords: suicide risk factors, factors protecting from suicide, suicide and depression

1. Wprowadzenie

Samobójstwo i depresja stały się istotnym problemem współczesnej cywilizacji. W 2021 r. WHO podała, że depresja jest czwartą najpoważniejszą chorobą na

świecie i jedną z głównych przyczyn samobójstw. Globalnie cierpi na nią 5% dorosłych. Niestety około 75% chorych na depresję w krajach o niskich i średnich dochodach nie otrzymuje żadnego leczenia. Przewiduje się, że do 2030 roku stanie się także najczęściej

diagnozowaną chorobą na świecie. Choruje na nią aż 350 milionów ludzi, w Polsce – 4 miliony (WHO, 2021b; Wojewódzka Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna w Krakowie, 2022). Badanie z okresu pandemii SARS-CoV-2 z lat 2020-2021 wykazało, że 38,8% „zdrowych Polaków” wykazuje obecność symptomów depresji i wymaga konsultacji ze specjalistą. W badaniu tym wykazano również, że u „zdrowych Polaków” depresyjność pozytywnie koreluje z kryzysem religijnym, fascynacją śmiercią, stresorami życiowymi, bólem psychicznym. (Surmacz i in., 2021). Wykazano również, że wraz z większym z większym nasileniem objawów depresyjnych współwystępuje wyższy poziom wypalenia zawodowego (Kornakiewicz i in., 2019).

Zgodnie z amerykańską klasyfikacją DSM-5 (American Psychiatric Association, 2018) tzw. „większe zaburzenie depresyjne” można zdiagnozować u osoby, która w ciągu przynajmniej 2 tygodni spełnia 5 lub więcej z następujących kryteriów: obniżony nastrój, znaczne zmniejszenie zainteresowań i zdolności do odczuwania przyjemności, spadek lub przyrost masy ciała bez intencji, bezsenność lub nadmierna senność, pobudzenie lub spowolnienie psychoruchowe, zmęczenie lub poczucie braku energii, poczucie braku wartości lub nieadekwatne poczucie winy, zmniejszona zdolność myślenia/koncentracji/decyzyjności, nawracające myśli samobójcze. Ważne by co najmniej jednym z objawów było: obniżenie nastroju lub tzw. anhedonia (American Psychiatric Association, 2018).

DSM-5 wyróżnia następujące typy depresji: zaburzenie dysregulacji nastroju, zaburzenie depresyjne o dużym nasileniu, przewlekłe zaburzenie depresyjne (dystymia), zaburzenie dysforyczne przedmiesiączkowe, zaburzenie depresyjne wywołane substancją/lekami, zaburzenie depresyjne spowodowane innym schorzeniem medycznym, Nieokreślone zaburzenie depresyjne. Według DSM-5 zaburzenie depresyjne może mieć przebieg: ciężki, umiarkowany, łagodny, z objawami psychotycznymi, w częściowej lub pełnej remisji. Może być pojedynczym lub nawracającym epizodem. Zaburzenia depresyjne często współwystępują z zaburzeniami lękowymi, zaburzeniami osobowości, zaburzeniami neurorozwojowymi (ADHD, ASD), z uzależnieniami. W naszym badaniu większość osób z grupy klinicznej miała zaburzenia depresyjne nawracające współwystępujące z innymi zaburzeniami psychicznymi.

Samobójstwo definiuje się jako świadome, celowe oraz intencjonalne działanie człowieka ukierunkowane na odebranie sobie życia (Grzywa i in., 2009). Według WHO samobójstwo popełnia rocznie ponad 700 000 ludzi. Prób samobójczych jest jeszcze więcej. Istnieje duże ryzyko, że osoba, która usiłowała odebrać sobie życie, zrobi to kolejny raz. Samobójstwo jest czwartą (pod względem częstotliwości występowania) przyczyną zgonów wśród nastolatków. Główną przyczyną samobójstw jest depresja. Około 77% globalnych samobójstw ma miejsce w krajach o niskich i średnich dochodach (WHO, 2021). W roku 2016 spośród osób, które zmarły przez 45 rokiem życia 52,1% popełniło samobójstwo (Surmacz i in., 2021). W tym samym roku: globalny wskaźnik samobójstw wynosił 10,5; europejski 12,9; polski 13,4. W naszym kraju ten współczynnik dla kobiet wynosił 3,4; dla mężczyzn 23,9 (Surmacz i in., 2021). Badania pokazują, że mężczyźni popełniają samobójstwo około 1,8-3 razy częściej niż kobiety. Kobiety częściej podejmują próby samobójcze (Grzywa i in., 2009). Samobójstwo to czwarta najczęstsza przyczyna zgonów wśród 15-19-latków. Do najczęstszych na całym świecie metod samobójstwa zalicza się spożycie środków chemicznych, powieszenie, użycie broni palnej.

W związku z nasileniem aktów samobójczych w ostatnich latach, szczególnie istotnym jest zbadanie czynników ryzyka samobójczego oraz czynników działających ochronnie, obniżających zachowania autodestrukcyjne i samobójcze.

Wśród motywów samobójczych wymienia się: pragnienie przerwania doświadczanego bólu, beznadziei, pustki jak również chęć zemsty. Zemsta jest najczęstszym motywem prób samobójczych wśród 14-18 latków (Makara-Studzińska, 2013). Wskaźnik zachowań samobójczych w ciężkiej depresji wynosi: dla myśli „S” – 53,1%; Tendencje „S” – 17,5%, a dla prób „S” – 23,7% (Dong i in., 2018, 2019). Osoby z dużą depresją stanowią 15% udanych prób „S” (Grzywa i in., 2009).

Najważniejszym czynnikiem ryzyka samobójstwa w populacji ogólnej jest wcześniejsza próba samobójcza (WHO, 2021). Do innych należą: płeć męska, podeszły wiek, izolacja społeczna, brak wsparcia, stresujące sytuacje życiowe, nadużywanie substancji psychoaktywnych, przewlekłe choroby somatyczne

i psychiczne, zbyt mała ilość czynników ochronnych, doświadczanie bólu psychicznego oraz fascynację śmiercią (Grzywa i in., 2009; Makara-Studzińska & Koślak, 2009; Młodożeniec, 2008). Prawdopodobieństwo zachowań samobójczych zwiększa jednocześnie stosowanie substancji psychoaktywnych, zaburzenia osobowości z wiązki B wg DSM-5 (antyspołeczne, borderline, histrioniczne lub narcystyczne), poczucie beznadziejności, skłonność do zachowań agresywnych, trudne doświadczenia z dzieciństwa i stresujące wydarzenia życiowe (Surmacz i in., 2021). Wykazano również, że czynniki chorobowe predysponują, ale nie wywołują działań samobójczych (Isometsä, 2014). Polskie badania z okresu pandemii Covid-19 przeprowadzone na populacji zdrowych osób wykazały, że najsilniejszym predykatorem prób samobójczych jest ból psychiczny (Surmacz i in., 2021). Podobne wyniki uzyskano w innych populacjach (Campos i in., 2019; Tanriverdi i in., 2022a).

Shneidman (1998), po analizie listów pożegnalnych osób podejmujących samobójstwo, zauważył, że większość z nich opisuje „trudne do zniesienia” psychiczne cierpienie oraz przekonanie, że jedynym sposobem jego przerwania jest śmierć (Shneidman, 1998). Badacz zdefiniował ból psychiczny jako „doświadczenie udręki, cierpienia i negatywnych emocji, takich jak przerażenie, rozpacz, lęk, żal, wstyd, wina, brak miłości, samotność i strata”. Za przyczynę tego stanu uznał frustrację ważnych potrzeb: miłości, przynależności, osiągnięć, dominacji, agresji. Jego zdaniem ból psychiczny, stanowi podstawowe źródło zachowań samobójczych (Shneidman, 1993). Dzieje się tak, gdy osiągnie on „niemożliwą do wytrzymania dla jednostki intensywność połączoną z poznawczym zawężeniem”. Wtedy śmierć zaczyna jawić się jako jedyny sposób zakończenia cierpienia. Stan ten określa się mianem zespołu presuicydalnego (Chodkiewicz i in., 2017). Mee i wsp. (2006, 2011) opisali wpływ bólu psychicznego na powstawanie myśli i planów samobójczych u osób chorych na depresję (Mee i in., 2006, 2011). Obrach i współpracownicy (2003) określili ból psychiczny jako „subiektywne doświadczenie, któremu towarzyszy świadomość negatywnych zmian w sobie i swoim funkcjonowaniu wraz z współwystępującymi przykrymi emocjami (Orbach i in., 2003). Badania podłużne, trwające 4 lata na grupie 82 studentów

z Kanady wykazały, że ból psychiczny jest silniejszym predykatorem myśli samobójczych niż depresyjność czy beznadzieja (Montemarano i in., 2018).

W obliczu ww. czynników ryzyka samobójczego istotnym jest ustalenie tzw. czynników protekcyjnych zmniejszających ryzyko destrukcyjnych zachowań. Badacze tego obszaru wyróżniają następujące: duchowość (Dziwota i in., 2016), religijność (Kyle, 2013), wsparcie społeczne (Warzocha i in., 2008), poczucie koherencji (Ruszkiewicz i Eldridge, 2015) oraz poczucie więzi (Makara-Studzińska i in., 2017). Badania wpływu czynników protekcyjnych na ryzyko samobójcze nie dają jednoznacznych wyników. Wskazują na różnicę efektu protekcyjnego w zależności m.in. od spójności religii ze społeczeństwem oraz stopnia nasilenia zaburzeń (Lawrence i in., 2016).

Istnieje wiele badań nad zależnością pomiędzy religijnością i duchowością a ryzykiem samobójczym. Badania Kyle’a (2013) na studentach USA wykazały istotnie statystyczne różnice między wierzącymi i niewierzącymi w kontekście samobójstwa. Osoby wierzące ujawniały niższy poziom ryzyka samobójczego. Powodem tego było: wsparcie społeczne, moralne obiekty wobec samobójstwa, przetrwanie, radzenie sobie ze stresem oraz dobrostan religijny. Uznano również, że przekonania duchowe mogą funkcjonować jako zmienna pośrednicząca, pomagająca w negocjowaniu wsparcia społecznego i nadawania sensu niekorzystnym sytuacjom (Kyle, 2013). W badaniach z 2022 przeprowadzonych na 150 pacjentach z diagnozą depresji, objętych opieką psychiatryczną wykazano, że wyższy poziom dobrostanu duchowego prowadził do zmniejszenia ryzyka samobójstwa i obniżenia poziomu bólu psychicznego. Ryzyko samobójstwa wzrastało równoległe ze wzrostem poziomu bólu psychicznego (Tanriverdi i in., 2022a). W badaniu Koenig i wsp. religijność została też uznana za czynnik: 1) najsukceszniejszy ochronny dla zachowań samobójczych, 2) umiarkowanie obniżający depresję, 3) pozytywnie wpływający na zdrowie psychiczne i dobrostan (Koenig i in., 2020). Przegląd badań dotyczących wpływu religijności i duchowości na obniżenie objawów depresji wykazał, iż: 1) w 49% (ze 138 badań) religijność była predykatorem obniżenia objawów depresji; 2) 59% (z 22 badań) kryzys religijny jest predykatorem nasilenia objawów depresji, 3) wśród osób chorujących psychicznie

religijność miała protekcyjny wpływ (Braam & Koenig, 2019a). Starsza analiza 147 badań, w której łącznie wzięło udział łącznie 98 tys. osób również wykazała ujemną korelację pomiędzy religijnością a depresyjnością (Smith i in., 2003). Badanie podłużne przeprowadzone w USA, na przestrzeni 2 lat, na osobach starszych (średni wiek 68 lat) wykazało, że religijność ma charakter protekcyjny i terapeutyczny w diagnozie depresji. Osoby, które na początku badania nie miały depresji, pozostały wolne od niej przez 2 lata, jeśli często uczęszczały na nabożeństwa religijne. Osoby zaczynające badanie w aktywnej fazie depresji były na nią mniej podatne, jeśli częściej angażowały się w prywatną modlitwę (Ronneberg i in., 2016). Podobnie w publikacji Gmitrowicz i Krawczyk (2014) religijność zalicza się zarówno do czynników ryzyka jak i do czynników protekcyjnych. Zasadniczymi powodami, dzięki którym religijność chroni przed samobójstwem są: penalizacja tego aktu i sankcje wobec samobójców w religiach monoteistycznych, zakaz moralny stosowania środków psychoaktywnych (zwiększających ryzyko „S”), obniżanie poziomu agresji i wrogości, otrzymywanie emocjonalnego ciepła i wspierających więzi poprzez uczestnictwo we wspólnotach religijnych. Do religii z najniższym wskaźnikiem samobójstw należą religie najbardziej restrykcyjne, wobec tego aktu: islam i judaizm. Najbardziej tolerancyjnie w problematyce samobójstw podchodzi się w hinduizmie. Ta religia, w której wierzy się w reinkarnację, dopuszcza samowolne zakończenie życia w przypadku poważnego kalectwa lub nieuleczalnej choroby. Pomiędzy tymi dwoma biegunami plasuje się chrześcijaństwo. W jego obszarze bardziej protekcyjnie działa katolicyzm niż protestantyzm (Krawczyk & Gmitrowicz, 2014). W 2016 Lawrence i współpracownicy przedstawili przegląd 89 artykułów z lat 2003- 2013 analizujących religię i jej związek z samobójstwami. Z analizy tej wynika, że część autorów odkrywa w swych badaniach religię jako czynnik protekcyjny przed samobójstwem, a inna część jako czynnik ryzyka. Decyduje o tym kilka istotnych czynników. Autorzy przeglądu badań odkryli, że religia nie chroni przed myślami samobójczymi, choć w badaniach Dervic’a i wsp. ujawniano taką zależność (Dervic i in., 2011). Natomiast przynależność religijna jest czynnikiem chroniącym przed próbami samobójczymi. Dzieje się tak głównie z powodu mo-

ralnych obiekcji, jakie główne religie (islam, chrześcijaństwo, judaizm) mają przeciwko samobójstwom. Wyniki takie uzyskano w USA oraz Europie. Wyniki przeciwne uzyskano w Afryce Południowej w 2010, gdzie osoby przynależące do „innych [niż główne] religii” wykazywały więcej prób samobójczych niż „niewierzący”. Badania podłużne ze Szkocji z roku 2011 wykazały ważną zależność: przynależność do mniejszościowej grupy religijnej, 12 niekongruentnej z ogółem społeczeństwa (w tym wypadku katolicy) jest większym czynnikiem prób samobójczych. Najprawdopodobniej z powodu poczucia społecznego ostracyzmu (Lawrence i in., 2016). Wpływ na obniżanie ryzyka samobójczego ma spójność wspólnoty wyznaniowej. Badania z 2011 przeprowadzane w Szwajcarii potwierdziły przewagę katolików nad protestantami w dziedzinie zmniejszania ryzyka samobójczego (Lawrence i in., 2016). Według autorów ww. metaanalizy religia jest czynnikiem protekcyjnym przed zachowaniami samobójczymi, ale nie przed myślami „S”. Religia może powstrzymać człowieka od działania zgodnie z myślami samobójczymi poprzez: zapewnianie dostępu do wspierającej społeczności, kształtowanie przekonań na temat samobójstwa, dostarczanie źródła nadziei, dostarczanie sposobów interpretacji cierpienia. Wpływ religii na samobójstwa zależy od: rodzaju religii, kongruentności ze społeczeństwem, przekazem treści (wspierający vs potępiający), stopnia zaangażowania w praktyki religijne. Przykładem badań, których wynik nie potwierdził pozytywnego wpływu religijności i duchowości na obniżenie ryzyka samobójstwa były badania Surmacz i współpracowników. Analizowali oni wyniki uzyskane na „zdrowej” części populacji polskiej w okresie pandemii koronawirusa. Wykazała, że kryzys religijny pozytywnie koreluje z depresyjnością, bólem psychicznym i fascynacją śmiercią. Jest to jednak korelacja, nie zależność przyczynowo skutkowa. Nie stwierdzono korelacji między zaangażowaniem religijnym, transcendencją duchową, spełnieniem na modlitwie, poczuciem uniwersalności, poczuciem połączenia społecznego a czynnikami ryzyka samobójczego (depresyjność, fascynacja śmiercią, ból psychiczny) (Surmacz i in., 2021). W innym badaniu wykazano, że religijność nie zmniejszała symptomów depresji i lęku u osób młodych i w średnim wieku latynoskiego pochodzenia (Lerman i in., 2018).

Głównym celem pracy jest analiza wpływu protekcyjnego duchowości i religijności na zmniejszenie ryzyka samobójczego u osób chorujących na depresję. Dokonano oceny nasilenia czynników ryzyka samobójczego tj. depresji, lęku, bólu psychicznego i fascynacji śmiercią w grupie osób z diagnozą depresji. Ponadto, oceniono nasilenie zachowań samouszkodzeniowych bez intencji samobójczej w badanych grupach klinicznej i kontrolnej w odniesieniu do czynników protekcyjnych. Poddano analizie zależności między transcendencją duchową i religijnością a poszczególnymi czynnikami ryzyka samobójstwa w badanej próbie.

2. Grupa badana i metoda

2.1. Opis grupy

Projekt naukowy otrzymał zgodę od Zespołu ds. Etyki Instytutu Psychologii UKSW (nr zgody: 11/2022). Osoby biorące udział w badaniu zostały poproszone o wyrażenie świadomej zgody na udział w badaniu. Kryteria włączające do badania: wiek badanych 18-55 lat; płeć kobiety, mężczyźni, inne; wykształcenie co najmniej podstawowe. Rekrutacja internetowa oraz poprzez recepcje przychodni psychoterapeutycznych. Kryteria wyłączające z badania: objawy potwierdzające uszkodzenie CUN, współistnienie poważnych chorób somatycznych, występowanie zespołu uzależnienia od alkoholu, występowanie zaburzeń psychotycznych (np. schizofrenia, CHAD). W badaniu wzięło udział łącznie 167 osób. Po wstępnej analizie wyników uzyskanych w skalach klinicznych z badania zostały wykluczone 71 osoby. Z grupy kontrolnej, która liczyła wstępnie 111 osób wyłączono 54 z ZOB i wysokimi wynikami lęku i depresji. Z grupy badanej wyłączono 10 osób tu powodem były wysokie wyniki wskazujące na uzależnienie od alkoholu lub stosowanie substancji psychoaktywnych. Łącznie do badania zostało zakwalifikowanych 96 osób. Grupę kontrolną stanowiła populacja 50 osób zdrowych bez zaburzeń psychicznych i fizycznych. W grupie klinicznej znalazło się 46 osób w aktywnej fazie depresji (ICD-10, DSM-5) zdiagnozowanej przez

psychiatrę. Spośród nich zdecydowaną większość stanowiły kobiety (79,1% w badanej, 62% w kontrolnej). Średnia wieku wyniosła 30 lat z odchyleniem standardowym 9 w badanej i prawie 37 z odchyleniem 10 w kontrolnej. W grupie osób zdrowych zdecydowanie dominowała orientacja heteroseksualna (90%). Wśród osób z depresją w porównaniu do zdrowych więcej było osób biseksualnych (10,9%) i homoseksualnych (8,7%), pojawiły się też osoby aseksualne (2,2%) i panseksualne (4,3%). Najwięcej badanych z grupy klinicznej pochodziło z dużych (43,5%) i małych miast (19,6). W grupie kontrolnej rozkład wyglądał podobnie. Ponad połowa badanych z grupy klinicznej deklarowała swą przynależność religijną jako „katolik” (58,75%), pozostali to „agnostycy/ateiści” (30,4%). Grupa kontrolna była zdecydowanie bardziej jednorodna wyznaniowo: 90% stanowili katolicy. W grupie klinicznej wykształcenie wyższe miało 58,7% badanych, średnie 30,4%. W grupie kontrolnej było więcej osób z wyższym wykształceniem (76%), mniej ze średnim (22%). W grupie kontrolnej 82% badanych deklarowało stałą aktywność zawodową; w klinicznej 58%, zaś 26% okresową. Grupa kliniczna w porównaniu do zdrowej gorzej statystycznie wypadła w sytuacji związków: w kontroli w stałym związku było wg. deklaracji 74% osób, w klinicznej 50%. W obu grupach dominowały osoby podejmujące pracę umysłową. Wśród chorych na depresję było więcej niż w grupie zdrowej chorujących na choroby somatyczne. Chorzy wymieniali najczęściej nadczynność tarczycy (33,3%), nadciśnienie (25%), insulinooporność (16,7%). W grupie klinicznej średni czas leczenia depresji wynosił 5 lat. W leczeniu dominowała forma mieszana psychoterapia łączona z farmakoterapią 52,2%. Najczęściej przyjmowane leki pochodziły z grup antydepresantów i przeciwłękowych.

2.2. Metoda

Postawiono następujące hipotezy badawcze:

1. Grupa kliniczna osób z diagnozą depresji wykazuje istotnie statystycznie niższy poziom duchowości i religijności niż grupa kontrolna osób zdrowych.

2. Grupa kliniczna osób z diagnozą depresji wykazuje istotnie statystycznie wyższy poziom czynników ryzyka samobójczego (depresja, lęk, fascynacja śmiercią, ból psychiczny, samouszkodzenia, ZOB), niż grupa kontrolna osób zdrowych.
3. W grupie klinicznej ból psychiczny i fascynacja śmiercią korelują dodatkowo ze zmiennymi klinicznymi takimi jak: depresja, lęk, ZOB.
4. W grupie klinicznej czynniki protekcyjne (religijność, duchowość) korelują ujemnie z czynnikami ryzyka samobójczego.
5. W grupie klinicznej czynniki protekcyjne są predyktorami czynników ryzyka samobójczego.

W badaniu zastosowano następujące narzędzia:

1. Skala Bólu Psychicznego PAS (*Scale of Psychache*, Holden i in., 2001; polska adaptacja: Chodkiewicz, Miniszewska, Strzelczyk, Gąsior, 2017) posiada 13 itemów, 1 czynnik wymieniony w tytule skali. Rzetelność polskiej adaptacji była wysoka: α Cronbacha wynosiła 0,93. Trafność zewnętrzna narzędzia jest zadowalająca. Wykazano istotne statystycznie korelacje z takimi narzędziami mierzącymi poziom depresji (BDI, HADS), beznadziejności (BHS), lęku (HADS) i anhedonii (SHAPS) (Chodkiewicz i in., 2017). Badania walidacyjne portugalskiej wersji Skali potwierdziły jej zdolność do rozróżniania osób zagrożonych samobójstwem od osób niezagrożonych; zdolność do przewidywania myśli samobójczych (Campos i in., 2019).
2. Skala Lęku i Depresyjności HADS (*The Hospital Anxiety and Depression Scale*, Zigmond AS Snaith RP., 1983). Posiada 14 itemów. Wyróżnia dwa czynniki: lęk i depresja. Narzędzie posiada satysfakcjonującą rzetelność. Polskie badanie walidacyjne na grupie młodzieży 14-18 lat, wykazały zgodność wewnętrzną α Cronbacha na poziomie 0,70-0,77 (w zależności od wersji HADS-A/D). Wykazano również wysoką rzetelność typu test-retest po upływie 10-14 dni (ρ Spearmana wyniosła 0,67 dla HADS-A oraz 0,75 dla HADS-D). Narzędzie cechuje wysoka trafność względem innych narzędzi mierzących symptomy depresyjne i lękowe (Mihalca i Pilecka, 2015). Podobne wyniki uzyskano badając studentów (Czerwiński i inni, 2020).
3. Skala Lęku przed śmiercią i fascynacji śmiercią SLiFŚ (Piotrowski, Żemojtel-Piotrowska, 2009). Narzędzie stworzone zostało, aby mierzyć świadomy, ogólny lęk przed własną śmiercią. W badaniach pilotażowych okazało się, że mierzy również fascynację śmiercią. Posiada 23 itemy, 2 czynniki: lęk przed śmiercią i fascynacja śmiercią. Rzetelność narzędzia określono dla skali lęku na poziomie 0,80 (α Cronbacha), dla skali fascynacji śmiercią 0,90. Wykazano trafność narzędzia z innymi podobnymi. Co ważne wykazano, że SLiFŚ pokazuje poziom specyficznego lęku: przed śmiercią, nie lęku ogólnego jako stanu czy cechy (Żemojtel-Piotrowska & Piotrowski, 2009).
4. Lista Kontrolna Osobowości z Pogranicza (Lista Kontrolna ZOB) jest narzędziem opartym na systemie DSM-IV. To saomopisowy kwestionariusz, opracowany do pomiaru natężenia dolegliwości związanych z zaburzeniem osobowości typu Borderline doświadczanych w ciągu ostatniego miesiąca. Lista zawiera 47 itemów, na które badani zaznaczają odpowiedzi na 5 stopniowej skali. Badania własności psychometrycznych potwierdziły model 1 i 9 czynnikowy oparty na kryteriach DSM-IV. Skale narzędzia zgodne są z kryteriami DSM-IV: unikanie opuszczenia, niestabilne relacje, zakłócenia tożsamości, autodestrukcyjna impulsywność, powracające zachowania samobójcze, niestabilność afektywna, brak kontroli nad gniewem, dysocjacja i ideacja paranoidalna. Narzędzie charakteryzuje się bardzo dobrą spójnością wewnętrzną, trafnością teoretyczną, diagnostyczną i różnicową. Uznano, że narzędzie nadaje się do badań przesiewowych i pomiaru efektu terapii. (Bloo i in., 2017)
5. Autorem *Inventory of Statements About Self-Injury (ISAS)* jest David E. Klonsky (2007). Stworzył on narzędzie kwestionariuszowe do pomiaru samouszkodzeń (Klonsky i Glenn, 2008). Pozwala na pomiar 13 rodzajów funkcji samouszkodzeń: regulacja afektu, dystres, przerwanie stanu dysocjacji, samokaranie, zapobieganie samobójstwu, nawiązywanie więzi z rówieśnikami, samoopie-

ka, zemsta, okazywanie wytrzymałości, poszukiwanie stymulacji. Badani zaznaczają poziom ważności danej funkcji na 3-stopniowej skali (Kubiak, 2013). Badania nad własnościami psychometrycznymi narzędzia wykazały, że ma dobrą rzetelność test-retest po roku (od 0,52 do 0,89 w zależności od badanej funkcji, Glenn i Klonsky, 2011). Inne parametry psychometryczne polskiej wersji ISAS zostały ocenione jako dobre (Szewczuk-Bogusławska i in., 2021)

6. Skala AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*). Posiada 10 itemów. Służy do oceny obecności problemu alkoholowego. W zależności od uzyskanego wyniku ankietowany może być przyporządkowany do grupy: picie o niskim poziomie ryzyka, ryzykowne spożywanie alkoholu, szkodliwe picie alkoholu, podejrzenie uzależnienia od alkoholu. Polskie badania nad własnościami psychometrycznymi pozwoliły stwierdzić, że AUDIT cechuje się wysoką rzetelnością i trafnością (silna korelacja ze skalami MAST i CAGE, $\rho = 0,76$). W związku z tym może być stosowana jako miarodajne narzędzie przesiewowe w Polsce (Klimkiewicz i inni, 2021).
7. Kwestionariusz ASPIRES (*The Assessment of Spirituality and Religious Sentiments* [ASPIRES]), Piedmont, 2010; polska adaptacja: Piotrowski, Żemojtel-Piotrowska, Piedmont, Baran, 2021). Skala do badania duchowości i religijności w rozumieniu teorii transcendencji duchowej Piedmonta. Posiada 35 itemów. Składa się z dwóch skal:
 - a. Skala transcendencji duchowej (ST), w skład której wchodzi: spełnienie w modlitwie (PF), uniwersalność (UN), poczucie więzi (CN). Skala składa się z 23 stwierdzeń ocenianych na pięciostopniowej skali Likerta. Rzetelność wyrażona α Cronbacha dla wersji polskiej wynosi: 0,91 dla Spełnienia na modlitwie, 0,75 dla Uniwersalności, 0,63 dla Poczucia więzi, 0,89 dla całej skali Transcendencji duchowej.
 - b. Skala uczuć religijnych (RS), w skład której wchodzić dwie podskale: zaangażowanie religijne (RI) oraz kryzys religijny (RC). W pierwszej podskali znajdują się pytania dotyczące częstotliwości praktyk religij-

nych, przekonań religijnych czy doświadczeń związanych z Bogiem. W drugiej ocenia się przeżywanym konfliktem z Bogiem, grupą religijną oraz dogmatami wiary. W tej części kwestionariusza zastosowano różne możliwości odpowiedzi – od pięciostopniowej do siedmiostopniowej skali dla 12 pytań. Rzetelność wyrażona α Cronbacha wynosi 0,87 dla RI oraz 0,70 dla RC. W polskich badaniach walidacyjnych wykazano średnią lub wysoką trafność narzędzia porównującego do mierzących podobne konstrukty (Piotrowski i in., 2019).

3. Wyniki badań

H1: Sprawdzono, czy istnieją istotne statystycznie różnice między grupą badaną i grupą kontrolną w zakresie czynników protekcyjne zachowań samobójczych (duchowość i religijność). Zastosowano parametryczny test *t*-Studenta dla dwóch prób niezależnych, gdzie zmienną niezależną była diagnoza depresji (nie vs. tak), a zmiennymi zależnymi było siedem czynników protekcyjnych (transcendencja duchowa, uniwersalność, poczucie więzi, spełnienie w modlitwie, uczucia religijne, religijność, kryzys religijny). Uzyskane wyniki przedstawia tabela 1.

Zaobserwowano, że grupa badana uzyskała istotnie statystycznie niższy poziom transcendencji duchowej, uniwersalności, spełnienia w modlitwie, religijności oraz istotnie wyższy poziom kryzysu religijnego niż grupa kontrolna. Nie stwierdzono różnic międzygrupowych w zakresie poczucia więzi i uczuć religijnych.

H2: Sprawdzono, czy istnieją istotne statystycznie różnice między grupą badaną i grupą kontrolną w zakresie czynników ryzyka samobójczego. Zastosowano parametryczny test *t*-Studenta dla dwóch prób niezależnych, gdzie zmienną niezależną była diagnoza depresji (nie vs. tak), a zmiennymi zależnymi było sześć czynników ryzyka (lęk i fascynacja śmiercią, zaburzenia osobowości Borderline, lęk i depresja, ból psychiczny). Uzyskane wyniki przedstawia tabela 2.

Tabela 1. Porównanie grupy kontrolnej i badanej w zakresie czynników protekcyjnych

	Grupa kontrolna N = 50		Grupa badana N = 46		t(94)	p	d Cohena
	M	SD	M	SD			
ASPIRE: Transcendencja duchowa	3,55	0,69	3,06	0,70	3,44	0,001***	0,71
ASPIRE: Uniwersalność	3,75	0,77	3,21	0,83	3,25	0,001***	0,67
ASPIRE: Poczucie więzi	3,38	0,93	3,22	0,68	0,96	0,341	0,20
ASPIRE: Spełnienie w modlitwie	3,52	1,01	2,74	1,20	3,47	0,001***	0,72
ASPIRE: Uczucia religijne	2,67	0,61	2,49	0,82	1,24	0,221	0,26
ASPIRE: Zaangażowanie religijne	3,73	1,35	2,82	1,45	3,17	0,001***	0,65
ASPIRE: Kryzys religijny	1,62	0,67	2,16	0,96	-3,22	0,001***	0,66

Adnotacja. N – liczebność; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; t(df) – statystyka testu t-Studenta; p – istotność t; d Cohena – siła związku.

*** $p < 0,001$.

Tabela 2. Porównanie grupy kontrolnej i badanej w zakresie czynników ryzyka samobójczego

	Grupa kontrolna N = 50		Grupa badana N = 46		t(94)	p	d Cohena
	M	SD	M	SD			
SLiFŚ: Fascynacja śmiercią	1,45	0,36	2,11	0,71	-5,76	0,001***	1,19
SLiFŚ: Lęk przed śmiercią	2,28	0,68	2,57	0,75	-1,96	0,051*	0,40
ZOB: Zaburzenia osobowości Borderline	67,34	12,52	113,72	31,36	-9,66	0,001***	1,99
HADS: Lęk	4,04	1,83	12,57	4,80	-11,68	0,001***	2,41
HADS: Depresja	2,90	2,04	10,87	4,78	-10,78	0,001***	2,22
PAS: Ból psychiczny	17,46	5,01	42,30	11,49	-13,18	0,001***	2,72

Adnotacja. N – liczebność; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; t(df) – statystyka testu t-Studenta; p – istotność t; d Cohena – siła związku.

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Tabela 3. Porównanie grupy kontrolnej i badanej w zakresie samouszkodzeń

	Grupa kontrolna N = 7		Grupa badana N = 29		U	p
	M	SD	M	SD		
ISAS: Regulacja afektu	2,86	2,41	4,41	1,72	64,00	0,123
ISAS: Samokaranie	1,00	1,41	3,52	2,23	41,00	0,014**
ISAS: Samoopieka	0,43	0,79	1,55	1,88	64,00	0,109
ISAS: Zapobieganie samobójstwu	0,00	0,00	1,48	1,94	52,50	0,026*
ISAS: Wytrzymałość	0,29	0,76	1,62	2,08	61,00	0,075#
ISAS: Dystres	2,00	2,00	2,48	2,18	87,00	0,552

Adnotacja. N – liczebność; M – średnia; SD – odchylenie standardowe; U – statystyka testu U Manna-Whitney'a; p – istotność U.

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; # $p < 0,10$.

Tabela 4. Macierz korelacji między poszczególnymi czynnikami ryzyka samobójczego w grupie badanej

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
SLiFŚ: Fascynacja śmiercią ¹	-											
SLiFŚ: Lęk przed śmiercią ¹	-0,30*	-										
ZOB: Zaburzenia osobowości typu Borderline ¹	0,43***	0,12	-									
HADS: Lęk	0,36**	0,10	0,71***	-								
HADS: Depresja	0,34*	0,05	0,56***	0,58***	-							
PAS: Ból psychiczny ¹	0,60***	0,05	0,74***	0,63***	0,57***	-						
ISAS: Regulacja afektu ¹	0,39*	0,04	0,17	0,18	0,07	0,30	-					
ISAS: Samokaranie ¹	0,47**	0,20	0,31	0,36	0,30	0,45**	0,59***	-				
ISAS: Samoopieka ¹	0,24	0,37*	0,37*	0,25	0,29	0,42***	0,13	0,42*	-			
ISAS: Zapobieganie samobójstwu ¹	0,52***	-0,12	0,16	0,29	0,20	0,36*	0,39*	0,47**	0,26	-		
ISAS: Wytrzymałość ¹	0,20	0,23	0,29	0,13	0,21	0,29	0,09	0,51***	0,54***	0,08	-	
ISAS: Dystres ¹	0,22	0,48**	0,18	0,08	-0,03	0,32	0,45**	0,66***	0,61***	0,38*	0,55***	-

Adnotacja. ¹ Zastosowano parametryczne korelacje r Pearsona
 *** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Zaobserwowano, że grupa badana uzyskała istotnie statystycznie wyższy poziom lęku i fascynacji śmiercią (SLiFŚ), zaburzeń osobowości Borderline (ZOB), lęku i depresji (HADS) oraz bólu psychicznego (PAS) niż grupa kontrolna.

Zastosowano także nieparametryczny test U Manna-Whitney'a dla dwóch prób niezależnych, gdzie zmienną niezależną była diagnoza depresji (nie vs. tak), a zmiennymi zależnymi było sześć podskal samouszkodzeń (regulacja afektu, samokaranie, samoopieka, zapobieganie samobójstwu, wytrzymałość, dystres). Uzyskane wyniki przedstawia tabela 3.

Zaobserwowano, że grupa badana uzyskała istotnie statystycznie wyższy poziom samokarania i zapobiegania samobójstwu niż grupa kontrolna. Warto zwrócić uwagę, że na poziomie tendencji statystycznej ($p = 0,075$), grupa badana uzyskała również wyższy poziom wytrzymałości niż grupa kontrolna. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic międzygrupowych w zakresie regulacji afektu, samoopieki i dystresu.

H3: Sprawdzono, czy istnieją istotne statystycznie związki między poszczególnymi czynnikami ryzyka samobójczego (lęk i fascynacja śmiercią, zaburzenia osobowości Borderline, lęk i depresja, ból psychiczny, samouszkodzenia). Zastosowano parametryczne korelacje r Pearsona w przypadku zmiennych o rozkładzie normalnym oraz nieparametryczne korelacje ρ Spearmana w przypadku zmiennych o rozkładzie odbiegającym od rozkładu normalnego (ISAS w grupie kontrolnej). Wyniki uzyskane w grupie badanej przedstawia tabela 4.

W grupie badanej zaobserwowano, że fascynacja śmiercią (SLiFŚ) koreluje istotnie statystycznie, dodatnio i umiarkowanie z zaburzeniami osobowości typu Borderline (ZOB), lękiem i depresją (HADS), regulacją afektu i samokaraniem (ISAS) oraz dodatnio i silnie z bólem psychicznym (PAS) i zapobieganiem samobójstwu (ISAS). Lęk przed śmiercią (SLiFŚ) koreluje istotnie statystycznie, dodatnio i umiarkowanie z samoopieką i dystresem (ISAS). Zaburzenia osobowości typu Borderline (ZOB) korelują istotnie statystycznie, dodatnio

Tabela 5. Macierz korelacji między czynnikami protekcyjnymi zachowań samobójczych a czynnikami ryzyka samobójczego w grupie badanej

	ASPIRE: ST	ASPIRE: UN	ASPIRE: CN	ASPIRE: PF	ASPIRE: RS	ASPIRE: RI	ASPIRE: RC
SLiFŚ: Fascynacja śmiercią ¹	-0,24	-0,03	-0,11	-0,34*	0,06	-0,18	0,37*
SLiFŚ: Lęk przed śmiercią ¹	0,13	0,02	0,22	0,09	-0,11	-0,02	-0,16
ZOB: Zaburzenia osobowości typu Borderline ¹	-0,09	-0,09	-0,10	-0,04	0,17	-0,05	0,36**
HADS: Lęk ¹	-0,11	-0,15	0,01	-0,11	0,18	-0,05	0,38**
HADS: Depresja ¹	-0,15	-0,14	-0,05	-0,13	0,13	0,10	0,07
PAS: Ból psychiczny ¹	-0,01	0,08	0,07	-0,11	0,23	0,02	0,36**
ISAS: Regulacja afektu ¹	0,12	0,44*	0,02	-0,04	-0,22	-0,14	-0,24
ISAS: Samokaranie ¹	-0,10	0,14	0,03	-0,27	-0,33#	-0,36#	0,09
ISAS: Samoopieka ¹	0,28	0,33	0,32#	0,10	0,03	0,04	0,17
ISAS: Zapobieganie samobójstwu ¹	-0,18	0,06	-0,10	-0,29	0,10	-0,16	0,38*
ISAS: Wytrzymałość ¹	-0,02	0,08	0,18	-0,20	-0,30	-0,29	0,15
ISAS: Dystres ¹	0,09	0,33	0,30	-0,14	-0,26	-0,25	-0,05

Adnotacja. ST-transcendencja duchowa; UN – uniwersalność; CN-poczucie więzi; PF-spełnienie w modlitwie; RS-uczucia religijne; RI-zaangażowanie religijne; RC-kryzys religijny.

¹ Zastosowano parametryczne korelacje r Pearsona

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; # $p < 0,10$.

Tabela 6. Predyktory ryzyka samobójczego w grupie badanej

Zmienne wyjaśniane	Zmienne wyjaśniające	B	SE	Beta	T	R ²	F
SLiFŚ: Fascynacja	(Stała)	2,49	0,41		6,01*	0,20	6,24***
	Wiek	-0,03	0,01	-0,39	-2,77**		
	ASPIRE: Kryzys religijny	0,19	0,11	0,25	1,80*		
SLiFŚ: Lęk	(Stała)	2,04	0,22		9,36	0,15	8,36**
	Wiek	0,71	0,24	0,40	2,89**		
ZOB: Zaburzenia osobowości	(Stała)	131,76	16,96		7,77*	0,25	8,04***
	ASPIRE: Kryzys religijny	8,84	4,36	0,27	2,03*		
	Wiek	-1,31	0,41	-0,42	-3,15***		
HADS: Lęk	(Stała)	17,69	2,31		7,65*	0,11	6,29*
	Wiek	-0,18	0,07	-0,36	-2,51*		
PAS: Ból psychiczny	(Stała)	57,19	5,38		10,64***	0,17	9,55***
	Wiek	-0,52	0,17	-0,43	-3,09***		
ISAS: Regulacja afektu	(Stała)	0,65	1,31		0,50	0,23	8,36**
	ASPIER: Uniwersalność	1,11	0,38	0,51	2,89**		
ISA: Dystres	(Stała)	5,07	1,31		3,88***	0,12	4,53*
	Wiek	-0,09	0,04	-0,40	-2,13*		

Adnotacja. Płeć: 0 – mężczyzna, 1 – kobieta; Status związku: 0 – osoby samotne, 1 – osoby w związku.

B – niestandardyzowany współczynnik regresji; SE – błąd standardowy B; beta – standardyzowany współczynnik regresji;

t – statystyka testu t; F – statystyka ANOVA; R² – skorygowany współczynnik determinacji

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

i umiarkowanie z samoopieką (ISAS) oraz dodatnio i silnie z lękiem i depresją (HADS) i bólem psychicznym (PAS). Ból psychiczny (PAS) koreluje istotnie statystycznie, dodatnio i silnie z lękiem i depresją (HADS) oraz dodatnio i umiarkowanie z samokaramiem, samoopieką i zapobieganiem samobójstwu (ISAS). Nie zaobserwowano istotnych statystycznie korelacji między lękiem i depresją (HADS) a samouszkodzeniami (ISAS).

H4: Sprawdzono, czy istnieje istotny statystycznie związek między czynnikami protekcyjnymi a czynnikami ryzyka samobójczego (lęk i fascynacja śmiercią, zaburzeniem osobowości Borderline, lęk i depresja, ból psychiczny, samouszkodzenia). Ponownie zastosowano parametryczne korelacje r Pearsona w przypadku zmiennych o rozkładzie normalnym oraz nieparametryczne korelacje *rho* Spearmana w przypadku zmiennych o rozkładzie odbiegającym od rozkładu normalnego (ISAS w grupie kontrolnej). Wyniki uzyskane w grupie badawczej przedstawia tabela 5.

W grupie badanej zaobserwowano istotne statystycznie, dodatnie i umiarkowane korelacje między uniwersalnością (ASPIRE) a regulacją afektu (ISAS), ujemne i umiarkowane korelacje między spełnieniem w modlitwie (ASPIRE) a fascynacją śmiercią (SLiFŚ) oraz dodatnie i umiarkowane korelacje między kryzysem religijnym (ASPIRE) a fascynacją śmiercią (SLiFŚ), zaburzeniami osobowości typu Borderline (ZOB), lękiem (HADS), bólem psychicznym (PAS) oraz zapobieganiem samobójstwu (ISAS). Dodatkowo, zaobserwowano istotne na poziomie tendencji statystycznej, dodatnie i umiarkowane korelacje między poczuciem więzi (ASPIRE) a samoopieką (ISAS) oraz ujemne i umiarkowane korelacje między uczuciami religijnymi i zaangażowaniem religijnym (ASPIRE) a samokaramiem (ISAS). Nie zaobserwowano istotnych statystycznie korelacji między czynnikami protekcyjnymi a lękiem przed śmiercią (SLiFŚ) oraz depresją (HADS)

H5: Celem określenia, które czynniki protekcyjne stanowią predyktory ryzyka samobójczego zastosowano analizę regresji wielokrotnej metodą krokową. Zmiennymi wyjaśniającymi były czynniki protekcyjne (duchowość i religijność) oraz kontrolnie czynniki socjodemograficzne (płeć, wiek, lata nauki, status związku). Zmiennymi wyjaśnianymi były czynniki

ryzyka samobójczego (lęk i fascynacja śmiercią, zaburzenia osobowości Borderline, lęk i depresja, ból psychiczny, samouszkodzenia). Ze względu na niską liczebność, w analizie regresji nie uwzględniono samouszkodzeń w grupie kontrolnej. Wyniki uzyskane w grupie badanej przedstawia tabela 6.

W grupie badanej zaobserwowano trzy istotne statystycznie predyktory ryzyka samobójczego: uniwersalność i kryzys religijny (ASPIRE) oraz wiek. Wyższy poziom kryzysu religijnego (ASPIRE) zwiększał poziom fascynacji śmiercią (ŚLiFŚ) i zaburzeń osobowości typu Borderline (ZOB). Wyższy poziom uniwersalności (ASPIRE) zwiększał poziom regulacji afektu (ISAS). Starszy wiek zwiększał poziom lęku przed śmiercią (ŚLiFŚ) oraz obniżał poziom fascynacji śmiercią (SLiFŚ), poziom zaburzeń osobowości typu Borderline (ZOB), poziom lęku (HADS), poziom bólu psychicznego (PAS) oraz poziom dystresu (ISAS). Najsilniejszym predyktorem była uniwersalność ($\beta = 0,51$). Płeć oraz pozostałe czynniki protekcyjne (transcendencja duchowa, poczucie więzi, spełnienie w modlitwie, uczucia religijne, zaangażowanie religijne) nie stanowiły istotnych statystycznie predyktorów czynników ryzyka samobójczego. Nie stwierdzono również predyktorów poziomu depresji (HADS).

4. Dyskusja

H1: Uzyskane wyniki wskazały, że osoby z depresją w porównaniu do osób zdrowych charakteryzują się niższymi wynikami na skalach duchowości i religijności. Dodatkowo cechują się wyższym poziomem kryzysu religijnego. Jak wykazuje literatura przedmiotu osoby cierpiące na depresję charakteryzuje spadek nastroju, napędu, anhedonia oraz obniżenie aktywności. Ich funkcje poznawcze ulegają pogorszeniu. Mózg pozostaje pod wpływem zwiększonej sekrecji kortyzolu, obniżają się poziomy neuroprzekazników, tj. serotonina, noradrenalina. Struktury mózgu ulegają zmianie: hipokamp odpowiedzialny za pamięć zmniejsza swój rozmiar, powiększa się ciało migdałowate odpowiedzialne za procesy percepcji strachu (Galecki & Szulc, 2018). Wyżej wymienione zmienne mogą wpływać na obniżenie

religijności i duchowości u osób w aktywnej fazie depresji. Wyniki badania potwierdziły tę hipotezę. Niestety, w przeglądzie literatury nie udało się znaleźć badań analizujących *stricte* stan duchowy lub religijny osób z depresją, by móc do nich odnieść wyniki tego projektu. Jest natomiast wiele badań potwierdzających protekcyjny i prozdrowotny wpływ religijności i duchowości na osoby cierpiące na depresję (Braam & Koenig, 2019b; Cole-Lewis i in., 2016; Pečecnik & Gostečnik, 2022; Ronneberg i in., 2016; Sikora i in., 2021; Smith i in., 2003; Vitorino i in., 2018). Może to wskazywać, na to, że osoby w aktywnej fazie depresji są zaangażowane religijnie. W badaniach polskich dotyczących praktyk zdrowotnych osób chorujących na depresję wykazano, że osoby z depresją reprezentują wysoki poziom religijności i poszukiwały możliwości uczestniczenia w praktykach religijnych (Sikora i in., 2021). Uzyskane wyniki mogą wskazywać, że osoby w aktywnej fazie depresji różnią się duchowo i religijnie od osób zdrowych.

H2: Uzyskane wyniki potwierdziły prawidłowość, iż osoby z depresją w porównaniu do osób zdrowych cechuje wyższy poziom czynników ryzyka samobójczego: fascynacji śmiercią, nasilenia ZOB, lęku, depresji oraz bólu psychicznego. Wśród osób z depresją występował też wyższy poziom samouszkodzeń szczególnie występujących w funkcji samokarania i zapobiegania samobójstwu. Ponadto okazało się, że większość osób z badanej grupy uzyskała wyniki świadczące o ZOB (69,60%) oraz zaburzeniach lękowych (67,40%). Ból psychiczny okazał się najsilniejszym predyktorem myśli samobójczych - towarzyszy depresji i nasila jej objawy (Montemarano i in., 2018). Ból psychiczny jest najbardziej uciążliwą dolegliwością osób z depresją, skłaniającą do myśli i zachowań samobójczych (Chodkiewicz, 2013).

Wyniki projektu badawczego są zgodne z innymi doniesieniami łączącymi depresję i ból psychiczny (Chodkiewicz i in., 2017; Frumkin i in., 2021; Mee i in., 2019; Mento i in., 2020; Surmacz i in., 2021), depresję i fascynację śmiercią (Lee i in., 2013; Surmacz i in., 2021; Żemojtel-Piotrowska i Piotrowski, 2009), depresję a ZOB (Zuchowicz i in., 2018) oraz depresję i samouszkodzenia (Dugiel, 2018; Radziwiłłowicz, 2020). Badania potwierdziły tezę o współchorobowości i złożoności depresji. Osoby cierpiące na nią

doświadczają nie szerokiej gamy negatywnych zjawisk psychicznych: lęku przed śmiercią i równoczesnego zafiksowania na niej (najprawdopodobniej jako na drodze wyjścia z cierpienia), bólu psychicznego pchającego ich w myśli i zachowania samobójcze, cech osobowości chwiejnej emocjonalnie. Może to potwierdzać hipotezy innych badaczy o tym, że depresja i zaburzenia osobowości z wiązki B (wg. DSM 5) leżą na jednym kontinuum (Zuchowicz i in., 2018).

H3: W grupie klinicznej osób z depresją ból psychiczny i fascynacja śmiercią korelują dodatnio z lękiem, depresją, samouszkodzeniami oraz ZOB. Ogólnie, wykazano silne korelacje między poszczególnymi czynnikami ryzyka samobójczego: bólem psychicznym, lękiem, depresją, fascynacją śmiercią oraz samouszkodzeniami.

Wyniki uzyskane w grupie osób z depresją, wskazują, że ból psychiczny jest istotnym czynnikiem ryzyka samobójczego skorelowanym z depresyjnością, lękiem, samookaleczeniami, fascynacją śmiercią pozostają spójne z badaniami innych autorów w tej problematyce badawczej (Chodkiewicz i in., 2017; Frumkin i in., 2021; Mento i in., 2020; Surmacz i in., 2021).

H4: Spełnienie w modlitwie obniża fascynację śmiercią. Wraz z kryzysem religijnym wzrasta fascynacja śmiercią, cechy zaburzenia osobowości typu Bordeline, lęk, ból psychiczny i samookaleczenia (w funkcji zapobiegania samobójstwu). Uczucia religijne i zaangażowanie religijne obniżają samouszkodzenia (w funkcji samokarania). Zaobserwowano, że aspekty duchowości takie jak uniwersalność i poczucie więzi współwystępuje z samouszkodzeniami w funkcji regulacji afektu i samokarania. Nie zaobserwowano istotnych statystycznie korelacji między czynnikami protekcyjnymi a lękiem przed śmiercią oraz depresją.

Podobne wyniki dt. kryzysu religijnego wykazano w innych badaniach (Rodziński i in., 2017; Trevino i in., 2014). Surmacz i współpracownicy (2021) wskazali, że kryzys religijny pozytywnie koreluje z depresyjnością, bólem psychicznym i fascynacją śmiercią. Jej badania dotyczyły populacji zdrowych osób. W bieżącym badaniu uzyskano analogiczne wyniki, z tym że na populacji osób z depresją. Może to wskazywać, że kryzys religijny wywołuje podobne skutki tak wśród zdrowych jak i wśród chorych na depresję. Wymaga to oczywiście dalszych

analiz, ale już teraz wskazuje, że kryzys religijny może przekładać się w życiu jednostek na poważne problemy. Stąd dbanie o dobrostan religijny jawi się jako jedno z zachowań profilaktycznych w kontekście ryzyka samobójczego. Wykazano bowiem, że wyższy poziom dobrostanu duchowego prowadzi do zmniejszenia ryzyka samobójstwa i obniżenia poziomu bólu psychicznego (Ibrahim i in., 2019; Tanriverdi i in., 2022b).

W omawianym kontekście warto przytoczyć wyniki Koeniga. Wykazał on, że religia jest najskuteczniejszym środkiem obniżającym zachowania samobójcze i umiarkowanie obniżającym depresję (Koenig i in., 2020). U osób z zaburzeniami psychicznymi religijność jest bardziej protekcyjna niż u osób zdrowych (Braam & Koenig, 2019c). Badania nad młodzieżą w wieku 12-15 lat doświadczającą problemów społecznych wykazało, że prywatne praktyki religijne, religijność instytucjonalna i wsparcie religijne korelowały ujemnie z objawami depresji i myślami samobójczymi. Autorzy sugerowali, aby włączać religijność w programy profilaktyki zaburzeń depresyjnych i zachowań samobójczych (Cole-Lewis i in., 2016). Przekrojowe badanie przeprowadzone u Brazylijczyków wykazało, że osoby z wyższymi poziomami religijności i duchowości wykazywały się wyższymi wynikami w skalach, tj.: jakość życia, jakość relacji społecznych, optymizmu, szczęścia (Vitorino i in., 2018).

Bark istotnych statystycznie zależności między badanymi czynnikami protekcyjnymi a depresją na zdrowej populacji polskiej wykazała Surmacz i współpracownicy (2021). Do podobnych konkluzji doszedł Lerman i współpracownicy (2018) w odniesieniu do młodych Latynosów. Przyczyn rozbieżności w wynikach badań można dopatrywać się w małych próbach klinicznych i metodologii badań: samo opisowe online.

H5: Tylko kryzys religijny okazał się istotnym statystycznie predyktorem ryzyka samobójczego. Jego wzrost przewidywał zwiększony poziom fascynacji śmiercią i zaburzeń Borderline. Wbrew oczekiwaniom okazało się, że wyższy poziom uniwersalności (wymiar transcendencji duchowej) przewidywał zwiększone ryzyko samouszkodzeń (w funkcji regulacji afektu). Co ciekawe okazało się, że starszy

wiek zmniejszał istotnie nasilenie czynników ryzyka (fascynacja śmiercią, cechy zaburzeń osobowości borderline, lęk ogólny, ból psychiczny, samouszkodzenia (podejmowane w funkcji dystresu)).

Przegląd 22 badań dotyczących protekcyjnego wpływu religijności i duchowości na osoby z depresją wykazał, że 59% wyników potwierdza, że wraz z kryzysem religijnym wzrasta poziom zaburzeń depresyjnych (Braam & Koenig, 2019a). W podobnym do aktualnego badaniu tyle, że przeprowadzonym na grupie osób zdrowych, wraz z nasileniem kryzysu religijnego nasilała się depresyjność, ból psychiczny, fascynacja śmiercią (Surmacz i in., 2021).

Prezentowane badanie wykazało, że wśród osób chorych na depresję wiek obniża nasilenie czynników ryzyka (poziom fascynacji śmiercią (SLiŚ)), poziom zaburzeń osobowości typu Borderline (ZOB), poziom lęku (HADS), poziom bólu psychicznego (PAS) oraz poziom dystresu (ISAS). W innych badaniach podszły wiek uważa się za czynnik ryzyka samobójczego (Grzywa i in., 2009; Makara-Studzińska & Koślak, 2009; Młodożeniec, 2008).

W bieżącym badaniu predyktorem ryzyka samobójczego okazał się kryzys religijny. Tymczasem w innych badaniach na próbach osób zdrowych najsilniejszym predyktorem ryzyka samobójczego był ból psychiczny (Campos i in., 2019; Surmacz i in., 2021; Tanriverdi i in., 2022a). Przeciwnie do wyników tego badania duchowość okazała się czynnikiem protekcyjnym wobec ryzyka samobójczego w innych badaniach (Tae & Chae, 2021; Wu i in., 2015). Przyczyn rozbieżności można się doszukiwać między innymi w małej próbie klinicznej w moim projekcie.

5. Podsumowanie wyników badania

Jedną z zalet badania jest jego innowacyjność i nowatorskość. Nie ma wielu badań analizujących protekcyjny wpływ religijności i duchowości na ryzyko samobójcze u osób z depresją. Kolejnym atutem projektu jest korzystanie ze rzetelnych, dobrze zwalidowanych narzędzi. W tym badaniu zastosowano ich dużą liczbę, co pozwoliło przeanalizować wzajemne

związki licznych czynników – zarówno wchodzących w skład religijności i duchowości co czynników ryzyka. Mocną stroną tego badania jest homogenna struktura grup w związku ze starannością doboru uczestników do badania.

Wśród ograniczeń tego badania można wymienić jego poprzeczny charakter. Więcej wnoszące w omawiany temat byłyby z pewnością badania podłużne. Były to też badania kwestionariuszowe, samoopisowe, przeprowadzone online. Te aspekty badania mogą zmniejszać jego rzetelność. Ponadto, osoby deklarujące się jako zdrowe wykazywały w skalach klinicznych pewne cechy zaburzeń psychicznych: te z najwyższymi wynikami zostały wykluczone, te ze średnimi i niskimi pozostały. Podobnie osoby z grupy kontrolnej nie prezentowały tylko objawów jednego zaburzenia (w tym przypadku depresji) ale również zaburzeń osobowości i lękowych.

Ograniczeniem badania jest niejednorodność grup pod względem religijnym. W badanej grupie były mieszane ze sobą osoby religijne i niereligijne. To mogło wpływać negatywnie na uzyskane wyniki: u osób niereligijnych religijność nie może być czynnikiem protekcyjnym, ponieważ nie jest praktykowana. Po wtóre: w badanej grupie były osoby, które deklarowały depresję w aktywnej fazie, ale nie wszystkie wykazywały jej symptomy w skalach klinicznych.

Implikacje praktyczne

Wyniki projektu wpisują się w długą listę badań potwierdzających wpływ duchowości i religijności w procesie utrzymywania i wracania do pełni zdrowia psychicznego. Metaanaliza przeprowadzona w celu określenia czynników skutecznych w psychoterapii wykazała, że psychoterapia dostosowana do duchowości i religijności pacjentów dawała istotnie statystycznie lepsze efekty niż brak leczenia czy psychoterapie bez odniesienia do duchowości i religijności. W innych badaniach, w których grupy kontrolne były prowadzone w tej samej modalności i przez taki sam okres, psychoterapie dostosowane do duchowości i religijności były wprawdzie równie skuteczne, jak standardowe podejścia w zmniejszaniu stresu psychologicznego, ale skutkowały większym dobrostanem duchowym

(Hook i in., 2019). Myers (2018) przeprowadził międzykulturowe badania na próbie prawie 3 tys. osób wyróżnił pięć czynników szczęścia: poczucie wpływu, optymizm, sens, bliskie relacje i wiara. Ta ostatnia rozumiana jest jako osobowa relacja z Bogiem. Można zatem powiedzieć, że osobowa relacja z Bogiem jest czynnikiem szczęścia. Myers w swoich poprzednich badaniach z 1995 doszedł do podobnych konkluzji: zaangażowanie religijne jest pozytywnie skorelowane ze szczęściem (Myers & Diener, 2018). W innych badaniach wykazano, że religijność chroni przed depresją i pomaga z niej szybciej wyjść (Ronneberg i in., 2016). Dowiedziono również, że religijność pomaga skutecznie redukować skutki stresu. Badanie przeprowadzone przez naukowców z Uniwersytetu w Teksasie wykazało, że „modlitwa oddania”, pomaga skutecznie w zmniejszeniu reaktywności układu sercowo-naczyniowego w odpowiedzi na wyzwanie interpersonalne o charakterze religijnym. Ponadto stwierdzono, że praktyka religijna „modlitwy oddania” spowodowała największe tłumienie reaktywności naczyniowej w porównaniu z grupami korzystającymi z medytacji świeckiej i technik relaksacyjnych (Masters i in., 2022).

Ponadto religijność jest rekomendowana jako zasób pacjenta w zdrowieniu przez: *American Psychiatric Association, Royal College of Psychiatrists and World Psychiatric Association*. W procesie angażowania religijności w leczenie należy jednak uwzględnić czy u danego pacjenta ma ona zdrowy czy patologiczny charakter (Koenig i in., 2020). Duchowość również jest skutecznie wykorzystywana w procesie zdrowienia pacjentów. Przegląd literatury z lat 2000-2018 wykazał, że duchowość włączana w programy leczenia psychoterapeutycznego poprzez naukę wdzięczności, przebaczenia, samoakceptacji i współczucia przynosi dobre i wymierne efekty poprawy zdrowia psychicznego pacjentów (Pečečnik & Gostečnik, 2022).

Z przytoczonych powyżej wyników badań i rekomendacji towarzystw psychiatrycznych można wnioskować, że dostęp do zdrowych form religijności i duchowości będzie miał prozdrowotny wpływ na społeczność. W praktyce klinicznej mogłoby to polegać na umożliwianiu pacjentom psychiatrycznym dostępu do praktyk religijnych: zapraszanie kapelanów do placówek leczniczych, ułatwienie

dojazdów do miejsc kultu (Ronneberg i in., 2016). Można by również uwzględnić religijność i duchowość w programach profilaktycznych, kampaniach społecznych czy programach wychowawczych. Statystyki dotyczące stanu zdrowia psychicznego polskiej młodzieży są alarmujące (Rzecznik Praw Dziecka, 2023). Jak zauważa prof. Myers, że niektóre kraje takie jak Bhutan i Zjednoczone Emiraty Arabskie już podjęły takie praktyki. Chcąc zwiększyć poziom szczęścia swoich obywateli wspierają wartości duchowe i religijne wśród swych obywateli (Myers & Diener, 2018). Choć udowodniono, że religijność koreluje pozytywnie ze szczęściem i dobrostanem psychicznym badacze tego obszaru zauważają tzw. „paradoks religijny”: ludzie odchodzą od uczestnictwa w praktykach i instytucjonalnych wspólnotach religijnych. Sugerują, że powodem tego może być rosnąca indywidualizacja, pluralizm kulturowy oraz zmniejszona presja społeczna na bycie zaangażowanym religijnie (Myers & Diener, 2018). W Polsce jak wykazują statystyki praktyk religijnych z lat 2000-2020 liczba osób głęboko wierzących i regularnie praktykujących spada. Równocześnie rośnie liczba osób niewierzących i niepraktykujących (CBOS, 2020) oraz osób podejmujących próby samobójcze (Komenda Główna Policji, 2023). Wyniki niniejszego badania ukazujące kryzys religijny jako istotny predyktor ryzyka samobójczego są zbieżne z polską rzeczywistością. Dbałość o religijność i duchowość Polaków może przełożyć się na spadek zachowań samobójczych i poprawę jakości życia.

Choć religijność i duchowość są uznawane za ważny zasób to należy uwzględnić fakt, że osoby w aktywnej fazie depresji funkcjonują w zmieniony sposób. Wyniki tego badania wykazały, że osoby z depresją doświadczają obniżenia poziomu swojej duchowości i religijności. Trudniej im się modlić, nie doświadczają takiej łączności z innymi i światem jak wcześniej, doświadczają kryzysu religijnego, choć zachowują uczucia religijne i poczucie więzi z innymi wierzącymi. Jest to efektem zamknięcia na życie, anhedonii, egotyzmu charakterystycznych dla depresji. Należy uwzględnić te zjawiska w podejściu do osób z depresją: wyrażać wyrozumiałość dla ich „stanu duszy”, dostosować wymagania do ich aktualnych możliwości, nie wymagać ani się nie

spodziewać wielkiego zaangażowania religijnego, nie retraumatyzować ich oskarżeniami o „utrata wiary”. Ich apatia w tym obszarze zdaje się być elementem charakterystycznym choroby, która ich dotknęła, nie zaś „lenistwem duchowym”, czy „obrażeniem się na Boga czy Kościół” jak czasami suponują bliskie im osoby wierzące.

Wyniki tego badania pokazały, że grupa osób z depresją jest bardziej zagrożona ryzykiem samobójczym niż osoby zdrowe. Ich udziałem jest istotnie wyższy poziom: lęku, bólu psychicznego, fascynacji śmiercią (postrzeganej często jako „sposób na przerwanie cierpienia”, Chodkiewicz i in., 2017; Shneidman, 1998). Bardziej niż osoby zdrowe doświadczają nasilenia objawów ZOB, tj.: unikanie opuszczenia, niestabilne relacje, zakłócenia tożsamości, autodestrukcyjna impulsywność, powracające zachowania samobójcze, niestabilność afektywna, brak kontroli nad gniewem, dysocjacja i ideacja paranoidalna. W celu uniknięcia samobójstwa stosują samookaleczenia. Te charakterystyczne doświadczenia i zachowania osób z depresją należy uwzględnić w podejściu do nich: zarówno przez specjalistów leczących ich jak i przez członków ich rodzin. To przede wszystkim ci ostatni powinni otrzymywać wsparcie psychoedukacyjne, gdyż często to oni negują, umniejszają, nie rozumieją cierpienia swych najbliższych. Warto uwzględnić w procesie zdrowienia pacjenta wsparcie psychologiczne jego najbliższych.

Jak wykazano osoby z diagnozą depresji charakteryzuje wyższy poziom ryzyka samobójczego. Należy na bieżąco monitorować ich stan poprzez np. stawianie pytań o myśli samobójcze, zamiary, intencje, stosowanie tzw. „kart oceny ryzyka”. Praktyka ta jawi się jako wskazana zarówno w opiece domowej jak i szpitalnej.

Uzyskane w badaniu korelacje wskazują jak niebezpieczne są stany psychiczne w jakich znajdują się osoby cierpiące na depresję. Wykazano silne dodatnie korelacje pomiędzy fascynacją śmiercią a bólem psychicznym oraz samouszkodzeniami w funkcji zapobiegania samobójstwu. Stąd w praktyce klinicznej należy spodziewać się, że skoro pacjent ma powody by czuć ból psychiczny (np. poczucie dużej straty połączone z małą liczbą zasobów, deklarowaną „beznadziejnością” sytuacji) może być blisko intencji samobójczych, a z dużym prawdopodobieństwem

samouszkodzeń. W praktyce klinicznej pacjentów z deklarowany wysokim poziomem bólu psychicznego i równocześnie podwyższonym napędem należy rozważyć jako „pacjentów wysokiego ryzyka” i otoczyć uważną opieką. To badanie wykazało dodatnie korelacje bólu psychicznego z samouszkodzeniami. Korelacje bólu psychicznego z zaburzeniami używania substancji (SUD) zostały wykazane w innym badaniu (Mee i in., 2019). W związku z tym pacjenci doświadczający intensywnie bólu psychicznego są bardziej podatni na dezadaptacyjne formy regulacji emocji takie jak samouszkodzenia i zażywanie środków psychoaktywnych. W postępowaniu psychoterapeutycznym należy uwzględnić trening umiejętności regulacji emocji taki jak np. proponuje terapia Dialektyczno-Behawioralna (Linehan, 2016).

Kolejną implikacją praktyczną tego badania jest kliniczna wartość informacji o kryzysie religijnym pacjenta z depresją. Jak wykazano idzie on w parze ze zwiększonym nasileniem czynników ryzyka samobójczego. Zauważenie kryzysu religijnego u bliskiej osoby chorującej na depresję może być dla otoczenia ważną informacją.

Choć religijność i duchowość wspierają proces zdrowienia należy jednak podkreślić by nie polegać wyłącznie na nich w walce z depresją czy zagrożeniem samobójczym. Konieczne jest by uwzględnić inne czynniki leczące: profesjonalną psychoterapię, farmakoterapię, zajęcia psychoedukacyjne, wsparcie społeczne.

Jak wykazano wcześniej wpływ religijności i duchowości na zdrowie psychiczne jest szeroko wzmiankowany. Należy zatem badać go by jeszcze skuteczniej korzystać z tych zasobów w trakcie leczenia.

Kolejne badania dotyczące wpływu religijności i duchowości na obniżenie ryzyka samobójczego u osób z depresją mogłoby być przeprowadzone

na większej grupie klinicznej w formie badań podłużnych. W tej formie mogłoby ono badać wpływ konkretnych praktyk religijnych na pacjentów w trakcie terapii np. wspomnianej wcześniej „modlitwy oddania” (Masters i in., 2022). Można by ocenić poziom czynników ryzyka samobójczego przed oddziaływaniami, w trakcie i po. Przebadac długość utrzymującego się efektu. Badanie takie mogłoby wykorzystać również procedury próbkowania w czasie EMA (*Ecological Momentary Assessment*). Do informacji samoopisowych można by dołożyć informacje zbierane od bliskich pacjentów.

W tym badaniu wyniki wpływu religijności na obniżenie ryzyka samobójczego badano w grupie, w której były osoby wierzące i niewierzące, gdyż kryterium doboru do grupy dotyczyło „depresji” a nie praktyk religijnych. Mogło to skutkować obniżeniem wpływu religijności na ryzyko samobójcze w badanej grupie w ten sposób, że niska religijność osób niepraktykujących obniżała końcowy statystyczny efekt wpływu religijności na obniżanie poziomów czynnika ryzyka.

W kolejnym badaniu można zbadać: grupę osób w aktywnej depresji (kryterium deklaracji i obecności objawów) deklarujących się jako wierzące i praktykujące i porównać ich z grupą osób w aktywnej fazie depresji (kryteria te same) deklarujących się jako niewierzące i niepraktykujące. Pozwoliłby to ocenić różnice i podobieństwa między osobami wierzącymi a niewierzącymi. Można byłoby empirycznie zweryfikować czy religijność osób wierzących jest silniejszym czynnikiem protekcyjnym u wierzących w porównaniu do niewierzących? Czy duchowość osób niewierzących jest silniejszym czynnikiem protekcyjnym niż religijność wierzących? Co bardziej chroni wierzących: religijność czy duchowość?

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2018). *Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń Psychicznych DSM-5*, P. Gałęcki, M. Pilecki, J. Rymaszewska, A. Szulc, S. Sidorowicz, J. Wiciórka, (red.). Edra Urban & Partner.
- Bloo, J., Arntz, A., Schouten, E. (2017). Lista Kontrolna Zaburzenia Osobowości z Pogranicza (BPD): ocena psychometryczna i struktura czynnikowa w próbie klinicznej i nieklinicznej. *Roczniki Psychologiczne*, 20(2), 281-336.
- Borowicz, M., Rybka, M. (2016). Wybrane aspekty jakości życia pacjentów z depresją. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 1. <https://doi.org/10.21784/iwp.2016.004>
- Braam, A.W., Koenig, H.G. (2019a). Religion, spirituality and depression in prospective studies: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 257, 428-438. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2019.06.063>
- Campos, R.C., Holden, R.R., & Gomes, M. (2019). Assessing psychache as a suicide risk variable: Data with the Portuguese version of the psychache scale. *Death Studies*, 43(8), 527-533. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1493002>
- CBOS. (2020). *Religijność Polaków w ostatnich 20 latach*. https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2020/K_063_20.PDF
- Cheng, Y., Zhao, W.W., Chen, S.Y., & Zhang, Y.H. (2021). Research on Psychache in Suicidal Population: A Bibliometric and Visual Analysis of Papers Published During 1994-2020. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.727663>
- Chodkiewicz, J. (2013). Ból psychiczny – konceptualizacja i narzędzia pomiaru. *Psychiatria*, 10(3-4), 109-115. <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/36415/32089>
- Chodkiewicz, J., Miniszewska, J., Strzelczyk, D., & Gąsior, K. (2017). Polska adaptacja Skali Bólu Psychicznego Ronald Holdena i współpracowników. *Psychiatria Polska*, 51(2), 369-381. <https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/59448>
- Cole-Lewis, Y.C., Gipson, P.Y., Opperman, K.J., Arango, A., & King, C.A. (2016). Protective Role of Religious Involvement Against Depression and Suicidal Ideation Among Youth with Interpersonal Problems. *Journal of Religion and Health*, 55(4), 1172-1188. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0194-y>
- Czerwiński, S.K., Mackiewicz, J.J., Mytlewska, W.M., & Atroszko, P.A. (2020). Factorial validity, measurement invariance and concurrent validity of Hospital Anxiety and Depression Scale in a sample of Polish undergraduate students. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 20(1), 13-18. <https://doi.org/10.15557/pipk.2020.0002>
- Dervic, K., Carballo, J.J., Baca-Garcia, E., Galfalvy, H.C., Mann, J.J., Brent, D.A., Oquendo, M.A. (2011). Moral or religious objections to suicide may protect against suicidal behavior in bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(10), 1390-1396. <https://doi.org/10.4088/jcp.09m05910gre>
- Dinis, J., Bragança, M. (2018). Quality of Sleep and Depression in College Students: A Systematic Review. *Sleep Science*, 11(4), 290-301. <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20180045>
- Dong, M., Wang, S. Bin, Li, Y., Xu, D.D., Ungvari, G.S., Ng, C.H., Chow, I.H. I., Xiang, Y.T. (2018). Prevalence of suicidal behaviors in patients with major depressive disorder in China: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 225, 32-39. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.07.043>
- Dong, M., Wang, S.B., Wang, F., Zhang, L., Ungvari, G.S., Ng, C.H., Meng, X., Yuan, Z., Wang, G., Xiang, Y.T. (2019). Suicide-related behaviours in schizophrenia in China: A comprehensive meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(3), 290-299. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000476>
- Dugiel, G. (2018). Zaburzenia depresyjne – ujęcie teoretyczne. *Polish Journal of Health and Fitness*, 1, 36-46.
- Dziwota, E., Żmuda, D., Dubiel, R., Dziwota, K., Markiewicz, R., Makara-Studzińska, M., & Olajossy, M. (2016). On the border of deep spirituality and psychosis... A case study. *Current Problems of Psychiatry*, 17(3), 183-197. <https://doi.org/10.1515/cpp-2016-0020>
- Frumkin, M.R., Robinaugh, D.J., LeBlanc, N.J., Ahmad, Z., Bui, E., Nock, M.K., Simon, N.M., & McNally, R.J. (2021). The pain of grief: Exploring the concept of psychological pain and its relation to complicated grief, depression, and risk for suicide in bereaved adults. *Journal of Clinical Psychology*, 77(1), 254-267. <https://doi.org/10.1002/jclp.23024>
- Gałęcki, P., Szulc, A. (2018). *Psychiatria*. Edra Urban & Partner.
- Glenn, C.R., Klonsky, E.D. (2011). One-year test-retest reliability of the Inventory of Statements about Self-Injury (ISAS). *Assessment*, 18(3), 375-378. <https://doi.org/10.1177/1073191114116669>
- Grzywa, A., Kucmin, A., Kucmin, T. (2009). Samobójstwa – epidemiologia, czynniki, motywy i zapobieganie. Część I. *Polski Merkurusz Lekarski*, 27 (161), 432-436. <https://www.academia.edu/541572>
- Hook, J.N., Captari, L.E., Hoyt, W., Davis, D.E., McElroy, S.E., & Worthington, E.L. (2019). Religion and Spirituality. *Psychotherapy Relationships that Work*, 212-263. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843960.003.0008>
- Ibrahim, N., Che Din, N., Ahmad, M., Amit, N., Ghazali, S.E., Wahab, S., Abdul Kadir, N.B. Y., Halim, F.W., & Halim, M.R. T.A. (2019). The role of social support and spiritual wellbeing in predicting suicidal ideation among marginalized adolescents in Malaysia. *BMC public health*, 19 (Suppl 4). <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6861-7>
- Isometsä, E. (2014). Suicidal behaviour in mood disorders—who, when, and why? *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 59(3), 120-130. <https://doi.org/10.1177/070674371405900303>
- Klimkiewicz, A., Jakubczyk, A., Mach, A., Abramowska, M., Szczypiński, J., Berent, D., Skrzyszewski, J., Witkowski, G., & Wojnar, M. (2021). Psychometric properties of the polish version of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Drug and Alcohol Dependence*, 218, 108427. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108427>
- Koenig, H.G., Al-Zaben, F., VanderWeele, T.J. (2020). Religion and psychiatry: recent developments in research. *BJPsych Advances*, 26(5), 262-272. <https://doi.org/10.1192/BJA.2019.81>
- Komenda Główna Policji. (2023). *Zamachy samobójcze*. (Za: <https://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze> (dostęp: 3.09.2023)).
- Krawczyk, J., Gmitrowicz, A. (2014). Analiza czynników chroniących przed samobójstwem. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 14(1), 43-49. <https://doi.org/10.15557/pipk.2014.0005>
- Kubiak, A. (2013). *Mechanizm radzenia sobie z napięciem u osób podejmujących nawykowe samouszkodzenia*. Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza.
- Kyle, J. (2013). Spirituality: Its Role as a Mediating Protective Factor in Youth at Risk for Suicide. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 15(1), 47-67. <https://doi.org/10.1080/19349637.2012.744620>
- Lawrence, R.E., Oquendo, M.A., & Stanley, B. (2016). Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 20(1), 1-21. <https://doi.org/10.1080/1381118.2015.1004494>
- Lee, S.A., Piotrowski, J.P., Różycka, J., Żemojtel-Piotrowska, M.A. (2013). Associations Between Death Fascination, Death Anxiety and Religion among Polish College Students. *Polish Psychological Bulletin*, 44(4), 439-448. <https://doi.org/10.2478/ppb-2013-0047>

- Lerman, S., Jung, M., Arredondo, E.M., Barnhart, J.M., Cai, J., Castañeda, S.F., Daviglius, M.L., Espinoza, R.A., Giachello, A.L., Molina, K.M., Perreira, K., Salgado, H., Wassertheil-Smolter, S., & Kaplan, R.C. (2018). Religiosity prevalence and its association with depression and anxiety symptoms among Hispanic/Latino adults. *PLOS ONE*, *13*(2), e0185661. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0185661>
- Linehan, M.M. (2016). *Terapia Dialektyczno-Behawioralna (DBT)-trening umiejętności*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Makara-Studzińska, M. (2013). Reasons for suicide attempts in young people aged 14-18. *Psychiatria*, *10*(2), 76-83. <https://journals.viamedica.pl/psychiatria/article/view/35886>
- Makara-Studzińska, M., Koślak, A. (2009). Severity of depressive symptoms in adolescents after attempted suicide. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, *18*(3), 243-245. <https://www.ppn.ipin.edu.pl/archiwum/2009-zeszyt-3/nasilenie-objawow-depresji-u-mlodziezy-po-probach-samobojczych.html>
- Makara-Studzińska, M., Łopuszanska, U., Sidor, K., Świder, K., & Pac-Kozuchowska, E. (2017). Violence, suicidal attempts and relationships with parents in a group of adolescent girls. Pilot studies. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, *17*(3), 172-178. <https://doi.org/10.15557/pijk.2017.0019>
- Masters, K.S., Hooker, S.A., & Emerson, R.W. (2022). Effects of Devotional Prayer and Secular Meditation on Cardiovascular Response to a Faith Challenge Among Christians. *Psychology of Religion and Spirituality*, *14*(2), 251-259. <https://doi.org/10.1037/rel0000369>
- Mee, S., Bunney, B.G., Bunney, W.E., Hetrick, W., Potkin, S.G., & Reist, C. (2011). Assessment of psychological pain in major depressive episodes. *Journal of Psychiatric Research*, *45*(11), 1504-1510. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2011.06.011>
- Mee, S., Bunney, B.G., Fujimoto, K., Penner, J., Seward, G., Crowfoot, K., Bunney, W.E., & Reist, C. (2019). A study of psychological pain in substance use disorder and its relationship to treatment outcome. *PLOS ONE*, *14*(11), e0216266. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0216266>
- Mee, S., Bunney, B.G., Reist, C., Potkin, S.G., Bunney, W.E. (2006). Psychological pain: a review of evidence. *Journal of Psychiatric Research*, *40*(8), 680-690. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2006.03.003>
- Mento, C., Silvestri, M.C., Muscatello, M.R. A., Rizzo, A., Celebre, L., Bruno, A., & Zoccali, A.R. (2020). Psychological pain and risk of suicide in adolescence. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2019-0270>
- Mihalca, A.M. & Pilecka, W. (2015). Struktura czynnikowa oraz walidacja polskiej wersji Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (HADS) dla młodzieży. *Psychiatria Polska*, *49*(5), 1071-1088. <http://dx.doi.org/10.12740/pp/38139>
- Młodożeniec, A. (2008). *Uwarunkowania kliniczne obecności i nasilenia myśli i tendencji samobójczych u chorych leczonych z powodu schizofrenii paranoidalnej*. Nieopublikowana rozprawa doktorska. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Montemaran, V., Troister, T., Lambert, C.E., Holden, R.R. (2018). A four-year longitudinal study examining psychache and suicide ideation in elevated-risk undergraduates: A test of Shneidman's model of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology*, *74*(10), 1820-1832. <https://doi.org/10.1002/jclp.22639>
- Myers, D.G., Diener, E. (2018). The Scientific Pursuit of Happiness. *Perspectives on Psychological Science*, *13*(2), 218-225. <https://doi.org/10.1177/1745691618765171>
- Orbach, I., Mikulincer, M., Sirota, P., Gilboa-Schechtman, E. (2003). Mental pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suicide & Life-threatening Behavior*, *33*(3), 219-230. <https://doi.org/10.1521/suli.33.3.219.23219>
- Pečečnik, T.M., Gostečnik, C. (2022). Use of Spirituality in the Treatment of Depression: Systematic Literature Review. *Psychiatric Quarterly*, *93*(1), 255-269. <https://doi.org/10.1007/s1126-020-09881-9>
- Piotrowski, J.P., Żemojtel-Piotrowska, M., Piedmont, R.L., & Baran, T. (2019). The Assessment of Spirituality and Religious Sentiments (ASPIRES) Scale: Examining a Spiritual Transcendence Nomological Net in Polish Context. *Psychology of Religion and Spirituality*. <https://doi.org/10.1037/rel0000273>
- Radziwiłłowicz, W. (2020). Autoagresja – samobójstwa i samookaleczenia. (W:) I. Grzegorzewska, L. Cierpialkowska, A.R. Borkowska (red.), *Psychologia kliniczna dzieci i młodzieży*, 559-570. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Rodziński, P., Rutkowski, K., Ostachowska, A. (2017). Progression of suicidal ideation to suicidal behavior from a perspective of selected suicidological models. *Psychiatria Polska*, *51*(3), 515-530. <https://doi.org/10.12740/PP/63984>
- Ronneberg, C.R., Miller, E.A., Dugan, E., & Porell, F. (2016). The Protective Effects of Religiosity on Depression: A 2-Year Prospective Study. *The Gerontologist*, *56*(3), 421-431. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu073>
- Ruszkiewicz, M., Eldridge, E. (2015). Rola duchowości i poczucia koherencji jako czynników chroniących przed wypaleniem zawodowym wśród wolontariuszy opieki paliatywnej. *Psychoonkologia*, *2*, 64-73.
- Rzecznik Praw Dziecka. (2023). *Badanie jakości życia dzieci i młodzieży, perspektywa dzieci (2021) i ich rodziców (2022). Samopoczucie psychiczne*. (Za:) <https://brpd.gov.pl/wp-content/uploads/2023/04/Załącznik-nr-4.-Raport-z-badania-jakości-życia-dzieci-i-młodzieży-pespektywa-dzieci-i-ich-rodziców.-Obszar-samopoczucie-psychiczne.pdf> (dostęp: 3.09.2023).
- Shneidman, E.S. (1993). Commentary: Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *181*(3), 145-147. <https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001>
- Shneidman, E.S. (1998). *The suicidal mind*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Sikora, A., Majda, A., Kurowska, A. (2021). Religijność i zachowania zdrowotne pacjentów z depresją. *Pielęgniarstwo Polskie*, *79*(1), 11-18. <https://doi.org/10.20883/pielpol.2021.1>
- Smith, T.B., McCullough, M.E., Poll, J. (2003). Religiosity and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating Influence of Stressful Life Events. *Psychological Bulletin*, *129*(4), 614-636. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.4.614>
- Surmacz, N., Tylec, A., Ryś, M., Kucharska, K. (2021). Assessment of selected suicide risk factors and the level of spirituals transcendence and religiosity. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, *47*(3), 357-374. <https://doi.org/10.34766/fetr.v47i3.917>
- Szewczuk-Bogusławska, M., Kaczmarek-Fojtar, M., Halicka-Masłowska, J., Misiak, B. (2021). Self-injuries and their functions with respect to suicide risk in adolescents with conduct disorder: findings from a path analysis. *Journal of Clinical Medicine* *2021*, Vol. *10*, Page *4602*, *10*(19), 4602. <https://doi.org/10.3390/jcm10194602>
- Tae, H., Chae, J.H. (2021). Factors related to suicide attempts: the roles of childhood abuse and spirituality. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 338. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.565358>
- Tanriverdi, D., Bekircan, E., Koc, Z. (2022a). The relationship between psychache and suicide risk with spiritual well-being levels of patients diagnosed with depression. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. <https://doi.org/10.1177/10783903221079796>
- Trevino, K.M., Balboni, M., Zollfrank, A., Balboni, T., Prigerson, H.G. (2014). Negative religious coping as a correlate of suicidal ideation in patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology*, *23*(8), 936-945. <https://doi.org/10.1002/pon.3505>

- Vitorino, L.M., Lucchetti, G., Leão, F.C., Vallada, H., Peres, M.F.P. (2018). The association between spirituality and religiosity and mental health. *Scientific Reports*, 8, 1-9. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-35380-w>
- Warzocha, D., Gmitrowicz, A., Pawełczyk, T. (2008). Self-harm done by young patients during their psychiatric hospitalization in relation to the presence of specific mental disorders and chosen environmental factors. *Psychiatria Polska*, 42(5), 659-669. (Za:) https://www.researchgate.net/publication/24430337_Self-harm_done_by_young_patients_during_their_psychiatric_hospitalization_in_relation_to_the_presence_of_specific_mental_disorders_and_chosen_environmental_factors (dostęp: 3.09.2023).
- WHO. (2021). *Suicide*. Newsroom. (Za:) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide> (dostęp: 19.01.2022)
- Wu, A., Wang, J.Y., Jia, C.X. (2015). Religion and Completed Suicide: a Meta-Analysis. *PLOS ONE*, 10(6), e0131715. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131715>
- Zhang, Y., Li, J., Hu, X. (2022). The effectiveness of dignity therapy on hope, quality of life, anxiety, and depression in cancer patients: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Nursing Studies*, 132. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104273>
- Zuchowicz, P., Bliźniewska, K., Talarowska, M., Gałęcki, P. (2018). Personality disorders in depression. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, 13(1), 25-30. <https://doi.org/10.5114/nan.2018.77451>
- Żemojtel-Piotrowska, M., Piotrowski, J. (2009). Skala lęku i fascynacji śmiercią. *Polskie Forum Psychologiczne*, 14(1), 90-109.