UNIWERSYTET ŁÓDZKI

WYDZIAŁ NAUK o WYCHOWANIU

KIERUNEK: PSYCHOLOGIA

Joanna Siewierska

Trauma dziecięca a objawy depresji i tendencje samobójcze u kobiet i mężczyzn. Rola wczesnych nieadaptacyjnych schematów i powodów do życia

Childhood trauma and symptoms of depression and suicidal tendencies in women and men. The role of early maladaptive schemas and reasons to live

Rozprawa doktorska

napisana pod kierunkiem

dr hab. Jana Chodkiewicza, prof. UŁ

w Instytucie Psychologii

Promotor pomocniczy:

dr Karolina Kossakowska

ŁÓDŹ 2023

Pragnę podziękować Pacjentom, którzy wzięli udział w badaniu
oraz Terapeutom zaangażowanym w gromadzenie danych.

Składam wyrazy wdzięczności prof. dr hab. Janowi Chodkiewiczowi
za cenne uwagi, zaangażowanie i opiekę merytoryczną.
Dziękuję dr Karolinie Kossakowskiej za życzliwe wsparcie.

Serdecznie dziękuję moim Bliskim za ciepłe słowa i wyrozumiałość.

Dedykuję Julianowi

Streszczenie

Cel: Ogólnym celem niniejszej pracy było określenie związków między doświadczeniem traumy w dzieciństwie a nasileniem objawów depresji i tendencji suicydalnych z uwzględnieniem mediującej roli czynników poznawczych (tj. nieadaptacyjnych schematów oraz powodów do życia). Badanie służyło również odpowiedzi na pytanie czy męska depresja, w której poza klasycznymi objawami (m.in. obniżenie nastroju, anhedonia) występują symptomy eksternalizacyjne (np. wybuchy złości, agresywność, zachowania ryzykowne), jest fenotypem charakterystycznym tylko dla mężczyzn, czy może występować również u kobiet. Skoncentrowano się także na poznaniu patomechanizmów podtrzymujących analizowane zaburzenia u kobiet i mężczyzn.

Osoby badane i metoda: Uczestnikami badania było 135 osób (68 kobiet i 67 mężczyzn) z rozpoznaniem depresji. Badanie przeprowadzono jednoetapowo przy użyciu narzędzi samoopisowych tj. ankiety socjodemograficznej, Kwestionariusza Traumy Dziecięcej (CTQ), Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ–S3–PL), Kwestionariusza Zachowań Suicydalnych (SBQ-R), Gotlandzkiej Skali Męskiej Depresji (GDMS) oraz Skali Powodów do Życia (RFL-48), zaadaptowanej na potrzeby niniejszego badania.

Wyniki: Nie wystąpiły różnice międzypłciowe w nasileniu objawów depresji. Mężczyźni wykazali wyższy poziom tendencji suicydalnych niż kobiety. W przypadku mężczyzn kluczowe znaczenie dla rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego miało doświadczanie traumy emocjonalnej (w szczególności zaniedbania emocjonalnego), zaś u kobiet przemocy seksualnej. Bez względu na płeć najistotniejszą, pośredniczącą rolę pełniły schematy z domeny rozłączenie/ odrzucenie, a spośród powodów do życia - przekonanie o radzeniu sobie (u kobiet dodatkowo poczucie odpowiedzialności wobec rodziny).

Wnioski: Nieadaptacyjne schematy wzmacniają, a powody do życia osłabiają relację między traumą dziecięcą a depresją i tendencjami samobójczymi. Atypowy obraz depresji może występować także u kobiet. Istnieją różnice w ścieżkach rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego w zależności od płci.

Słowa kluczowe: męska depresja, tendencje suicydalne, powody do życia, wczesne nieadaptacyjne schematy

Abstract

Objective: The general aim of this study was to identify the relationships between childhood trauma experience and the severity of depression symptoms and suicidal tendencies in adult life, taking into account the mediating role of cognitive factors (maladaptive schemas and reasons for living). The study also aimed to clarify whether male depression, in which, addition to classic symptoms (e.g., mood lowering, anhedonia), externalizing symptoms occur (e.g., outbursts of anger, aggression, risky behaviors), is a phenotype characteristic only for men, or it may also occur in women. Focus was also given to understanding the pathomechanisms that maintain the analyzed disorders in both women and men.

Subjects and method: The participants included 135 patients (68 women and 67 men) diagnosed with depression. The study was conducted in a single stage using self-report tools, namely a sociodemographic survey, the Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Young Schema Questionnaire (YSQ–S3–PL), Suicidal Behaviors Questionnaire (SBQ-R), Gotland Male Depression Scale (GDMS), and the Reasons for Living Scale (RFL-48) - adapted for the needs of this study.

Results: No gender differences in the severity of depression symptoms were found. Men showed a higher level of suicidal tendencies than women. In men, experiencing emotional trauma (especially emotional neglect) key to the development of mental health disorders, while for women it was sexual abuse. Regardless of gender, the most significant mediating role was played by schemas from the domain of separation/rejection, and among the reasons for living - the belief in coping (for women, additionally, a sense of responsibility towards the family).

Conclusions: Maladaptive schemas strengthen, and reasons for living weaken, the relationship between childhood trauma and depression and suicidal tendencies. Atypical picture

of depression can also occur in women. There are differences in the paths of development of mental health disorders depending on gender.

Keywords: male depression, suicidal tendencies, reasons for living, early maladaptive schemas

SPIS TREŚCI

WSTĘP 10

ROZDZIAŁ I. DEPRESJA I TENDENCJE SAMOBÓJCZE JAKO WYZNACZNIKI ZABURZEŃ ZDROWIA PSYCHICZNEGO 13

1.1. Definicje zdrowia psychicznego 13

1.2. Modele zdrowia psychicznego 19

1.3. Depresja jako wyznacznik zaburzeń zdrowia psychicznego 21

1.3.1. Depresja i tendencje samobójcze 21

1.3.2. Koncepcja męskiej depresji 25

1.3.3. Męska depresja u kobiet 32

1.3.4. Poznawcze modele rozwoju depresji 34

ROZDZIAŁ II. CZYNNIKI POWIĄZANE Z ROZWOJEM ZABURZEŃ ZDROWIA PSYCHICZNEGO 39

2.1. Trauma dziecięca 39

2.1.1. Definicja i rodzaje traumy 39

2.1.2. Negatywne konsekwencje traumy dziecięcej dla funkcjonowania w życiu dorosłym 45

2.2. Wczesne nieadaptacyjne schematy 48

2.2.1. Definicja i rodzaje 48

2.2.1. Związki nieadaptacyjnych schematów z zaburzeniami zdrowia psychicznego .. 52

2.3. Rola traumy dziecięcej i nieadaptacyjnych schematów w rozwoju depresji i występowaniu tendencji samobójczych u kobiet i mężczyzn 57

2.4. Powody do życia a tendencje samobójcze 60

2.4.1. Definicja pojęcia 60

2.4.2. Związki powodów do życia z zachowaniami samobójczymi i zdrowiem psychicznym 62
ROZDZIAŁ III. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH 65
3.1. Cel i model badań 65
3.2. Pytania i hipotezy badawcze 67
3.3. Procedura badania 68
3.4. Narzędzia badawcze 69
3.4.1. Kwestionariusz Traumy Wczesnodziecięcej (CTQ) 69
3.4.2. Kwestionariusz Schematów Younga (YSQ–S3–PL) 70
3.4.3. Skala Powodów do Życia (RFL-48) 71
3.4.4. Kwestionariusz Zachowań Suicydalnych (SBQ-R) 72
3.4.5. Gotlandzka Skala Męskiej Depresji (GDMS) 73
3.5. Osoby badane 74
3.6. Metody analizy statystycznej zebranego materiału 77
ROZDZIAŁ IV. WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH 79
4.1. Statystyki opisowe 79
4.2. Weryfikacja hipotez 81
4.2.1. Współzależności pomiędzy objawami zaburzeń zdrowia psychicznego a wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi, traumą dziecięcą, nieadaptacyjnymi schematami i powodami do życia. 81
4.2.2. Trauma dziecięca jako predyktor depresji i tendencji samobójczych. Nieadaptacyjne schematy oraz powody do życia w roli mediatorów tej zależności 86

4.2.3. Różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami cierpiącymi na depresję, w poziomie objawów depresji i tendencjami samobójczymi, doświadczeniem traumy dziecięcej, nasileniem negatywnych schematów i powodów do życia. . 92
4.2.4. Ścieżki rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego u kobiet i mężczyzn uwzględniające traumę dziecięcą, nieadaptacyjne schematy oraz powody do życia 95
ROZDZIAŁ V. DYSKUSJA WYNIKÓW 125
5.1. Omówienie rezultatów badań 125
5.2. Mocne strony i ograniczenia badań własnych 146
BIBLIOGRAFIA 149
SPIS TABEL 183
SPIS RYSUNKÓW 184

WSTĘP

Współcześnie, na całym świecie obserwuje się wysokie rozpowszechnienie oraz stały wzrost zaburzeń zdrowia psychicznego, co pokazuje, że stanowią one jedno z największych zagrożeń naszej epoki. Do trzech najpowszechniejszych schorzeń zalicza się depresję, a następnie zaburzenia lękowe oraz zaburzenia wynikające z używania substancji psychoaktywnych. Szacuje się, że na depresję cierpi ponad 4,4% populacji ogólnej (World Health Organization, 2017).

Chorym na depresję często towarzyszą myśli samobójcze, a wielu z nich podejmuje próby odebrania sobie życia, niekiedy skuteczne (American Psychiatric Association, 2013; Talarowska, 2020). Wysokie zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta, stwarza więc konieczność poszukiwania czynników ryzyka oraz czynników zapobiegających rozwojowi zaburzeń zdrowia psychicznego (Malone i in. 2000)

W niniejszej pracy skoncentrowano się na określeniu czynników, które zmniejszają oraz takich, które zwiększają objawy depresyjne i tendencje samobójcze u osób z rozpoznaną depresją przy uwzględnieniu doświadczenia traumy dziecięcej.

Tematyka traumy dziecięcej jako czynnika rozwoju wielu zaburzeń psychicznych, w tym depresji, była wielokrotnie poruszana (m.in. Hoertel i in., 2015; Murray i Lopez 1996; Wade i Halligan, 2017; Vittengl i in., 2007). Rozpatrując przeżycie traumy w dzieciństwie jako czynnik predysponujący, ale nie gwarantujący, pojawienie się depresji i tendencji samobójczych w życiu dorosłym, istotnym jest określenie zmiennych, które odgrywają istotną rolę w tej relacji (Steuden i Jankowski, 2016).

Bazując na poznawczym modelu zaburzeń, w niniejszej pracy przyjęto nieadaptacyjne schematy jako czynnik ryzyka oraz powody do życia jako potencjalny czynnik chroniący przed rozwojem objawów psychopatologicznych (Linehan i in. 1983; Young i in., 2014).

Rola nieadaptacyjnych schematów w nasileniu symptomów depresji została wykazana

w wielu badaniach, ale z uwagi na ograniczenia metodologiczne, nie doprowadziły one do konsensusu w określeniu grup schematów predysponujących do wystąpienia depresji, a tym bardziej tendencji samobójczych (Bishop i in., 2021; Riso i in., 2006; Trincas i in., 2014). Ponadto dotychczasowe badania koncentrowały się raczej na osobach zdrowych, a nie aktualnie cierpiących na depresję. Zupełnie pomijany był w nich temat depresji o cechach eksternalizacyjnych, nazywanej depresją męską.

Na podstawie doniesień literaturowych, jako potencjalny czynnik ochronny, przyjęto powody do życia, których istotne powiązanie z tendencjami samobójczymi, wykazano również u osób zmagających się z depresją (Kiran i in., 2017; Malone i in., 2000). Niemniej jednak, brakuje badań uwzględniających powody do życia w ścieżkach patomechanizmu rozwoju i utrzymywania się depresji i tendencji samobójczych.

Tak więc, badania ukierunkowane na wyodrębnienie grup schematów, typów przekonań, które pomagają sprostać życiowym kryzysom osobom z depresją oraz poznanie patomechanizmu rozwoju depresji i tendencji suicydalnych charakterystycznego dla danej płci z uwzględnieniem typów traumy dziecięcej, może dostarczyć wielu cennych wskazań dla interwencji terapeutycznych.

W celu zaprezentowania problemu praca została podzielona na pięć rozdziałów zawierających się w obszarze teoretycznym i empirycznym.

W pierwszym rozdziale przedstawiono depresję i tendencje samobójcze w kontekście zaburzeń zdrowia psychicznego. Przybliżono specyfikę męskiej depresji z zaznaczeniem możliwości jej występowania również u kobiet.

W rozdziale drugim scharakteryzowano czynniki powiązane z rozwojem zaburzeń zdrowia psychicznego. Omówiono czynniki ryzyka tj. traumatyczne doświadczenia z okresu dzieciństwa oraz wczesne nieadaptacyjne schematy, jak również czynniki chroniące tj. powody do życia.

Kolejne rozdziały dotyczą części empirycznej, w której został zaprezentowany opis i analiza badania własnego wraz z dyskusją zawierającą implikacje praktyczne uzyskanych efektów.

ROZDZIAŁ I. DEPRESJA I TENDENCJE SAMOBÓJCZE JAKO WYZNACZNIKI ZABURZEŃ ZDROWIA PSYCHICZNEGO

1.1. Definicje zdrowia psychicznego

Tematyka zdrowia psychicznego została zapoczątkowana na sympozjum zorganizowanym przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (*American Psychiatric Association, APA*) w 1911 r. Od tego czasu nieustający dylemat stanowi precyzyjne sformułowanie pojęcia zdrowia psychicznego. Niemniej jednak, jeszcze zanim pojawiła się jego pierwsza definicja, Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization, WHO*) w 1948 r., uwzględniła istotną dla zdrowia rolę procesów psychicznych jako niezbędnych do osiągnięcia „stanu pełnej równowagi i dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego, rozumianego nie tylko jako brak choroby czy niepełnosprawności" (WHO, 2006, s.1). Na zasadnicze znaczenie kondycji psychicznej w ochronie zdrowia wskazuje także pogląd wyrażony przez doktora Davida Satchera w 1999 r., iż „nie ma zdrowia bez zdrowia psychicznego" (WHO, 2012), który zaakcentowano w Deklaracji Ochrony Zdrowia Psychicznego przyjętej dla państw europejskich tzw. Deklaracji Helsińskiej. Slogan ten stał się również motywem przewodnim dla wielu programów polityki zdrowotnej (Department of Health, 2012).

Wobec narastającej potrzeby promowania zdrowia psychicznego wynikającej z progresu problemów w tym obszarze, WHO skonkretyzowała jego definicję jako: „stan dobrego samopoczucia, w którym jednostka realizuje własne możliwości, potrafi sobie radzić z normalnymi stresami życiowymi, potrafi pracować wydajnie i owocnie oraz jest w stanie wnieść swój wkład do swojego społeczeństwa" (WHO, 2001, s.1). Założeniem, wydawałoby się, tak podstawowego ujęcia zdrowia psychicznego było nadanie uniwersalności jego

znaczenia, które umożliwiłoby konceptualizację pojęcia w różnych kulturach (Galderisi i in., 2015).

Mimo wymienionych zalet definicja zdrowia psychicznego zaproponowana przez WHO, wzbudza szereg obiekcji, stając się przedmiotem rozważań środowiska naukowego. Wątpliwości dotyczą między innymi roli niejednoznacznego pojęcia dobrego samopoczucia tzw. dobrostanu (ang. „*well-being*"). W związku z tym, w literaturze pojawiło się wiele różnych sformułowań tego pojęcia wraz z propozycjami określenia jego komponentów (Galderisi i in., 2015; Marsh i in., 2020).

W najogólniejszym rozumieniu dobrostan odnosi się do subiektywnej oceny globalnego zadowolenia z życia. Jednak przez niektórych badaczy jest on postrzegany nie jako całościowa ocena satysfakcji życiowej (Fredrickson, 2009), ale jako „stan zakładający przeżywanie pozytywnych uczuć takich jak szczęście, satysfakcja, posiadanie pozytywnych postaw wobec innych osób oraz wobec własnych zobowiązań" (Keyes, 2014, s. 179). Wobec takich założeń, definicja zdrowia psychicznego zaproponowana przez WHO spotyka się z krytyką, ponieważ antycypuje brak możliwości występowania negatywnego afektu u osób bez zaburzeń, co z kolei, wiąże się z ryzykiem chęci ukrywania przed otoczeniem negatywnych emocji, udawania niezmiennego szczęścia, a w skrajnych przypadkach może prowadzić do izolacji w sytuacji odczuwania smutku, nieszczęścia czy zmartwienia (Galderisi i in., 2015, Layard, 2005).

Być może tego rodzaju wątpliwości doprowadziły do potraktowania zdrowia psychicznego i dobrostanu jako niezależnych elementów w Deklaracji Ochrony Zdrowia, według której: „zdrowie psychiczne i dobrostan psychiczny mają zasadnicze znaczenie dla jakości życia, umożliwiając ludziom doświadczać życia jako sensownego, pozwalając im być twórczymi i aktywnymi obywatelami" (WHO, 2005, s.15).

Dyskurs definicyjny wzbudza także określanie zdrowia psychicznego w sposób statyczny i przez pryzmat możliwości jednostki do owocnego i wydajnego działania. Głównym zarzutem wobec podejścia opartego na efektywnym funkcjonowaniu jednostki, jest pominięcie aspektu ograniczeń związanych z wiekiem, pogorszeniem stanu fizycznego lub trudną sytuacją polityczną czy gospodarczą. Takie sformułowanie zdrowia budzi zastrzeżenia, gdyż uniemożliwia określenie jednostki jako zdrowej psychicznie, gdy posiada ona obniżoną sposobność do realizacji działań (Deci i Ryan, 2008; Galderisi i in. 2015).

Z drugiej strony, uwzględnienie w definicji zdrowia psychicznego aspektu funkcjonowania społecznego jest uznawane za atrybut, gdyż podkreśla związek człowieka z jego środowiskiem. W takim rozumieniu zdrowie rozpatrywane jest w kategoriach zasobu, zdolności do rozwijania własnych aspiracji oraz pełnienia różnych ról społecznych, a także efektywnego radzenia sobie zarówno z codziennymi jak i nieprzychylnymi zdarzeniami (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010).

Rozwiązaniem sprzyjającym uzyskaniu konsensusu w sprawie rozumienia zdrowia psychicznego zdaje się być podejście, w którym rozpatruje się je w trzech aspektach: negatywnym, funkcjonalnym oraz pozytywnym.

Zdrowie psychiczne w paradygmacie negatywnym jest związane z brakiem występowania zaburzeń psychicznych lub dysfunkcji w sferze psychicznej, a więc można je zoperacjonalizować poprzez niespełnienie kryteriów jednostek chorobowych uwzględnionych w klasyfikacjach *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* lub *International Classification of Diseases (ICD)* (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010; Kluczyńska, 2015; Wrońska-Polańska, 2002). Jest to ujęcie, które odnosi się do perspektywy biomedycznej opartej na ilościowym modelu definiowania zdrowia i zaburzeń. Bazę koncepcji stanowi statystyczna norma ilościowa, która jest określana na podstawie badań klinicznych populacji osób chorych i zdrowych. Za normatywne przyjmuje się charakterystyki występujące

u większości osób w danej populacji, natomiast odchylenia od wartości przeciętnej są uznawane za zaburzenia (Cierpiałkowska, 2014).

Z kolei spojrzenie na zdrowie psychiczne z perspektywy funkcjonalnej uwzględnia harmonię między jego medycznym a społecznym wymiarem. W tym aspekcie dobre samopoczucie jest rozumiane jako zdolność do podejmowania określonych ról i spełniania zadań oczekiwanych od jednostki przez zbiorowość, które są warunkowane w procesie socjalizacji. Zgodnie z paradygmatem społeczno-kulturowym wskaźnikiem zdrowia psychicznego są także zachowania zgodne z normami społecznymi typowymi dla danej społeczności (Domaradzki, 2013; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010; Ratajczak, 1996; Wrońska-Polańska, 2006).

Natomiast zdrowie psychiczne w wymiarze pozytywnym koncentruje się wokół zbioru właściwości emocjonalnych i osobowościowych związanych z umiejętnościami radzenia sobie z trudnościami z uwzględnieniem czynników sprzyjających unikaniu załamania kondycji zdrowotnej (Czabała, 2000; Kluczyńska, 2015; Kulmatycki, 2007; Sokołowska i in., 2018). Przykładowo, Vaillant (2012) zestawił siedem definicji pozytywnego ujmowania zdrowia. W kontekście nadmienionych wcześniej trudności definicyjnych, warto podkreślić, iż Autor określa je mianem modeli.

Tak więc, za punkt wyjściowy nurtu pozytywnego Vaillant przyjmuje koncepcję Jahody (1958), zgodnie z którą osobę zdrową psychicznie charakteryzuje autonomia wobec innych, niezależność w podejmowaniu decyzji, świadomość własnych odczuć i potrzeb, dążenie do samorealizacji, zdolność do miłości, pracy i zabawy, umiejętność sprawnego rozwiązywania problemów oraz zdolność do realistycznego postrzegania otaczającej rzeczywistości. Na bazie tej teorii przeprowadzono badania empiryczne, które pozwoliły na zoperacjonalizowanie dobrego samopoczucia jako stanu powyżej normy określonego wartością przekraczają 80 punktów na skali od 0 do 100 w Globalnej Ocenie Funkcjonowania

(GAF). Tego rodzaju miarą posługiwano w uprzednio obowiązującej klasyfikacji zaburzeń psychicznych *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Edition* (DSM- 4; APA, 1994). Pozytywnym ujęciem jest także definiowanie zdrowia przez pryzmat posiadania przez jednostkę mocnych stron, a nie jako braku słabości. Jako zasoby Vaillant przywołuje tu za Petersonem i Seligmanem (2004) m.in. wrodzone talenty i wysokie IQ, życzliwość, uczciwość, ciekawość, łatwość wybaczania. Kolejną charakterystyką zdrowia psychicznego jest przewaga pozytywnych emocji takich jak miłość, nadzieja, radość, wybaczanie, wiara, empatia, wdzięczność, szacunek. Wśród konsekutywnych podejść Autor wymienia wysoki poziom inteligencji społeczno-emocjonalnej, subiektywne poczucie dobrostanu oraz sprężystość psychiczną jako wymiar dojrzałych mechanizmów obronnych (Vaillant, 2012).

Przegląd badań z obszaru pozytywnego zdrowia psychicznego wskazuje, iż zaprezentowane przez Vaillanta definicje, nie wyczerpują tej tematyki. Niedoprecyzowanie pojęcia dobrostanu, daje naukowcom przestrzeń do opracowywania nowych sposobów jego rozumienia oraz wyodrębniania kolejnych zmiennych, które najpełniej by je opisywały.

Dla przykładu warto odnieść się do modelu PERMA, w którym stan dobrego samopoczucia stanowi konstrukt złożony z pięciu mierzalnych i niezależnych od siebie elementów tj. poszukiwanie pozytywnych emocji (P – ang. *„positive emotions”*) w teraźniejszości, przeszłości i przyszłości, zaangażowanie (E – ang. *„engagement”*), satysfakcjonujące związki (R – ang. *„positive relationships”*), znaczenie (M – ang. *„meaning”*) oraz osiągnięcia (A – ang. *„accomplishments”*) (Seligman, 2005; 2011).

Z kolei Lehtinen opisuje zdrowie psychiczne jako stan dobrego samopoczucia, związany z posiadaniem indywidualnych zasobów (jak np. poczucie, własnej wartości, optymizm, poczucie wpływu na własne życia, poczucie koherencji), umiejętnością

nawiązywania i utrzymywania satysfakcjonujących relacji interpersonalnych oraz umiejętnością radzenia sobie z trudnymi sytuacjami tzw. odporność (Lehtinen, 2008).

Wśród innych przykładowych wskaźników charakteryzujących dobrą kondycję psychiczną wymienia się m. in. poczucie koherencji, optymizm życiowy, poczucie własnej skuteczności, prężność, aktywność, poczucie samospełnienia, umiejętność radzenia sobie z nieprzyjemnymi emocjami, zdolność do pełnienia ról i zadań społecznych oraz kompetencje adaptacyjne (Cierpiałkowska, 2014; Kornas, 2007; Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010).

Wielorakość ujęć pokazuje jak wielowymiarowym i wieloaspektowym pojęciem jest zdrowie psychiczne. Podsumowując tę tematykę na szczególną uwagę zasługuje charakterystyka tego konstruktu przez pryzmat istotnych lecz nieobligatoryjnych komponentów jako „dynamiczny stan wewnętrznej równowagi, która umożliwia osobom wykorzystywanie ich umiejętności w harmonii z uniwersalnymi wartościami społecznymi. Podstawowe umiejętności poznawcze i społeczne; zdolność rozpoznawania, wyrażania i modulowania własnych emocji, a także współczucia dla innych; elastyczność i zdolności radzenia sobie z niekorzystnymi zdarzeniami w życiu i pełnienia funkcji w rolach społecznych; a także harmonijny związek między ciałem a umysłem, to istotne składniki zdrowia psychicznego, które przyczyniają się w różnym stopniu do stanu równowagi wewnętrznej” (Galderisi i in., 2015, s. 231-232).

Takie rozumienie zdrowia psychicznego opiera się na teoretycznych ramach podejścia Antonovsky’ego (1979), które zakłada, iż normalnym stanem funkcjonowania człowieka jest dynamiczny stan chwiejnej równowagi. Jest to ujęcie, które również podkreśla poznawczy aspekt zdrowia związany z procesem przetwarzania informacji. Jednak w dalszym ciągu nieustającym obszarem zainteresowań środowiska naukowego jest poszukiwanie czynników i zależności determinujących usytuowanie jednostki na kontinuum zdrowie-choroba.

1.2. Modele zdrowia psychicznego

Współcześnie opisywane modele zdrowia psychicznego koncentrują się wokół dwóch wiodących podejść do zdrowia i choroby tj. paradygmatu patogenetycznego nastawionego na poszukiwanie przyczyn i uwarunkowań zaburzeń oraz salutogenetycznego, który koncentruje się na zdrowiu (Heszen-Celińska i Sęk, 2020; Sęk, 2005).

Paradygmat patogenetyczny początkowo funkcjonował w ujęciu redukcjonistycznym jako model biomedyczny, w którym komponent cielesny i psychiczny traktowano odrębnie oraz koncentrowano się wyłącznie na poszukiwaniu patogenu, czyli czynnika warunkującego dany proces chorobowy oraz dysfunkcje somatyczne. W uznaniu ograniczeń podejścia opartego wyłącznie na aspekcie biologicznym w wyjaśnianiu choroby, w 1977 r. Engel zaproponował włączenie dwóch dodatkowych wymiarów, dając początek modelowi biopsychospołecznemu. Według tego modelu, choroba (zaburzenie) rozpatrywana jest przez pryzmat interakcji czynników biologicznych (tj. podatność biologiczna, genetyka, płeć wiek, przebyte choroby), psychologicznych (np. negatywne i zalegające emocje, przekonania, osobowość o wzorze zachowania typu A; ryzykowne zachowania, zewnętrzne poczucie kontroli) i społecznych (niski poziom wykształcenia, niewydolny system opieki socjalnej i zdrowotnej). Zaproponowane podejście ograniczało się do analizy uwarunkowań zaburzeń psychicznych z pominięciem zasobów odpornościowych (Czachowski, 2014; Heszen-Celińska i Sęk, 2020; Sęk, 2005; Ślusarska i in., 2013).

Jako uzupełnienie podejścia patogenetycznego pod względem potencjałów uznaje się paradygmat salutogenetyczny. Model Antonovsky'ego koncentruje się na wyjaśnieniu zachowania procesów życiowych na optymalnym poziomie, pomimo stale oddziaływujących stresorów (wymagań). Istotą koncepcji jest zwrócenie uwagi na czynniki pomagające w radzeniu sobie ze stresem, wśród których wymienia się: uogólnione zasoby odpornościowe działające niezależnie od sytuacji właściwości jednostki, środowiska i kultury; pozytywne

stresory mogące pełnić funkcję rozwojową; prozdrowotny styl życia oraz poczucie koherencji uważane za najistotniejszą zmienną. Autor definiuje ją jako „ogólną orientację, wyrażającą w jakim stopniu człowiek ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne przekonanie o przewidywalności świata wewnętrznego i zewnętrznego oraz o tym, że z dużym prawdopodobieństwem sprawy przyjmą tak pomyślny obrót, jakiego można oczekiwać na podstawie racjonalnych przesłanek" (Antonovsky, 1995, s.11). Wartym podkreślenia jest fakt, iż w niniejszym paradygmacie, kluczową rolę dla zachowania zdrowia przypisuje się zmiennej poznawczej, czyli odnoszącej się do wewnętrznych procesów myślowych. Biorąc pod uwagę, że zaproponowany przez Antonowsky'ego model służy przede wszystkim wyjaśnianiu genezy zdrowia, należy uwzględnić również to, że uwrażliwia na załamanie procesów zdrowotnych poprzez uwzględnienie negatywnych stresorów jako czynników patogennych (Heszen-Celińska i Sęk, 2020; Levi, 1974; Sęk, 2005).

Rola czynników sprzyjających załamaniu zdrowia jest wyraźniej akcentowana w modelu podatność-stres, który uznaje się za przykład komplementarności ujęcia patogenetycznego i salutogenetycznego. Podatność na zaburzenie jest określona poprzez predyspozycje jednostki uwarunkowane współdziałaniem czynników biologicznych, psychologicznych jak np. perfekcjonizm w rozwoju depresji (Rnic i in., 2021) i społeczno-kulturowych. Warunkiem załamania zdrowia, poza interakcją podatności ze stresorem, jest typ układu nerwowego i somatyczny stan organizmu. Warto podkreślić, że podejście koncentruje nie tylko na czynnikach intensyfikujących podatność na stres, ale także na mechanizmach obronnych zwiększających odporność na reagowanie napięciem (Sęk, 2005).

Kwestia podatności do rozwoju zaburzenia, znajduje się w obszarze zainteresowań wielu modeli rozwoju zaburzeń m.in. koncepcji poznawczych, które koncentrują się na poszukiwaniu specyficznych czynników poznawczych warunkujących wrażliwość

na zachorowanie. Zagadnienie to zostanie szerzej opisane w dalszej części pracy, w oparciu o poznawczy model rozwoju depresji w rozdziale 1.3.4.

1.3. Depresja jako wyznacznik zaburzeń zdrowia psychicznego

Pomimo, że prowadzone są liczne badania nad dobrostanem i zdrowiem psychicznym, na całym świecie obserwuje się niepokojący wzrost liczby przypadków zaburzeń zdrowia psychicznego. Stanowią one, bez wątpienia, jedno z najpoważniejszych zagrożeń i wyzwań współczesności. Wśród trzech najbardziej rozpowszechnionych zaburzeń psychicznych wymienia się depresję, zaburzenia lękowe i zaburzenia spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych (WHO, 2021).

1.3.1. Depresja i tendencje samobójcze

Jak pokazują dane statystyczne Światowej Organizacji Zdrowia jednym z najbardziej rozpowszechnionych na świecie zaburzeń zdrowia psychicznego jest depresja. Szacuje się, że ponad 300 milionów ludzi na świecie cierpi na zaburzenie afektywne jednobiegunowe, (WHO, 2017). W Polsce może na nią chorować nawet 1,9 miliona osób (WHO, 2017). Dane statystyczne wskazują, że częściej chorują kobiety (5,1%) niż mężczyźni (3,6%). Wskaźniki chorobowości różnią się także w zależności od wieku, osiągając szczyt dla osób mających 55-74 lata (powyżej 7,5% wśród kobiet oraz ponad 5,5% w gronie mężczyzn). Dostępne dane uwidaczniają, że wyższy poziom wykształcenia jest związany z niższymi wskaźnikami objawów depresyjnych (WHO, 2017).

Depresja jest diagnozowana na podstawie kryteriów określonych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11; WHO, 2019) oraz Diagnostycznym i Statystycznym Przewodniku Zaburzeń Psychicznych (DSM-5; APA, 2013). W Polsce, do czasu opracowania polskojęzycznej wersji najnowszej klasyfikacji ICD-11 obowiązuje ICD-10. Niemniej jednak we wszystkich sposobach kategoryzacji chorób, depresja jest sklasyfikowana w grupie

zaburzeń nastroju, ponieważ cechuje się tzw. „epizodami nastroju”. Objawia się głównie poprzez obniżenie nastroju, utratę zainteresowań i odczuwania przyjemności (anhedonię) oraz szybkie męczenie się, utratę energii, utrzymujące się przez większą cześć dnia i prawie codziennie w okresie przynajmniej dwóch tygodni. Wśród pozostałych symptomów wymienia się negatywną ocenę samego siebie, odczuwanie nieuzasadnionego poczucia winy i wyrzutów sumienia, pogorszenie zdolności koncentracji i pamięci, trudności w podejmowaniu decyzji, zmianę aktywności ruchowej w postaci pobudzenia bądź spowolnienia, dysforię, wszelkiego rodzaju problemy ze snem, zaburzenia łaknienia wraz ze zmianą masy ciała (spadek bądź wzrost), obniżenie popędu seksualnego oraz myśli o śmierci i próby samobójcze. Kryterium wykluczającym jest wystąpienie przynajmniej jednego epizodu manii. Natomiast różnicowanie pomiędzy łagodnym, umiarkowanym i ciężkim nasileniem zaburzeń oraz określenie fazy epizodu umożliwia analiza intensywności i specyfiki objawów. Warto zaznaczyć, że w najnowszej wersji klasyfikacji ICD-11, uwzględniono także specyfikatory melancholii, obecność znaczących objawów lękowych, sezonowość i początek okresu okołoporodowego (Geabel i in., 2017; Krawczyk i Święcicki, 2020).

Porównując klasyfikacje ICD-10, ICD-11 i DSM-5, dostrzegalne są istotne różnice pod względem liczby objawów wymaganych do rozpoznania depresji. Pomimo, że żadna z nich nie traktuje występowania tendencji samobójczych jako kryterium obligatoryjnego, to każda podkreśla ich wagę wobec zagrożenia dla życia i zdrowia pacjenta oraz konieczność natychmiastowej interwencji (DSM-5; ICD-10; ICD-11).

Terminem tendencje samobójcze określa się „występowanie myśli oraz zachowań samobójczych w pewnym okresie życia człowieka” (Gmitrowicz, 2016, s.194). Myśli, plany i próby samobójcze są formą intencjonalnych zachowań autodestrukcyjnych. Wyjaśniając powiązania między poszczególnymi komponentami procesu samobójczego, akt ostateczny jest poprzedzony planem, ten zaś myślami lub wyobrażeniami na temat własnej śmierci. Klinicyści

zwracają uwagę, iż nie każda myśl samobójcza prowadzi do zamachu na własne życie oraz nie wszystkie próby kończą się zgonem (Hołyst, 2012).

Podobnie jak depresja, zachowania autodestrukcyjne, a zwłaszcza zamachy samobójcze stanowią istotny problem zdrowotny i społeczny na całym świecie. Wśród osób z rozpoznaniem depresji aż 40-80% myśli o odebraniu sobie życia, 20-60% podejmuje próby samobójcze, zaś u 15% próba jest skuteczna (APA, 2013; Talarowska, 2020).

Dane WHO, wskazują, że każdego roku na świecie w wyniku aktu samobójczego umiera ponad 800 000 osób, a 10-15 razy więcej podejmuje próby odebrania sobie życia. Samobójstwo jest jedną z 20-u głównych przyczyn zgonów u osób dorosłych, a 4-tą wśród 15-29 latków. Należy podkreślić, że nie wszystkie samobójstwa zostają ujawnione, ponieważ niektóre zdarzenia jak np. zatrucie gazem, czadem, czy śmierć w zdarzeniu drogowym, nie są traktowane jak samobójstwa i nie są wliczane do statystyk. Tak więc faktyczna liczba samobójstw jest przypuszczalnie kilka razy większa, szczególnie w odniesieniu do mężczyzn, którzy częściej ponoszą śmierć w wypadkach samochodowych. Wskaźnik samobójstw różni się w zależności od regionu i płci. 77% samobójstw ma miejsce w krajach o niskich i średnich dochodach. Zauważalna jest przewaga śmierci mężczyzn w stosunku do kobiet. Prawidłowość ta, występująca we wszystkich państwach jest najbardziej zaznaczona w krajach cechujących się najwyższymi ogólnymi współczynnikami samobójstw jak Litwa, Federacja Rosyjska czy Ukraina. Przyglądając się wartościom dla Polski na przestrzeni kilku kolejnych lat (tab. 1) widać stałą, wysoką dysproporcję między liczbą samobójstw dokonanych przez mężczyzn i kobiety. Relacja ta oscyluje w granicach 6-9:1. Najwięcej samobójstw popełniono w grupie wiekowej 55-64 lata (Brodniak, 2012; Statystyki Policji, 2022; WHO, 2021).

Tabela 1

Liczba samobójstw w Polsce dokonanych w kolejnych latach względem płci, według statystyk Policji, 2022

Rok	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
2017	5276	4524	751
2018	5182	4471	711
2019	5255	4497	756
2020	5165	4386	778
2021	5201	4413	787
2022	5108	4261	847

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Komendy Policji pobranych 21 maja 2023 ze strony https://statystyka.policja.pl

Tabela 2

Wskaźniki samobójstw w Polsce względem wieku i płci według WHO w roku 2019 (na 100 tys. mieszkańców)

Grupa wiekowa	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety
15-24 lata	8,54	14,53	2,34
25-34 lata	12,05	21,18	2,26
35-44 lata	12,28	21,40	2,73
45-54 lata	15,35	26,34	4,44
55-64 lata	17,86	32,22	4,82
65-74 lata	13,35	25,56	3,97
75-84 lata	11,71	25,06	4,20
85+ lat	13,48	36,47	4,41

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych WHO pobranych 21 maja 2023 ze strony https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates

Dane zaprezentowane w tabelach 1-2 obrazują skalę problemu. Tak więc, ze względu na szeroko rozumiane negatywne konsekwencje zachowań samobójczych i ich rozmiar, za priorytetowe uznaje się oddziaływania ukierunkowane na profilaktykę.

Biorąc pod uwagę, że podstawą skutecznych oddziaływań zapobiegania samobójstwom jest identyfikacja czynników ryzyka, są one od dawna przedmiotem zainteresowań środowiska naukowego. Do najczęściej wymienianych czynników przyczyniających się do podejmowania prób samobójczych (poza depresją) należą: płeć męska, klęski żywiołowe, wojna, stres spowodowany akulturacją i przesiedleniem, dyskryminacja, trauma, przemoc, konfliktowe relacje, utrata związku, poczucie izolacji i osamotnienia, bariery w dostępie do opieki zdrowotnej, utrata pracy, problemy finansowe, szkodliwe picie alkoholu, przewlekłe choroby somatyczne, podatność na zaburzenia psychiczne, czynniki genetyczne, samobójstwo w wywiadzie rodzinnym (Hołyst, 2018).

Suicydolodzy zwracają uwagę na złożony charakter zachowań samobójczych. Przyjmuje się, że do podjęcia zamachu na własne życie skłania wiele nakładających się na siebie przyczyn przy równoczesnym deficycie czynników chroniących (Hołyst, 2018). Stąd równie ważne jest rozpoznanie potencjalnych zmiennych, które mogłyby powstrzymać przed dokonaniem zamachu na własne życie. Badania naukowe koncentrują się głównie wokół prewencyjnej roli rodziny (Cheng i in., 2009), wsparcia społecznego (Chioqueta i Stiles, 2007), umiejętności radzenia sobie ze stresem i samooceny (Walsh i Eggert, 2007), religijności (Gearing i Lizardi, 2009; Sisask i in., 2010), posiadania hobby i zainteresowań oraz zaangażowania w działalność organizacyjną (Rubenowitz i in., 2001). W myśl koncepcji poznawczych podkreśla się także wagę osobistych motywów i przekonań, które powstrzymują ludzi przed popełnieniem samobójstwa, szczególnie w stanach silnego stresu czy depresji (Linehan i in., 1983; Malone i in., 2000).

1.3.2. Koncepcja męskiej depresji

W odniesieniu do faktu, iż na depresję chorują głównie kobiety, podczas gdy mężczyźni kilkukrotnie częściej popełniają samobójstwo, pojawiła się wątpliwość co do prawidłowego

diagnozowania depresji u mężczyzn. Wysnuto hipotezę, iż ze względu na występowanie nieswoistych objawów, które są słabiej zauważalne dla otoczenia i trudniejsze do rozpoznania, zaburzenie afektywne u mężczyzn, częściej pozostaje niewykryte (Chodkiewicz i Miniszewska, 2016; Rutz, 1999; Rutz i Rihmer, 2007).

Koncepcja odmiennego, atypowego obrazu klinicznego depresji, wynikająca z różnic objawów między obrazem choroby u kobiet i mężczyzn, pojawiła się w literaturze pod koniec XX wieku. Punktem wyjścia były doświadczenia wyniesione z programu diagnozowania i leczenia depresji wprowadzonego w latach 80-tych na wyspie Gotlandia, gdzie wraz z pojawieniem się bezrobocia i migracji społeczeństwa zaobserwowano wzrost zachowań samobójczych, absencji w pracy, hospitalizacji psychiatrycznych i zażywania leków uspokajających. W związku z tym Szwedzki Komitet do Spraw Zapobiegania i Leczenia Depresji zorganizował program szkoleniowy dla lekarzy pierwszego kontaktu, który dotyczył wczesnego diagnozowania i leczenia choroby jednobiegunowej, w oparciu o klasyczne objawy opisane w międzynarodowych klasyfikacjach zaburzeń. W efekcie realizacji projektu znacząco spadła liczba samobójstw oraz długość absencji w pracy spowodowanej depresją. Odnotowano również wzrost liczby przepisywanych leków antydepresyjnych i spadek intensywność zażywania leków nasennych oraz uspakajających. O skuteczności programu świadczył również fakt, iż gdy program przestał być kontynuowany, liczba samobójstw ponownie wzrosła. Ponowne wdrożenie projektu w kolejnych latach doprowadziło do analogicznych rezultatów. Natomiast, po ich skrupulatnej analizie, okazało się, że istotne zmiany były właściwe przede wszystkich dla kobiet, zaś liczba samobójstw mężczyzn, utrzymała się na niezmiennie wysokim poziomie. Podsumowanie efektów programu potwierdziło konieczność wczesnego diagnozowania depresji celem prewencji samobójstw, a także doprowadziło do wniosku o konieczności zwrócenia większej uwagi na problematykę

determinantów zachowań samobójczych mężczyzn (Chodkiewicz i Miniszewska, 2016; Rutz i in., 1995).

W myśl poglądu o związku między nierozpoznaniem i nieleczeniem depresji a zwiększoną liczbą samobójstw mężczyzn, wyrażonego nie tylko na podstawie programu gotlandzkiego, ale również spostrzeżeń amerykańskich badaczy (Cochran i Rabinowitz, 2003), podjęto próby charakterystyki symptomatologii „męskiej depresji" oraz jej uwarunkowań.

Zaobserwowano, iż mężczyźni istotnie częściej niż kobiety, próbują odebrać sobie życie będąc pod wpływem substancji psychoaktywnych. Najprawdopodobniej jest to związane z tendencją mężczyzn do radzenia sobie z emocjonalnym cierpieniem poprzez spożywanie alkoholu lub narkotyków (Cleary, 2012). Taki sposób redukcji bólu psychicznego może również wtórnie, prowadzić do rozwoju uzależnienia (Rol i Chodkiewicz, 2015). Wyniki badań wskazywały, że związek między uzależnieniem substancjalnym a zachowaniami samobójczymi jest w przypadku mężczyzn znacznie wyraźniej zaznaczony (Payne i in. 2008). Na tego rodzaju zależność wskazywały już obserwacje z Gotlandii, gdzie w trakcie realizacji omawianego programu, część mężczyzn, która odebrała sobie życie, miała problemy alkoholowe lub przejawiała zachowania agresywne. Ponadto, wielu z nich nie korzystało z żadnej formy opieki medycznej. Tezę, że mężczyźni przed podjęciem aktu samobójczego, istotnie rzadziej niż kobiety, poszukują profesjonalnej pomocy, potwierdziły wyniki późniejszych badań (Addis, 2008).

Dalsze analizy doprowadziły do opisu kolejnych objawów atypowej depresji u mężczyzn, wśród których wymienia się wyższy niż u kobiet stopień występowania zachowań eksternalizacyjnych, takich jak przejawy agresji, problemy z kontrolą impulsów, wybuchy złości, nadużywanie alkoholu, narkotyków, nasilenie konfliktów z otoczeniem, kompulsywne zachowania seksualne, ryzykowna jazda samochodem, nadaktywność fizyczna czy nadmierne zaabsorbowanie pracą oraz manifestacja zachowań antyspołecznych, narcystycznych

lub kompulsywnych. W obrazie klinicznym może pojawić się również znaczny spadek odporności na stres, objawy wypalenia zawodowego, subiektywne poczucie stałej presji i napięcia, wycofanie z relacji rodzicielskich i przyjacielskich, problemy z koncentracją i motywacją, nieokreślone dolegliwości somatyczne, a także silna potrzeba tłumienia przykrych emocji. W obrazie tym, dostrzega się natomiast, rzadsze występowanie smutku, poczucia winy, bezradności czy beznadziejności (co może wynikać nie tyle ze słabszego przeżywania tych emocji, lecz ich rzadszego sygnalizowania). Istotnym warunkiem diagnozy omawianego zaburzenia jest brak wcześniej występujących, opisanych powyżej objawów i znacząca zmiana w zachowaniu mężczyzny zaobserwowana przez otoczenie. Warto podkreślić, że wymienione symptomy nie muszą występować u wszystkich mężczyzn chorujących na depresję, gdyż u części z nich, choroba może przebiegać z dominacją typowych wskaźników ujętych w kryteriach diagnostycznych międzynarodowych klasyfikacji (Chodkiewicz i Miniszewska, 2016; Chodkiewicz, 2017; Cleary, 2012; Martin i in., 2013; Rutz i in., 1997; Walinder i Rutz, 2001; Winkler i in., 2005).

Na podstawie powyższych doświadczeń i obserwacji, Rutz stworzył Gotlandzką Skalę Męskiej Depresji (GDMS), która stała się szeroko znana i została zaadaptowana w wielu krajach, również w Polsce (Chodkiewicz, 2017). Opracowano także inne narzędzia do badania tego konstruktu, np. GSDS-26 (Möller-Leimkühler i Mühleck, 2020) czy MDRS-22 (Rice i in., 2013). Stworzenie tych metod umożliwiło prowadzenie szczegółowych badań nad różnymi aspektami atypowej depresji, bardziej charakterystycznej dla mężczyzn.

Badania te, szczególnie w ostatnich latach, potwierdziły opisywane zależności dotyczące odmiennego obrazu klinicznego oraz relacje „męskiej depresji" z tendencjami samobójczymi (Eggenberger i in., 2023). Wykazano istotne powiązania między tak fenotypową cechą depresji jak objawy eksternalizacyjne – głównie nadużywanie substancji, podejmowanie ryzyka, słaba kontrola impulsów, gniew a intensyfikacją myśli

samobójczych i ryzykiem samobójstwa u mężczyzn (Coleman, 2015; Oliffe i in., 2019; Zajac i in., 2022). Tego rodzaju wnioski dotyczyły także pacjentów objętych opieką medyczną, co jeszcze silniej zaznaczyło konieczność zastosowania indywidualnego podejścia do leczenia depresji i zapobiegania samobójstwom dokonywanym przez mężczyzn (Oliffe i in., 2019).

Jak wykazały analizy Rice i in. (2019), uwzględnienie fenotypu męskiej depresji umożliwiło zwiększenie wykrywalności prób samobójczych wśród mężczyzn o ponad 30%. Toteż istotne znaczenie może mieć wdrożenie badań przesiewowych w kierunku identyfikacji objawów depresji typu męskiego umożliwiające efektywniejsze rozpoznawanie zagrożenia samobójczego. Badacze zwracają również uwagę na potrzebę rozwijania u mężczyzn, szczególnie w okresie pandemii COVID-19, ale także i poza nią, bardziej efektywnych strategii radzenia sobie ze stresem psychospołecznym niż zazwyczaj stosowane zachowania unikowe (O' Gorman i in., 2022). Tabela 3, pokazuje zestawienie objawów internalizacyjnych („klasycznych") i eksternalizacyjnych („męskich") depresji.

Tabela 3

Klasyczne objawy depresji oraz symptomy męskiej depresji

Objawy klasyczne	**Objawy męskiej depresji**
Obniżenie nastroju	Wybuchy złości, agresywność
Anhedonia	Nadużywanie substancji psychoaktywnych (alkohol, nikotyna, narkotyki)
Zmęczenie, brak energii	Ryzykowne zachowanie (seks, prowadzenie pojazdu, przepracowywanie się)
Spowolnienie lub pobudzenie ruchowe	Stałe zmęczenie
Obniżenie poczucia własnej wartości;	Uczucie napięcia połączone ze spadkiem odporności na stres
Pogorszenie sprawności myślenia, zaburzenia uwagi i koncentracji, niemożność podjęcia decyzji;	Symptomy wypalenia zawodowego
Myśli o śmierci myśli (zachowania) samobójcze	

Objawy klasyczne	Objawy męskiej depresji
Zaburzenia snu i apetytu	Unikanie kontaktu z innymi (w tym z rodziną)
	Zaburzenia kontroli impulsów (w stopniu wcześniej nie występującym)
	Nieokreślone objawy somatyczne

Źródło: opracowanie własne na podstawie Bartova i in. (2021) oraz Rice i in. (2015)

Wraz z rozpoznaniem i opisaniem objawów atypowej depresji u mężczyzn podjęto refleksję nad jej możliwymi przyczynami. Wśród uwarunkowań wymienia się przede wszystkim rygorystyczne podporządkowanie się kulturowym wzorcom męskich zachowań. (Addis i Mahalik, 2003; Nadeau i in., 2016; Oliffe i in., 2019).

Tradycyjne normy kulturowe i społeczne tzw. ideologie męskości *(Traditional Masculinity Ideologies – TMI),* odnoszące się do normatywnych przekonań dotyczących tego, jak mężczyźni powinni się zachowywać i jakimi być, mają swoje korzenie w czasach sprzed analizy i krytyki płci przez feminizm drugiej fali, który nastąpił w latach 60-tych XX wieku (Pleck, 1995). Stawiają one mężczyzn w wyraźnej sprzeczności z typowymi objawami depresji, gdyż przedstawiają ich jako silnych, odpornych fizycznie i psychicznie, ukierunkowanych na rywalizację, niezależnych, walecznych (Addis i Mahalik, 2003). Wśród przekonań związanych ze społeczno-kulturową rolą mężczyzn wymienia się także unikanie wszystkiego co jest właściwym dla sfery kobiecej jak okazywanie uczuć czy wyrażanie wrażliwości („mężczyźni nie płaczą") oraz odporność na cierpienie psychiczne i ból fizyczny, konieczność podejmowania ryzyka, dokonywania podbojów seksualnych, zachowania agresywne, uzewnętrznianie niechęci do osób homoseksualnych, zdobywanie statusu społecznego i finansowego, stabilną sytuację zawodową (Cochran i Rabinovitz, 2003; Mahalik i in., 2013; Rice i in., 2013; Sher, 2015; Thompson i in., 1992).

W badaniach tego obszaru wykazano między innymi, dodatnie związki między przywiązaniem do męskich norm a zachowaniami ryzykownymi oraz agresywnością (Rice i in., 2013) oraz myślami samobójczymi i depresją (także po kontroli innych czynników ryzyka, np. traumy dziecięcej czy nadużywania substancji) (Coleman, 2015). Kolejne badania wykazały, że agresywność, wybuchowość, zachowania ryzykowne, regulacja przykrych emocji poprzez spożywanie substancji psychoaktywnych są dodatnio skorelowane z konformizmem wobec tradycyjnie męskim normom kulturowym (Rutz i in., 1995, Walinder, Rutz, 2001).

Wieloletnie badania Colemana i wsp. (2020) wykazały, że mężczyźni z wysokim poparciem dla tradycyjnych ról męskich umierali dwukrotnie częściej w wyniku samobójstwa w porównaniu z mężczyznami, którzy nie utożsamiali się z tymi rolami. Udowodniono też, że identyfikowanie się z tradycyjnymi rolami męskimi, zwłaszcza w aspekcie tłumienia emocji, samodzielności i dominacji utrudnia mężczyznom komunikowanie uczuć depresyjnych, szukanie pomocy lekarskiej i psychologicznej oraz zaangażowanie w podjętą psychoterapię (Addis i Mahalik, 2003; Weber i in., 2022). Należy jednak zaznaczyć, że atypowy przebieg depresji u mężczyzn wyjaśnia się nie tylko podporządkowaniem męskim wzorcom, ale również czynnikami hormonalnymi (Angst i in., 2002).

Przy rozważaniach na temat męskiej depresji warto zwrócić uwagę na pewne kontrowersje związane z koncepcją. Spotyka się ona z krytyką z uwagi na fakt, iż była weryfikowana głównie na podstawie badań z udziałem osób zdrowych (przeważnie studentów), bez diagnozy depresji (Addis, 2008). Poza tym, objawy eksternalizacyjne niekoniecznie świadczą o występowaniu depresji, lecz mogą być skutkiem innych zaburzeń np. uzależnienia od alkoholu (Möller-Leimkühler i in., 2009).

Tak więc, nie ulega wątpliwości, że zagadnienie to wymaga dalszych poszukiwań. W literaturze podkreśla się, że jest zdecydowanie mniej badań dotyczących depresji z udziałem

mężczyzn aniżeli kobiet. Szacuje się, że depresja u kobiet jest nawet 2-3 krotnie częstszym przedmiotem analiz (Addis, 2008). Toteż, dotychczasowe publikacje, w których porównywano depresję u obu płci, stanowią przede wszystkim rozważania na temat uwarunkowań częstszego zachorowania przez kobiety, bez uwzględnienia różnic międzypłciowych w typologii objawów.

1.3.3. *Męska depresja u kobiet*

Zarysowana powyżej charakterystyka objawów „męskiej' depresji, zwracająca uwagę na jej atypowe i eksternalizacyjne objawy - złość, drażliwość, agresywność, nadużywanie substancji psychoaktywnych i podejmowanie zachowań ryzykownych, skłania do postawienia pytania czy tego rodzaju symptomy mogą występować również u kobiet.

Badań takich jest stosunkowo niewiele i dają niejednoznaczne rezultaty. Przykładowo wstępne wyniki badań kobiet i mężczyzn z rozpoznaniem dużej depresji nie wykazały istotnych różnic pod względem atypowych objawów w zależności od płci (Möller-Leimkühler i Yücel, 2010). Analizy Innamoratiego i in. (2011), również nie ujawniły znaczącego zróżnicowania w zakresie męskiej typologii objawów między chorującymi na depresję kobietami i mężczyznami. Podobnie jak najnowsze wyniki badań Möller-Leimkühler i wsp. (2022), ale przeprowadzone już w grupie pacjentów niepsychiatrycznych. Z kolei badania dotyczące polskiej adaptacji Skali GSDS-26 wykazały, iż w obrębie niektórych podskal, mężczyźni uzyskali wyższe wyniki w porównaniu z kobietami. Jednocześnie w tym samym badaniu kobiety uzyskały istotnie wyższy wynik w Skali BDI Becka (Chodkiewicz i wsp., w przygotowaniu).

Inne badania, w której uczestniczyły osoby bez diagnozy choroby psychicznej, gdyż zostały przeprowadzone w grupie studentów, przyniosły nieoczekiwane rezultaty. Mianowicie, ryzyko rozwoju atypowej depresji było istotnie wyższe u kobiet, co odbiega

od hipotezy o jej szerszym rozpowszechnieniu wśród mężczyzn. Jako próbę wyjaśnienia tej zależności przyjęto nasilenie męskich wzorców w zachowaniu kobiet wynikające z rosnącej akceptacji społecznej wobec agresji u kobiet i wyższego nasilenia sytuacji stresowych. Zwrócono także uwagę na większą w porównaniu do mężczyzn, ekspresję emocjonalną u osób płci żeńskiej, w tym uczucia gniewu i przejawów agresji (Möller-Leimkühler i Yücel, 2010). Tego rodzaju odmienność od wyników wczesnych badań Clarka i wsp. (1994), wedle których kobiety w trakcie procesu socjalizacyjnego uczone są hamowania agresji przekładającego się na trudność w wyrażaniu negatywnych emocji jak złość czy wrogość, ukazuje wyraźną zmianę w podejściu do norm społeczno-kulturowych względem płci, która dokonała się na przestrzeni lat.

Biorąc pod uwagę niewielką liczbę badań uwzględniających objawy eksternalizacjne u kobiet z rozpoznaną depresją oraz istotne powiązanie tego rodzaju symptomów z ryzykiem zachowań autoagresywnych, w tym samobójczych (Innamorati i in., 2011), konieczna jest dalsza eksploracja męskiego obrazu depresji u kobiet. Szczególnie, że badania dotyczące związku między objawami eksternalizacyjnymi a zachowaniami autoagresywnymi prowadzono głównie w grupie mężczyzn (Coleman, 2015; Oliffe i in. 2019; Möller-Leimkühler i in., 2009; Zajac i in., 2022).

Nie ulega wątpliwości, że objawy uwzględnione w koncepcji atypowego obrazu klinicznego powinny być rutynowo oceniane podczas diagnozowania depresji u kobiet i mężczyzn, gdyż mogą stanowić przesłankę do zwiększonego ryzyka zachowań samobójczych. Z uwagi na ograniczoną liczbę badań (szczególnie w grupie klinicznej) oraz brak uwzględnienia w dotychczasowych analizach patomechanizmu rozwoju choroby konieczne są dalsze badania służące wyjaśnieniu czy męska depresja jest fenotypem objawów charakterystycznym dla danej płci.

Abstrahując od tego, w ostatnich czasach coraz częściej uważa się, że w ocenie depresji przez specjalistów należy u wszystkich uwzględniać jej dwa różne obrazy - internalizacyjny (częstszy u kobiet) i eksternalizacyjny (częstszy u mężczyzn) (Rice i wsp., 2022).

1.3.4. Poznawcze modele rozwoju depresji

Zaburzenie afektywne jednobiegunowe, jako że jest jednym z najpowszechniejszych problemów zdrowotnych na świecie oraz wiąże się z wysokim ryzykiem nawrotów (50% po pierwszym epizodzie depresyjnym, 70% po drugim oraz 90% trzecim), od wielu lat stanowi przedmiot badań naukowych zmierzających do ustalenia jego patogenezy. W celu zaplanowania skutecznych oddziaływań zapobiegawczych i interwencyjnych badacze koncentrują się na identyfikacji czynników biologicznych, społecznych i psychologicznych, które sprzyjają zachorowaniu na depresję (Murray i Lopez 1996; Popiel i Pragłowska, 2022; Wade, Halligan, 2017).

Jednocześnie od wielu lat coraz większe znaczenie, również na gruncie polskim, zyskuje ujęcie poznawczo-behawioralne (*Cognitive Behavioral Therapy – CBT*) (Popiel i Pragłowska, 2022). W literaturze naukowej znajduje się wiele badań, które potwierdzają skuteczność terapii CBT w leczeniu wielu zaburzeń psychicznych, m.in. traumy (Popiel, 2009) oraz depresji (Butler i in., 2006; Cuijpers i in., 2013; Hofmann i in., 2012). Koncepcja terapii CBT opiera się na integracji elementów poznawczych i behawioralnych, co oznacza, że skupia się zarówno na zmianie negatywnych myśli i przekonań (aspekt poznawczy), jak i na modyfikacji nieadaptacyjnych zachowań (aspekt behawioralny) (Kokoszka, 2009).

Podejście poznawcze zostało również zaimplementowane w celu wyjaśnienia skłonności do rozwoju depresji i jej nawrotów. Nadrzędną rolę w tej kwestii przypisuje się podatności poznawczej. Pod tym terminem rozumiane są specyficznie funkcjonujące procesy, struktury lub treści poznawcze, które wpływają na wzrost prawdopodobieństwa wystąpienia

zaburzenia nastroju. Podatność poznawcza jest charakteryzowana jako endogenna, względnie stała właściwość jednostki, która stanowi część mechanizmu powstawania choroby. Stała się ona centralnym przedmiotem szeregu poznawczych koncepcji powstawania depresji, w których jest akcentowana w różnorodny sposób (Blaut i Paulewicz, 2011).

Za wiodący model poznawczy rozwoju depresji uznaje się model opracowany w 1967 roku przez Aarona Becka (Beck, 1967; Beck, 1987). W pierwotnej wersji jego założeń, traumatyczne doświadczenia z okresu dzieciństwa leżą u podstaw wystąpienia dysfunkcyjnych przekonań, które predysponują do wystąpienia depresji. Wczesne traumy, takie jak przemoc fizyczna, emocjonalna czy seksualna, wpływają na podatność poznawczą, która poprzez zniekształcenia w przetwarzaniu informacji prowadzi do powstania tzw. triady depresyjnej czyli negatywnej oceny siebie, rzeczywistości oraz przyszłych wydarzeń. Z kolei obciążające przeżycia psychiczne w dalszym okresie życia stają się bezpośrednim czynnikiem wyzwalającym objawy depresyjne. W teorii Becka, kluczowe znaczenie dla negatywnego sposobu oceny wydarzeń przypisuje się tzw. schematom, które odnoszą się do nieadaptacyjnych, przekonań na temat siebie, innych i świata (Beck i Dozois, 2011; Blaut i Paulewicz, 2011).

Poznawcza teoria depresji składa się z trzech poziomów tj. negatywnych myśli automatycznych, które powracają w codzienności, zasad i warunkowych założeń „jeśli…to...” oraz wysoce dysfunkcjonalnych przekonań podstawowych, w których motywem przewodnim jest na przykład własna bezwartościowość. W świetle tej koncepcji owe przekonania stanowią dla jednostki ramy pojęciowe, których funkcją jest porządkowanie własnego stosunku do świata i oceny codziennych wydarzeń. Schematy w ujęciu Becka są pojęciem szerokim, nieokreślonym, indywidualnym dla każdej osoby z depresją. Ukształtowane głównie w dzieciństwie w następstwie traumatyzujących wydarzeń, przez wiele lat mogą pozostać latentne. Ich aktywizacja na skutek niekorzystnych wydarzeń życiowych prowadzi do rozwoju

zaburzenia afektywnego. W trakcie epizodu depresyjnego negatywne schematy stają się bardziej dominujące w procesach myślowych i emocjonalnych osoby dotkniętej depresją. Specyficzny dla osób z depresją negatywny sposób myślenia, koncentruje się wokół straty, bezwartościowości, porażki i odrzucenia. W rezultacie schematy zniekształcają sposób postrzegania rzeczywistości, prowadząc do nasilenia uczucia smutku, beznadziei i innych przykrych emocji. W takiej sytuacji osoba może mieć trudności z wykonywaniem codziennych zadań, utrzymaniem relacji społecznych oraz podejmowaniem konstruktywnych działań, co pogłębia odczuwanie depresji (Beck i Dozois, 2011; Blaut i Paulewicz, 2011; Gibb i in., 2001).

Na przestrzeni lat poznawczy model depresji Becka podlegał stałej ewolucji dokonującej się wraz z rozwojem neurologii poznawczej i genetyki. Główny przedmiot modyfikacji modelu stanowiła analiza wpływu neurofizjologicznych czynników na podatność do rozwoju depresji. Zaktualizowane ujęcie patogenezy depresji zakłada interakcję pomiędzy czynnikami poznawczymi a genetycznymi i neurochemicznymi (Beck, 2008; Roy, 2010; Munafò i in., 2008).

W zrekonstruowanym modelu Becka, uwarunkowania genetyczne mają pierwotny charakter w stosunku do poznawczego uwrażliwienia na rozwój zaburzenia. Do wysnucia takiej hipotezy przyczyniły się m.in. pionierskie badania Caspi i wsp. (2003) wykazujące dodatnią korelację krótkiego wariantu genu 5-HTTLPR (transportera serotoniny) z poziomem depresji i samobójstw po niedawno przeżytym stresorze. W efekcie za prawdopodobną podatność biologiczną odpowiada polimorfizm genu serotoniny, który determinuje nadwrażliwość ciała migdałowatego na bodźce zewnętrzne oraz zwiększoną reaktywność osi układu reakcji na stres podwzgórze-przysadka-kora nadnerczy (HPA). Podwyższona reaktywność limbiczna wiąże się z selektywnością uwagi na niekorzystne aspekty doświadczeń oraz intensyfikowaniem zniekształceń poznawczych prowadzących

do ich negatywnych interpretacji. Te z kolei wpływają na aktywację osi HPA, a ich częste powtarzanie kształtuje treść względnie stałych schematów. Autor zwraca jednak uwagę, że uwarunkowanie biologicznej podatności alotropią genetyczną i jej nadrzędność w stosunku do poznawczych uwarunkowań wymaga integracji przyszłych analiz. Z drugiej strony, odkrycie przez Roya (2010) prawidłowości, iż częstsze zachorowanie na depresję i polimorfizm genu 5-HTTLPR wiąże się z historią maltretowania lub zaniedbywania w dzieciństwie, przemawiałoby za fundamentalną rolą środowiska wychowawczego. Na co również już w pierwotnej teorii wskazuje Beck, wiążąc powstawanie schematów z przeciwnościami we wczesnym okresie życia (Beck, 2008; Roy, 2010; Munafò i in., 2008; Van der Kolk, 2018) .

Zarówno pierwotny jak i zrekonstruowany model rozwoju depresji Becka podkreśla istotną rolę schematu jako stabilnego wzorca poznawczego determinującego sposób w jaki jednostka konceptualizuje bodźce, a w konsekwencji jak na nie zareaguje. Teoria Becka stała się inspiracją do powstania koncepcji Younga i in. (2014) dotyczącej wczesnych nieadaptacyjnych schematów (z ang. *Early Maladaptive Schemas – EMS*) i znaczenia środowiska dla ich ukształtowania. Tematyka ta zostanie dokładniej przybliżona w dalszej części pracy.

Koncentrując się na poznawczych koncepcjach rozwoju depresji warto odnieść się także do modelu braku nadziei Abramsona i wsp. (1989) oraz jego poprzedniej wersji tj. modelu bezradności (Abramson i in., 1978). W obu podejściach podatność poznawcza jest wyjaśniana poprzez styl atrybucji. Czynnikiem predysponującym do zapadnięcia na depresję jest niekorzystny styl interpretowania i rozumienia przyczyn spotykających ją niepowodzeń. Według tego modelu procesy atrybucyjne zwiększają ryzyko zachorowania, gdy przebiegają w sposób negatywny tj. charakteryzujący się upatrywaniem przez osobę zajścia niepowodzeń w czynnikach wewnętrznych, postrzeganiem przyczyn jako stosunkowo

stałych w czasie oraz ujawniających się w sposób zgeneralizowany, czyli bez względu na okoliczności. Niekorzystny sposób interpretacji przykrych wydarzeń kształtuje się w okresie dzieciństwa i ma względnie stałą specyfikę (Blaut i Paulewicz, 2011; Oleś, 1996).

Wśród poznawczych czynników podatności wymienia się także ruminacyjny styl reakcji, rozumiany jako specyficzny wzorzec myślenia, w którym jednostka koncentruje uwagę na własnym obniżonym nastroju i odczuwanych przez siebie przykrych emocjach. Objawia się tendencją do analizowania siebie, ciągłego zastanawiania się nad przyczynami i konsekwencjami swojego stanu (Conway i in., 2000). Nolen-Hoeksema (1991) sugeruje, że taki pasywny styl reagowania na uczucia dysforyczne jest bardziej właściwy dla kobiet. Tego rodzaju nadmierna koncentracja na swoim stanie emocjonalnym skutkuje wydłużeniem i pogłębieniem się obniżonego nastroju oraz wzmaga prawdopodobieństwo wystąpienia depresji (Blaut i Paulewicz, 2011; Hammen, 2006).

Koncepcje poznawcze odgrywają również istotną rolę w wyjaśnianiu tendencji suicydalnych. Przykładem jest teoria Shneidmana (1993), potwierdzona badaniami empirycznymi, która zakłada, że ból psychiczny towarzyszący depresji, osiągając subiektywnie niemożliwą do wytrzymania dla jednostki intensywność, w połączeniu z zawężeniem poznawczym, gdzie śmierć postrzegana jest jako jedyny sposób na zakończenie cierpienia, stanowi kluczowe źródło zachowań samobójczych.

ROZDZIAŁ II. CZYNNIKI POWIĄZANE Z ROZWOJEM ZABURZEŃ ZDROWIA PSYCHICZNEGO

2.1. Trauma dziecięca

Już Zygmunt Freud, podczas swoich studiów w klinice Charcona w latach 1885–1886, przy współpracy z Josephem Breuerem, dostrzegł znaczenie pamięci urazowych zdarzeń z dzieciństwa w procesie rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego (Gawinecka i in., 2008). „Według Breurera i Freuda, osoby z objawami histerycznymi cierpiały z powodu wspomnień, których nie mogły pamiętać i których nie mogły również zapomnieć" (Dudek, 2003, s.35-36). Koncepcja, iż osoby doświadczające traumy we wczesnym okresie rozwojowym są podatne na rozwój zaburzeń zdrowia psychicznego, jest podejmowana także w wielu współczesnych opracowaniach.

2.1.1. Definicja i rodzaje traumy

Analiza literatury pokazuje jak na przestrzeni lat zmieniała się konceptualizacja traumy. Początkowo była ona ujmowana w sposób „wąski", który najogólniej odnosi się wyłącznie do doświadczenia ekstremalnych wydarzeń takich jak bycie ofiarą gwałtu czy udział w wojnie. Wyjaśniając to pojęcie w rozumieniu wąskim: „trauma jest traktowana jako rodzaj ciężkiego stresora, który powoduje narażenie na utratę życia lub poważne zranienie ciała, najczęściej ma nagły i niekontrolowany charakter, może dotyczyć wielu osób równocześnie oraz odnosić się do sytuacji, w której osoba jest świadkiem takiego wydarzenia" (Steuden i Janowski, 2016, s. 551).

W takim kontekście trauma jest opisywana jako rodzaj silnego stresora, który wychodzi poza zakres normalnych przeżyć, odróżniający się od słabszych stresorów znamiennych dla codziennych niedogodności lub krytycznych sytuacji życiowych. Konfrontacja z takimi zdarzeniami, które zagrażałaby życiu lub zdrowiu, wywołuje poczucie silnego strachu

czy bezsilności (Lis-Turejska, 2005; Popiel i Pragłowska, 2009). Tego rodzaju podejście koresponduje z definicją, według której za traumę uznaje się „realnie zagrażający zdrowiu i życiu czynnik zewnętrzny (przyroda, ludzie), prowadzący często do głębokich i długo utrzymujących się zmian w funkcjonowaniu człowieka, które wyrażają się w zaburzeniach somatycznych i psychicznych" (Zawadzki i Strelau, 2008, s. 47).

Na podstawie licznych badań empirycznych wykazano jednak, że zjawiska traumatyczne są wszechobecne w życiu każdego człowieka. Natomiast reakcja na to wydarzenie ma charakter wysoce subiektywny, a więc powiązany z różnicami indywidualnymi (Lis-Turejska, 2005; Norris i Slone, 2007; Popiel i Pragłowska, 2009). W związku z tym „wąskie" rozumienie ewoluowało do „szerokiego" ujęcia, w którym „trauma jest określana jako wszelkie urazy psychiczne występujące na różnych etapach życia człowieka (kryzysy, konflikty, zagrażające życiu przewlekłe choroby somatyczne i psychiczne), które łączą się z ryzykiem wystąpienia emocjonalnych, poznawczych i społecznych zaburzeń" (Steuden i Janowski, 2016, s. 551). Zauważono, że szerokie rozumienie traumy nawiązuje do koncepcji sytuacji stresowej opierającej się na „relacji między osobą a otoczeniem, która jest oceniana przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby oraz zagrażająca jej dobrostanowi" (Lazarus i Folkman, 1984, s. 19).

Definicja, jaka zdaje się w pełni oddawać sens tego rodzaju podejścia, nazywa traumą „każde zdarzenie psychologiczne, które nagle przytłacza zdolność do zapewnienia minimum poczucia bezpieczeństwa i integralności, co skutkuje przytłaczającym niepokojem lub bezradnością, lub groźbą tego oraz wytworzeniem trwałej zmiany w organizacji psychicznej" (Cooper, 1986, s.44). Podejście, które zakłada, że to czy trudne wydarzenie będzie miało charakter przeżycia traumatycznego jest kwestią indywidualną i zależy od tego w jakim stopniu emocjonalnie dotknie daną osobę (Lis-Turejska, 2005; Norris i Slone, 2007;

Popiel i Pragłowska, 2009), skłania do pogłębionej refleksji nad zagadnieniem traumy u dzieci i jej roli w dorosłym życiu.

Już w latach 70 tych XX-wieku zwrócono uwagę na różnice w intensywności reakcji na stresogenne wydarzenie, pomiędzy dziećmi a dorosłymi. W różny sposób argumentuje się tę prawidłowość. Dzieci są bardziej skłonne do odczuwania bezsilności w obliczu trudnej sytuacji m.in. z powodu niższej umiejętności zróżnicowania emocji, trudności ich modulowania i werbalizacji oraz silnego powiązania z doznaniami somatycznymi (Krystal, 1978). Wśród uzasadnień podaje się także biologiczną niedojrzałość układu nerwowego oraz brak mechanizmów ochronnych radzenia sobie z sytuacją generującą stres (Badura-Madej i Dobrzyńska-Mesterhazy, 2004; Odachowska i Woźniak-Prus, 2018).

Odmienność przeżywania przykrych doznań przez dzieci i adolescentów została uwzględniona w klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM-3-R (APA, 1987) poprzez scharakteryzowanie odrębnej skali dotyczącej siły działania stresorów psychospołecznych specyficznej dla młodszych osób (Badura-Madej i Dobrzyńska-Mesterhazy, 2004).

W tym miejscu należy wyjaśnić sposób ujmowania traumy w klasyfikacjach DSM, jako szczególny rodzaj zdarzenia (stresora) wiążącego się z zagrożeniem utraty życia lub zdrowia i wywołującym silne reakcje emocjonalne jak strach, bezradność, przerażenie, które w przypadku dzieci mogą być manifestowane dezorganizacją zachowania. W aktualnej klasyfikacji (DSM-5) zrezygnowano z kryterium subiektywnej reakcji emocjonalnej z uwagi na trudności w jego praktycznym zastosowaniu oraz w celu obiektywizacji pojęcia. Skoncentrowano się natomiast na scharakteryzowaniu powiązań między rodzajem stresora a okolicznościami jego wystąpienia. Jako przykład bezpośredniego doświadczenia wydarzenia urazowego, w odniesieniu do dzieci podaje się nieadekwatne do etapu rozwojowego doświadczenie seksualne nieobejmujące przemocy fizycznej (APA, 2013). Traumatycznym wydarzeniem może być też sytuacja, w której dziecko jest świadkiem przemocy skierowanej

wobec bliskiej mu osoby lub uzyskuje informację o wystąpieniu przykrego zdarzenia (np. nagłej śmierci) u członka rodziny lub przyjaciela. Rozpatrując stresor jako powtarzające się narażenie na awersyjne szczegóły zdarzenia traumatyzującego można uznać każdą formę powtarzającej się agresji kierowanej pod adresem dziecka (APA, 2013; Solomon i Heide, 1999; Steuden i Janowski, 2016).

Analogicznie jak w przypadku osób dorosłych wydarzenia traumatyczne dzieli się na klęski naturalne i spowodowane przez człowieka (agresja, wypadki samochodowe). Jednak niekorzystne sytuacje o charakterze interpersonalnym (jak przemoc) znajdują się w szczególnym obszarze zainteresowań w przypadku urazów psychicznych u osób małoletnich. Wynika to z faktu, iż negatywne następstwa traumy relacyjnej są bardziej nasilone niż w przypadku katastrof naturalnych (Goodman i Scott, 2000).

Trafnym zobrazowaniem aksjomatów klasyfikacji DSM-5 zdaje się być definicja traumy zaproponowana przez Leonorę Terr, według której „wszystkie urazy okresu dzieciństwa pochodzą z zewnątrz, żadne nie powstaje jedynie w umyśle dziecka (…) trauma rozpoczyna się zdarzeniem będącym poza dzieckiem, ale z chwilą tego zdarzenia mają miejsce różne wewnętrzne zmiany w samym dziecku” (Terr, 1995, s.303). Autorka, na podstawie obserwacji klinicznej dzieci, wobec których stosowano przemoc, wyodrębniła dwa typy traumy (typ I i II) zróżnicowane pod względem długości trwania i powtarzalności przykrych wydarzeń. Solomon i Heide (1999) uzupełnili tę typologię o trzeci rodzaj traumy:

- typ I: pojedyncze wydarzenie traumatyczne;
- typ II: długotrwałe lub wielokrotne doświadczenia traumatyczne:
    - typ IIA: ofiara jest w stanie wyizolować poszczególne sytuacje traumatyzujące oraz dysponuje strategiami, które umożliwiającymi poradzenie sobie z nimi;

  - typ IIB: brak możliwości wyodrębnienia poszczególnych zdarzeń. W przypadku, gdy osoba posiada umiejętności pozwalające na poradzenie sobie z tymi wydarzeniami (typ IIB R), a jeśli nie ma takich zasobów - typ IIB nR);
- typ III: długotrwałe lub wielokrotne doświadczenia aktów przemocy, które zaczęły się w dzieciństwie.

Specjaliści odnajdują powiązania między typem traumy a jej konsekwencjami. (Widera-Wysoczańska i Kuczyńska, 2010). Biorąc pod uwagę wpływ traumy na zdrowie psychiczne, mówi się nie tylko o szkodliwości, ale także o jej korzystnych efektach związanych z uodpornieniem na trudną sytuację (Bokszczanin, 2002). Jednakże, w przypadku traumy doświadczonej we wczesnym okresie życia, badania koncentrują się wokół jej negatywnych konsekwencji dla zdrowia, co zostanie szerzej zaprezentowane w dalszej części pracy.

Natomiast w odniesieniu do przytoczonej taksonomii jako konsekwencje traumy typu I zazwyczaj pojawiają się „ostre zaburzenie stresowe" i „zaburzenie stresowe pourazowe" (PTSD – *Posttraumatic Stress Disorder*). Skutki doświadczenia traumy typu II i III wiążą się z głębszymi zmianami w strukturze psychicznej i mogą odpowiadać kryteriom diagnostycznym wielu zaburzeń w zależności od sposobu reakcji danej osoby (Jankowska i Lotkowski, 2012). Niektóre źródła podają, iż II typ traumy koresponduje z wystąpieniem „złożonego zespołu stresu pourazowego" (complex PTSD, CPTSD) (Herman, 1992; Popiel i Pragłowska, 2009). Ten rodzaj zaburzenia (CPTSD) jest utożsamiany z pojęciem złożonej traumy m. in. z okresu dzieciństwa definiowanej jako „wielokrotne, przewlekłe i długotrwałe doświadczenie, niekorzystnego rozwojowo traumatycznego wydarzenia, najczęściej o charakterze interpersonalnym, często wewnątrz systemu opieki nad dzieckiem" (Van der Kolk, 2005, s. 2).

W szerszym rozumieniu złożona trauma psychologiczna odnosi się do „doświadczeń obejmujących powtarzającą się lub przedłużoną ekspozycję na wielokrotne stresory

traumatyczne, najczęściej o charakterze interpersonalnym, w różnorakich środowiskach i rolach, które obejmują skrzywdzenie, porzucenie przez opiekunów bądź innych odpowiedzialnych (za dziecko) dorosłych oraz miały miejsce we wrażliwym rozwojowo okresie życia, zwłaszcza w okresie dzieciństwa, i splotły się z biopsychospołecznym rozwojem dziecka oraz zostały weń włączone" (Courtois i in., 2009, s.1).

W tym przypadku, podkreśla się wysoce negatywny potencjał wydarzeń z okresu dzieciństwie na funkcjonowanie w okresie dorosłości (McCormack i Thomson, 2017). Niekiedy są one określane jako niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa (*Adverse Childhood Experiences* - ACE), a więc występujące przed 18 r. ż i obejmujące: przemoc oraz zaniedbanie emocjonalne i fizyczne, wykorzystanie seksualne, bycie świadkiem przemocy domowej, separację lub rozwód rodziców, inkarcerację, nadużywanie substancji psychoaktywnych czy chorobę psychiczną u domownika (Felitti i in., 1998; Felitii, 2002; Gąsior, 2017; Larkin i Records, 2007). Przy czym, przemoc emocjonalna odnosi się do atmosfery nienawiści, zagrożenia, zachowań poniżających, słownych nadużyć obniżających poczucie wartości i dobre samopoczucie dziecka. Z kolei zaniedbanie fizyczne dotyczy niezaspokojenia podstawowych potrzeb fizycznych, takich jak jedzenie, schronienie, zapewnienie odpowiedniej opieki medycznej i bezpieczeństwa. Przemoc fizyczna nawiązuje do napaści fizycznych powodujących obrażenia lub ryzyko pozbawienia zdrowia. Natomiast wykorzystywanie seksualne odpowiada każdemu kontaktowi seksualnemu między dzieckiem a osobą dorosłą (Walker i in., 1999).

Badania wskazują na probabilistyczny charakter wpływu negatywnych doświadczeń dzieciństwa na rozwój problemów psychicznych w kolejnych etapach życia (Cierpiałkowska, 2007). Potwierdzałoby to dualną strukturę traumy, która obejmuje wystąpienie urazowego zdarzenia oraz silnej reakcji emocjonalnej na to wydarzenie, przy czym owe silne przeżycie

nie determinuje stanu psychopatologicznego, ale jest czynnikiem predysponującym do rozwoju zaburzeń w dorosłości (Steuden i Jankowski, 2016).

2.1.2. Negatywne konsekwencje traumy dziecięcej dla funkcjonowania w życiu dorosłym

W ostatnim czasie rośnie zainteresowanie związkiem między traumą doświadczoną w dzieciństwie a funkcjonowaniem psychospołecznym w dorosłości. Przemoc wobec dzieci stanowi problem społeczny, który dotyka miliony dzieci i rodzin na całym świecie. Wiele osób, nawet po upływie wielu lat od czasu dzieciństwa, nadal mówi o głębokim bólu związanym z ich ogromnym cierpieniem (McCormack i Thomson, 2017). Według doniesień literaturowych, doświadczenie w dzieciństwie przemocy lub zaniedbania pozostawia negatywne konsekwencje, zwykle na całe życie. Nawet osoby po 60 roku życia cierpią psychicznie z powodu trudnych doświadczeń z dzieciństwa. Przy czym według badań Comijs i in. (2013) najbardziej powszechną grupę wiekową cierpiącą na depresję w związku z przebytą w dzieciństwie traumą, stanowią osoby przed 40 rokiem życia.

Badania koncentrujące się wokół traumy dziecięcej wskazują, że intensywne przeżycia towarzyszące trudnym wydarzeniom, mogą przynieść istotne zmiany w sposobie postrzegania siebie, innych osób oraz świata, co wiąże się z długoterminowymi negatywnymi konsekwencjami obniżającymi ogólną jakość życia. Zdaniem niektórych badaczy, traumatyzujące przeżycia zaburzają rozwój neurobiologiczny, funkcjonowanie poznawcze, emocjonalne, fizyczne i społeczne dojrzewającego organizmu (Petersen i wsp., 2013).

Wśród konsekwencji doświadczenia urazów w dzieciństwie podaje się rozwój biologicznej podatności na stres. Skutki przeżycia traumy są szczególnie dostrzegalne w obszarach mózgu wrażliwych na wpływ środowiska niezbędnego dla jego optymalnego rozwoju. Zaniedbania wiążą się z brakiem wkładu w stworzenie najkorzystniejszych warunków do rozwoju dziecka. Natomiast nadużycia wprowadzają czynnik mogący zagrozić jego rozwojowi. Wśród kluczowych systemów neurobiologicznych ulegających modyfikacji

w wyniku nadużyć i zaniedbań we wczesnym dzieciństwie wymienia się ciało migdałowate odgrywające ważną rolę w przetwarzaniu i regulacji emocji, korę przedczołową, która jest zaangażowana w funkcje poznawcze wyższego rzędu, hipokamp odpowiedzialny za proces uczenia się i zapamiętywania, ciało modzelowate integrujące funkcje między półkulami oraz oś układu reakcji na stres podwzgórze-przysadka-kora nadnerczy (HPA) (Petersen i wsp., 2013).

Zdaniem wielu Autorów, trudne przeżycia w dzieciństwie powodują zwiększenie aktywności ciała migdałowatego, co w obrazie funkcjonowania przejawia się internalizacją bądź eksternalizacją problemów, zwiększonym niepokojem, depresyjnością, reaktywnością emocjonalną (Kaplow i Widom, 2007; Maheu i in., 2010; Van Ijzendoorn i Juffer, 2006; Zeanah i in., 2009) oraz zaburzoną interpretacją i rozumieniem sygnałów emocjonalnych (Pollak i in., 2000). Natomiast zmiany strukturalne w ciele modzelowatym po traumie przebytej w dzieciństwie, wiążą się z obniżoną wydajnością funkcjonowania poznawczego. Wykazano, iż w przypadku osób z depresją, ta zależność jest bardziej charakterystyczna dla mężczyzn niż kobiet (De Bellis i Keshavan, 2003).

Niekorzystne zdarzenia wywołujące stres prowadzą do fizjologicznych reakcji organizmu obejmujących aktywację osi HPA oraz układu współczulnego rdzeniowo-nadnerczowego, co skutkuje podwyższonym poziomem hormonów stresu takich jak kortyzol, noradrenalina i adrenalina. Z kolei zbyt wysoki poziom tych hormonów lub przedłużona ekspozycja na sytuację stresową mogą powodować uszkodzenie rozwijających się obszarów limbicznych jak np. hipokamp, co może skutkować zaburzeniami pamięci (Sheridan i in., 2012; Twardosz i Lutzker, 2010). Mogą także prowadzić do dysregulacji osi HPA przejawiającą się hiperkotyzolizmem lub hipokortyzolizmem zmieniającymi reakcję organizmu na bodziec stresogenny (Bruce i in. 2009; Gunnar i Vasquez, 2001; Romeo i McEwen, 2006)

oraz stanowiącą czynnik ryzyka zachowań samobójczych (Roy i in., 2010) i depresji (Yehuda i in., 2002).

W kontekście zmian strukturalnych i biochemicznych określonych obszarów układu nerwowego wysnuto hipotezę o biologicznej podatności na stres jako następstwie przeżytej w dzieciństwie traumy. Ta z kolei, wpływa na wrażliwość poznawczą sprzyjającą rozwojowi depresji w konfrontacji z późniejszymi negatywnymi wydarzeniami (Harkness i wsp., 2006).

Jest to podejście, które podobnie jak w przypadku zrestrukturyzowanej teorii Becka nawiązuje do koncepcji biologicznego uwrażliwienia na stres, ale podkreśla szczególną rolę wpływu środowiska na późniejsze funkcjonowanie. Co więcej, badania Bennetta i in. (2002), doprowadziły do wniosku, że bezpieczne i opiekuńcze relacje we wczesnym dzieciństwie mogą stanowić newralgiczny czynnik prewencyjny dla długofalowych problemów zdrowia psychicznego nawet w przypadku genetycznej predyspozycji do zachorowania na depresję uwarunkowanej krótkim allelem transportera dla serotoniny. Fundamentalny wpływ środowiska zdaje się także potwierdzać dodatni związek między chronicznością traumy dziecięcej a nasileniem symptomów psychopatologii w późniejszych okresach życia. Badania Negele i in. (2015) pokazują, że wielokrotne doświadczanie traumatycznych doświadczeń w dzieciństwie wiąże się z przebiegiem depresji z silniejszymi objawami oraz znacznie mniejszą odpowiedzią na leczenie farmakologiczne.

Przytoczone dotychczas dane literaturowe dotyczą przede wszystkim depresji jako następstwa doświadczenia urazów w dzieciństwie. Szczegółowe analizy uwzględniające rodzaj przemocy wykazały, że wykorzystywanie seksualne w dzieciństwie jest predyktorem depresji przede wszystkim u kobiet, rzadziej mężczyzn (Harkness i Wildes, 2002; Molnar i in., 2001). Istnieje związek między doświadczeniem nadużycia fizycznego w dzieciństwie a depresją w życiu dorosłym (Comijs i in., 2013). Z kolei doznawanie przemocy emocjonalnej jest powiązane z wystąpieniem depresji u nastolatków (Gibb i in., 2001) oraz u dorosłych

(Negele i in., 2015; Widom i in., 2007). Dodatkowo powiązano przewlekły charakter przemocy emocjonalnej z wyższą częstością występowania depresji w ciągu życia (Widom i in., 2007). Warto zaznaczyć, że znaczna większość przywołanych badań nie różnicuje tej problematyki międzypłciowo, a w szczególności z uwzględnieniem grupy klinicznej, co skłania do dalszej eksploracji tej tematyki.

Trauma dziecięca stanowi jeden z najistotniejszych czynników ujmowanych w koncepcjach etiopatogenezy, także wielu innych problemów ze zdrowiem psychicznym w wieku dorosłym (Horwitz i wsp., 2001) jak np. używanie substancji psychoaktywnych (Kendler i in., 2000). Wyniki analiz wskazują na powiązania negatywnych doświadczeń z wcześniejszym początkiem rozwoju choroby afektywnej dwubiegunowej, jej cięższym przebiegiem, szybszą zmianą faz oraz zachowaniami samobójczymi (Brown i in., 2005; Etain i in., 2013). Wszystkie rodzaje przemocy wiążą się z ryzykiem samobójczym i wczesnym wiekiem podjęcia próby odebrania sobie życia, przy czym wykorzystywanie seksualne wykazuje najsilniejsze związki (Hoertel i in., 2015). Wiele danych ukazuje związek tego rodzaju przemocy z zaburzeniami osobowości typu borderline (Klatkiewicz, 2011) i PTSD (Subic-Wrana i in., 2011). Natomiast fobię społeczną powiązano z doświadczeniem w dzieciństwie zaniedbania emocjonalnego (Spokas i Heimberg, 2009). Zaś jako czynnik predysponujący do zaburzeń lękowych wykazano nadużycie w formie seksualnej i fizycznej (Etain i in., 2013).

2.2. Wczesne nieadaptacyjne schematy

2.2.1. Definicja i rodzaje

Jak już wcześniej nadmieniono, historia nieadaptacyjnych schematów Jeffreya Younga rozpoczyna się od pracy nad teorią schematów Aarona Becka w latach 60-tych XX wieku. Young rozwinął tę koncepcję w latach 80-tych XX wieku przyjmując, że „wczesny, nieadaptacyjny schemat to ogólny, wszechogarniający motyw lub wzorzec, składający się

ze wspomnień, emocji, przekonań oraz doznań cielesnych, dotyczący jednostki i jej relacji z innymi. Wykształca się w dzieciństwie lub w okresie dojrzewania, ale jest rozwijany, wzmacniany przez całe życie, przez co staje się w znacznym stopniu dysfunkcyjny" (Young i in., 2014, s. 26).

Nieadaptacyjne schematy powstają na skutek różnego typu wczesnodziecięcych doświadczeń życiowych w interakcji z temperamentem emocjonalnym dziecka. Istotnym jest, że wpływ temperamentu można regulować poprzez oddziaływanie środowiska np. wychowywanie nieśmiałego dziecka w skrajnie sprzyjających warunkach pewnie zaowocuje wzrostem jego otwartości. Analogicznie, otwarte dziecko wzrastające w ekstremalnie niekorzystnych warunkach może stać się zamknięte (Young i in., 2014).

Jako podłoże rozwoju wczesnych nieadaptacyjnych schematów Autorzy biorą pod uwagę również czynniki neurobiologiczne przypisując zasadniczą rolę strukturom układu limbicznego, w szczególności nadaktywności ciała migdałowatego. Nie ma, jednakże jednoznacznych dowodów, które wyjaśniałby to zagadnienie w sposób przyczynowo - skutkowy. Niemniej jednak koncepcję schematów wyjaśnia się często teorią podatności na stres Nemeroffa, zgodnie z którą doświadczenie wydarzeń traumatycznych (zwykle związanych z przemocą) we wczesnym etapie rozwoju wywołuje deregulację układu HPA (Heim i in., 2000; Talarowska, Gałecki, 2017; Young i in., 2014).

Scharakteryzowano główne rodzaje dziecięcych przeżyć życiowych, które mogą przyczynić się do powstania nieadaptacyjnych schematów tj. toksyczna frustracja potrzeb związana z deficytem dobrych doświadczeń, brakiem zrozumienia, akceptacji, bliskości, uwagi w zakresie relacji dziecka z osobami znaczącymi; nadmiernie opiekuńcze oddziaływania opiekunów tzw. „dawanie za dużo dobrego" oraz selektywna internalizacja lub identyfikacja z ważną osobą. Do ukształtowania nieadaptacyjnych schematów bez wątpienia prowadzi doświadczenie przez dziecko traumy w postaci krzywdy psychicznej, fizycznej

bądź seksualnej, ponieważ wiąże się z brakiem zaspokojenia podstawowej potrzeby bezpieczeństwa (Rafaeli i in., 2011; Young i in., 2014).

W odniesieniu do podstawowych potrzeb emocjonalnych człowieka Young i wsp. (2014) sklasyfikowali 18 wczesnych, nieadaptacyjnych schematów w 5 kategorii (tzw. domen, obszarów). W najnowszej propozycji Young uwzględnia 4 domeny schematów (Bach i in., 2017). Jednak z uwagi, iż uprzednia struktura cieszy się największą popularnością, została ona zaprezentowana w tabeli 4.

Tabela 4

Wczesne nieadaptacyjne schematy zestawione w pięciu domenach

I. Rozłączenie i odrzucenie	
Opuszczenie / Niestabilność więzi	Osoba jest przekonana, że nie może polegać na bliskich, zostanie przez nich opuszczona, gdyż relacje z nimi postrzega jako nieprzewidywalne.
Nieufność / Skrzywdzenie	Osoba wierzy, że zostanie skrzywdzona, gdyż inni intencjonalnie upokarzają, oszukują i wykorzystują.
Deprywacja emocjonalna	Osoba jest przekonana, że nikt nie jest w stanie zaspokoić jej potrzeby bliskości i wsparcia.
Wadliwość / Wstyd	Osoby jest przeświadczona o swojej niepełnowartościowości. Ma poczucie bycia gorszą i mniej ważną od innych.
Izolacja Społeczna / Wyobcowanie	Osoba wierzy, że jest odosobniona, odmienna i nie przynależy do żadnej społeczności
II. Osłabiona autonomia i brak dokonań	
Zależność / Niekompetencja	Osoba postrzega siebie jako niezaradną w realizacji codziennych obowiązków, którym nie potrafi samodzielnie sprostać.
Podatność na zranienie lub zachorowanie	Osoba spodziewa się nieuchronnej katastrofy, której nie jest w stanie zapobiec, co wywołuje w niej nieadekwatny lęk.
Uwikłanie emocjonalne / Nie w pełni rozwinięte Ja	Osoba nadmiernie angażuje się w co najmniej jedną relację z ważną osobą kosztem własnej niezależności.

II. Osłabiona autonomia i brak dokonań	
Porażka	Osoba jest przekonana, iż zawiodła lub kiedyś zawiedzie w sferze osiągnięć. Czuje się mniej kompetentna niż inni.
III. Uszkodzone granice	
Roszczeniowość/ Wielkościowość	Osoba jest skoncentrowana na przeświadczeniu o swojej wyższości nad innymi oraz posiadaniu specjalnych praw.
Niedostateczna samokontrola/ Samodyscyplina	Osoba ma trudność w samokontroli i tolerowaniu frustracji umożliwiających hamowanie nadmiernej ekspresji emocji i impulsów.
IV. Nakierowanie na innych	
Podporządkowanie się	Osoba czuje się zmuszona do poddania się kontroli innym, by uniknąć z ich strony gniewu, zemsty lub porzucenia.
Samopoświęcenie	Osoba dobrowolnie skupia się na zaspakajaniu cudzych potrzeb kosztem własnych, by nie sprawiać innym bólu wzbudzającego w niej poczucie winy.
Poszukiwanie akceptacji i uznania	Osoba przesadnie dąży do zdobycia uznania i szacunku. Kosztem własnej tożsamości buduje obraz siebie uzależniony od reakcji innych.
V. Nadmierna czujność i zahamowanie	
Negatywizm/ Pesymizm	Osoba skupia się na negatywnych aspektach życia przy równoczesnym pomijaniu pozytywów. Zwyczajowe oczekiwanie niekorzystnego obrotu spraw generuje w niej lęk.
Zahamowanie emocjonalne	Hamowanie spontanicznych reakcji, zachowań w celu uniknięcia dezaprobaty ze strony innych i poczucia wstydu.
Nadmierne wymagania/ Nadmierny krytycyzm	Przekonanie o konieczności spełniania wysokich, zinternalizowanych standardów, by uniknąć krytyki. Osoba odczuwa silną presję i nadmierny krytycyzm.
Bezwzględna surowość	Osoba jest przekonana, że za błędy należy surowo karać. Może łatwo popadać w gniew wobec siebie i innych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Young i wsp. (2014)

W teorii schematów istotnym zagadnieniem jest sposób, w jaki osoba radzi sobie ze swoim schematem. Sposób ten jest zależny głównie od temperamentu i stanowi proces niebędący częścią schematu. Może się zmieniać w zależności od sytuacji i życiowych doświadczeń jednostki. Istnieją trzy nieadaptacyjne style radzenia sobie ze schematem, które jednocześnie go wzmacniają: podporządkowanie, nadmierna kompensacja oraz unikanie. Podporządkowanie polega na akceptacji schematu jako prawdy o sobie i biernym uleganiu mu, podczas gdy nadmierna kompensacja to walka ze schematem poprzez przyjmowanie postaw przeciwnych do wykształconego schematu. Unikanie schematu jest strategią ucieczki, w której jednostka dąży do ułożenia swojego życia w taki sposób, aby schemat nigdy nie został uruchomiony. Wśród adaptacyjnych trybów radzenia sobie wyróżnia się Szczęśliwe dziecko i Zdrowego dorosłego. Tego rodzaju sposoby radzenia sobie ze schematem umożliwiają realizację potrzeb emocjonalnych jednostki dając jej tym samym przestrzeń do rozwoju (Arntz i Jacob, 2021; Young i in., 2014).

Biorąc pod uwagę wpływ schematów na rozwój psychopatologii istotna jest ich wielowymiarowość, czyli różny stopień nasilenia i rozległości. Jeśli schemat jest silnie utrwalony, to aktywuje się szybciej, w większej liczbie sytuacji, a emocje z nim związane będą bardziej intensywne i utrzymają się dłużej, co przekłada się na trudności w funkcjonowaniu jednostki (Young i in., 2014).

2.2.1. Związki nieadaptacyjnych schematów z zaburzeniami zdrowia psychicznego

Jeffrey Young rozwijając tematykę schematów wyszedł z założenia, iż stanowią one trzon problemów osobowościowych oraz wielu chronicznych zaburzeń klinicznych w wieku dorosłym, w szczególności depresji. Należy podkreślić, że schematy stanowią nieodzowny element struktury psychicznej każdej osoby, a sposoby radzenia sobie z nimi, winny się elastycznie zmieniać wraz z rozwojem człowieka, gdyż metody ukształtowane w dzieciństwie z biegiem czasu stają się nieefektywne. Young dostrzega analogię stylów

radzenia sobie do kryteriów zaburzeń ujętych w klasyfikacji DSM-5. Podkreśla jednak, iż ze względu na różnorodność reakcji na dany schemat, to nie style radzenia sobie, lecz schematy łączą się z kryteriami diagnostycznymi zaburzeń osobowości (Mącik, 2019; Schmidt i in., 1995; Young i in., 2014).

Eksploracja tego obszaru wskazuje na istnienie współzależności między zaburzeniami osobowości a nasileniem schematów. Przykładowo, osobowość paranoiczna silnie wiąże się z nieufnością/ skrzywdzeniem (Norhadl i in. 2005). Osobowość narcystyczna jest najsilniej powiązana z wadliwością/ wstydem, poszukiwaniem akceptacji i uznania oraz niedostateczną samokontrolą/ samodyscypliną (Mącik, 2019). Osobowość typu borderline cechuje nasilenie większości schematów (Young i in., 2014). Z kolei, cechy osobowości unikającej najsilniej wiążą się z izolacją społeczną/ wyobcowaniem, zahamowaniem emocjonalnym i podporządkowaniem (Mącik, 2019). Wśród wiodących schematów osobowości zależnej wyodrębnia się zależność/ niekompetencję i podporządkowanie (Bach i in., 2017; Mącik, 2016; Nordahl i in., 2005). Z kolei typ obsesyjno-kompulsyjny jest powiązany z nadmiernymi wymaganiami/ krytycyzmem (Norhadl i in. 2005, Mącik, 2019), jak również nieufnością/ skrzywdzeniem oraz izolacją społeczną/ wyobcowaniem (Mącik, 2019).

Wyniki innych badań z zakresu zdrowia psychicznego wskazują na związki schematów z zaburzeniami odżywiania (Unoka i in., 2010) czy nadużywaniem substancji psychoaktywnych w przebiegu depresji (Brotchie i in., 2004).

Jak pokazują doniesienia naukowe, najczęstszym obszarem zainteresowań, jest tematyka wczesnych nieadaptacyjnych schematów właśnie w kontekście depresji (Hawke i Provencher, 2011). Już podczas badań walidacyjnych przy opracowywaniu kwestionariusza schematów Autorzy dostrzegli istotne powiązania między jej objawami a nasileniem schematu wadliwości/ wstydu, zależności/ niekompetencji oraz niedostatecznej samokontroli/ samodyscypliny (Schmidt i in., 1995). Dalsze opracowania potwierdzają wyższy poziom

nasilenia i częstotliwości występowania schematów u pacjentów z historią leczenia przeciwdepresyjnego w odniesieniu do osób bez rozpoznania zaburzenia nastroju w przebiegu życia (Halvorsen i in., 2009). Wyniki niektórych badań donoszą, że nasilenie schematów utrzymuje się nawet, gdy obecnie nie występuje epizod depresyjny (Keller i wsp., 2007).

Pomimo, że nie ma wątpliwości co do powiązania schematów z nastrojem, to brak jest całkowitego porozumienia w kwestii charakterystyki grupy schematów predysponujących do wystąpienia depresji. Jako prawdopodobne wyjaśnienie tej niespójności przyjmuje się heterogeniczność badanych grup m.in. pod względem szerokiego zakresu chorób współistniejących, mieszanych grup klinicznych (zaburzenia nastroju z lękowymi) oraz prób nieklinicznych (Talarowska i Gałecki, 2017; Trincas i in., 2014). Przykładowo, Riso i wsp. (2006) na podstawie badań studentów wyszczególnili porażkę, deprywację emocjonalną oraz opuszczenie/ niestabilność jako schematy uwrażliwiające na stany depresyjne. Calvete, i in. (2013) wykazali, że objawy depresyjne w grupie nieklinicznej były związane także z wadliwością/ wstydem, izolacją społeczną/ wyobcowaniem i negatywizmem/ pesymizmem. Badania w grupie klinicznej przeprowadzone przez Kiyafara i wsp. (2017) wskazują na zasadniczą rolę wadliwości/wstydu, porażki, izolacji społecznej/ wyobcowania, zależności/ niekompetencji, podporządkowania oraz niedostatecznej samokontroli/ samodyscypliny dla przebiegu zaburzeń depresyjnych z cechami psychotycznymi. Są to jednak badania prowadzone z udziałem małej liczby osób badanych, co stanowi problem metodologiczny. Z kolei wyniki badań Welburna i in. (2002) przeprowadzone z udziałem liczniejszej grupy klinicznej potwierdziły najistotniejsze znaczenie schematu opuszczenia/ niestabilność więzi oraz niedostatecznej samokontroli i samodyscypliny jako predyktorów rozwoju depresji.

Specyfikę związku między wczesnymi dezadaptacyjnymi schematami i depresją zdają się najpełniej przybliżać wnioski wynikające z próby zintegrowania wyników za pomocą

metaanalizy ostatnich odkryć w tym zakresie (Bishop i in., 2021). Po uwzględnieniu 51 badań wykazano pozytywną korelację wszystkich 18 schematów z depresją. Natomiast wyższy poziom objawów depresyjnych wiązał się z nasileniem izolacji społecznej/ wyobcowania oraz przede wszystkim wadliwości/ wstydu. Najniższe zbiorcze korelacje odnaleziono pomiędzy depresją a roszczeniowością/ wielkościowością, samopoświęceniem i nadmiernymi wymaganiami/ nadmiernym krytycyzmem. W przypadku pozostałych schematów stwierdzono umiarkowaną wielkość powiązań z objawami depresji. W toku analizy wykazano moderującą rolę typu badanej grupy. Mianowicie wielkość efektu dla próby klinicznej w przypadku relacji między depresją a opuszczeniem/ niestabilnością więzi, izolacją społeczną/ wyobcowaniem i bezwzględną surowością jest istotnie wyższa w porównaniu do osób z grupy nieklinicznej. W przeważającej ilości badań uczestnikami były osoby zdrowe (głównie studenci). Natomiast próba kliniczna obejmowała pacjentów z szerokiego spektrum zaburzeń psychicznych (choroba afektywna jedno i dwubiegunowa, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, uzależnienia substancjalne) oraz somatycznych (rak piersi, choroby dermatologiczne). Autorzy zwrócili uwagę, iż narzędzie zastosowane do badania depresji istotnie moderuje jej związek ze wszystkimi schematami, przy czym najczęściej wykorzystuje się Inwentarz Depresji Becka (Bishop i in., 2021).

Tak więc, eksploracja tej tematyki z zastosowaniem także innych metod do badania objawów depresji zdaje się stanowić ważny postulat do dalszych analiz. Szczególnie znamienny, jeśli w badaniu powiązań między depresją a nieadaptacyjnymi schematami zostaną uwzględnione różnice międzypłciowe. Wspomniana metaanaliza pokazała jak niewiele badań koncentruje się wokół poznania tej zależności specyficznie dla kobiet i mężczyzn, co uniemożliwiło ocenę płci jako czynnika moderującego. Jedyne badanie, które w tym aspekcie mogli przytoczyć Bishop i in. (2021) dotyczyło depresji u osób uzależnionych od opioidów (Shorey i in., 2013). Uzyskane na jego podstawie wyniki ujawniły istotne

korelacje dla uczestników płci męskiej między objawami depresyjnymi a wszystkimi EMS, przy czym najsilniejsze z zależnością/ niekompetencją, porażką i negatywizmem/ pesymizmem. Natomiast w przypadku kobiet z objawami depresyjnymi skojarzono jedynie zależność/ niekompetencję oraz samopoświęcenie (Shorey i in., 2013).

W zakresie omawianej problematyki analizowano także moc predykcyjną EMS dla nasilenia konkretnego objawu depresyjnego. Wykazano m.in., iż negatywizm wiąże się z objawami smutku w depresji, porażka z anhedonią, deprywacja emocjonalna i podatność na zranienie z samookaleczeniami, podatność na zranienie i roszczeniowość ze spowolnieniem psychomotorycznym/ niepokojem, niedostateczna samokontrola i samodyscyplina wiązała się z osłabieniem koncentracji (Trincas i in., 2014).

Wiedzę na temat związków między wskaźnikami męskiej depresji a nasileniem domen schematów niewątpliwie wzbogaciły najnowsze badania Chodkiewicza i wsp. (2022). Badania z przeważającym udziałem mężczyzn z grupy nieklinicznej, wskazały na dodatnie korelacje schematów z wszystkich pięciu domen z symptomami depresji (mierzonej skalą GSDS-26 do badania „męskiej" depresji), przy czym najsilniejsze dla rozłączenia i odrzucenia, nakierowania na innych oraz nadmiernej czujności. Uwzględnienie specyfiki objawów ujawniło istotne powiązania domen rozłączenia i odrzucenia oraz osłabionej autonomii i braku dokonań z takimi symptomami męskiej depresji jak agresywność czy podejmowanie zachowań ryzykownych. Natomiast objawy klasycznej depresji zostały najlepiej wyjaśnione przez uszkodzone granice (Chodkiewicz i wsp., 2022).

Jak wynika z przeglądu literatury, wśród najczęściej identyfikowanych schematów u osób z rozpoznaniem depresji wymienia się głównie porażkę, wadliwość/ wstyd, samopoświęcenie, niedostateczną samokontrolę i samodyscyplinę, podatność na zranienie, zależność/ niekompetencję (Schmidt i in., 1995; Talarowska, 2020) oraz deprywację emocjonalną (Kiyafar i in., 2017; Riso i in., 2006). Wyodrębniając schematy związane

z ryzykiem podjęcia próby samobójczej w przebiegu zaburzeń depresyjnych, wyszczególnia się porażkę, nieufność/ skrzywdzenie, zahamowanie emocjonalne, izolację społeczną/ wyobcowanie oraz opuszczenie/ niestabilność więzi (Ahmadpanah i in., 2017; Talarowska, 2020), a także wadliwość/ wstyd (Pilkington i in., 2021). Tematyka tendencji suicydalnych w odniesieniu do schematów i depresji zostanie szerzej zaprezentowana w rozdziale 2.3.

Podsumowując, warto podkreślić, iż w przeprowadzonych dotychczas badaniach w zakresie związku między nieadaptacyjnymi schematami a objawami depresji oraz tendencjami samobójczymi, przeważającą liczbę osób badanych stanowiły kobiety, co wskazuje na istotną potrzebę eksploracji tego zagadnienia ze szczególnym uwzględnieniem uczestników płci męskiej oraz ewentualnych różnic międzypłciowych.

2.3. Rola traumy dziecięcej i nieadaptacyjnych schematów w rozwoju depresji i występowaniu tendencji samobójczych u kobiet i mężczyzn

Zgodnie z doniesieniami zaprezentowanymi z rozdziale 2.1.2 negatywne doświadczenia w dzieciństwie wiążą się z licznymi negatywnymi konsekwencjami dla funkcjonowania w życiu dorosłym. Jednak przeżycie traumy dziecięcej nie determinuje, lecz stanowi silny czynnik ryzyka rozwoju stanu psychopatologicznego w dorosłości (Steuden i Jankowski, 2016). Wobec czego konieczne jest uwzględnienie także innych czynników, które mogłyby tę predyspozycję wzmacniać lub osłabiać, szczególnie względem najpowszechniejszych wskaźników zaburzeń zdrowia psychicznego jak depresja czy tendencje samobójcze.

Zgodnie z poznawczą koncepcją rozwoju depresji Aarona Becka uwzględnia się znaczącą rolę niekorzystnych wydarzeń w dzieciństwie i schematów jako czynników ryzyka wystąpienia zaburzenia afektywnego w późniejszych etapach życia. Brak jednak jasnego zrozumienia relacji między specyficznymi schematami i rodzajem traumatycznych

doświadczeń oraz ich związku z depresją, co prawdopodobnie wynika z ograniczonej liczby badań w tym zakresie.

Wśród nielicznych analiz z udziałem osób cierpiących na depresję wykazano istotnie pozytywną korelację pomiędzy doświadczeniem przemocy emocjonalnej w dzieciństwie a niedostateczną samokontrolą i samodyscypliną oraz ujemną korelację między traumą fizyczną a zahamowaniem emocjonalnym (Wesley i Manjula, 2015). Niepodważalną zaletą przytoczonych badań jest udział osób z grupy klinicznej. Natomiast, prawdopodobnie z uwagi na zbyt małą liczbę uczestników, nie uwzględniono płci jako zmiennej różnicującej.

Inne badania wskazują na pośredniczącą rolę wadliwości/ wstydu i podatności na zranienie lub zachorowanie w związku między doświadczeniem nadużycia i zaniedbania emocjonalnego w dzieciństwie a objawami lęku i depresji w wieku dorosłym (O'Dougherty-Wright i in., 2009).

Z kolei wysoki poziom objawów anhedonii u osób depresyjnych, które w dzieciństwie doświadczyły nadużycia emocjonalnego i fizycznego wiązał się z nasileniem schematu deprywacji emocjonalnej, izolacji społecznej/ wyobcowania) (Lumley i Harkness, 2007).

Do interesujących wniosków doprowadziły badania Estéveza i wsp. (2016), które nie dotyczyły depresji, ale tzw. „agresji przeniesionej" rozumianej jako bezpośrednia przemoc fizyczna wyrażana w wielu kontekstach ludzkiego życia, takich jak prowadzenie pojazdu (Herrero-Fernández, 2016) czy w odniesieniu do pracy i rodziny (Hoobler i Brass, 2006). Tego rodzaju problem zdaje się być w pewnym zakresie zbieżny z symptomatologią męskiej depresji, dlatego też zasadne wydaje się przywołanie efektów tychże badań. Mianowicie, kobiety uzyskały wyższe niż mężczyźni wyniki pod względem wykorzystywania seksualnego i emocjonalnego w dzieciństwie oraz w domenach rozłączenie/ odrzucenie i osłabiona autonomia. Wykazano istotną mediująca rolę rozłączenia/ odrzucenia pomiędzy wykorzystywaniem seksualnym w dzieciństwie a agresją przeniesioną. Natomiast osłabiona

autonomia nie miała znaczącego wpływu na ten związek. Zdecydowaną zaletą badania jest odniesienie do różnic międzypłciowych.

Eksploracja tego zagadnienia pokazuje, iż pomimo założenia, że płeć może moderować związek między przemocą w dzieciństwie a późniejszymi konsekwencjami psychologicznymi, do rzadkości należy jej uwzględnienie w badaniach. Przykładowo, Riggs i wsp. (2011) wykazali wpływ płci na relację między doświadczeniem emocjonalnego nadużycia w dzieciństwie a stylem przywiązania w związku partnerskim. Są to jednak badania jednostkowe, gdyż większość koncentruje się wokół konsekwencji przemocy dziecięcej na przyszłe funkcjonowanie specyficzne dla płci żeńskiej. Stąd cennym obszarem badań jest określenie ścieżek rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego w odniesieniu do czynników ryzyka (traumy wczesnodziecięcej i nieadaptacyjnych schematów) specyficznych względem płci.

Szczególnie znamienne dla poznania patomechanizmu rozwoju depresji i tendencji samobójczych jest uwzględnienie w badaniach kobiet i mężczyzn będących w trakcie epizodu depresyjnego. Jest to istotne, ponieważ jak już wcześniej wspomniano, negatywne schematy są aktywne w procesach myślowych i emocjonalnych u osób aktualnie dotkniętych depresją. W przypadku badania innych grup uchwycenie depresjogennych schematów mogłoby być trudniejsze, gdyż istnieje ewentualność, że pozostaną latentne (u osób zdrowych) lub ich treść byłaby nieadekwatna (grupa kliniczna cierpiąca na inne zaburzenia niż depresja). Zgodnie z przytoczoną wcześniej teorią Becka, aktywacja schematów depresjogennych następuje na skutek niekorzystnych wydarzeń życiowych skojarzonych z traumatyzującymi doświadczeniami z dzieciństwa, a ich treść jest specyficzna dla zaburzenia. Warto podkreślić wagę negatywnych doświadczeń życiowych przede wszystkim dla rozwoju depresji. Ich znaczenie maleje dla pojawienia się każdego kolejnego epizodu choroby, gdyż są one łatwiej wyzwalane przy coraz mniej znaczących wydarzeniach. W związku z czym

wiodącą rolę ryzyka nawrotu depresji przypisuje się uporczywości dysfunkcjonalnych przekonań. Toteż identyfikacja schematów u osób aktualnie cierpiących na depresję, stwarza szansę na dostarczenie istotnych wskazań terapeutycznych do leczenia nie tylko obecnego epizodu, ale również dla zapobiegania nawrotom choroby (Beck i Dozois, 2011; Blaut i Paulewicz, 2011; Gibb i in., 2001; Kendler i in., 2000).

2.4. Powody do życia a tendencje samobójcze

W związku z rosnącą liczbą samobójstw na świecie, ich prewencja stała się poważnym wyzwaniem dla osób zajmujących się zdrowiem psychicznym. W tym celu istotne jest określenie nie tylko czynników ryzyka, ale także prewencyjnych (Siewierska i Chodkiewicz, 2022).

2.4.1. Definicja pojęcia

W literaturze podejmującej problematykę przeciwdziałania zachowaniom suicydalnym coraz większe znaczenie przypisuje się identyfikacji czynników chroniących przed samobójstwem. Jak już wspominano, w toku badań naukowych wykazano szczególne znaczenie wsparcia ze strony bliskich (Cheng i in. 2009) czy innych osób (Chioqueta i Stiles, 2007; Krawczyk i Gmitrowicz, 2014). Wśród czynników stanowiących istotny moderator hamowania tendencji samobójczych podaje się również szeroko rozumiane kompetencje społeczne jak np. umiejętność korzystania z pomocy zaoferowanej w trudnej sytuacji, otwartość na poszukiwanie rozwiązań problemów (Brodniak, 2012), a także adekwatną samoocenę (Walsh i Eggert, 2007), religijność (Gearing i Lizardi, 2009; Sisask i in., 2010) czy posiadanie zainteresowań (Rubenowitz i in., 2001).

Jednak w sytuacji silnego stresu czy depresji kluczowe znaczenie w powstrzymywaniu się przed popełniłem samobójstwa, zdają się mieć osobiste motywy i przekonania (Malone i in.

2000). Istotną rolę przekonań życiowych w przetrwaniu dotkliwych wydarzeń zaczęto dostrzegać w latach 50-tych XX wieku, analizując czynniki, które odwiodły od samobójstwa osoby, które przeżyły pobyt w obozach koncentracyjnych (Linehan i in. 1983).

W ujęciu poznawczym podkreśla się fundamentalne znaczenie osobistych przekonań i oczekiwań dotyczących przyszłości dla poradzenia sobie nawet w skrajnie obciążających sytuacjach życiowych. Prekursorzy badań w tym zakresie, podjęli się próby zestawienia przekonań i oczekiwań adaptacyjnych, które mogą być pomocne w przezwyciężaniu życiowych kryzysów. Linehan i wsp. (1983) wyodrębnili sześć grup czynników wartościujących i pomagających osobom w trudnej sytuacji jak np. depresja, radzić sobie z negatywnymi emocjami oraz powstrzymać się od popełnienia samobójstwa (Malone i in. 2000). Określono je powodami do życia (*Reasons for Living),* a dotyczą one:

1. Przekonania o umiejętności radzenia sobie (*Survival and Coping Beliefs*) czyli przeświadczenia dotyczącego posiadania kompetencji umożliwiających sprostanie wyzwaniom i trudnościom życiowym;
2. Poczucia odpowiedzialności wobec rodziny (*Responsibility to Family*) zdeterminowanego wiarą w oddanie swoim bliskim i znaczeniem tego faktu dla rodziny;
3. Lęku przed samobójstwem (*Fear of Suicide*) odzwierciedlającego niepokój wiążący się z metodą śmierci i okolicznościami aktu samobójczego (jak ból, krew);
4. Wątpliwości moralnych (*Moral Objections*) powiązanych z dysonansem poznawczym między pragnieniem samobójstwa a przekonaniami religijnymi i etycznymi;
5. Lęku przed dezaprobatą społeczną (*Fear of Social Disapproval*) będącego odzwierciedleniem obawy przed negatywną oceną i krytyką dokonania aktu samobójczego przez otoczenie;

6. Obaw związanych z dziećmi (*Child-Related Concerns*), które odnoszą się do przekonań na temat negatywnych konsekwencji śmierci w wyniku samobójstwa dla przyszłości potomków (Linehan i in., 1983).

Analizie wymienionych czynników protekcyjnych służy metoda kwestionariuszowa opracowana przez Linehan i in. (1983), którą przetłumaczono i zaadoptowano w wielu krajach potwierdzając jej użyteczność w różnorodnych grupach badawczych, także i w Polsce (Siewierska, Chodkiewicz, 2022).

2.4.2. Związki powodów do życia z zachowaniami samobójczymi i zdrowiem psychicznym

Badania obejmujące znaczenie powodów do życia wykazały istotne ujemne korelacje z podejmowaniem zachowań suicydalnych m.in. w grupie studentów (Gutierrez i in., 2000; Morrison i Downey, 2000), pacjentów leczonych psychiatrycznie (Osman i in., 1999), osób w zaawansowanym wieku (Kissane i McLaren, 2006), osób LGBT (Garret i in., 2010), kierowców będących ofiarami wypadków drogowych (Pompili i in., 2006), matek o niskim statusie ekonomicznym (Woods i in., 2013) czy osób z uzależnieniem od substancji psychoaktywnych (Ronconi i in., 2009).

Malone i wsp. (2000) wykazali, że znaczenie powodów do życia jest negatywnie skorelowane z nasileniem symptomów depresyjnych i występowaniem myśli samobójczych. W badaniu uczestniczyły zarówno kobiety jak i mężczyźni, ale ich wyniki były analizowane zbiorczo. Odnalezione powiązania były wyraźnie silniej zaznaczone w przypadku osób z depresją, które podjęły próbę samobójczą w stosunku do chorych, którzy nie wykazywali tendencji suicydalnych. Cierpiący na depresję, którzy nigdy nie podjęli próby samobójczej wykazywali wyższe przekonanie o umiejętności poradzenia sobie, większy lęk przed dezaprobatą społeczną oraz silniejsze obiekcje moralne w stosunku do osób usiłujących odebrać sobie życie. Na podobną zależność wskazują wyniki badań Kirana i wsp. (2017), gdzie badani z depresją bez prób samobójczych w przeciągu ostatniego roku, przypisywali

znacznie wyższe znaczenie powodom do życia niż chorzy, którzy podjęli próby samobójcze w tym okresie. Różnice, choć znaczące, to wystąpiły tylko pod względem przekonania o umiejętności radzenia sobie oraz lęku przed samobójstwem.

Jednym z czynników najbardziej podkreślanym w literaturze, który chroni przed popełnieniem samobójstwa jest poczucie odpowiedzialności wobec rodziny (Linehan i in.,1983). Z kolei badanie z wyłącznym udziałem kobiet wykazało, że lęk przed społeczną dezaprobatą czynu samobójczego okazał się istotnym czynnikiem protekcyjnym przed popełnieniem samobójstwa (Khan i Farooq, 2003). W świetle dostępnych danych literaturowych, nie przeprowadzono dotychczas badań uwzględniających różnice między kobietami a mężczyznami pod względem kategorii powodów do życia, w szczególności obejmującej grupy kliniczne. Nie ma również żadnych źródeł dotyczących wpływu traumatycznych doświadczeń z dzieciństwa na późniejszą motywację do życia.

Analiza w polskiej grupie badanych przeprowadzona w ramach adaptacji narzędzia do badania powodów do życia, doprowadziła do interesującego wyniku, tj. osoby, które doświadczyły depresji w historii swojego życia raportowały znacząco mniejszą ilość wszelkiego rodzaju powodów do życia oraz istotnie niższe przekonanie o umiejętności radzenia, wątpliwości moralne i obawy związane z dziećmi, w odniesieniu do osób, które nigdy nie chorowały na depresję. Sugerować to może, iż pomimo przebytej w przeszłości depresji liczba powodów do życia utrzymuje się na stale obniżonym poziomie. Wymagane są jednak dalsze badania z udziałem osób będących aktualnie w trakcie epizodu depresyjnego (Siewierska i Chodkiewicz, 2022).

Wnioski z przeglądu badań potwierdzają istotną rolę powodów do życia jako mediatora tendencji suicydalnych. Nie budzi wątpliwości, iż stanowią ona ważny czynnik chroniący przed popełniłem samobójstwa. Dostrzega się jednak potrzebę szczegółowego przeanalizowania tej zależności z uwzględnieniem specyfiki dla kobiet i mężczyzn.

Dodatkowo, odnosząc się do Ruttera (1987), który przyjmuje, że relacja między nieadaptacyjnymi strukturami poznawczymi a dysfunkcjami psychologicznymi może być modyfikowana przez jakieś czynniki ochronne, istotne wydaje się rozważenie w tej roli powodów do życia, które podobnie jak schematy stanowią zmienną poznawczą. Biorąc pod uwagę wpływ różnic kulturowych na znaczenie powodów do życia (Walker i in., 2010), wydaje się użytecznym zbadanie tej tematyki w obrębie polskiej populacji, a w szczególności dla osób z rozpoznaniem depresji, z uwzględnieniem różnic między kobietami a mężczyznami (por. Kiran i in., 2017). Do interesujących wniosków zdają się również doprowadzić analizy relacji między powodami do życia a nieadaptacyjnymi schematami, które dotychczas nie były prowadzone.

ROZDZIAŁ III. METODOLOGIA BADAŃ WŁASNYCH

3.1. Cel i model badań

Ogólnym celem pracy było określenie związków pomiędzy doświadczeniem traumy w dzieciństwie a nasileniem objawów depresji i tendencji samobójczych w okresie dorosłości. Ze względu na brak zgodności co do specyfiki dominujących objawów depresyjnych u kobiet i mężczyzn oraz ich związku z tendencjami samobójczymi (zwłaszcza u osób aktualnie chorych na depresję), postanowiono skoncentrować się na symptomach tzw. „męskiej depresji". Warto zauważyć, że syndromy męskiej depresji mogą występować zarówno u kobiet jak i mężczyzn (Möller-Leimkühler i Yücel, 2010).

Z uwagi na brak udokumentowanych bezpośrednich związków między doświadczeniem negatywnych wydarzeń w okresie dzieciństwa a rozwojem depresji i tendencji samobójczych, w oparciu o dane literaturowe i opierając się na poznawczym modelu powstawania zaburzeń, jako możliwe zmienne pośredniczące przyjęto wskaźniki poznawcze, tj. nieadaptacyjne schematy, które mogą stanowić czynnik ryzyka rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego oraz powody do życia jako hipotetyczny czynnik chroniący (Linehan i in. 1983; Young i in., 2014). W badaniu uwzględniono także rolę zmiennych socjodemograficznych, przede wszystkim płci oraz zmiennych powiązanych z depresją i ryzykiem samobójczym. Badaniom postanowiono poddać grupę kliniczną składającą się z osób aktualnie leczących się na depresję, zakładając, że tej w grupie, analizowane mechanizmy mogą być wyraźniej zaznaczone.

W związku z tym przyjęto następujące cele szczegółowe:

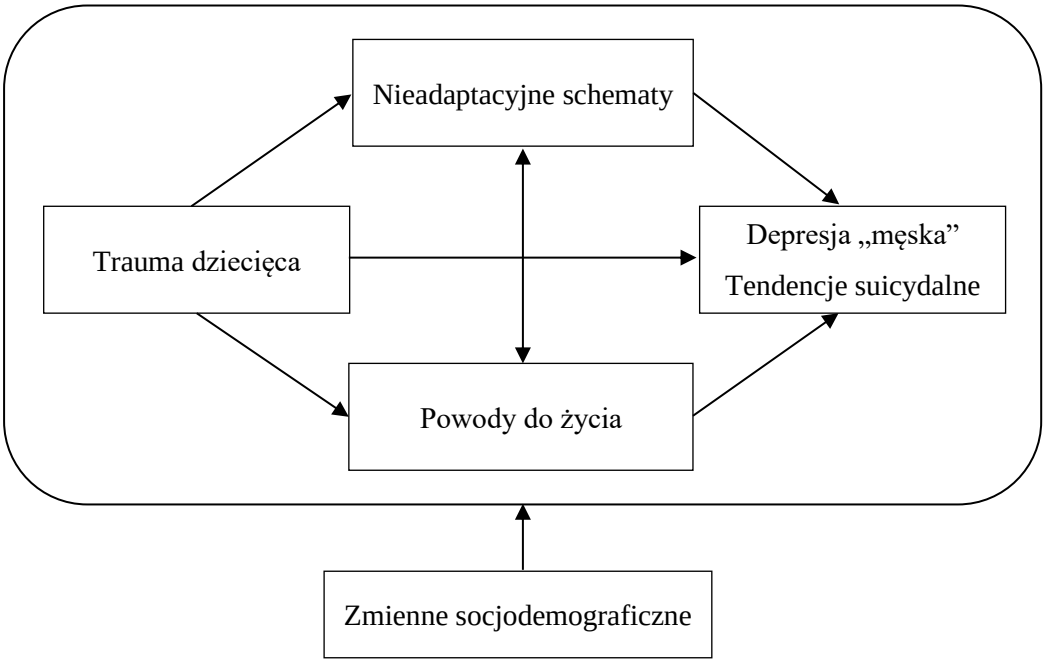
- Określenie związków między wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi, traumą dziecięcą, negatywnymi schematami i powodami do życia a nasileniem symptomów depresyjnych i tendencji samobójczych wśród osób z rozpoznaniem depresji.

- Określenie roli negatywnych dziecięcych doświadczeń, nieadaptacyjnych schematów i powodów do życia w nasileniu objawów depresyjnych i tendencji samobójczych u osób chorujących na depresję.
- Porównanie poziomu objawów depresji i tendencji samobójczych, traumy dziecięcej, nasilenia negatywnych schematów i powodów do życia u kobiet i mężczyzn cierpiących na depresję.
- Określenie ścieżek rozwoju depresji i tendencji suicydalnych w odniesieniu do czynników ryzyka (trauma dziecięca i nieadaptacyjne schematy) i czynników ochronnych (powody do życia) dla mężczyzn i kobiet z diagnozą depresji.

Założony cel badań został zobrazowany w poniższym modelu badawczym (rys.1), który będzie weryfikowany w toku analiz.

Rysunek 1

Model badań własnych. Zależności między zmiennymi objaśniającymi i zmienną objaśnianą z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych



Źródło: opracowanie własne

Praktycznym celem badań jest ustalenie rekomendacji do programów profilaktycznych i terapeutycznych kierowanych do osób z zaburzeniem depresyjnym z uwzględnieniem ewentualnych różnic między kobietami a mężczyznami.

3.2. Pytania i hipotezy badawcze

W odniesieniu do zaproponowanego modelu oraz w oparciu o przesłanki teoretyczne i empiryczne, sformułowano pytania badawcze i odpowiadające do nich hipotezy:

Pytanie 1: Czy, a jeśli tak to jakie współzależności występują pomiędzy objawami zaburzeń zdrowia psychicznego (depresja i tendencje suicydalne) a wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi, traumą dziecięcą, nieadaptacyjnymi schematami i powodami do życia?

Hipoteza 1: Występują istotne współzależności pomiędzy objawami zaburzeń zdrowia psychicznego a wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi, traumą dziecięcą, nieadaptacyjnymi schematami i powodami do życia.

Pytanie 2: Jaką rolę pełnią negatywne doświadczenia dziecięce, nieadaptacyjne schematy i powody do życia w nasileniu objawów depresyjnych i tendencji samobójczych?

Hipoteza 2: Trauma dziecięca jest predyktorem depresji i tendencji samobójczych. Mediatorem tych zależności są nieadaptacyjne schematy oraz powody do życia.

Pytanie 3: Czy kobiety i mężczyźni z rozpoznaną depresją, istotnie różnią się pod względem nasilenia objawów depresji i tendencji samobójczych, traumy dziecięcej, negatywnych schematów i powodów do życia?

Hipoteza 3: Występują istotne różnice między kobietami a mężczyznami cierpiącymi na depresję pod względem tendencji samobójczych, doświadczeniem traumy dziecięcej, nasileniem negatywnych schematów i powodów do życia. Natomiast kobiety i mężczyźni nie różnią się istotnie w poziomie objawów depresji.

Pytanie 4: Czy ścieżki rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego w odniesieniu do czynników ryzyka (trauma dziecięca i nieadaptacyjne schematy) i czynników ochronnych (powody do życia) różnią się w grupie mężczyzn i kobiet z rozpoznaną depresją?

Hipoteza 4: Ścieżki rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego są odmienne u kobiet i mężczyzn pod względem traumy dziecięcej, nieadaptacyjnych schematów oraz powodów do życia.

3.3. Procedura badania

Badania były prowadzone od czerwca 2019 do lipca 2022. W początkowej fazie badanie było przeprowadzane wyłącznie osobiście, jednak ze względu na ograniczenie możliwości wykonywania badań naukowych wśród pacjentów ambulatoryjnej i szpitalnej opieki psychiatrycznej, wynikającej z sytuacji epidemicznej w kraju (pandemia Covid-19) do ich realizacji zaangażowano psychologów pracujących w kilku ośrodkach zdrowia zlokalizowanych w województwie łódzkim, mazowieckim oraz wielkopolskim. Za zgodą kierowników jednostek, badania prowadzono m.in. w Pabianickim Centrum Psychiatrycznym, Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Samodzielnym Wojewódzkim Publicznym Zespole Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Radomiu.

Przed przystąpieniem do badania uczestnicy byli informowani o dobrowolności udziału, anonimowości, możliwości rezygnacji bez konsekwencji na każdym etapie oraz celu i analizie wyników w formie grupowej. Powiadamiano również o możliwym czasie trwania badania oraz udzielono instrukcji do każdego kwestionariusza. Po wyrażeniu pisemnej zgody na udział w badaniu, osoba otrzymywała zestaw składający się z metryczki i pięć kwestionariuszy, który po wypełnieniu zwracała badaczowi w zaklejonej kopercie dla zapewnienia anonimowości badania.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji ds. Etyki Badań Naukowych Uniwersytetu Łódzkiego (Uchwała NR 5/KBBN-UŁ/II/2019 z dnia 8 kwietnia 2019 r.).

3.4. Narzędzia badawcze

Do realizacji badań zastosowano następujące narzędzia pomiarowe:

1. Metryczkę;
2. Kwestionariusz Traumy Wczesnodziecięcej (Bernstein i in., 1994; Bernstein i Fink, 1998) w polskim tłumaczeniu Gąsiora i in. (2018);
3. Kwestionariusz Schematów Younga (2005) w polskiej adaptacji Oettingen i in. (2018);
4. Skalę Powodów do Życia (Linehan i in., 1983) w polskiej adaptacji Siewierskiej i Chodkiewicza (2022);
5. SBQ-R Kwestionariusz Zachowań Suicydalnych (Osman i in., 2001) w polskiej adaptacji Chodkiewicza i Gruszczyńskiej (2020);
6. Gotlandzką Skalę Męskiej Depresji (Rutz, 1999) w polskiej adaptacji Chodkiewicza (2017).

3.4.1. Kwestionariusz Traumy Wczesnodziecięcej (CTQ)

W celu określenia negatywnych doświadczeń dziecięcych posłużono się kwestionariuszem *Childhood Trauma Questionnaire* (CTQ: Bernstein i in., 1994; Bernstein i Fink, 1998) w polskiej wersji językowej opracowanej przez Gąsiora i in. (2018).

Inwentarz ten jest wykorzystany do retrospektywnej oceny urazów z okresu dzieciństwa i dorastania, dokonywanej przez osoby dorosłe. Podaje się, że może on być stosowany także u adolescentów, którzy ukończyli 12 r. ż. Jest to metoda przesiewowa, która służy ocenie pięciu rodzajów przemocy rodzinnej jak zaniedbanie i nadużycie pod względem emocjonalnym oraz fizycznym, a także maltretowanie seksualne (Bernstein i in., 1994; Bernstein i Fink, 1998; Tomasiewicz i in., 2016).

Początkowo narzędzie zawierało 70 pozycji. Natomiast w zaktualizowanej wersji zostało skrócone do 28 itemów. Badany odnosząc się do każdego stwierdzenia w skali od 1/5 (*nigdy)* do 5/1 (*bardzo często)*, uzyskuje sumaryczny wynik ogólnego nasilenia traumy oraz pięć wskaźników stopniowanych w zakresie 5 - 25 punktów dla danego typu urazu. Wynik ogólny mieści się w zakresie 25-125. W celu kontrolowania fałszywie negatywnych relacji na temat przemocy uwzględniono także skalę zaprzeczania (Bernstein i in., 1994; Bernstein i Fink, 1998). Dla niniejszego badania uzyskano współczynnik alfa Cronbacha dla wyniku ogólnego o wartości 0,93.

3.4.2. Kwestionariusz Schematów Younga (YSQ–S3–PL)

Jako narzędzie do pomiaru nieprzystosowawczych schematów zastosowano polską wersję *The Young Schema Questionnaire 3 Short Form* (YSQ–S3: Young, 2005) w adaptacji Oettingen i in. (2018).

Kwestionariusz pozwala na określenie u badanego nasilenia 18 dysfunkcjonalnych schematów. Osoba odnosi się do 90-ciu stwierdzeń kwestionariusza wykorzystując skalę Likerta od 1 (*zupełnie nieprawdziwe o mnie)* do 6 (*doskonale mnie opisuje*). Na tej podstawie jest uzyskiwany sumaryczny wynik ogólny dla wszystkich schematów, mieszczący się w zakresie 90-540 oraz poszczególne sumy dla każdego z nich, zawierające się w przedziale 5-30. Wyższe wartości odwzorowują większe nasilenie schematu. Podobnie jak w przypadku, gdy wyniki badania rozpatruje są pod względem domen (Oettingen i in. 2018; Young, 2005; Young i in., 2014).

W myśl najpopularniejszego podejścia określa się układ 5-ciu domen jakimi są: Rozłączenie i odrzucenie, Osłabiona autonomia i brak dokonań, Nakierowanie na innych, Uszkodzone granice oraz Nadmierna czujność i zahamowanie. Według najnowszej propozycji Younga, pokierowanej brakiem potwierdzenia dotychczasowej struktury w wielu badaniach

adaptacyjnych metody, zakłada się konfigurację 4 domen. W polskim opracowaniu kwestionariusza również nie ma pewności odnośnie struktury 5-cio czynnikowej sugerując jej zróżnicowanie w populacji klinicznej i nieklinicznej (Mącik, 2019; Oettingen i in. 2018). Jednak ze względu na uniwersalność koncepcji 5 domen, zostanie ona zastosowana także w niniejszej pracy.

Badaniem do adaptacji metody w Polsce objęto 1529 osób dorosłych (927 kobiet i 585 mężczyzn) w wieku 18–85 lat z grup nieklinicznych. Otrzymano współczynniki α-Cronbacha w zakresie od 0,62 (Roszczeniowość/wielkościowość) do 0,81 (Porażka), a ogólny wskaźnik wyniósł 0,96. Narzędzie posiada zadowalającą rzetelność i trafność teoretyczną do zastosowań w praktyce klinicznej i badaniach naukowych (Oettingen i in. 2018). W niniejszym badaniu wartość współczynnika alfa Cronbacha dla wyniku ogólnego wyniosła 0,96.

3.4.3. Skala Powodów do Życia (RFL-48)

Dla określenia czynników chroniących przed popełnieniem samobójstwa zastosowano polską wersję *Reasons for Living Inventory* (RFL-48: Linehan i in., 1983) opracowaną przez Autorkę niniejszej pracy wraz z Janem Chodkiewiczem (2022).

Skala służy do samoopisowej oceny adaptacyjnych przekonań i oczekiwań istotnych dla danej osoby w przypadku rozważania samobójstwa. Inwentarz składa się 48 itemów, które mierzą nasilenie 6-u czynników pomocnych w przezwyciężaniu życiowych kryzysów tj. Przekonania o umiejętności radzenia sobie (opisywane przez 24 pozycje testowe), Poczucia odpowiedzialności wobec rodziny (7 itemów), Lęku przed samobójstwem (7 stwierdzeń), Moralnych wątpliwości (4 pytania), Lęku przed dezaprobatą społeczną oraz Obaw związanych z dziećmi zawierających po 3 itemy. Osoba badana ustosunkowuje się do każdej pozycji testowej wykorzystując 6-cio stopniową skalę Likerta od 1 (*w ogóle nieważne*) do 6 (*bardzo ważne*). Obliczane są średnie arytmetyczne dla każdej skali oraz sumaryczny wynik całkowity

zawierający się w przedziale 48-288. Wyższe wyniki oznaczają silniejsze argumenty za życiem (Linehan i in., 1983; Siewierska i Chodkiewicz, 2022).

Kwestionariusz zaadoptowano w wielu krajach m. in. we Włoszech (Innamorati i in., 2006), Iranie (Mahmoudi i in., 2010), Hiszpanii (Oquendo i in., 2000), Kolumbii (Garcia-Valencia i in., 2009), Malezji (Aishvarya i in, 2014) oraz Chile (Echávarri, 2018).

Na portalach międzynarodowych udostępnione są zróżnicowane warianty inwentarza dedykowane osobom w różnym wieku. Jednakże wersja 48-itemowa skierowana do badania osób dorosłych jest najpowszechniej stosowana i zaadaptowana w Polsce jako pierwsza.

Do badania walidacyjnego narzędzia zakwalifikowano 431 osób dorosłych (236 kobiet i 195 mężczyzn) w wieku 18-65 lat (średni wiek 33 lata) z grupy nieklinicznej. Eksploracyjna i konfirmacyjna analiza czynnikowa potwierdziły założoną sześciowymiarową strukturę kwestionariusza. Alfa Cronbacha wahał się od 0,70 (Lęk przed samobójstwem) do 0,95 (Przekonanie o umiejętności radzenia sobie), zaś dla wyniku ogólnego wyniósł 0,92. Ze względu na dobre właściwości psychometryczne polskiej adaptacji metody, może być ona stosowana zarówno w badaniach naukowych, jak i w praktyce klinicznej (Siewierska i Chodkiewicz, 2022). W niniejszym badaniu uzyskano współczynnik alfa Cronbacha o wartości 0,93.

3.4.4. Kwestionariusz Zachowań Suicydalnych (SBQ-R)

Do analizy zachowań samobójczych wykorzystano polską adaptację Kwestionariusza Zachowań Suicydalnych (*The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised*, SBQ-R, Osman i in., 2001) w polskiej adaptacji Chodkiewicza i Gruszczyńskiej (2020).

Narzędzie składa się w czterech pytań, z których trzy pierwsze odnoszą się do retrospektywnej oceny dotyczącej myśli/ planów/ dotychczasowych prób samobójczych, częstości ich występowania w przeciągu ostatniego roku oraz deklarowania innym osobom

zamiaru odebrania sobie życia. Natomiast ostatnie pytanie dotyczy prospektywnej oceny prawdopodobieństwa popełnienia samobójstwa w przyszłości. Sumując wyniki dla wszystkich odpowiedzi uzyskiwany jest wynik ogólny mieszczący się w przedziale 3-18. Za punkt odcięcia przyjmuje się 8 punktów dla osób z grup klinicznych oraz 7 dla osób z grup nieklinicznych (Chodkiewicz i Gruszczyńska, 2020; Osman i in., 2001).

Polską adaptację metody przeprowadzono z udziałem grupy młodych dorosłych. W tym celu przebadano 926 studentów uczelni wyższych i podyplomowych z Łodzi (526 kobiet i 400 mężczyzn). Spójność wewnętrzna oceniona za pomocą współczynnika α- Cronbacha wynosiła 0,83. Właściwości psychometryczne metody potwierdziły jej użyteczność w zastosowaniu naukowym jak i klinicznym (Chodkiewicza i Gruszczyńskiej, 2020). Natomiast w niniejszym badaniu uzyskano wartość współczynnika alfa Cronbacha wynoszącą 0,82.

3.4.5. Gotlandzka Skala Męskiej Depresji (GDMS)

Do pomiaru nasilenia objawów depresyjnych wykorzystano polską adaptację kwestionariusza *Gotland Male Depression Scale* (GDMS: Rutz, 1999) opracowaną przez Chodkiewicza (2017). Jest to narzędzie przesiewowe, które odnosi się nie tylko do typowych symptomów depresji jak doznawanie niepokoju, trudności ze snem, zmęczenie, problemy w podejmowaniu decyzji czy skłonność do użalania się nad sobą, ale również jej atypowych syndromów tj. frustracja, drażliwość, a także tendencje do zachowań agresywnych oraz regulacji emocji poprzez zażywanie substancji psychoaktywnych czy nadmierny wysiłek fizyczny lub zaangażowanie w pracę. Metoda uwzględnia zmiany w funkcjonowaniu dostrzegane nie tylko przez badaną osobę, ale również sygnalizowane jej przez bliskie otoczenie. Bierze również pod uwagę rodzinne skłonności do odczuwania przygnębienia i podejmowania prób samobójczych czy zachowań ryzykownych (Chodkiewicz, 2017).

Kwestionariusz jest narzędziem samoopisowym zawierającym 13 pozycji, które opisują symptomy depresji u danej osoby w przebiegu ostatniego miesiąca. Badany ustosunkowuje się do każdego stwierdzenia wybierając jedną z odpowiedzi punktowanych na 4-stopniowej skali Likerta od 0 (*zupełnie nieprawdziwe*) do 3 (*całkowicie prawdziwe*). Wyniki ze wszystkich odpowiedzi są sumowane dla otrzymania wyniku ogólnego w zakresie 0-39 punktów, interpretowanego według przyjętej zasady: 0–12 pkt: brak oznak depresji; 13-26: możliwa depresja, należy wziąć po uwagę oddziaływania terapeutyczne; 27–39: depresja, najprawdopodobniej wymagane wdrożenia leczenia, także farmakologicznego. W wersji oryginalnej przyjmuje się również dwie podskale – dystresu i depresji (Rutz, 1999).

W przypadku polskiej wersji Gotlandzkiej Skali Męskiej Depresji zastosowane analizy wskazują, iż podobnie jak we Włoszech (Innamorati i in., 2011) i Chinach (Chu i in., 2014), charakteryzuje się ona strukturą jednoczynnikową, którą przyjęto także w niniejszym badaniu. W analizie walidacyjnej polskiej wersji kwestionariusza, uczestniczyło 551 mężczyzn, wśród których u 400-u nigdy nie zdiagnozowano żadnego zaburzenia psychicznego i poważnej choroby somatycznej, 60-ciu miało postawioną diagnozę depresji, zaś 91 osób było uzależnionych od alkoholu. Uzyskane współczynniki α-Cronbacha w przedziale od 0,85 (w grupie osób zdrowych) do 0,88 (w grupie osób uzależnionych od alkoholu), potwierdziły rzetelność metody do stosowania w analizach naukowych i badaniach przesiewowych (Chodkiewicz, 2017). W niniejszym badaniu współczynnik alfa Cronbacha wyniósł 0,82

3.5. Osoby badane

Zastosowano celowy dobór osób badanych do próby. Jako kryteria włączenia do badania przyjęto rozpoznanie epizodu depresyjnego (F32) lub zaburzenia depresyjnego nawracającego (F33) przez lekarza psychiatrę zgodnie z kryteriami ICD-10. Założono, iż badaniem zostaną objęte osoby w zakresie wiekowym od pełnoletniości do okresu

emerytalnego, a więc w przypadku mężczyzn 18-65 lat, a kobiet 18-60. W związku z symptomatologią bliską objawom „męskiej" depresji wykluczono z udziału w badaniu osoby z współistniejącym zaburzeniem osobowości typu borderline i dyssocjalnym, a także uzależnione od alkoholu.

Kalkulacje przeprowadzone w programie GPower 3.1 wykazały, iż przy założeniu 80% mocy statystycznej badania oraz $\alpha = 0,05$, dla wykrycia efektu średniej wielkość ($f2 = 0,15$) wymagana liczba badanych wynosi 135. Zaś w przypadku weryfikacji hipotezy 4 dotyczącej wielogrupowej analizy ścieżek w programie AMOS wskazane jest zbadanie 135 osób, ale danej płci. Czego ze względu na ograniczenia w dostępności do grupy klinicznej z powodu pandemii, nie udało się zrealizować w niniejszym badaniu. Wobec czego podjęto działania rekompensujące niedostateczną liczebność próby, które zostaną bliżej opisane w punktach 3.6 i 4.3.4.

Pisemną zgodę na udział w badaniu zadeklarowało 154 pacjentów z 4 oddziałów całodobowej opieki psychiatrycznej oraz 3 Poradni Zdrowia Psychicznego. Po przejrzeniu kwestionariuszy zwróconych przez respondentów, do dalszych analiz nie zakwalifikowano danych pochodzących od 19 badanych, którzy oddali puste testy lub wypełnili jedynie metryczkę. W związku z tym analizą objęto wyniki badań uzyskane dla 135 osób, w tym 87 osób aktualnie hospitalizowanych z powodu depresji oraz 48 pacjentów leczących się w Poradniach Zdrowia Psychicznego.

W tabeli 5 przedstawiono charakterystykę osób badanych ze względu na zmienne socjodemograficzne oraz cechy kliniczne związane z depresją i tendencjami samobójczymi. Jak pokazują wyniki, liczba zbadanych kobiet ($n = 68$) i mężczyzn ($n = 67$) jest porównywalna. Uczestniczki badania miały od 18 do 59 lat ($M = 39,81$; $SD = 10,89$), a mężczyźni biorący udział w badaniu od 19 do 64 lat ($M = 42,21$; $SD = 12,00$). Średnia wieku w badanej grupie wynosiła 41 lat ($SD = 11,5$). Większość badanych mieszkało w mieście, posiadało partnera/kę

i dzieci, było aktywnych zawodowo, nie chorowało somatycznie, a u ich bliskich nie stwierdzono chorób psychicznych. Przeważająca ilość uczestników badania w niedalekiej przeszłości doświadczyła śmierci bliskiej osoby. Natomiast problem uzależnienia w rodzinie dotyczył niemalże połowy uczestników badania.

Analiza porównawcza pod względem płci wykazała kilka istotnych różnic w charakterystyce badanej grupy. Kobiety posiadały istotnie wyższe wykształcenie od mężczyzn (chi2 = 26,759, p < 0,001). Stwierdzono istotne różnice między liczbą hospitalizacji psychiatrycznej wśród kobiet i mężczyzn (chi2 = 7,261, p = 0,027), przy czym mężczyźni byli częściej leczeni na depresję w warunkach szpitalnych. Mężczyźni istotnie częściej niż kobiety deklarowali nadużywanie alkoholu (chi2 = 15,699, p < 0,001) rozumiane jako jego spożywanie w ilości przekraczającej bezpieczne normy i prowadzące do szkodliwych konsekwencji zdrowotnych, społecznych lub psychologicznych (WHO, 2018). W rodzinie badanych mężczyzn z istotnie większą częstotliwością dochodziło do prób samobójczych w porównaniu do bliskich zbadanych kobiet (chi2 = 10,018, p = 0,007).

Tabela 5

Charakterystyka badanej grupy (N=135)

		Ogółem		**Kobiety**		**Mężczyźni**				
		n *M*	% SD	*n* *M*	% SD	*n* *M*	% SD	Wartość statystyki	*df*	*p*
Liczba badanych		135	100	68	50,4	67	49,6			
Wiek		41	11,5	40	10,9	42	12,0	1,199 [a]	129	0,233
Wykształcenie	Poniżej średniego	37	27,4	6	4,4	31	23,0	26,76 [b]	2	**<0,001**
	Średnie	51	37,8	28	20,7	23	17,0			
	Wyższe	47	34,8	34	25,2	13	9,6			
Miejsce zamieszkania	Wieś	36	26,9	18	13,4	18	13,4	0,01 [b]	1	0,917
	Miasto	98	72,6	50	37,3	48	35,8			
Stan cywilny	Samotna/y	58	43,0	28	20,7	30	22,2	0,18 [b]	1	0,673
	W związku	77	57,0	40	29,6	37	27,4			
Aktywność zawodowa	Tak	83	61,5	46	34,1	37	27,4	2,20 [b]	1	0,138
	Nie	52	38,5	22	16,3	30	22,2			
Posiadanie dzieci	Tak	71	52,6	40	29,6	31	23,0	2,13 [b]	1	0,144
	Nie	64	47,4	28	20,7	36	26,7			

		Ogółem		Kobiety		Mężczyźni				
		n *M*	% SD	*n* *M*	% SD	*n* *M*	% SD	Wartość statystyki	*df*	*p*
Hospitalizacja z powodu depresji	Brak	48	35,6	33	26,4	15	12,0	7,261 [b]	2	**0,027**
	Jednorazowa	44	35,2	20	16,0	24	19,2			
	Wielokrotna	33	26,4	14	11,2	19	15,2			
Nadużywanie alkoholu	Tak	15	11,1	2	1,5	13	9,6	15,70 [b]	2	**<0,001**
	Nie	91	67,4	56	41,5	35	25,9			
	Trudno powiedzieć	29	21,5	10	7,4	19	14,1			
Przykre wydarzenie w bliskiej przeszłości	Brak	10	7,4	2	1,5	8	5,9	7,59 [c]	4	0,106
	Śmierć bliskiego	61	45,2	31	23,0	30	22,2			
	Rozstanie/rozwód	25	18,5	15	11,1	10	7,4			
	Przemoc/pobicie	24	17,8	15	11,1	9	6,7			
	Inne	15	11,1	5	3,7	10	7,4			
Choroba somatyczna	Tak	58	43,0	24	17,8	34	25,2	3,288 [b]	1	0,070
	Nie	77	57,0	44	32,6	33	24,4			
Choroba psychiczna w rodzinie	Depresja/ChAD	25	18,7	14	10,4	11	8,2	1,345 [b]	2	0,510
	Inne	22	16,4	13	9,7	9	6,7			
	Brak chorób	87	64,4	41	30,6	46	34,3			
Próby samobójcze w rodzinie	Tak	28	20,7	13	9,6	15	11,1	10,018 [b]	2	**0,007**
	Nie	82	60,7	49	36,3	33	24,4			
	Trudno powiedzieć	25	18,5	6	4,4	19	14,1			
Uzależnienie od alkoholu w rodzinie	Tak	61	45,2	33	24,4	28	20,7	5,000 [c]	2	0,082
	Nie	63	46,7	33	24,4	30	22,2			
	Trudno powiedzieć	11	8,1	2	1,5	9	6,7			

Notatka: Zmienna „wykształcenie" została sprowadzona do postaci: wykształcenie poniżej średniego *vs* średnie *vs* wyższe, zaś zmienna „hospitalizacja z powodu depresji" została sprowadzona do zmiennej porządkowej „brak/jednokrotna/wielokrotna". a- test t-Studenta; b- test chi2; c- test Fischera.

3.6. Metody analizy statystycznej zebranego materiału

Analizy statystyczne uzyskanych wyników przeprowadzono z wykorzystaniem programu IBM®SPSS Statistics 28, pakietu PROCESS dla IBM SPSS Statistics wersja 4.2 oraz IBM®Amos 28.

W zakresie wstępnych obliczeń wykonano statystyki opisowe. Jako miary służące oszacowaniu, iż rozkłady zmiennych można uznać za nieodbiegające od rozkładu normalnego przyjęto wartość skośności wynoszącą 0, zaś wartość kurtozy równą 3 (Bedyńska i Książek, 2012). Uzyskane wyniki wskazały na brak normalności rozkładów zmiennych. W związku z tym podjęto decyzję o zastosowaniu do analiz statystycznych metody *bootstrappingu*

z losowaniem 5000 prób. Jest to metoda rekomendowana nie tylko w sytuacji niespełnienia założenia o normalności rozkładu, ale także, gdy liczność próby jest niewystarczająca do oszacowania parametrów (Hayes, 2013). W metodzie *bootstrappingu* dany wskaźnik uznaje się za istotny statystycznie, gdy przedział ufności dla estymatora wskaźnika nie obejmuje zera z co najmniej 95% prawdopodobieństwem. W przeważającej części analiz zastosowano *bootstrapping BCa* (*bias-corrected and accelerated*) uznawany za korzystniejszą metodę, niż bootstrapping *BC* (*bias-corrected),* gdyż uwzględnia on zarówno przyspieszenie i korektę błędu pomiaru estymatora. Dzięki temu metoda BCa generuje bardziej stabilne i dokładne przedziały ufności, zwłaszcza gdy próba jest mała lub gdy jej rozkład jest skośny (Diciccio i Efron, 1996). Jedynie w przypadku modelowania strukturalnego w programie Amos zastosowano standardową procedurę BC z uwagi na brak dostępności metody BCa.

Warunkiem do zastosowania *bootstrappingu* było uzupełnienie braków w danych, w tym przypadku, średnimi wartościami dla danej zmiennej (Hayes, 2013; MacKinnon i in., 2004; Preacher i Hayes, 2004). Nie stwierdzono przypadków odstających w analizowanej bazie wyników (Bedyńska i Książek, 2012).

Do weryfikacji hipotez zastosowano test t-Studenta dla prób niezależnych oraz jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA, testy POST-HOC Bonferroniego, korelacje r-Pearsona oraz dwie procedury modelowania strukturalnego tj. metodę w programie IBM SPSS Amos 28 Graphics oraz technikę Hayes'a.

ROZDZIAŁ IV. WYNIKI BADAŃ WŁASNYCH

4.1. Statystyki opisowe

Wyniki analiz dla badanej grupy (N=135) przedstawiono w tabeli 6. Wykazano, że średnie nasilenie traumy wynosi 46,65 (SD = 15,18). Biorąc pod uwagę zakres osiągalny dla tego wskaźnika (25-125), otrzymano wyniki na poziomie poniżej umiarkowanego. Analizując typy traumatycznych doświadczeń, do dominujących należało zaniedbanie emocjonalne (M = 13,10; SD = 5,19) i nadużycie emocjonalne (M = 11,19; SD = 5,00), zaś najrzadszym rodzajem traumy wśród badanych osób było nadużycie seksualne (M = 5,83; SD = 2,11).

Tabela 6

Statystyki opisowe dla badanej grupy (N=135)

	M	***SD***	***Min.***	***Max.***	**Skośność**	**Kurtoza**
CTQ	46,65	15,18	25	94	0,807	0,252
CTQ-ZF	9,05	3,61	5	19	0,933	0,142
CTQ-NF	7,47	3,53	5	23	**1,841**	**3,659**
CTQ-ZE	13,10	5,19	5	25	0,347	-0,716
CTQ-NE	11,19	5,00	5	25	0,646	-0,056
CTQ-NS	5,83	2,11	5	17	**3,141**	**10,204**
YSQ	295,62	66,21	133	426	-0,239	-0,230
YSQ-RO	81,16	22,91	26	133	-0,009	-0,179
YSQ-OA	60,02	17,72	23	96	-0,005	-0,750
YSQ-UG	31,97	8,79	10	54	0,234	-0,127
YSQ-NI	52,97	12,19	22	86	0,150	-0,107
YSQ-NC	69,50	18,42	28	113	-0,120	-0,363
RFL	173,61	44,05	48	267	-0,224	-0,352
RFL-SBC	3,79	1,18	1	5,9	-0,372	-0,633
RFL-RF	4,31	1,41	1	6,0	-0,896	-0,088
RFL-FS	3,03	1,19	1	5,6	0,035	-0,911
RFL-MO	2,94	1,73	1	6	0,394	-1,352
RFL-FSD	2,84	1,49	1	6	0,387	-0,981

	M	*SD*	*Min.*	*Max.*	Skośność	Kurtoza
RFL-CRC	3,64	2,11	1	6	-0,198	-1,714
SBQ-R	9,29	4,25	3	17	0,037	-1,236
GDMS	19,07	6,94	3	34	-0,254	-0,510

Notatka: CTQ – Kwestionariusz Traumy Wczesnodziecięcej (wynik ogólny); CTQ-ZF - Zaniedbanie fizyczne, CTQ-NF – Nadużycie fizyczne, CTQ-ZE - Zaniedbanie emocjonalne, CTQ-NE - Nadużycie emocjonalne, CTQ-NS – Nadużycie seksualne, YSQ – Kwestionariusz Schematów Younga (wynik ogólny)**,** YSQ-RO – Rozłączenie i odrzucenie, YSQ-OA – Osłabiona autonomia i brak dokonań, YSQ-UG – Uszkodzone granice, YSQ-NI – Nakierowanie na innych, YSQ-NC – Nadmierna czujność i zahamowanie; RFL – Skala Powodów do Życia (wynik ogólny), RFL-SCB – Przekonanie o umiejętności radzenia sobie, RFL-RF – Poczucie odpowiedzialności wobec rodziny, RFL-FS – Lęk przed samobójstwem, RFL-MO – Moralne wątpliwości, RFL-FSD – Lęk przed dezaprobatą społeczną, RFL-CRC – Obawy związane z dziećmi, SBQ-R – Kwestionariusz Zachowań Suicydalnych, GDMS - Gotlandzka Skala Męskiej Depresji

Jak widać w tabeli 6, nasilenie nieadaptacyjnych schematów w badanej grupie (M = 295,62, SD = 66,21) kształtuje się na poziomie powyżej przeciętnego (zakres wskaźnika: 90-540 dla metody YSQ–S3–PL). Najbardziej intensywne okazały się schematy z obszaru rozłączenie i odrzucenie (M = 81,16; SD = 22,91), a najmniej z domeny uszkodzone granice (M = 31,97, SD = 8,79).

W przypadku powodów do życia, wynik w badanej grupie (M = 173,61; SD = 44,05) kształtuje się nieznacznie ponad średnią wartość osiąganą w kwestionariuszu RFL-48 tj. 48-288. Najwyższy poziom w badaniu uzyskano dla poczucia odpowiedzialności wobec rodziny (M = 4,31; SD = 1,41), a najniższy dla lęku przed dezaprobatą społeczną (M = 2,84; SD = 1,49) i moralnych wątpliwości (M = 2,94; SD =1,73).

Nasilenie tendencji suicydalnych zmierzonych za pomocą SBQ-R wyniosło w badanej grupie 9,29 (SD = 4,25). Mając na uwadze ustalony dla grup klinicznych punkt odcięcia wynoszący 8, otrzymany wynik można uznać za wysoki (Chodkiewicz i Gruszczyńska, 2020; Osman i in., 2001). Zgodnie z tym kryterium 83 osoby (62%) prezentowało wysokie, a 52 (35%) niskie tendencje samobójcze.

Nasilenie symptomów depresji, które wyniosło średnio 19,07 (SD = 6,94) można uznać za przeciętne. Odnosząc rezultaty do norm ustalonych dla GDMS, wykazano, że 25 osób (18%) charakteryzuje brak oznak depresji, u 90 osób (67%) jest możliwa depresja i należy wziąć pod uwagę oddziaływania terapeutyczne, zaś 20 osób (15%) ma depresję, przy której najprawdopodobniej wymagane jest wdrożenie leczenia, także farmakologicznego.

W tabeli 6 ujęto także miary służące oszacowaniu normalności rozkładu zmiennych tj. skośność i kurtozę. Jako że w pracy przyjęto kryteria wymienione przez Bedyńską i Książek (2012), uznano, iż rozkłady eksplorowanych zmiennych odbiegają od normalnego. Szczególnie jest to widoczne dla nadużycia fizycznego (skośność = 1,841, kurtoza = 3,659) oraz przemocy seksualnej (skośność = 3,141, kurtoza = 10,204).

4.2. Weryfikacja hipotez

4.2.1. Współzależności pomiędzy objawami zaburzeń zdrowia psychicznego a wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi, traumą dziecięcą, nieadaptacyjnymi schematami i powodami do życia.

Weryfikację pierwszej hipotezy o treści „Występują istotne współzależności pomiędzy objawami zaburzeń zdrowia psychicznego a wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi, traumą dziecięcą, nieadaptacyjnymi schematami i powodami do życia" przeprowadzono w dwóch etapach.

W pierwszej kolejności przeanalizowano jak w badanej grupie kształtują się zależności między zmiennymi pochodzącymi z metryczki (wskaźniki socjodemograficzne oraz okołodepresyjne) a zmiennymi objaśnianymi (depresja i tendencje samobójcze). W tym celu przeprowadzono test t-Studenta dla prób niezależnych oraz jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA, których wyniki przedstawiono w tabeli 7.

Tabela 7

Porównanie średnich wartości symptomów depresji i tendencji suicydalnych w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych w badanej grupie (N=135)

	GDMS				SBQ-R			
	Wartość statystyki	*df*	*p*	η^2	Wartość statystyki	*df*	*p*	η^2
Wykształcenie	0,619 [b]	3	0,604	-	1,427 [b]	3	0,238	-
Stan cywilny	0,916 [a]	104	0,362	-	0,489 [a]	111	0,626	-
Hospitalizacja w powodu depresji	0,717 [b]	2	0,461	-	7,897 [b]	2	**<0,001**	0,36
Nadużywanie alkoholu*	3,376 [b]	2	**0,037**	0,23	1,486 [b]	2	0,234	-
Przykre wydarzenie z niedalekiej przeszłości	2,317 [b]	4	0,061	-	0,842 [b]	4	0,503	-
Choroba somatyczna	-0,515 [a]	109	0,607	-	-0,253 [a]	120	0,800	-
Choroba psychiczna w rodzinie	0,108 [b]	2	0,897	-	2,201 [b]	2	0,115	-
Próby samobójcze w rodzinie*	2,257 [b]	2	0,109	-	14,208 [b]	2	**<0,001**	0,43
Uzależnienie od alkoholu w rodzinie*	6,928 [b]	2	**<0,001**	0,32	1,463 [b]	2	0,235	-

Notatka: zmienna „hospitalizacja z powodu depresji" została sprowadzona do zmiennej porządkowej „brak/jednokrotna/wielokrotna"; GDMS - Gotlandzka Skala Męskiej Depresji; SBQ-R – Kwestionariusz Zachowań Suicydalnych, zmienna „hospitalizacja z powodu depresji" została sprowadzona do zmiennej porządkowej „brak/jednokrotna/wielokrotna"; *- warianty odpowiedzi: „tak", „nie", „trudno powiedzieć", a - test t-Studenta; b - jednoczynnikowa analiza wariancji Anova; Wielkość efektu η^2: 0,01 – efekt niski; 0,06 – efekt średni; 0,14 - efekt silny (Cohen, 1992)

Wyniki zamieszczone w tabeli 7 wskazały na występowanie istotnych różnic między uczestnikami badania pod względem nasilenia symptomów depresji w zależności od nadużywania przez nich alkoholu oraz uzależnienia występującego wśród ich bliskich. W celu uściślenia charakteru rozbieżności pomiędzy uzyskanymi wynikami zastosowano testy POST-HOC Bonferroniego. Na ich podstawie wykazano, iż występowała istotna różnica między grupą osób, która twierdzi, że nie nadużywa alkoholu i grupą, którą udzieliła odpowiedzi „trudno powiedzieć". Mianowicie osoby, które w sposób zdecydowany deklarują brak nadużywania alkoholu, słabiej oceniły symptomy depresji w stosunku do osób,

którym trudno ocenić (różnica średnich -3,53; p = 0,05; 95% Cl [-6,376; -0,485]) czy ilość spożywanego przez nie alkoholu przekracza bezpieczne normy i prowadzi do negatywnych konsekwencji (WHO, 2018). Nie wykazano istotnych różnic dla grupy, która sądzi, że nadużywa alkoholu. Siłę efektu η^2 wynosząca 0,23 można określić jako silną.

Podobną zależność uzyskano w przypadku rozpatrywania uzależnienia wśród rodziny osób badanych. Mianowicie uczestnicy badania, których bliscy nie mają problemu alkoholowego odczuwają słabsze objawy depresji w stosunku do badanych, których bliscy są uzależnieni od alkoholu (różnica średnich -4,421; p < 0,001; 95% Cl [-6,7699; -2,173]). Nie stwierdzono istotnych różnic wobec grupy, która nie ma wiedzy na temat wystąpienia choroby alkoholowej wśród najbliższych. Wielkość efektu była wysoka ($\eta^2 = 0,32$).

Natomiast nasilenie tendencji suicydalnych było zróżnicowane w odniesieniu do liczby hospitalizacji z powodu depresji, a także prób samobójczych podejmowanych przez bliskich uczestników eksploracji. Badani, którzy byli wielokrotnie hospitalizowani z powodu depresji (różnica średnich 3,456; p < 0,001; 95% Cl [1,19; 5,72]), jak i ci, którzy przebywali w warunkach szpitalnych po raz pierwszy (różnica średnich 2,532; p = 0,013; 95% Cl [0,44; 4,62]) wykazali wyższe nasilenie tendencji suicydalnych w stosunku do osób, które dotychczas leczyły się wyłącznie ambulatoryjnie. Wielkość efektu była wysoka ($\eta^2 = 0,36$). Analogicznie badani, których najbliżsi podejmowali próby odebrania sobie życia, wykazali silniejsze tendencje samobójcze w porównaniu do osób, którzy byli przekonani, że takowe zachowania nie miały miejsca w ich rodzinie (różnica średnich 1,807; p < 0,001, 95% Cl [0,59; 3,531]). Nie ujawniono istotnych różnic wobec grupy, która nie była pewna, czy któryś z członków ich rodziny próbował lub popełnił samobójstwo. W tym przypadku również uzyskano wysoką wielkość efektu ($\eta^2 = 0,36$).

W celu dalszej weryfikacji pierwszej hipotezy zastosowano analizę korelacji metodą współczynników r-Pearsona uwzględniającą zmienne kliniczne oraz wiek badanych.

Dla przejrzystości oszacowań ograniczono się do prezentacji współczynników korelacyjnych bez podawania przedziałów ufności, na podstawie których oceniono istotność wskaźników według metody *bootstrappingu BCa.*

Wyniki zaprezentowane w tabeli 8 pokazują, że trauma (wynik ogólny) była silniej powiązana z typami traumy jak zaniedbanie fizyczne (r = 0,83), zaniedbanie emocjonalne (r = 0,90) czy nadużycie emocjonalne (r = 0,85) niż z innymi zmiennymi klinicznymi. Trauma dziecięca każdego rodzaju była istotnie, dodatnio powiązana z tendencjami samobójczymi (r w zakresie 0,29-0,41), ale były to niewysokie korelacje. Ich dodatni kierunek wskazuje, że wraz z nasileniem doświadczeń traumatycznych zwiększają się tendencje samobójcze. Równie niskie i dodatnie związki uzyskano między objawami depresji a wynikiem ogólnym traumy (r = 0,25) oraz jej dwoma typami tj. zaniedbanie emocjonalne (r = 0,29) i nadużycie emocjonalne (r = 0,32). Nieco silniejsze dodatnie korelacje ujawniono między traumą a domenami schematów. Najwyższy związek odnotowano między zaniedbaniem emocjonalnym a rozłączeniem i odrzuceniem (r = 0,51) i nieco niższy między tą samą domeną a nadużyciem emocjonalnym (r = 0,47), która jest jedynym typem traumy powiązanym ze wszystkimi domenami schematów (r w zakresie 0,26 – 0,47). Natomiast najsilniejsze ujemne korelacje w relacji między traumą a powodami do życia uzyskano dla zaniedbania emocjonalnego i przekonania o umiejętności radzenia sobie (r = - 0,35) oraz poczucia odpowiedzialności wobec rodziny (r = - 0,31). Spośród domen najsilniej dodatnio z depresją powiązana jest osłabiona autonomia (r = 0,38) oraz rozłączenie i odrzucenie (r = 0,32), które jest równie silnie powiązane z tendencjami samobójczymi (r = 0,34). Z kolei przekonanie o umiejętności radzenia sobie najsilniej ujemnie korelowało z tendencjami samobójczymi (r = - 0,65) i nieco słabiej z depresją (r = - 0,37). Wiek, okazał się dodatnio skorelowany, z obawami związanymi z dziećmi (r = 0,32) oraz moralnymi wątpliwościami (r = 0,23), które odwodzą od popełnienia samobójstwa.

Tabela 8

Współczynniki korelacji r Pearsona między zmiennymi klinicznymi oraz wiekiem (N=135)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1. CTQ	x	**,83***	**,71***	**,90***	**,85***	**,37***	**,37***	**,48***	,11	**,30***	**,23***	**,34***	**-.26***	**-.28***	**-.31***	.09	-.06	-.14	-.02	**,25***	**,41***	,09
2. CTQ-ZF		x	**,60***	**,73***	**,52***	**,20***	**,26***	**,39***	,01	**,24***	**,17***	**,23***	-.15	**-.19***	**-,24***	,07	,01	,01	,06	,13	**,28***	**,24***
3. CTQ-NF			x	**,48***	**,50***	,05	,10	**,20***	-,07	**,22***	-,05	,09	-.16	-,15	**-,22***	-0,10	,09	-,09	-,28	,11	**,31***	,12
4. CTQ-ZE				x	**,75***	**,21***	**,39***	**,51***	,12	**,27***	**,25***	**,37***	**-.29***	**-,35***	**-.31***	,14	-,09	-,15	-.02	**,29***	**,41***	,14
5. CTQ-NE					x	**,21***	**,45***	**,47***	**,26***	**33***	**,31***	**,41***	-.17	**-,19***	**-,24***	**,18***	-,10	-,10	-,03	**,32***	**,29***	-,06
6. CTQ-NS						x	,04	,11	-,03	-,04	,09	,01	**-.20***	**-,17***	-,10	-,05	-,12	**-,27***	-,11	-,08	**,29***	-18
7. YSQ							x	**,90***	**,83***	**,69***	**,75***	**,85***	-.03	**-,19***	-,02	**,42***	,02	,16	,02	**,38***	**,23***	,03
8. YSQ-RO								x	**,64***	**,58***	**,53***	**,74***	**-.18***	**-,31***	**-,18***	**,30***	,01	,09	-,04	**,32***	**,34***	,12
9. YSQ-OA									x	**,56***	**,61***	**,57***	.08	-,08	,08	**,45***	,10	,15	,01	**,38***	,04	-,03
10. YSQ-UG										x	**,43***	**,44***	-.15	**-,18***	-,15	**,20***	-,17	-,03	-,07	**,29***	**,27***	-,07
11. YSQ-NI											x	**,58***	.16	-,04	**,25***	**,38***	,06	,13	**,24***	**,29***	,05	,02
12. YSQ-NC												x	.02	-,12	-,03	**,34***	,02	**,23***	,01	**,27***	**,21***	-,01
13. RFL													x	**,88***	**,65***	**,46***	**,55***	**,47***	**,47***	**-.30***	**-.61***	.04
14. RFL-SBC														x	**,41***	**,20***	**,35***	**,25***	**,21***	**-,37***	**-,65***	-.08
15. RFL-RF															x	,11	**,22***	**25***	**56***	-,13	**-,34***	.10
16. RFL-FS																x	**,35***	**,39***	,14	,13	-,08	-.10
17. RFL-MO																	x	**,35***	,15	**-,18***	**-,23***	**.23***
18. RFL-FSD																		x	,16	-,06	**-,23***	.05
19. RFL-CRC																			x	-,15	**-,29***	**.32***
20. GDMS																				x	**,25***	-,03
21. SBQ-R																					x	-,06
22. Wiek																						x

Notatka: * - istotny statystycznie na podstawie przedziału ufności, CTQ – Kwestionariusz Traumy Wczesnodziecięcej (wynik ogólny); CTQ-ZF - Zaniedbanie fizyczne, CTQ-NF – Nadużycie fizyczne, CTQ-ZE - Zaniedbanie emocjonalne, CTQ-NE - Nadużycie emocjonalne, CTQ-NS – Nadużycie seksualne, YSQ – Kwestionariusz Schematów Younga (wynik ogólny)**,** YSQ-RO – Rozłączenie i odrzucenie, YSQ-OA – Osłabiona autonomia i brak dokonań, YSQ-UG – Uszkodzone granice, YSQ-NI – Nakierowanie na innych, YSQ-NC – Nadmierna czujność i zahamowanie; RFL – Skala Powodów do Życia (wynik ogólny), RFL-SCB – Przekonanie o umiejętności radzenia sobie, RFL-RF – Poczucie odpowiedzialności wobec rodziny, RFL-FS – Lęk przed samobójstwem, RFL-MO – Moralne wątpliwości, RFL-FSD – Lęk przed dezaprobatą społeczną, RFL-CRC – Obawy związane z dziećmi, SBQ-R – Kwestionariusz Zachowań Suicydalnych, GDMS - Gotlandzka Skala Męskiej Depresji; Wielkość efektu *r*: 0,10 – efekt niski; 0,30 - efekt średni; 0,50 – efekt wysoki (Cohen, 1992)

Weryfikacja pierwszej hipotezy: Na podstawie uzyskanych wyników wykazano, że istnieją istotne współzależności pomiędzy objawami zaburzeń zdrowia psychicznego a wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi, traumą dziecięcą, nieadaptacyjnymi schematami i powodami do życia, co oznacza, że hipoteza została całkowicie potwierdzona.

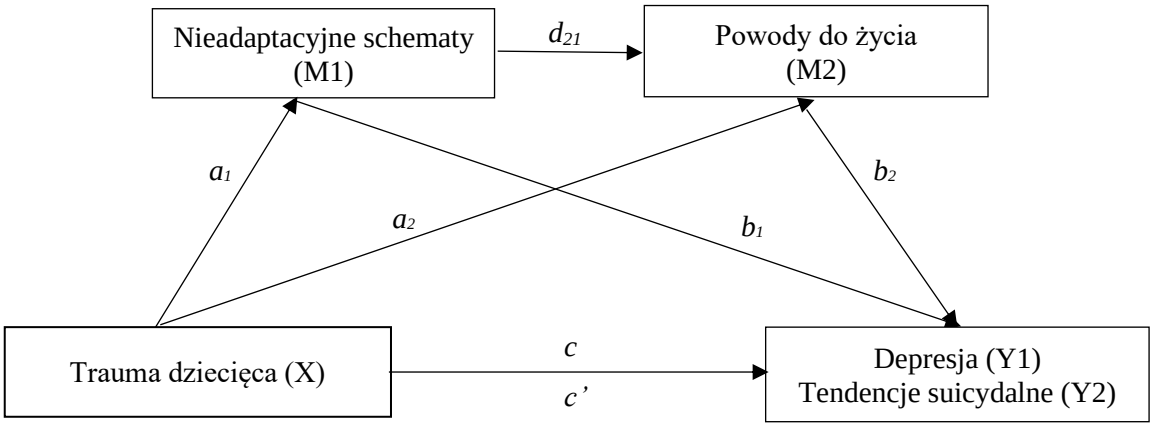
4.2.2. Trauma dziecięca jako predyktor depresji i tendencji samobójczych. Nieadaptacyjne schematy oraz powody do życia w roli mediatorów tej zależności

Sprawdzenie hipotezy drugiej mówiącej, że „Trauma dziecięca jest predyktorem depresji i tendencji samobójczych. Mediatorem tej zależności są nieadaptacyjne schematy oraz powody do życia" rozpoczęto od przeprowadzenia wielokrotnej mediacji z zastosowaniem Modelu 6 (Hayes, 2013), w którym założono pośredniczącą rolę dwóch mediatorów tj. nieadaptacyjnych schematów (M1) i powodów do życia (M2) w relacji między traumą (X) a depresją (Y1) oraz tendencjami suicydalnymi (Y2). W schemacie mediacji (rys.2) uwzględniono nieprzypadkową kolejność mediatorów przyjmując, iż schematy (M1) przewidują wystąpienie powodów do życia (M2). Założenie tego rodzaju zależności ma charakter eksploracyjny. Metoda umożliwia oszacowanie 3 efektów mediacyjnych:

- efektu pośredniego wpływu traumy dziecięcej (X) na depresję (Y1)/ tendencje suicydalne (Y2) przez nieadaptacyjne schematy (M1)
- efektu pośredniego wpływu traumy dziecięcej (X) na depresję (Y1)/ tendencje suicydalne (Y2) przez powody do życia (M2)
- efektu pośredniego wpływu traumy dziecięcej (X) na depresję (Y1)/ tendencje suicydalne (Y2) przez nieadaptacyjne schematy (M1) i powody do życia (M2) łącznie (także w zamiennej kolejności mediatorów)

Rysunek 2

Schemat weryfikowania nieadaptacyjnych schematów i powodów do życia jako zmiennych mediujących M1 i M2 zależności pomiędzy traumą dziecięcą (zmienna niezależna X) a depresją (zmienna zależna Y1) i tendencjami suicydalnymi (zmienna zależna Y2) stosowany w modelu mediacji wielokrotnej

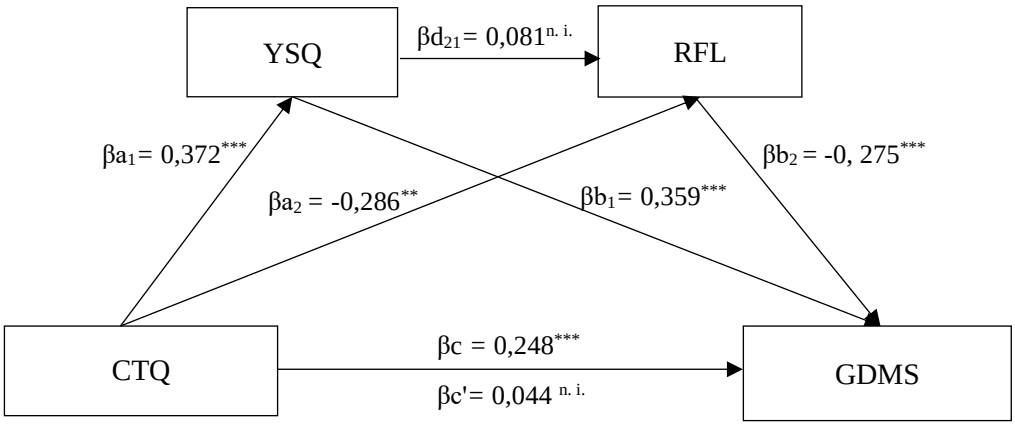


Notatka: a_1b_1 - efekt pośredni wpływu traumy dziecięcej (X) na depresję (Y1)/tendencje suicydalne(Y2) przez nieadaptacyjne schematy (M1); a_2b_2 - efekt pośredni wpływu traumy dziecięcej (X) na depresję (Y1)/tendencje suicydalne (Y2) przez powody do życia (M2); a_1db_2 - efekt pośredni wpływu traumy dziecięcej (X) na depresję (Y1)/tendencje suicydalne (Y2) przez nieadaptacyjne schematy (M1) i powody do życia (M2); a_1 - efekt bezpośredni wpływu traumy dziecięcej (X) na nieadaptacyjne schematy (M1); a_2 - efekt bezpośredni wpływu traumy dziecięcej (X) na powody do życia (M2); b_1 - efekt bezpośredni wpływu nieadaptacyjnych schematów (M1) na depresję (Y1)/tendencje suicydalne (Y2); b_2 - efekt bezpośredni wpływu powodów do życia (M2) na depresję (Y1)/tendencje suicydalne (Y2); d_{21} - efekt bezpośredni wpływu nieadaptacyjnych schematów (M1) na powody do życia (M2); c – efekt bezpośredni wpływu traumy dziecięcej (X) na depresję (Y1)/tendencje suicydalne (Y2) bez uwzględnienia mediatorów tj. nieadaptacyjnych schematów (M1) i powodów do życia (M2); c' – efekt bezpośredni wpływu traumy dziecięcej (X) na depresję (Y1)/tendencje suicydalne (Y2) po uwzględnieniu mediatorów (tzw. efekt główny); Wielkość efektów mediacyjnych: efekt jest niski – gdy wartość *Standarized Indirect Effect* (SI) wynosi mniej niż 0,10; efekt jest umiarkowany – gdy SI jest między 0,10 a 0,30; efekt jest silny – gdy SI ma wartość powyżej 0,30 (Preacher i Hayes, 2008).

Tego rodzaju analizy mediacyjne wykonano osobno względem depresji (rys. 3) oraz tendencji suicydalnych (rys. 4). Na rysunkach widoczne są modele teoretyczne oraz wartości standaryzowanych współczynników regresji dla poszczególnych ścieżek.

Rysunek 3

Wynik analiz wielokrotnej mediacji zależności pomiędzy traumą dziecięcą a depresją poprzez nieadaptacyjne schematy i powody do życia (N=135)



Notatka: *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001; n. i. – nieistotne statystycznie, β – standaryzowany współczynnik regresji; CTQ – Kwestionariusz Traumy Wczesnodziecięcej (wynik ogólny); YSQ – Kwestionariusz Schematów Younga (wynik ogólny)**,** RFL – Skala Powodów do Życia (wynik ogólny), GDMS - Gotlandzka Skala Męskiej Depresji

Jak widać na rys. 3, badanie ujawniło istotny efekt bezpośredni (βc = 0,248; p < 0,001; 95% Cl [0,038; 0,189]) wpływu traumy dziecięcej na depresję, co oznacza, że negatywne przeżycia w dzieciństwie predysponują do rozwoju depresji w życiu dorosłym. Procent wyjaśnionej wariancji jest jednak niewielki, ponieważ wynosi ok. 6% (R^2 = 0,062).

Po wprowadzeniu do relacji nieadaptacyjnych schematów i powodów do życia siła związku między traumą dziecięcą a depresją nie tylko się zmniejszyła, ale przestała być istotna statystycznie (βc'= 0,044; p = 0,606; 95% Cl [-0,057; 0,098]), co wskazuje na całkowitą mediację. Efekt bezpośredni wpływu traumy dziecięcej na nieadaptacyjne schematy okazał się istotny statystycznie (βa_1= 0,372; p < 0,001; 95% Cl [0,928; 2,317]). Podobnie jak bezpośredni wpływ schematów na depresję (βb_1= 0,359; p < 0,001; 95% Cl [0,021; 0,055]). Analogicznie w przypadku bezpośredniego związku traumy z powodami do życia (βa_2 = -0,286; p = 0,002; 95% Cl [-1,350; -0,312)] oraz powodów do życia z depresją (βb_2 = -0, 275; p < 0,001; 95% Cl

[-0,068; -0,018)]. Jednak brak istotności efektu bezpośredniego wpływu nieadaptacyjnych schematów na powody do życia (βd_{21}= 0,081; p = 0,373; 95% Cl [0,021; -0,161]) wyklucza równoczesne oddziaływanie obu mediatorów na relację, co potwierdza także brak istotności efektu mediacyjnego schematów poprzez powody do życia (SI = -0,008; 95% Cl [-0,031; 0,011]). Dalsza analiza efektów mediacyjnych ujawniła istotną pośredniczącą rolą schematów w relacji między traumą a depresją (SI = 0,13; 95% Cl [0,057; 0,225] oraz istotną mediacyjną funkcję powodów do życia (SI = 0,08; 95% Cl [0,021; 0,161]. Porównanie siły efektów mediacyjnych wskazuje na umiarkowany wpływ schematów, zaś niski powodów do życia. Proporcja wyjaśnionej wariancji wyniosła ok. 23% (R^2 = 0,23).

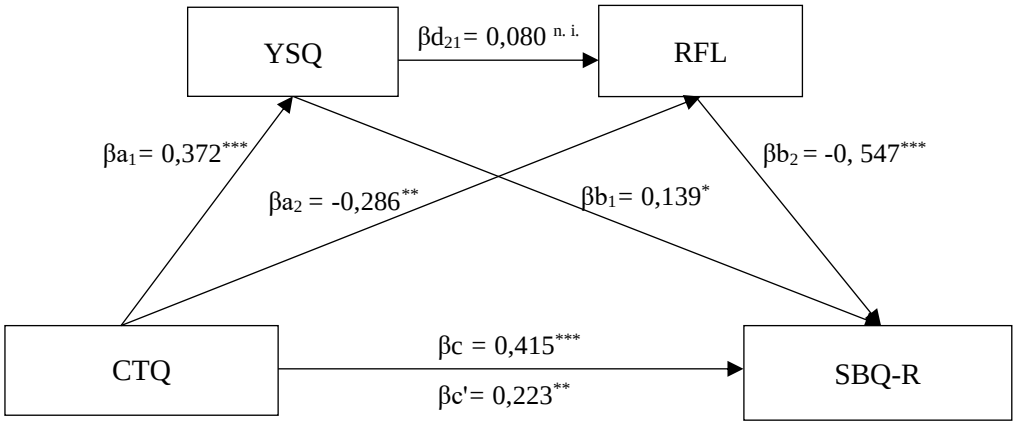
W ramach pogłębienia eksploracji modelu wielokrotnej mediacji przeanalizowano założenie uwzględniające zamienioną kolejność mediatorów, a więc takie, że relacja między traumą dziecięcą a depresją jest mediowana przez powody do życia, które przewidują wystąpienie schematów. Przeprowadzone analizy doprowadziły do tożsamych rezultatów. Efekt mediacyjny zależności pomiędzy traumą a depresją, w której brano pod uwagę pośredniczącą rolę powodów do życia poprzez schematy, okazał się nieistotny statystycznie (SI = -0,003; 95% Cl [-0,030; 0,009]), co korespondowało z brakiem bezpośredniego wpływu powodów do życia na schematy (βd_{21}= 0,080; p = 0,380; 95% Cl [-0,137; 0,358]). Pozostałe efekty były analogiczne do analizy uwzględniającej schematy jako zmienną przewidującą powody do życia i dla przejrzystości wywodu nie zostały szczegółowo opisane.

Podsumowując, zarówno schematy jak i powody do życia wpływają na relację między traumą dziecięca a depresją, ale należy je traktować jako odrębne mediatory, które nie są ze sobą bezpośrednio powiązane. Nieadaptacyjne schematy wzmacniają związek między traumą a depresją, natomiast powody do życia go osłabiają, przy czym schematy silniej niż powody do życia wyjaśniają tę relację.

W kolejnym kroku kontynuowano analizy służące weryfikacji hipotezy 2 z uwzględnieniem tendencji samobójczych jako zmiennej zależnej. Analogicznie jak w przypadku depresji oszacowania przeprowadzono w oparciu o Model 6 mediacji wielokrotnej (Hayes, 2013). Rezultaty zostały przedstawione na rysunku 4.

Rysunek 4

Wynik analiz wielokrotnej mediacji zależności pomiędzy traumą dziecięcą a tendencjami suicydalnymi poprzez nieadaptacyjne schematy i powody do życia (N=135)



Notatka: *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001; n. i. – nieistotne statystycznie, β – standaryzowany współczynnik regresji; CTQ – Kwestionariusz Traumy Wczesnodziecięcej (wynik ogólny); YSQ – Kwestionariusz Schematów Younga (wynik ogólny)**,** RFL – Skala Powodów do Życia (wynik ogólny), SBQ-R – Kwestionariusz Zachowań Suicydalnych

Rysunek 4, ukazuje istotny efekt bezpośredniego wpływu traumy dziecięcej na tendencje suicydalne (βc = 0,415; p < 0,001; 95% Cl [0,071; 1,159]). Można więc uznać, że doświadczenie w dzieciństwie traumy przewiduje wystąpienie tendencji samobójczych w dorosłości. Procent wyjaśnionej wariancji wyniósł ponad 17 (R^2 = 0,172).

Badanie ujawniło, że po wprowadzeniu do modelu nieadaptacyjnych schematów i powodów do życia, zmniejszyła się siła związku między traumą dziecięcą a tendencjami suicydalnymi, ale nadal pozostała istotna (βc'= 0,223; p = 0,002; 95% Cl [0,022; 0,102]), co wskazuje na częściową mediację. Wykazano, iż efekt bezpośredniego wpływu schematów

(βb_1 = 0,139; p = 0,045; 95% Cl [0,002; 0,108]) i powodów do życia (βb_2 = -0,547; p < 0,001; 95% Cl [0,045; 0,235]) był istotny statystycznie. Podobnie jak w przypadku poprzednich analiz, brak istotności efektu bezpośredniego związku między schematami a powodami do życia (βd_{21} = 0,080; p = 0,380; 95% Cl [-0,066; 0,172]) przełożył się na uzyskanie nieistotnego efektu mediacyjnego przez równocześnie ujmowane schematy i powody do życia (SI = -0,02; 95% Cl [-0,057; 0,222]). Eksploracja pozostałych efektów mediacyjnych wykazała istotną pośredniczącą rolę schematów w relacji między traumą dziecięcą a tendencjami suicydalnymi (SI = 0,05; 95% Cl [0,003; 0,108] oraz istotną rolę powodów do życia (SI = 0,16; 95% Cl [0,046; 0,261]. Tak więc obie zmienne mediują badaną relację, ale odrębnie i z różną siłą. Porównanie miar efektów mediacji wskazało na niski wpływ schematów, a umiarkowany powodów do życia. Uzyskano 46% (R^2=0,458) wyjaśnionej wariancji.

W dalszej kolejności przeanalizowano model związku między traumą dziecięcą a tendencjami samobójczymi ze zmienioną kolejnością mediatorów, czyli zakładającą, iż ta relacja jest mediowana przez powody do życia, które z kolei przewidują wystąpienie nieadaptacyjnych schematów. Podobnie jak w przypadku analiz traktujących depresję jako zmienną zależną, uzyskano brak bezpośredniego wpływu powodów do życia na schematy (βd_{21} = 0,073; p = 0,380; 95% Cl [-0,137; 0,358]) otrzymując tym samym nieistotny efekt mediacyjny dla obu mediatorów jednocześnie (SI = -0,03; 95% Cl [-0,013; 0,003]). Pozostałe wyniki doprowadziły do analogicznych wniosków, iż schematy i powody do życia są odrębnymi mediatorami tej relacji.

Podsumowując, schematy oraz powody do życia w sposób odrębny i częściowy wyjaśniają relację między traumą dziecięca a tendencjami samobójczymi. Przy czym, nieadaptacyjne schematy wzmacniają związek między traumą a tendencjami samobójczymi, zaś powody do życia pełnią funkcję odwrotną, przyczyniając się do osłabienia

relacji. Warto zaznaczyć, że powody do życia mają silniejsze niż schematy znacznie dla zależności między traumą a tendencjami suicydalnymi.

Weryfikacja hipotezy 2: Wykazano, że doświadczenie traumy w dzieciństwie predysponuje do rozwoju depresji i wystąpienia tendencji samobójczych w dorosłości. Zarówno nieadaptacyjne schematy jak i powody do życia pełnią rolę mediatorów, przy czym schematy wzmacniającą owe związki, zaś powody do życia je osłabiają. Schematy silniej wyjaśniają relację traumy z depresją, a powody do życia mają większe znaczenie w przewidywaniu tendencji samobójczych na skutek doświadczenia traumy dziecięcej. Można więc stwierdzić, że hipoteza druga została całkowicie potwierdzona.

4.2.3. Różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami cierpiącymi na depresję, w poziomie objawów depresji i tendencjami samobójczymi, doświadczeniem traumy dziecięcej, nasileniem negatywnych schematów i powodów do życia.

W celu weryfikacji hipotezy 3 o treści „Występują istotne różnice między kobietami a mężczyznami cierpiącymi na depresję, pod względem tendencji samobójczych, doświadczeniem traumy dziecięcej, nasileniem negatywnych schematów i powodów do życia. Natomiast kobiety i mężczyźni nie różnią się istotnie w poziomie objawów depresji" zastosowano test t-Studenta dla prób niezależnych. Wyniki przedstawiono w tabeli 9.

Tabela 9

Różnice w zakresie zmiennych klinicznych pomiędzy grupą kobiet (n=68) i mężczyzn (n=67) z rozpoznaniem depresji

	Kobiety (n=68)		**Mężczyźni (n=67)**				
	M	*SD*	*M*	*SD*	*t*	*p*	*d*
CTQ	46,38	16,31	46,93	14,06	0,224	0,836	
CTQ-ZF	8,59	3,45	9,52	3,75	1,509	0,134	

	Kobiety (n=68)		**Mężczyźni (n=67)**				
	M	*SD*	*M*	*SD*	*t*	*p*	*d*
CTQ-NF	6,93	3,62	8,03	3,37	1,855	0,066	
CTQ-ZE	13,10	5,46	13,10	4,95	0,002	0,999	
CTQ-NE	11,59	5,24	10,79	4,76	-0,926	0,356	
CTQ-NS	6,18	2,48	5,48	1,61	-2,008	**0,047**	0,35
YSQ	287,12	65,09	304,25	66,70	1,511	0,133	
YSQ-RO	77,57	23,24	84,81	22,15	1,851	0,066	
YSQ-OA	58,21	17,90	61,87	17,48	1,202	0,231	
YSQ-UG	29,57	7,78	34,40	9,15	3,291	**<0,001**	0,57
YSQ-NI	54,40	12,60	51,52	11,67	-1,376	0,171	
YSQ-NC	67,37	19,73	71,66	16,86	1,359	0,177	
RFL	181,26	38,48	165,84	48,12	-2,056	**0,042**	0,36
RFL-SBC	3,97	1,09	3,61	1,24	-1,788	0,076	
RFL-RF	4,62	1,25	3,99	1,51	-2,685	**0,004**	0,46
RFL-FS	3,16	1,13	2,90	1,23	-1,284	0,201	
RFL-MO	2,90	1,72	2,99	1,75	0,319	0,750	
RFL-FSD	2,68	1,51	3,00	1,48	1,260	0,210	
RFL-CRC	3,95	2,17	3,32	2,04	-1,706	0,090	
SBQ-R	8,47	4,38	10,12	3,98	2,266	**0,025**	0,39
GDMS	19,24	6,47	18,90	7,43	-0,283	0,777	

Notatka: CTQ – Kwestionariusz Traumy Wczesnodziecięcej (wynik ogólny); CTQ-ZF - Zaniedbanie fizyczne, CTQ-NF – Nadużycie fizyczne, CTQ-ZE - Zaniedbanie emocjonalne, CTQ-NE - Nadużycie emocjonalne, CTQ-NS – Nadużycie seksualne, YSQ – Kwestionariusz Schematów Younga (wynik ogólny)**,** YSQ-RO – Rozłączenie i odrzucenie, YSQ-OA – Osłabiona autonomia i brak dokonań, YSQ-UG – Uszkodzone granice, YSQ-NI – Nakierowanie na innych, YSQ-NC – Nadmierna czujność i zahamowanie; RFL – Skala Powodów do Życia (wynik ogólny), RFL-SCB – Przekonanie o umiejętności radzenia sobie, RFL-RF – Poczucie odpowiedzialności wobec rodziny, RFL-FS – Lęk przed samobójstwem, RFL-MO – Moralne wątpliwości, RFL-FSD – Lęk przed dezaprobatą społeczną, RFL-CRC – Obawy związane z dziećmi, SBQ-R – Kwestionariusz Zachowań Suicydalnych, GDMS - Gotlandzka Skala Męskiej Depresji; Wielkość efektu *d* Cohena: 0,2 - efekt niski, 0,5 – efekt przeciętny, 0,8 - efekt duży (Cohen, 1992)

Jak wynika z danych w tabeli 9, wystąpiły istotne różnice pomiędzy średnimi uzyskanymi w grupie badanych kobiet i mężczyzn pod względem traumatycznych doświadczeń nadużycia seksualnego, nieadaptacyjnych schematów z domeny uszkodzonych granic, powodów do życia (wynik ogólny) oraz poczucia odpowiedzialności wobec rodziny, a także tendencji suicydalnych.

Wyniki wykazały, że kobiety (M = 6,18, SD = 2,48) istotnie częściej niż mężczyźni (M = 5,48, SD = 1,61) doświadczyły nadużycia seksualnego. Różnica średnich (-0,728), była istotna statystycznie (95% Cl [-1,452; -0,011]) zaś siła związku była umiarkowana (d = 0,35).

Z kolei u mężczyzn (M = 34,40, SD = 9,150) bardziej nasilone niż u kobiet (M = 29,57, SD = 7,781) okazały się schematy z domeny uszkodzone granice. Różnica średnich wynosząca 4,815 była istotna statystycznie (95% Cl [1,921; 7,712]). Siłę związku można określić jako przeciętną (d = 0,55).

Kobiety (M = 181,25, SD = 38,44) wykazały istotnie więcej powodów do życia niż mężczyźni (M = 165,84, SD = 48,12). Różnica średnich (-15,429) była istotna statystycznie, (95% Cl [-30,28; -0,58]). Wziąwszy pod uwagę konkretne typy powodów do życia, kobiety miały istotnie wyższe (M = 4,62, SD = 1,25) poczucie odpowiedzialności wobec rodziny niż mężczyźni (M = 3,99, SD = 1,51). Uzyskano istotną (95% Cl [-1,112; - 0,171]) różnicę średnich (-0,641). W obu przypadkach wielkość efektu była umiarkowana, choć nieco wyższa dla ogólnej ilości powodów do życia (d = 0,36; d = 0,46).

Natomiast tendencje suicydalne były istotnie wyższe u mężczyzn (M = 10,13, SD = 3,98) w porównaniu do kobiet (M = 8,47, SD = 4,38). Różnica średnich (1,634) była istotna (95% Cl [0,212; 3,064]), a wielkość efektu umiarkowana (d = 0,39).

Weryfikacja hipotezy 3: Wystąpiły istotne różnice pomiędzy kobietami a mężczyznami cierpiącymi na depresję pod względem tendencji samobójczych, doświadczeniem traumy dziecięcej, nasileniem negatywnych schematów i powodów do życia. Badane kobiety średnio częściej niż mężczyźni były ofiarami przemocy seksualnej w dzieciństwie. Wykazały one ogólnie więcej powodów do życia, a w szczególności pod względem poczucia odpowiedzialności wobec rodziny. Z kolei u zbadanych mężczyzn stwierdzono średnio wyższy

poziom negatywnych schematów z domeny uszkodzonych granic. Poza tym wykazali oni silniejsze tendencje samobójcze. Natomiast płeć nie różnicowała poziomu objawów depresji. Wobec czego hipoteza 3 została potwierdzona.

4.2.4. Ścieżki rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego u kobiet i mężczyzn uwzględniające traumę dziecięcą, nieadaptacyjne schematy oraz powody do życia

Do zbadania czwartej hipotezy brzmiącej, że „Ścieżki rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego są odmienne u kobiet i mężczyzn pod względem traumy dziecięcej, nieadaptacyjnych schematów oraz powodów do życia", zastosowano dwie procedury modelowania strukturalnego tj. metodę w programie IBM SPSS Amos 28 Graphics oraz technikę Hayes'a.

Jako sposób estymacji w programie AMOS, zastosowano metodę największej wiarygodności (Maximum likelihood - MLE) z zastosowaniem procedury *bootstrap 5000* mającej na celu zwiększenie wiarygodności uzyskanych wyników, gdy nie jest spełnione założenie o wielowymiarowym rozkładzie badanych zmiennych oraz próba (dla danej płci) nie jest wystarczająco liczna (Konarski, 2023), gdyż wymaga 135 badanych mężczyzn i takiej samej liczby kobiet.

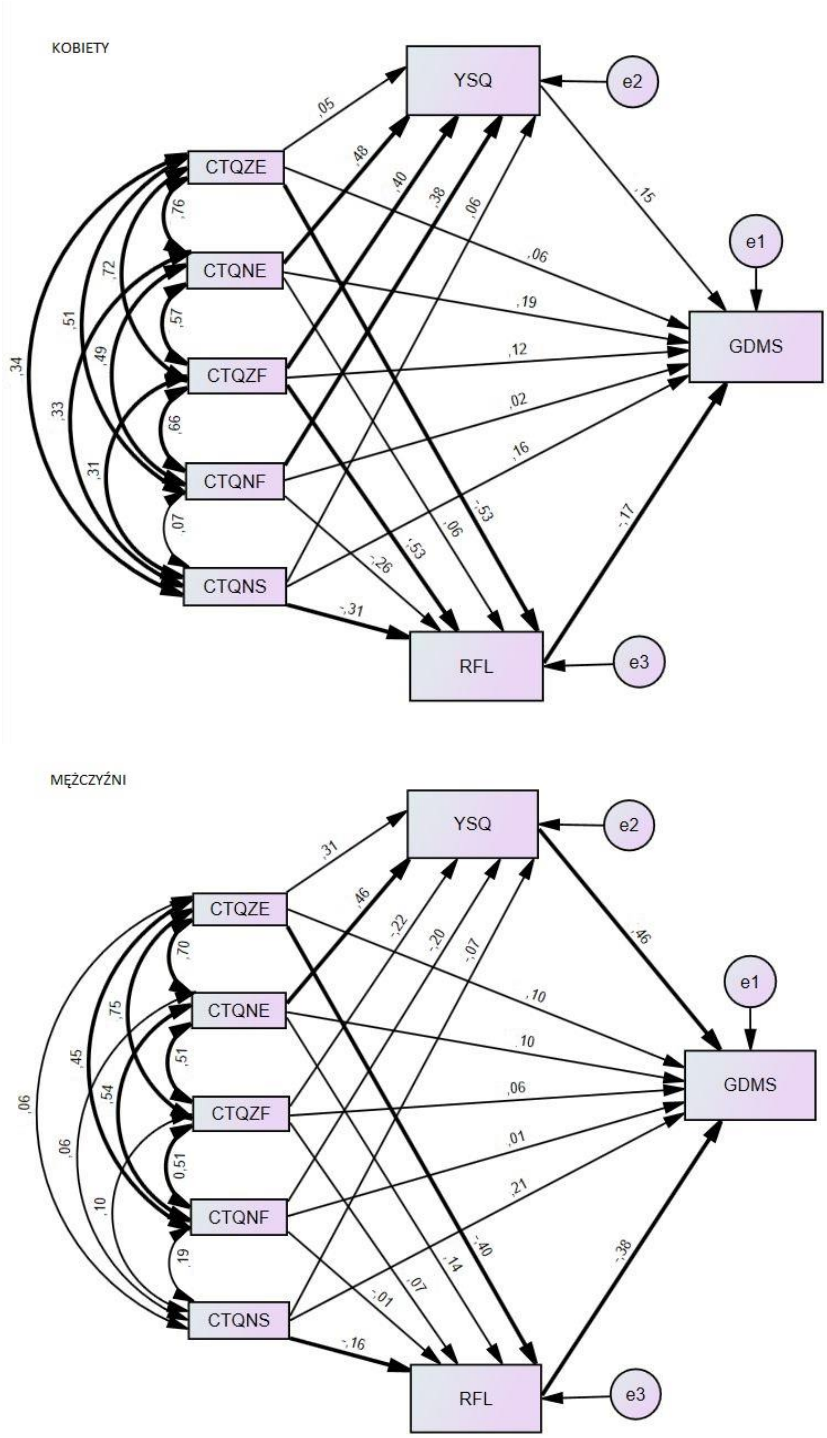
W pierwszej kolejności zbudowano w programie AMOS dwa osobne dla depresji i tendencji suicydalnych, modele równań strukturalnych (SEM) uwzględniające poszczególne typy traumy jako zmienne egzogeniczne oraz domeny schematów i rodzaje powodów do życia w roli mediatorów. Jednak oba modele okazały się niedostatecznie dobrze dopasowane do danych, nawet po wykluczeniu nieistotnych ścieżek. Podobnie w przypadku wersji wykresów ścieżkowych rozpatrujących mediatory jako zmienne latentne opisywane przez podtypy domen i rodzaje powodów do życia. Zadowalające miary dopasowania uzyskano dopiero dla modeli uwzględniających mediujący wpływ nieadaptacyjnych

schematów i powodów do życia ujmowanych ogólnie, w związku między wymiarami traumy a depresją (rys. 5) i tendencjami suicydalnymi (rys. 8).

W pierwszej kolejności wykonano analizy ścieżek rozwoju depresji uwzględniające wszystkie osoby badane (N = 135). Wykazano istotne ścieżki między zmiennymi, ale dla przejrzystości wywodu nie zostały zaprezentowane graficznie, a jedynie pod względem parametrów modelu. Tak więc, uzyskano wartość testu chi kwadrat nieistotną statystycznie ($\chi^2(2) = 0{,}670$; $p = 0{,}715$), co wskazuje na zbieżność między obserwowaną macierzą kowariancji a implikowaną przez model. Pozostałe wskaźniki dobroci dopasowania również wskazały na bardzo dobre dopasowanie danych do modelu tj. RMSEA ≈ 0,000, GFI = 0,999, AGFI = 0,978, CFI = 1,000. Natomiast kolejny etap objął zróżnicowanie relacji dla grupy kobiet i mężczyzn uzyskane na drodze wielogrupowej analizy ścieżek. Takie podejście umożliwia określenie płci w roli moderatora mediacji w relacji między traumą a depresją. Również z tym przypadku, uzyskano bardzo dobre miary dopasowania modelu w podgrupach względem płci: $\chi^2(2) = 1{,}011$; $p = 0{,}603$; RMSEA ≈ 0,000, GFI = 0,998, AGFI = 0,932, CFI = 1,000. Zaprezentowany model (rys. 5) wskazuje na występowanie istotnych ścieżek (oznaczonych pogrubionymi strzałkami), nieco innych u kobiet i mężczyzn, prowadzących do rozwoju depresji w zależności od rodzaju traumy dziecięcej z pośredniczącą rolą nieadaptacyjnych schematów oraz powodów do życia.

Rysunek 5

Standaryzowane współczynniki regresji oraz kowariancje dla wielogrupowej analizy ścieżek rozwoju depresji zaprezentowane dla grupy kobiet (n=68) i mężczyzn (n=67)



Notatka: pogrubioną linią oznaczono relacje istotne statystycznie; CTQZE -Zaniedbanie emocjonalne; CTQNE - Nadużycie emocjonalne; CTQZF -Zaniedbanie fizyczne, CTQNF – Nadużycie fizyczne; YSQ – Kwestionariusz Schematów Younga (wynik ogólny)**,** RFL – Skala Powodów do Życia (wynik ogólny), GDMS - Gotlandzka Skala Męskiej Depresji;

Wyniki zaprezentowane na rysunku 5 potwierdzają teoretyczny konstrukt zmiennych oraz związki między poszczególnymi typami traum (kowariancje), które inną metodą trudno byłoby wykazać. Model posiada jednak pewne ograniczenia. Jednym z nich jest brak możliwości wyodrębnienia ścieżek uwzględniających domeny schematów i typy powodów do życia. Może to wynikać m. in. ze słabych związków między zmiennymi, poszczególne wymiary (domen, powodów do życia) mogą być silniej powiązane między sobą niż ze zmiennymi objaśnianymi, co obrazują współczynniki korelacji (tab. 8). Przyczyn można upatrywać także w niedostatecznej liczbie badanych czy odstępstwach od normalności rozkładu, które zastosowana procedura *bootstrappingu BC (bias-corrected)* rekompensuje w sposób niewystarczający, gdyż uwzględnia jedynie błąd systematyczny estymatorów, co może prowadzić do mniej precyzyjnych oszacowań wobec wspomnianej metody *BCa.*

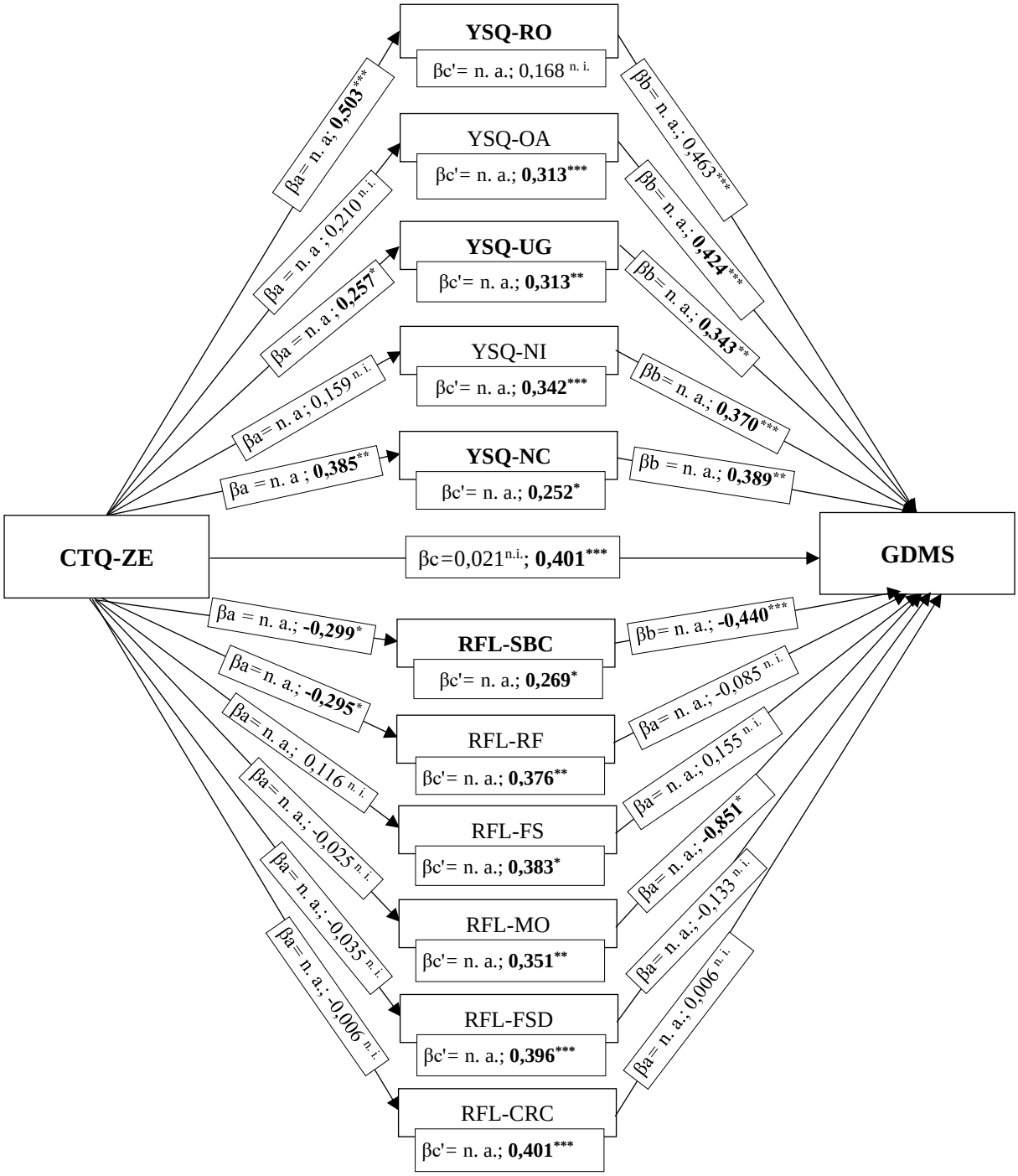
W związku z tym postanowiono nie analizować szczegółowo tego modelu lecz przeprowadzić analizy z zastosowaniem diagramów strukturalnych metodą Hayes'a (Model 4), która lepiej odpowiedziałaby na problem badawczy nie tylko dlatego, że implementuje procedurę *bootstrappingu BCa* (*bias-corrected and accelerated bootstrap)* prowadzącą do dokładniejszych oszacowań, gdyż koryguje także efekt przyspieszenia (asymetrię w rozkładzie estymatorów), ale również z uwagi na możliwość kontrolowania wpływu innych zmiennych na wyniki analizy mediacyjnej (Hayes, 2013). Poza tym spełnia kryterium liczebności próby, gdyż zgodnie z obliczeniami w programie GPower 3.1 wymaga 65 uczestników danej płci przy założeniu 80% mocy statystycznej badania; $\alpha = 0{,}05$ i średniej wielkość efektu ($f2 = 0{,}15$). Zdaje się więc dostarczyć bardziej szczegółowych interpretacji wyników w kontekście pośredniczącej roli domen schematów i powodów do życia.

Analizy ścieżek mediacyjnych depresji przeprowadzono osobno dla poszczególnych wymiarów traumy zestawiając uzyskane wskaźniki dla kobiet i mężczyzn z uwzględnieniem domen schematów i typów powodów do życia. Ich wyniki zaprezentowano na diagramach

z wyłączeniem takich, w których dany typ traumy nie predysponował do rozwoju depresji (nieistotny efektu ścieżki c).

Rysunek 6

Standaryzowane współczynniki regresji dla domen schematów i powodów do życia jako mediatorów zależności pomiędzy zaniedbaniem emocjonalnym a depresją, gdzie wartości po lewej stronie dotyczą grupy kobiet (n=68), a po prawej mężczyzn (n=67)



Notatka: $^{*}p < 0,05$, $^{**}p < 0,01$, $^{***}p < 0,001$; n. i. – nieistotne statystycznie, n. a. - nieanalizowane ze względu na brak spełnienia kryterium mediacji o istotności efektu bezpośredniego wpływu zmiennej niezależnej

na zmienną zależną, β – standaryzowany współczynnik regresji, CTQ-ZE - Zaniedbanie emocjonalne; YSQ-RO – Rozłączenie i odrzucenie, YSQ-OA – Osłabiona autonomia i brak dokonań, YSQ-UG – Uszkodzone granice, YSQ-NI – Nakierowanie na innych, YSQ-NC – Nadmierna czujność i zahamowanie; RFL-SCB – Przekonanie o umiejętności radzenia sobie, RFL-RF – Poczucie odpowiedzialności wobec rodziny, RFL-FS – Lęk przed samobójstwem, RFL-MO – Moralne wątpliwości, RFL-FSD – Lęk przed dezaprobatą społeczną, RFL-CRC – Obawy związane z dziećmi; GDMS - Gotlandzka Skala Męskiej Depresji;

Jak widać na rysunku 6, efekt bezpośredniej relacji między zaniedbaniem emocjonalnym a depresją okazał się nieistotny w przypadku badanych kobiet (βc = 0,021; p = 0,120; 95% Cl [-0,061; 0,518]). Oznacza to, że brak jest wystarczających dowodów, aby móc stwierdzić, że tego rodzaju doświadczenia traumatyczne przyczyniają się do wystąpienia depresji u kobiet. W związku z tym uznano za bezcelowe dalsze analizowanie ścieżek mediacyjnych dla tejże grupy. Do odmiennych wniosków doprowadziły estymacje efektu bezpośredniego związku między zaniedbaniem emocjonalnym a depresją u mężczyzn (βc = 0,401; p < 0,001; 95% Cl [0,261; 0,943]) wskazując, iż przeżycie zaniedbania emocjonalnego w dzieciństwie przewiduje rozwój depresji w dorosłości. Poza tym, prowadzi również do nasilenia schematów z domeny rozłączenia i odrzucenia (βa = 0,503; p < 0,001; 95% Cl [1,296; 3,217]), uszkodzonych granic (βa = 0,257; p = 0,036; 95% Cl [0,032; 0,918]) oraz nadmiernej czujności i zahamowania (βa = 0,385; p = 0,001; 95% Cl [0,531; 2,091]), a także obniżenia przekonania umiejętności radzenia sobie (βa = -0,299; p = 0,014; 95% Cl [-0,134; -0,016]) i poczucia odpowiedzialności wobec rodziny (βa = -0,295; p = 0,015; 95% Cl [-0,162; -0,018]).

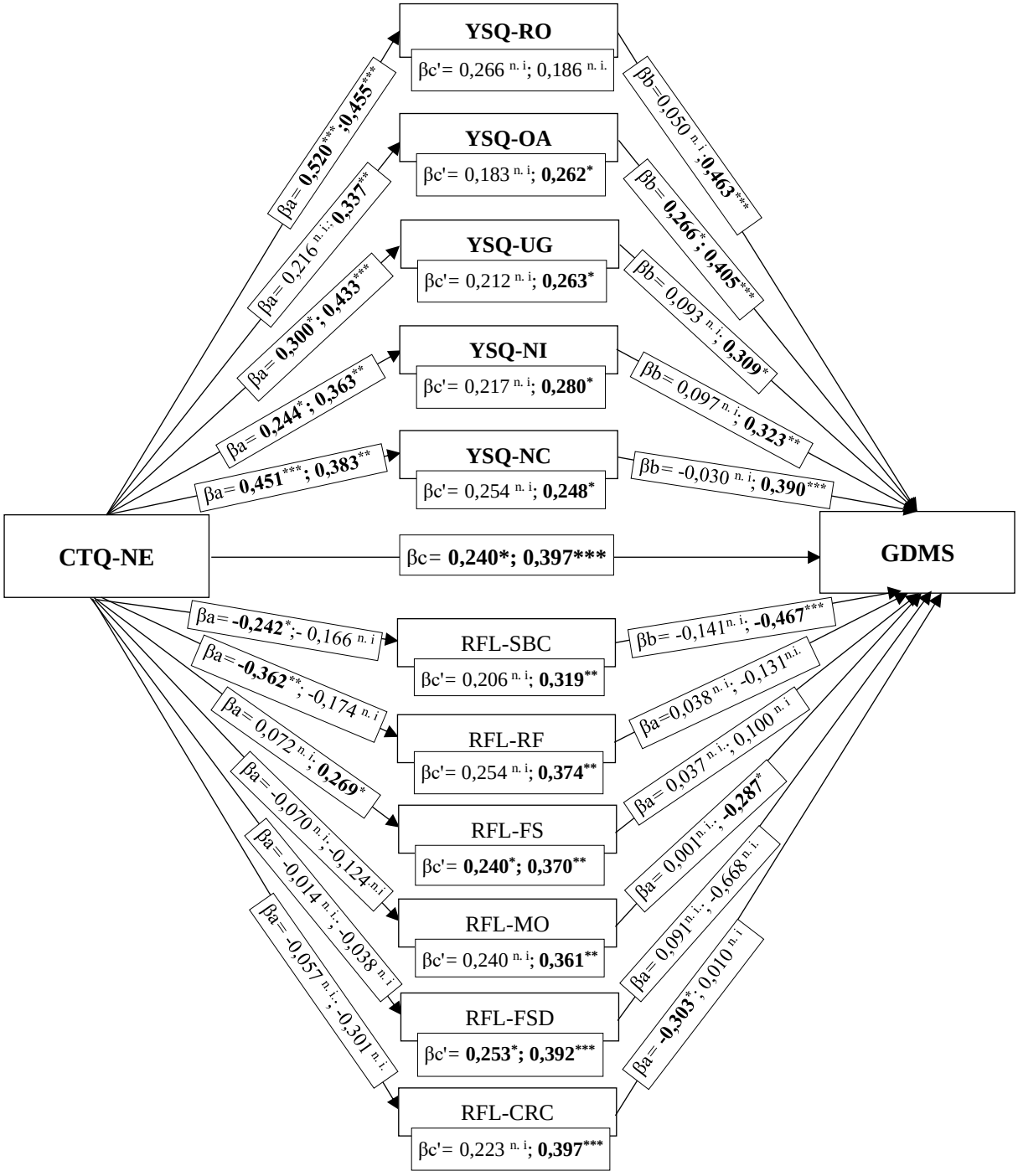
Kontynuacja analizy w celu określenia dalszego przebiegu ścieżek wykazała, że wszystkie wyodrębnione zmienne wpływają na objawy depresji. Przy czym, wzrost rozłączenia i odrzucenia (βb = 0,463; p < 0,001; 95% Cl [0,327; 1,220]), uszkodzonych granic (βb = 0,424; p < 0,001; 95% Cl [0,058; 0,992]) i nadmiernej czujności (βb = 0,389; p = 0,029; 95% Cl [0,465; 1,278]) oraz obniżenie przekonania umiejętności radzenia sobie (βb = -0,440; p < 0,001; 95% Cl [0,245; 1,784]) wiąże się z nasileniem objawów depresji. W toku dalszych

oszacowań wykazano, że owe zmienne w różnym stopniu wyjaśniają związek między zaniedbaniem emocjonalnym a objawami depresji, gdyż:

- YSQ-RO: siła związku między zaniedbaniem emocjonalnym a objawami depresji po uwzględnieniu rozłączenia i odrzucenia okazała się nieistotna (βc' = 0,168; p = 0,164; 95% Cl [-0,105; 0,610]), co oznacza, że YSQ-RO całkowicie mediują tę relację. Zostało to potwierdzone istotnością efektu mediacyjnego (95% Cl [0,074; 0,412]) o umiarkowanej sile (SI = 0,23). Procent wyjaśnionej wariancji wyniósł ponad 32 (R^2 = 0,321).
- YSQ-UG: siła związku między zaniedbaniem emocjonalnym a objawami depresji uległa osłabieniu (βc' = 0,313; p = 0,006; 95% Cl [0,138; 0,801]). Tak więc, uszkodzone granice są częściowym mediatorem tej relacji. Otrzymano niski, istotny efekt mediacyjny (SI = 0,09; 95% Cl [0,004; 0,193]). Wyjaśniona wariancja wyniosła ponad 27% (R^2 = 0,271).
- YSQ-NC: obniżenie siły efektu związku między zaniedbaniem emocjonalnym a objawami depresji (βc' = 0,252; p=0,031; 95% Cl [0,035; 0,721]) wskazuje na mediacyjną rolę nadmiernej czujności i zahamowania z umiarkowaną siłą efektu (SI = 0,15; 95% Cl [0,029; 0,281]). Wyjaśniona wariancja wyniosła ponad 16% (R^2 = 0,161).
- RFL-SCB: po uwzględnieniu przekonania o umiejętności radzenia sobie uzyskano osłabienie siły związku między zaniedbaniem emocjonalnym a objawami depresji (βc' = 0,269; p = 0,014; 95% Cl [0,085; 0,725]), co wskazuje na częściową mediację. Uzyskano umiarkowany, istotny efekt mediacyjny (SI = 0,13; 95% Cl [0,029; 0,236]). Procent wyjaśnionej wariancji wyniósł ponad 33 (R^2 = 0,337).

Rysunek 7

Standaryzowane współczynniki regresji dla domen schematów i powodów do życia jako mediatorów zależności pomiędzy nadużyciem emocjonalnym a depresją, gdzie wartości po lewej stronie dotyczą grupy kobiet (n=68), a po prawej mężczyzn (n=67)



Notatka: $^{*}p < 0,05$, $^{**}p < 0,01$, $^{***}p < 0,001$; n. i. – nieistotne statystycznie, β – standaryzowany współczynnik regresji, CTQ-NE -Nadużycie emocjonalne; YSQ-RO – Rozłączenie i odrzucenie, YSQ-OA – Osłabiona

autonomia i brak dokonań, YSQ-UG – Uszkodzone granice, YSQ-NI – Nakierowanie na innych, YSQ-NC – Nadmierna czujność i zahamowanie; RFL-SCB – Przekonanie o umiejętności radzenia sobie, RFL-RF – Poczucie odpowiedzialności wobec rodziny, RFL-FS – Lęk przed samobójstwem, RFL-MO – Moralne wątpliwości, RFL-FSD – Lęk przed dezaprobatą społeczną, RFL-CRC – Obawy związane z dziećmi; GDMS - Gotlandzka Skala Męskiej Depresji;

Wyniki zaprezentowane na rys. 7 pokazują, że zarówno w przypadku kobiet (βc = 0,240; p = 0,048; 95% Cl [0,002; 0,594]) jak i mężczyzn (βc = 0,397; p < 0,001; 95% Cl [0,265; 0,975]) doświadczenie nadużycia emocjonalnego w dzieciństwie predysponuje do rozwoju depresji w dorosłości. Zależność, iż wraz ze wzrostem poziomu nadużycia emocjonalnego nasilają się objawy depresyjne, jest silniej zaznaczona w przypadku mężczyzn.

W grupie kobiet doznanie nadużycia emocjonalnego przewiduje nie tylko depresję, ale również przekłada się na nasilenie rozłączenia i odrzucenia (βa = 0,520; p < 0,001; 95% Cl [1,332; 2,578]), uszkodzonych granic (βa = 0,300; p = 0,034; 95% Cl [0,064; 0,879]); nakierowania na innych (βa = 0,244; p = 0,042; 95% Cl [0,784; 2,977]), nadmiernej czujności (βa = 0,451; p < 0,001; 95% Cl [0,124; 0,987]) oraz obniżenie przekonania umiejętności radzenia sobie (βa = -0,242; p = 0,047; 95% Cl [-0,100; -0,001]) i poczucia odpowiedzialności wobec rodziny (βa = - 0,362; p = 0,002; 95% Cl [-0,141; -0,032]). Jednak żadna z tych zmiennych nie wpływa na symptomatologię depresji, a więc nie jest także istotnym mediatorem w relacji między przemocą emocjonalną a objawami depresji u kobiet.

Natomiast w przypadku mężczyzn silniejsze przeżycia nadużycia emocjonalnego wiążą się z nasileniem wszystkich domen schematów oraz podwyższeniem lęku przed samobójstwem związanego z metodą śmierci i jej okolicznościami takimi jak krew czy ból (βa = 0,269; p = 0,028; 95% Cl [0,008; 0,132]). Jednakże lęk przed samobójstwem nie przełożył się na objawy depresji. W odróżnieniu od wszystkich domen schematów, gdzie wraz z ich nasileniem wzrasta nasilenie objawów depresji. Okazało się, że schematy ze wszystkich domen wpływają na związek między nadużyciem emocjonalnym a objawami depresji:

- YSQ-RO. Siła związku między nadużyciem emocjonalnym a objawami depresji okazała się nieistotna po uwzględnieniu rozłączenia i odrzucenia (βc’ = 0,186; p = 0,110; 95% Cl [-0,068; 0,650]), co wskazuje na całkowitą mediację. Istotny statystycznie (95% Cl [0,064; 0,391]) efekt mediacyjny miał umiarkowaną siłę (SI = 0,21). Uzyskano 33% (R^2 = 0,338) wyjaśnionej wariancji.
- YSQ-OA. Po wprowadzeniu do relacji osłabionej autotomii siła związku między nadużyciem emocjonalnym a objawami depresji uległa obniżeniu (βc’ = 0,262; p = 0,021; 95% Cl [0,062; 0,756]), a więc YSQ-OA jest częściowym mediatorem. Otrzymano umiarkowany, istotny efekt mediacyjny (SI = 0,15; 95% Cl [0,028; 0,279]) oraz 30% wyjaśnionej wariancji (R^2 = 0,300).
- YSQ-UG. Włączenie uszkodzonych granic spowodowało obniżenie siły związku między nadużyciem emocjonalnym a objawami depresji (βc’ = 0,266; p = 0,034; 95% Cl [0,032; 0,788] ujawniając, że YSQ-UG są częściowym mediatorem w tej relacji. Siłę efektu mediacyjnego można określić jako umiarkowaną (SI = 0,13; 95% Cl [0,027; 0,287]). Wyjaśniona wariancja wyniosła 24% (R^2 = 0,235).
- YSQ-NI. Siła związku między nadużyciem emocjonalnym a objawami depresji zmalała po wzięciu pod uwagę nakierowania na innych (βc’ = 0,280; p = 0,019; 95% Cl [0,074; 0,800]), a więc YSQ-NI jest częściowym mediatorem. Wielkość efektu mediacyjnego była przeciętna (SI = 0,12; 95% Cl [0,027; 0,287]), a procent wyjaśnionej wariancji wyniósł 25% (R^2 = 0,248).
- YSQ-NC. Nadmierna czujność częściowo mediuje relację między nadużyciem emocjonalnym a objawami depresji, co wynika z wartości efektu głównego (βc’ = 0,248; p = 0,034; 95% Cl [0,031; 0,743]). Siła efektu mediacyjnego była umiarkowana (SI = 0,15; 95% Cl [0,035; 0,299]). Uzyskano 29% procent wyjaśnionej wariancji (R^2 = 0,287).

Wobec tego, można stwierdzić, że wpływ zaniedbania emocjonalnego w dzieciństwie na rozwój depresji u mężczyzn jest pośredniczony przez schematy ze wszystkich domen, przy czym najsilniej przez rozłączenie i odrzucenie.

Analizy związków między pozostałymi typami traumy a objawami depresji doprowadziły do uzyskania nieistotnych bezpośrednich efektów tej relacji tj. dla zaniedbania fizycznego zarówno w przypadku kobiet (p = 0,602; 95% Cl [-0,384; 0,045]) jak i mężczyzn (p = 0,129; 95% Cl [-0,1201; 0,931]); nadużycia fizycznego w grupie kobiet (p = 0,416; 95% Cl [-0,258; 0,617]) oraz mężczyzn (p = 0,671; 95% Cl [-0,073; 0,604]), a także nadużycia seksualnego w grupie badanych kobiet (p = 0,782; 95% Cl [-0,720; 0,544]) i mężczyzn (p = 0,167; 95% Cl [-1,916; 0,338]). W związku z tym odstąpiono od dalszych analiz z uwagi na brak wystarczających dowodów, iż doświadczenie w dzieciństwie zaniedbania fizycznego oraz nadużycia fizycznego i seksualnego predysponuje do rozwoju depresji w życiu dorosłym.

Podsumowując analizę ścieżek rozwoju depresji, wykazano, że płeć ma znaczenie dla rozwoju depresji na skutek traumatycznych przeżyć w dzieciństwie. Mianowicie w przypadku mężczyzn predykcyjną rolę w tym względzie pełni doświadczenie zaniedbania i nadużycia emocjonalnego, a u kobiet wyłącznie nadużycia emocjonalnego.

W toku badań, ujawniono, że mediatorami zależności między zaniedbaniem emocjonalnym a objawami depresji w grupie mężczyzn, które wzmacniają tę relację są schematy z domeny rozłączenia i odrzucenia, uszkodzonych granic oraz nadmiernej czujności. Zaś zmienną pośredniczącą, która ów związek osłabia jest przekonanie o posiadaniu umiejętności radzenia sobie. Natomiast wpływ nadużycia emocjonalnego w dzieciństwie na rozwój depresji u mężczyzn jest pośredniczony przez wszystkie domeny schematów, a wraz z nasileniem tego typu traumy wzrasta u mężczyzn lęk przed aktem samobójczym (krew, ból), nie ma to jednak przełożenia na skalę objawów depresyjnych.

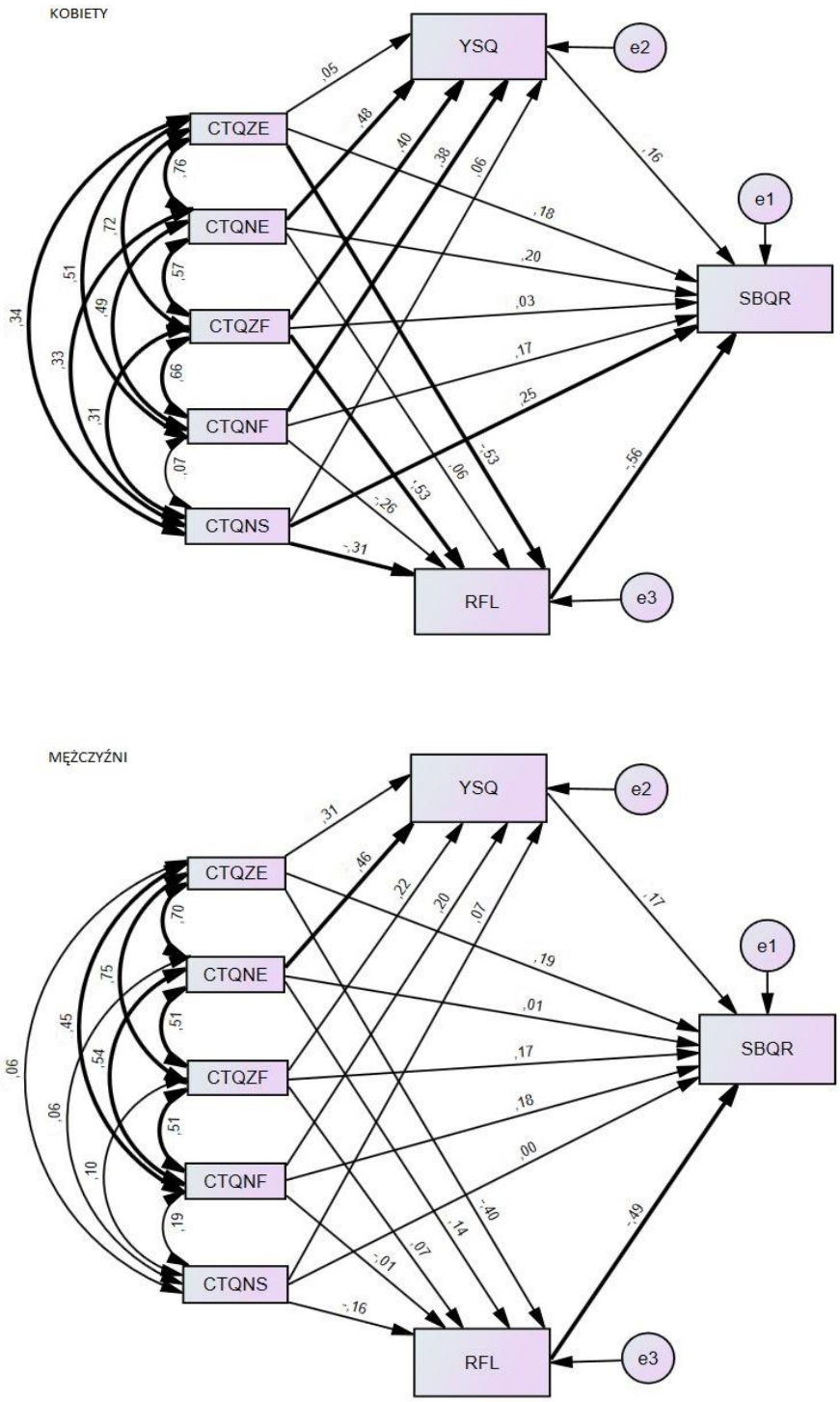
Natomiast w grupie kobiet przeżycie nadużycia emocjonalnego w dzieciństwie poza rozwojem depresji, przewiduje również nasilenie schematów ze wszystkich domen z wyjątkiem osłabionej autonomii. Przekłada się również na obniżenie przekonania o umiejętności radzenia sobie i poczucia odpowiedzialności wobec rodziny. Jednak żadna ze zmiennych nie pośredniczy w relacji między nadużyciem emocjonalnym a objawami depresji.

Jak już wspomniano, nie odnaleziono wystarczających dowodów, iż doświadczenie w dzieciństwie zaniedbania fizycznego oraz nadużycia fizycznego i seksualnego predysponuje do rozwoju depresji w życiu dorosłym kobiet i mężczyzn. **Tak więc, przemoc emocjonalna każdego rodzaju ma największe znaczenie w rozwoju depresji**. **Zaś schematy z domeny rozłączenie i odrzucenie oraz przekonanie o umiejętności radzenia sobie zdają się najbardziej wyjaśniać te zależności.** Niektóre ścieżki przebiegają podobnie u kobiet i mężczyzn, ale siły efektów mają różną siłę, co przekłada się na wniosek o ich odmienności względem płci.

W dalszym etapie wykonano analogiczne analizy przyjmując jako zmienna zależną, drugi wskaźnik zaburzeń zdrowia psychicznego, czyli tendencje samobójcze. W pierwszej kolejności wykonano model strukturalny dla wszystkich badanych (N = 135) uzyskując bardzo dobre wskaźniki dopasowania danych do modelu tj. ($\chi^2(2) = 0{,}670$; $p = 0{,}715$; RMSEA ≈ 0,000, GFI = 0,999, AGFI = 0,978, CFI = 1,000. Również dla modelu wielogrupowego względem płci uzyskano bardzo dobre miary dopasowania: $\chi^2(2) = 1{,}011$; $p = 0{,}603$; RMSEA ≈ 0,000, GFI = 0,998, AGFI = 0,932, CFI = 1,000. Model zaprezentowany na rys. 8, ukazuje nieco inne ścieżki dla kobiet i mężczyzn w rozwoju tendencji samobójczych w zależności od rodzaju traumy dziecięcej z uwzględnieniem nieadaptacyjnych schematów oraz powodów do życia, co potwierdza moderująca rolę płci.

Rysunek 8

Standaryzowane współczynniki regresji oraz kowariancje dla wielogrupowej analizy ścieżek dla tendencji samobójczych zaprezentowane dla grupy kobiet (n=68) i mężczyzn (n=67)



Notatka: pogrubioną linią oznaczono relacje istotne statystycznie; CTQZE -Zaniedbanie emocjonalne; CTQNE - Nadużycie emocjonalne; CTQZF -Zaniedbanie fizyczne, CTQNF – Nadużycie fizyczne; YSQ – Kwestionariusz Schematów Younga (wynik ogólny)**,** RFL – Skala Powodów do Życia (wynik ogólny), SBQR – Kwestionariusz Zachowań Suicydalnych.

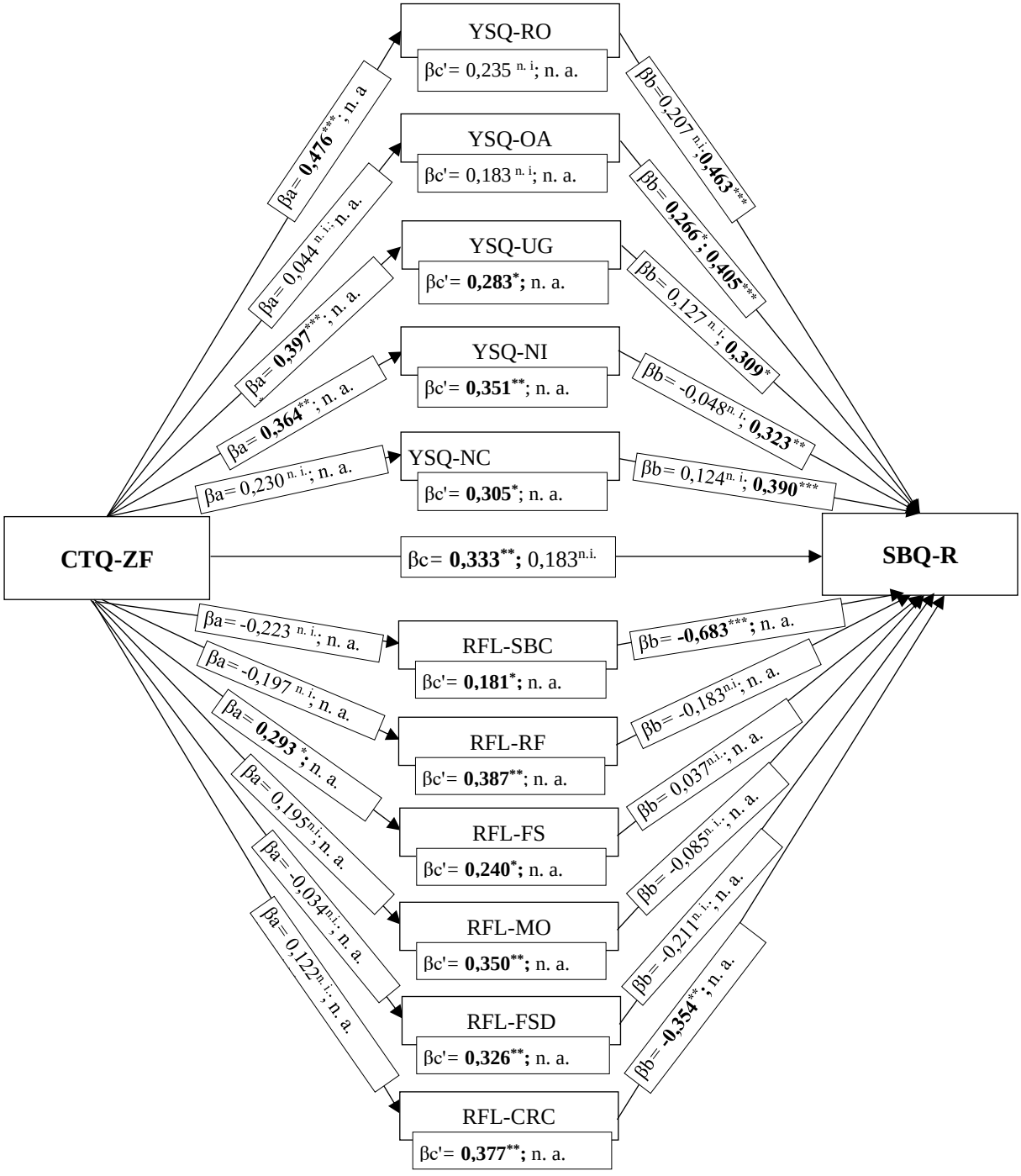
Podobnie jak w przypadku analiz dotyczących rozwoju depresji, nie opisywano szczegółowo modeli równań strukturalnych dla tendencji samobójczych jako zmiennej zależnej, gdyż założeniem, wynikającym z ograniczenia możliwości określenia roli konkretnych domen schematów i rodzajów powodów do życia, było jedynie potwierdzenie konstruktu teoretycznego. Jak już wspomniano, modele rozpatrujące w ten sposób problem badawczy uzyskały niewystarczające wskaźniki dopasowania. Niemniej jednak, bazując na modelu zaprezentowanym na rysunku 8, udało się ujawnić pewne rozbieżności ścieżek w rozwoju tendencji samobójczych względem płci.

W celu bardziej szczegółowych oszacowań ukazujących znaczenie poszczególnych domen schematów i typów powodów do życia w relacji między traumą dziecięca a tendencjami samobójczymi, zastosowano diagramy strukturalne Hayes'a (Model 4) z procedurą *bootstrappingu BCa*.

Na kolejnych rysunkach (9-13) przedstawiono wskaźniki regresji uzyskane dla kobiet i mężczyzn przyjmując poszczególne typy traumy.

Rysunek 9

Standaryzowane współczynniki regresji dla domen schematów i powodów do życia jako mediatorów zależności pomiędzy zaniedbaniem fizycznym a tendencjami samobójczymi, gdzie wartości po lewej stronie dotyczą grupy kobiet (n=68), a po prawej mężczyzn (n=67)



Notatka: *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001; n. i. – nieistotne statystycznie, n. a. - nieanalizowane ze względu na brak spełnienia kryterium mediacji o istotności efektu bezpośredniego wpływu zmiennej niezależnej na zmienną

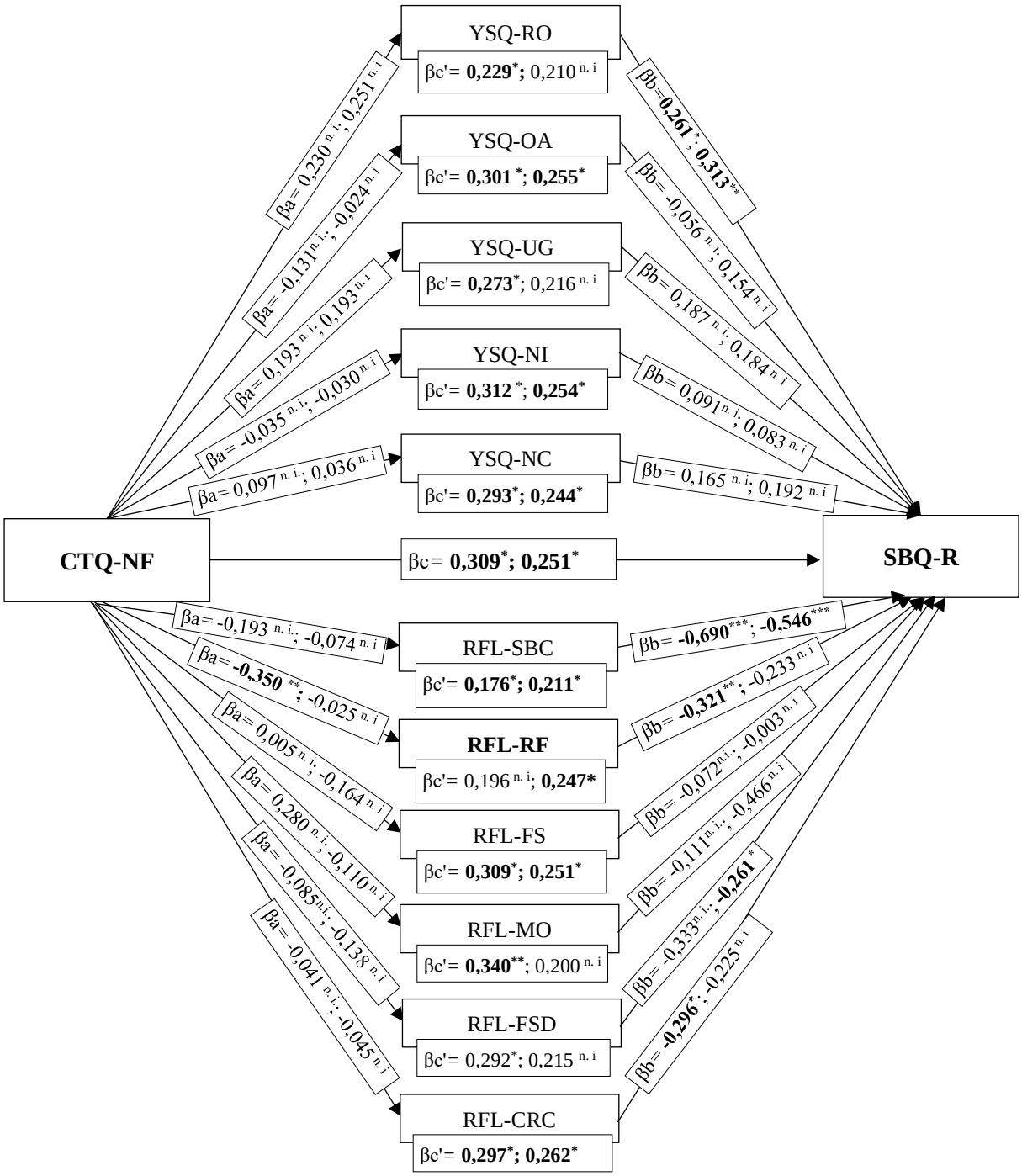
zależną, β – standaryzowany współczynnik regresji, CTQ-ZF – Zaniedbanie fizyczne; YSQ-RO – Rozłączenie i odrzucenie, YSQ-OA – Osłabiona autonomia i brak dokonań, YSQ-UG – Uszkodzone granice, YSQ-NI – Nakierowanie na innych, YSQ-NC – Nadmierna czujność i zahamowanie; RFL-SCB – Przekonanie o umiejętności radzenia sobie, RFL-RF – Poczucie odpowiedzialności wobec rodziny, RFL-FS – Lęk przed samobójstwem, RFL-MO – Moralne wątpliwości, RFL-FSD – Lęk przed dezaprobatą społeczną, RFL-CRC – Obawy związane z dziećmi; SBQ-R – Kwestionariusz Zachowań Suicydalnych

Jak pokazano na rys. 9, doświadczenie zaniedbania fizycznego w dzieciństwie przez badane kobiety predysponuje do pojawienia się tendencji samobójczych ($\beta c = 0{,}333$; $p = 0{,}005$; 95% Cl [0,119; 0,663]). Ta zależność nie była istotna w grupie mężczyzn ($\beta c = 0{,}183$; $p = 0{,}138$; 95% Cl [-0,070; 0,494]), co uniemożliwiło wysnucie analogicznych wniosków.

W związku z tym kontynuowano estymacje efektów jedynie w odniesieniu do uczestniczek niniejszego badania. Wykazano, że wzrostowi intensywności zaniedbania fizycznego w okresie dzieciństwa towarzyszyło nasilenie u kobiet schematów z domeny rozłączenia i odrzucenia ($\beta a = 0{,}476$; $p < 0{,}001$; 95% Cl [1,613; 4,297]), uszkodzonych granic ($\beta a = 0{,}397$; $p < 0{,}001$; 95% Cl [0,355; 1,293]); nakierowania na innych ($\beta a = 0{,}364$; $p = 0{,}002$; 95% Cl [0,456; 1,997]) oraz lęku przed samobójstwem jako aktu związanego z bólem i krwią ($\beta a = 0{,}293$; $p = 0{,}015$; 95% Cl [0,017; 0,159]). Jednak żadna z tych zmiennych nie przewiduje nasilenia tendencji samobójczych, a tym bardziej nie wyjaśnia relacji między traumą zaniedbania fizycznego a tendencjami samobójczymi.

Rysunek 10

Standaryzowane współczynniki regresji dla domen schematów i powodów do życia jako mediatorów zależności pomiędzy nadużyciem fizycznym a tendencjami samobójczymi, gdzie wartości po lewej stronie dotyczą grupy kobiet (n=68), a po prawej mężczyzn (n=67)



Notatka: $^{*}p < 0,05$, $^{**}p < 0,01$, $^{***}p < 0,001$; n. i. – nieistotne statystycznie, n. a. - nieanalizowane ze względu na brak spełnienia kryterium mediacji o istotności efektu bezpośredniego wpływu zmiennej niezależnej

na zmienną zależną, β – standaryzowany współczynnik regresji, CTQ-NF -Nadużycie fizyczne; YSQ-RO – Rozłączenie i odrzucenie, YSQ-OA – Osłabiona autonomia i brak dokonań, YSQ-UG – Uszkodzone granice, YSQ-NI – Nakierowanie na innych, YSQ-NC – Nadmierna czujność i zahamowanie; RFL-SCB – Przekonanie o umiejętności radzenia sobie, RFL-RF – Poczucie odpowiedzialności wobec rodziny, RFL-FS – Lęk przed samobójstwem, RFL-MO – Moralne wątpliwości, RFL-FSD – Lęk przed dezaprobatą społeczną, RFL-CRC – Obawy związane z dziećmi; SBQ-R – Kwestionariusz Zachowań Suicydalnych

Wyniki zaprezentowane na diagramie (rys. 10) obrazują, że doświadczenie nadużycia fizycznego w dzieciństwie predysponuje zarówno kobiety (βc = 0,309; p = 0,010; 95% Cl [0,091; 0,658], jak i mężczyzn (βc = 0,251; p = 0,040; 95% Cl [0,137; 0,579] do pojawienia się tendencji samobójczych w życiu dorosłych.

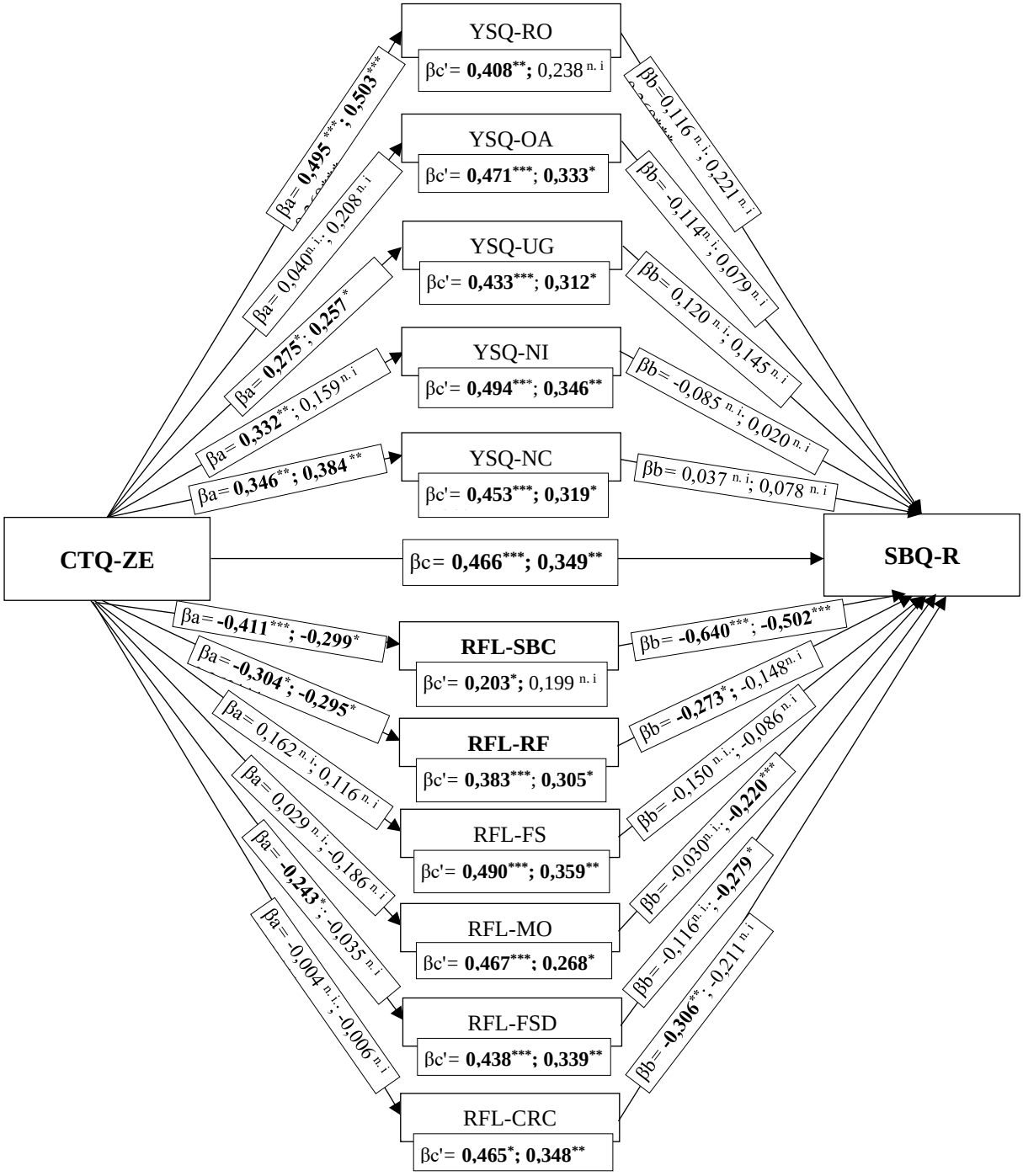
W grupie kobiet nadużycie fizyczne przewiduje obniżenie poczucia odpowiedzialności wobec rodziny (βa = -0,350; p = 0,003; 95% Cl [-0,201; -0,041]), co z kolei przekłada się na silniejsze tendencje samobójcze (βb = -0,321; p = 0,007; 95% Cl [-0,457; -0,082]).

Biorąc pod uwagę, że uwzględnienie poczucia odpowiedzialności wobec rodziny w relacji między nadużyciem fizycznym a tendencjami samobójczymi wiąże się z uzyskaniem nieistotnego efektu głównego (βc’ = 0,196; p = 0,105; 95% Cl [-0,051; 0,528]) wszystko wskazuje, że RFL-RF mediują tę relację w grupie kobiet. Jednak z uwagi na brak istotności efektu mediacyjnego (SI = 0,11; Cl 95% [-0,013; 0,267]) konieczne jest uznanie poczucia odpowiedzialności wobec rodziny z pewną ostrożnością. Jak widać wielkość efektu jest niewielka, co prawdopodobnie wiąże się z niewystarczającą mocą statystyczną badania. Tak więc arbitralne stwierdzenie mediującej roli poczucia odpowiedzialności wobec rodziny wymaga dalszych badań.

Natomiast w grupie mężczyzn nie wykryto żadnych istotnych związków między domenami i powodami do życia a doświadczeniem nadużycia fizycznego w okresie dzieciństwa.

Rysunek 11

Standaryzowane współczynniki regresji dla domen schematów i powodów do życia jako mediatorów zależności pomiędzy zaniedbaniem emocjonalnym a tendencjami samobójczymi, gdzie wartości po lewej stronie dotyczą grupy kobiet (n=68), a po prawej mężczyzn (n=67)



Notatka: *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001; n. i. – nieistotne statystycznie, β – standaryzowany współczynnik regresji, CTQ-ZE – Zaniedbanie emocjonalne; YSQ-RO – Rozłączenie i odrzucenie, YSQ-OA – Osłabiona

autonomia i brak dokonań, YSQ-UG – Uszkodzone granice, YSQ-NI – Nakierowanie na innych, YSQ-NC – Nadmierna czujność i zahamowanie; RFL-SCB – Przekonanie o umiejętności radzenia sobie, RFL-RF – Poczucie odpowiedzialności wobec rodziny, RFL-FS – Lęk przed samobójstwem, RFL-MO – Moralne wątpliwości, RFL-FSD – Lęk przed dezaprobatą społeczną, RFL-CRC – Obawy związane z dziećmi; SBQ-R – Kwestionariusz Zachowań Suicydalnych

Zgodnie z wynikami przedstawionymi na rysunku 11, w grupie kobiet (βc = 0,466; p < 0,001; 95% Cl [0,203; 0,557] oraz mężczyzn (βc = 0,349; p = 0,004; 95% Cl [0,094; 0,468] przeżycie zaniedbania emocjonalnego w dzieciństwie przewiduje nasilenie tendencji samobójczych w dorosłości.

Im większa trauma zaniedbania emocjonalnego u kobiet tym wyższe nasilenie schematów z domeny rozłączenie i odrzucenie (βa = 0,495; p < 0,001; 95% Cl [1,213; 3,056], uszkodzone granice (βa = 0,275; p = 0,023; 95% Cl [0,056; 0,738], nadmierna czujność (βa = 0,346; p = 0,004; 95% Cl [0,424; 2,112] oraz niższe przekonanie o umiejętności radzenia sobie (βa = -0,411; p < 0,001; 95% Cl [-0,013; -0,038], poczucie odpowiedzialności wobec rodziny (βa = -0,304; p = 0,012; 95% Cl [-0,125; -0,016] oraz lęk przed dezaprobatą społeczną (βa = -0,243; p = 0,046; 95% Cl [-0,135; -0,001].

Z kolei w grupie mężczyzn doświadczenie zaniedbania emocjonalnego wpływa na nasilenie schematów z domeny rozłączenia i odrzucenia (βa = 0,503; p < 0,001; 95% Cl [1,296; 3,217] oraz obniżenie przekonania o umiejętności radzenia sobie (βa = -0,299; p = 0,014; 95% Cl [-0,134; -0,016] i poczucia odpowiedzialności wobec rodziny (βa = -0,295; p = 0,015; 95% Cl [-0,162; -0,018].

Analizując dalsze powiązania wymienionych zmiennych wykazano, że w obu grupach jedynym istotnym mediatorem jest przekonanie o umiejętności radzenia sobie. W przypadku kobiet siła związku między zaniedbaniem emocjonalnym a tendencjami samobójczymi po uwzględnieniu RFL-SCB uległa osłabieniu (βc’ = 0,203; p = 0,028; 95% Cl [0,018; 0,313]). Z kolei obniżenie RFL-SBC w wyniku doświadczonej traumy, wiązało się z nasileniem

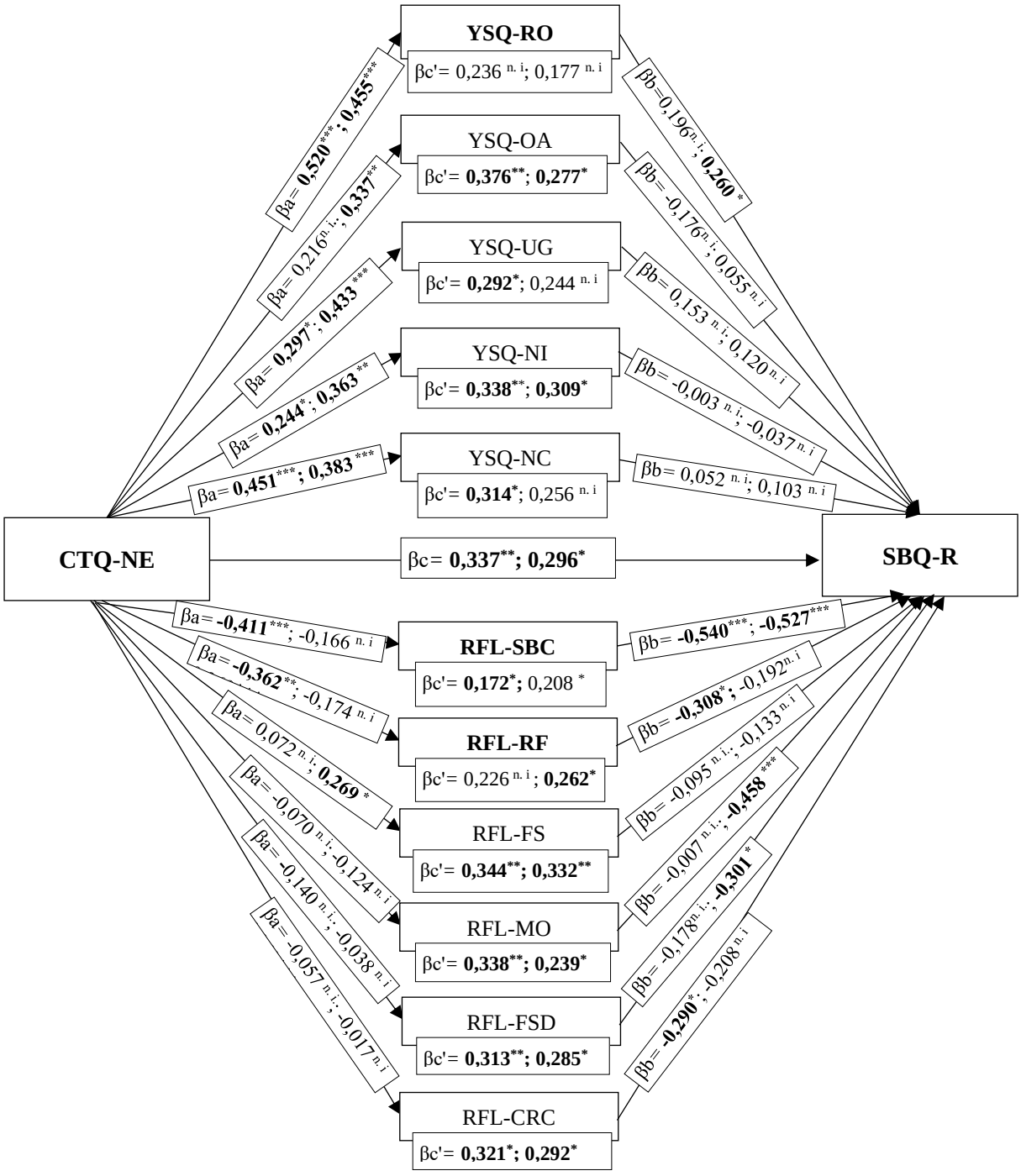
tendencji samobójczych (βb = -0,640; p < 0,001; 95% Cl [-3,299; -1,846]). Wyniki te wskazywały na częściową mediację, co potwierdził istotny, umiarkowany efekt mediacyjny (SI = 0,26; 95% Cl [0,131; 0,381]). Wyjaśniona wariancja to 56% (R^2 = 0,558).

Z kolei u mężczyzn, relacja między zaniedbaniem emocjonalnym a tendencjami samobójczymi po włączeniu RFL-SCB okazała się nieistotna (βc' = 0,199; p = 0,064; 95% Cl [-0,009; 0,330]). Obniżenie RFL-SBC również skutkowało nasileniem tendencji samobójczych (βb = -0,502; p < 0,001; 95% Cl [-2,285; -0,934]). Uzyskano istotny umiarkowany efekt mediacyjny (SI = 0,15; 95% Cl [0,034; 0,269]) oraz 35% (R^2 = 0,351) wyjaśnionej wariancji. Uprawnionym wydaje się więc stwierdzenie, że przekonanie o umiejętności radzenia sobie wyjaśnia związek zaniedbania emocjonalnego i tendencji samobójczych w częściowy sposób dla kobiet, a całkowity u mężczyzn.

Takiej pewności nie dają wyniki uzyskane dla poczucia odpowiedzialności wobec rodziny w grupie kobiet. Mimo spełnienia pozostałych kryteriów mediacji jak przełożenie niskiego poziomu RFL-RF na nasilenie tendencji samobójczych (βb = -0,273; p = 0,045; 95% Cl [1,769; 2,549] oraz obniżenie siły związku między zaniedbaniem emocjonalnym a tendencjami samobójczymi po uwzględnieniu RFL-RF (βc' = 0,305; p = 0,042; 95% Cl [0,597; 2,002] do wnioskowania o ich mediacyjnej roli należy podejść z należytą ostrożnością. Organicznie to wynika z braku istotności uzyskanego efektu mediacyjnego (SI = 0,08; 95% Cl [0,002; -0,200]).

Rysunek 12

Standaryzowane współczynniki regresji dla domen schematów i powodów do życia jako mediatorów zależności pomiędzy nadużyciem emocjonalnym a tendencjami samobójczymi, gdzie wartości po lewej stronie dotyczą grupy kobiet (n=68), a po prawej mężczyzn (n=67)



Notatka: $^{*}p < 0,05$, $^{**}p < 0,01$, $^{***}p < 0,001$; n. i. – nieistotne statystycznie, β – standaryzowany współczynnik regresji, CTQ-NE – Nadużycie emocjonalne; YSQ-RO – Rozłączenie i odrzucenie, YSQ-OA – Osłabiona

autonomia i brak dokonań, YSQ-UG – Uszkodzone granice, YSQ-NI – Nakierowanie na innych, YSQ-NC – Nadmierna czujność i zahamowanie; RFL-SCB – Przekonanie o umiejętności radzenia sobie, RFL-RF – Poczucie odpowiedzialności wobec rodziny, RFL-FS – Lęk przed samobójstwem, RFL-MO – Moralne wątpliwości, RFL-FSD – Lęk przed dezaprobatą społeczną, RFL-CRC – Obawy związane z dziećmi; SBQ-R – Kwestionariusz Zachowań Suicydalnych

Z wyników zaprezentowanych na rys. 12 wynika, że przeżycie w dzieciństwie nadużycia emocjonalnego przewiduje wystąpienie tendencji samobójczych w dorosłości u badanych kobiet (βc = 0,337; p = 0,005; 95% Cl [0,089; 0,477] oraz mężczyzn (βc = 296; p = 0,015; 95% Cl [0,049; 0,446].

Poza tym wykazano, że w odniesieniu do kobiet nasilenie przemocy emocjonalnej przekłada się na wzrost poziomu negatywnych schematów z domeny rozłączenia i odrzucenia (βa = 0,520; p < 0,001; 95% Cl [1,376; 3,238], uszkodzonych granic (βa = 0,297; p = 0,014; 95% Cl [0,092; 0,789], nakierowania na innych (βa = 0,244; p = 0,045; 95% Cl [0,014; 1,161], nadmiernej czujności (βa = 0,451; p < 0,001; 95% Cl [0,872; 2,524] oraz obniżenie przekonania o umiejętności radzenia sobie (βa = -0,242; p = 0,047; 95% Cl [-0,100; -0,001]) oraz poczucia odpowiedzialności wobec rodziny (βa = -0,362; p = 0,002; 95% Cl [-0,141; -0,032]).

Dalsza estymacja zależności w grupie kobiet ujawniła, że niższy poziom przekonania o umiejętności radzenia sobie RFL-SBC wiązał się z nasileniem tendencji samobójczych (βb = -0,540; p < 0,001; 95% Cl [-3,423; -2,053]). Z kolei siła związku między nadużyciem emocjonalnym a tendencjami samobójczymi po uwzględnieniu RFL-SBC uległa osłabieniu (βc’ = 0,172; p = 0,048; 95% Cl [0,001; 0,288]), co wskazuje na częściową mediację. Uzyskano istotny, umiarkowany efekt mediacyjny (SI = 0,17; 95% Cl [0,019; 0,297]), a wyjaśniona wariancja wyniosła 55% (R^2 = 0,551).

Wykazano również, że obniżony poziom poczucia odpowiedzialności wobec rodziny wiąże się z nasileniem tendencji samobójczych (βb = -0,308; p = 0,041; 95% Cl [0,051;

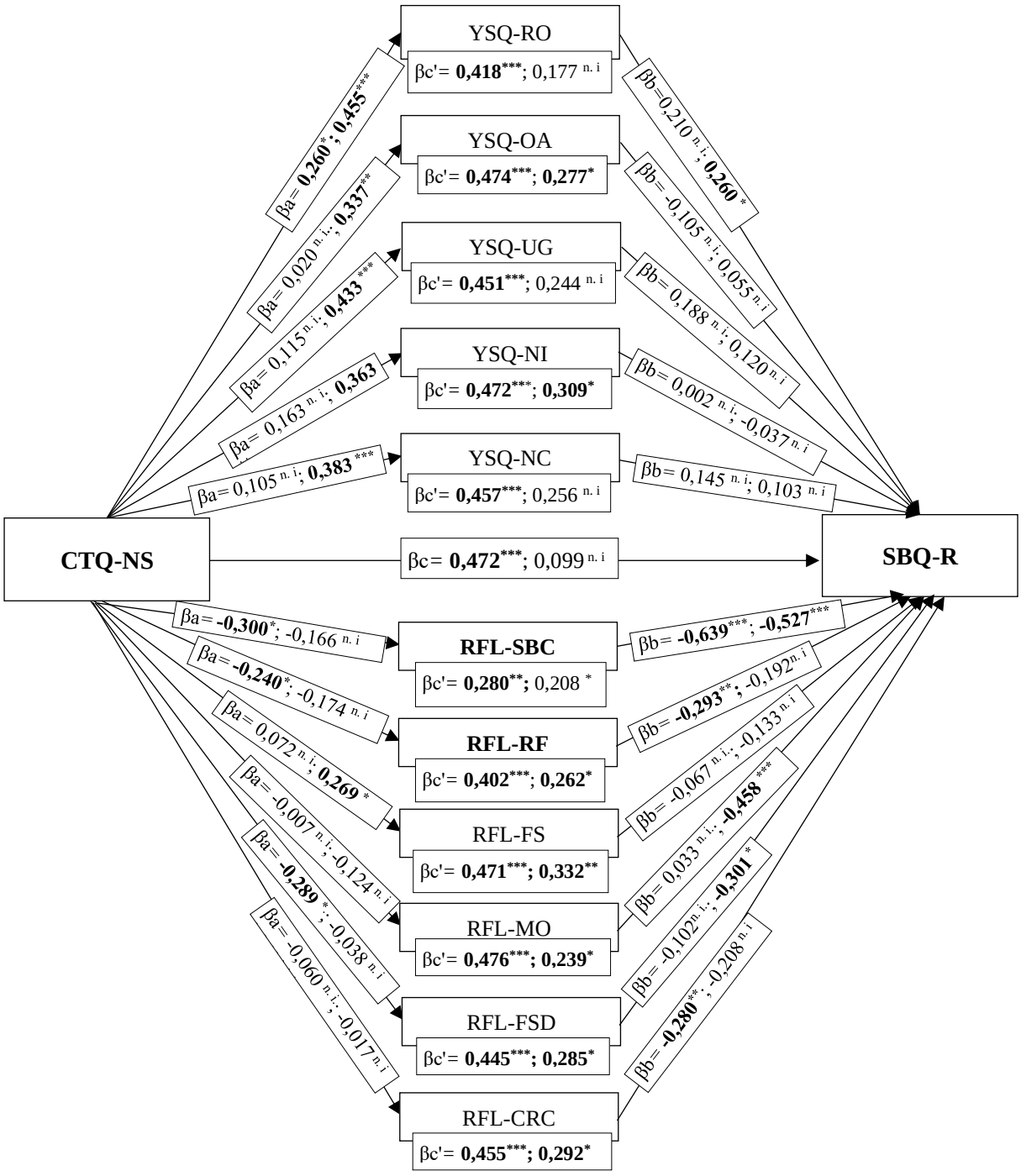
0,198]). Uwzględnienie RFL-RF w relacji między nadużyciem emocjonalnym a tendencjami samobójczymi skutkuje utratą istotności efektu głównego (βc’ = 0,226; p = 0,354; 95% Cl [- 1,521; 0,746]) sugerując pełną mediację. Jednak podobnie jak w przypadku analiz dotyczących nadużycia fizycznego i zaniedbania emocjonalnego, brak istotności efektu mediacyjnego (SI = 0,11; 95% Cl [-0,003; 0,257]) pozwala na uznanie mediacyjnej roli poczucia odpowiedzialności wobec rodziny z dużą ostrożnością i wskazaniem do dalszych analiz.

Z kolei w grupie badanych mężczyzn ujawniono, że wraz z nasileniem przemocy emocjonalnej rośnie poziom negatywnych schematów z domeny rozłączenia i odrzucenia (βa = 0,455; p < 0,001; 95% Cl [1,094; 3,152], osłabionej autonomii (βa = 0, 337; p = 0,005; 95% Cl [0,382; 2,095], uszkodzonych granic (βa = 0,433; p < 0,001; 95% Cl [0,404; 1,263], nakierowania na innych (βa = 0,363; p = 0,002; 95% Cl [0,326; 1,458]), a także wzrasta poziom lęku przed popełnieniem samobójstwa (βa = 0,269; p = 0,028; 95% Cl [0,008; 0,132]).

Spośród wymienionych zmiennych dalsze znaczenie dla modelu mają jedynie schematy z domeny rozłączenia i odrzucenia, z nasileniem których rosną tendencje samobójcze (βb = 0,260; p = 0,049; 95% Cl [0,001; 0,093]). Po wprowadzeniu YSQ-RO, efekt główny okazał się nieistotny (βc’ = 0,177; p = 0,177; 95% Cl [-0,069; 0,366] wskazując, iż schematy całkowicie mediują tę relację. Efekt mediacyjny okazał się umiarkowany (SI = 0,12; 95% Cl [0,002; 0,292]). Wyjaśniona wariancja wyniosła 14% (R^2 = 0,141)

Rysunek 13

Standaryzowane współczynniki regresji dla domen schematów i powodów do życia jako mediatorów zależności pomiędzy nadużyciem seksualnym a tendencjami samobójczymi, gdzie wartości po lewej stronie dotyczą grupy kobiet (n=68), a po prawej mężczyzn (n=67)



Notatka: *p < 0,05, **p < 0,01, ***p < 0,001; n. i. – nieistotne statystycznie, , n. a.- nieanalizowane ze względu na brak spełnienia kryterium mediacji o istotności efektu bezpośredniego wpływu zmiennej niezależnej na zmienną

zależną, β – standaryzowany współczynnik regresji, CTQ-NS – Nadużycie seksualne; YSQ-RO – Rozłączenie i odrzucenie, YSQ-OA – Osłabiona autonomia i brak dokonań, YSQ-UG – Uszkodzone granice, YSQ-NI – Nakierowanie na innych, YSQ-NC – Nadmierna czujność i zahamowanie; RFL-SCB – Przekonanie o umiejętności radzenia sobie, RFL-RF – Poczucie odpowiedzialności wobec rodziny, RFL-FS – Lęk przed samobójstwem, RFL-MO – Moralne wątpliwości, RFL-FSD – Lęk przed dezaprobatą społeczną, RFL-CRC – Obawy związane z dziećmi; SBQ-R – Kwestionariusz Zachowań Suicydalnych

Przyglądając się wynikom zaprezentowanym na rysunku 13, widać, że w grupie kobiet przeżycie w dzieciństwie nadużycia seksualnego predysponuje do pojawienia się tendencji samobójczych w dorosłości (βc = 0,472; p < 0,001; 95% Cl [0,446; 1,203]. Zależność okazała się nieistotna w przypadku mężczyzn (βc = 0,099; p = 427; 95% Cl [-0,366; 0,855]), wobec czego odstąpiono do dalszych estymacji dla tej grupy.

W toku dalszych oszacowań wyników dla kobiet, wykazano, że wraz z nasileniem traumy przemocy seksualnej rośnie poziom negatywnych schematów z domeny rozłączenie i odrzucenie (βa = 0,260; p = 0,032; 95% Cl [0,214; 4,602]), a maleje przekonanie o umiejętności radzenia sobie (βa = -0,300; p = 0,013; 95% Cl [0,214; 4,602]), poczucie odpowiedzialności wobec rodziny (βa = -0,240; p = 0,048; 95% Cl [-0,238; -0,001] oraz lęk przed dezaprobatą społeczną (βa = -0,269; p = 0,027; 95% Cl [-0,303; -0,019].

Analiza owych zmiennych jako mediatorów wykazała, że niższy poziom przekonania o umiejętności radzenia sobie przekłada się na wzrost tendencji samobójczych (βb = -0,639; p < 0,001; 95% Cl [-3,234; -1,905]). Po uwzględnieniu RFL-SBC siła związku między nadużyciem seksualnym a tendencjami samobójczymi uległa osłabieniu (βc’ = 0,280; p = 0,001; 95% Cl [0,201; 0,778]). W świetle uzyskanych wyników, można stwierdzić, że RFL-SBC częściowo wyjaśniają tę relację. Uzyskano umiarkowany efekt mediacyjny (SI = 0,19; 95% Cl [0,104; 0,280]) oraz 58% wyjaśnionej wariancji (R^2 = 0,595).

W odniesieniu do poczucia odpowiedzialności wobec rodziny trudno jednoznacznie stwierdzić czy wyjaśnia ono związek między nadużyciem seksualnym a tendencjami samobójczymi czy jest z nimi tylko skorelowane. Wiadomym jest, że niski poziom RFL-RF

nasila tendencje samobójcze (βb = -0,293; p = 0,007; 95% Cl [-2,458; -1,635]), a uwzględnienie RFL-RF w relacji między nadużyciem emocjonalnym a tendencjami samobójczymi wiąże się z obniżeniem siły efektu głównego (βc' = 0,402; p < 0,001; 95% Cl [1,932; 0,052]) sugerując częściową mediację. Jednak w oparciu o brak istotności efektu mediacyjnego (SI = 0,07; 95% Cl [-0,034; 0,191]) uznanie RFL-RF za mediator tej relacji należy przyjąć z ostrożnością.

Podsumowując, w przypadku tendencji samobójczych płeć generuje niewielkie różnice w przebiegu ścieżek lub zróżnicowaną siłę efektów wykazanych związków. **W odniesieniu do kobiet, każdy rodzaj traumy dziecięcej przewidywał tendencje samobójcze w życiu dorosłym. Natomiast u mężczyzn było to nadużycie fizyczne oraz zaniedbanie i nadużycie emocjonalne.**

Względem badanych kobiet ujawniono, iż jedyną zmienną, która bezsprzecznie wyjaśnia zależności między zaniedbaniem i nadużyciem emocjonalnym oraz przemocą seksualną a tendencjami samobójczymi jest przekonanie o umiejętności radzenia sobie. Uzyskane wskaźniki doprowadziły do wniosków, że tego rodzaju powody do życia osłabiają relacje między poszczególnymi typami traumy a tendencjami samobójczymi. Takiej pewności nie dają wyniki uzyskane dla poczucia odpowiedzialności wobec rodziny w relacjach między nadużyciem fizycznym, emocjonalnym, seksualnym oraz zaniedbaniem emocjonalnym a tendencjami samobójczymi. W każdej z tych analiz zostały spełnione wszystkie warunki mediacji, poza istotnością efektu mediacyjnego, co spowodowało, że określenie poczucia odpowiedzialności wobec rodziny w roli mediatora należy przyjąć z ostrożnością i wskazaniem do dalszych badań.

Z kolei w przypadku mężczyzn wyodrębniono dwa istotne mediatory o różnym kierunku wpływu. Mianowicie, przekonanie o umiejętności radzenia sobie, które osłabia relację między zaniedbaniem emocjonalnym a tendencjami samobójczymi oraz schematy

z domeny rozłączenie i odrzucenie, które wzmacniają związek między nadużyciem emocjonalnym a tendencjami samobójczymi.

Weryfikacja hipotezy 4: Wyodrębniono specyficzne dla danej płci oraz podobne acz różniące się siłą efektu, ścieżki przewidujące rozwój depresji i tendencji samobójczych.

Predyktorem depresji u kobiet okazało się nadużycie emocjonalne, ale spośród wszystkich domen schematów i powodów do życia, żaden nie okazał się istotnych mediatorem, który wyjaśniałby tę relację. Z kolei u mężczyzn predyktorem depresji jest doświadczenie nadużycia emocjonalnego oraz zaniedbania emocjonalnego. Mediatorem relacji między tym typem traumy a depresją są schematy z domeny rozłączenia i odrzucenia, które wzmacniają ów związek oraz przekonanie o umiejętności radzenia sobie, które go osłabia. Natomiast schematy ze wszystkich domen wyjaśniają zależności między nadużyciem emocjonalnym a depresją.

Z kolei tendencje samobójcze w grupie kobiet były przewidywane przez doświadczenie wszystkich typów traumy, a najsilniej przez nadużycie seksualne. Natomiast w grupie mężczyzn predyktorem tendencji samobójczych okazały się trzy rodzaje traumatycznych przeżyć, przy czym zaniedbanie emocjonalne miało największe znaczenia, zaś nadużycie fizyczne i emocjonalne - nieco mniejsze. Bez względu na płeć istotnym mediatorem okazało się przekonanie o umiejętności radzenia sobie w relacji między zaniedbaniem emocjonalnym a tendencjami samobójczymi. U kobiet przekonanie o umiejętności radzenia sobie mediuje także związek w odniesieniu do nadużycia emocjonalnego i seksualnego. Z ostrożnością uznano mediującą rolę poczucia odpowiedzialności wobec rodziny w kontekście zaniedbania emocjonalnego, nadużycia fizycznego, emocjonalnego i seksualnego doświadczonego przez kobiety.

W przypadku mężczyzn nie odnaleziono żadnych przesłanek, aby poczucie odpowiedzialności wobec rodziny wpływało na związek między traumą a tendencjami

samobójczymi. Natomiast istotne znaczenie mają schematy z domeny rozłącznie i odrzucenie, które wyjaśniają relację między nadużyciem emocjonalnym a tendencjami suicydalnymi. Patrząc przekrojowo na uzyskane wyniki, schematy z domeny rozłączenie i odrzucenie zdają się mieć najistotniejsze znaczenie w rozwoju psychopatologii mężczyzn. Biorąc pod uwagę wyniki analiz, można uznać, że hipoteza 4 została potwierdzona, rozpatrując odmienność ścieżek, także jako różnicę w siłach efektu przy ich podobnym przebiegu u obu płci.

ROZDZIAŁ V. DYSKUSJA WYNIKÓW

Dyskusja wyników została podzielona na dwie części. W pierwszej omówiono rezultaty weryfikowania hipotez w odniesieniu do danych literaturowych oraz wskazano implikacje praktyczne uzyskanych efektów w pracy terapeutycznej. W drugiej części rozważono mocne strony i ograniczenia wykonanych badań oraz zasugerowano ewentualne kierunki dalszych prac nad analizowanym zagadnieniem.

5.1. Omówienie rezultatów badań

Wobec stale narastającej liczby zachorowań na depresję oraz niepokojącego wskaźnika samobójstw w skali globalnej, istotne znaczenie przypisuje się określeniu czynników ryzyka oraz zapobiegających rozwojowi zaburzeń zdrowia psychicznego (Malone i in. 2000). Toteż za ogólny cel niniejszych badań przyjęto testowanie odpowiedzi na pytanie - jakie czynniki poznawcze zmniejszają, a jakie zwiększają objawy depresyjne i tendencje samobójcze u osób z rozpoznaną depresją, gdy uwzględni się występowanie traumy dziecięcej?

Rola traumatycznych doświadczeń z okresu dzieciństwa w genezie zaburzeń zdrowia psychicznego była wielokrotnie poruszana (m.in. Murray i Lopez 1996; Wade i Halligan, 2017; Vittengl i in., 2007). Przyjmując, że doświadczenie traumy w dzieciństwie nie determinuje rozwoju depresji i tendencji samobójczych w życiu dorosłym, a jest czynnikiem predysponującym (Hoertel i in., 2015; Steuden i Jankowski, 2016) istotnym jest określenie zmiennych pośredniczących, które pomogłyby lepiej wyjaśnić owe zależności.

W oparciu o poznawczy modelu rozwoju zaburzeń przyjęto nieadaptacyjne schematy jako czynnik ryzyka oraz powody do życia jako potencjalny czynnik chroniący przed rozwojem objawów psychopatologicznych (Linehan i in. 1983; Young i in., 2014). Znaczenie nieadaptacyjnych schematów dla nasilenia depresji zostało wykazane w wielu

badaniach, jednak brak jest całkowitego porozumienia w kwestii charakterystyki grup (domen) schematów predysponujących do wystąpienia depresji, a tym bardziej tendencji samobójczych specyficznych dla danej płci. Wynika to z ograniczeń metodologicznych związanych z heterogenicznością badanych grup, gdyż badania prowadzono w grupach nieklinicznych (Riso i in., 2006), bądź klinicznych, ale z szerokim spektrum chorób współistniejących (Bishop i in., 2021; Trincas i in., 2014). Z kolei analizy z udziałem osób z rozpoznaniem depresji obejmowały nieliczną grupę (Kiyafar i in. 2017) i nie różnicowały tej tematyki międzypłciowo (Welburn i in. 2014) Badanie pacjentów aktualnie cierpiących na depresję, ma istotne znaczenie ze względu na założenie o aktywności schematów depresjogennych w procesach myślowych i emocjonalnych podczas trwania epizodu depresyjnego, które w innych przypadkach mogłyby pozostać latentne. Jest to istotne nie tylko z punktu widzenia leczenia trwającego epizodu, ale również dla zapobiegania nawrotom kolejnych (Blaut i Paulewicz, 2011; Beck i Dozois, 2011; Kendler i in., 2000).

Z kolei wybór powodów do życia jako potencjalnego czynnika chroniącego był pokierowany doniesieniami literaturowymi wykazującymi na jego powiązania z tendencjami samobójczymi, także u osób cierpiących na depresję (Kiran i in., 2017; Malone i in., 2000). Jednak nie przeprowadzono dotychczas badań uwzględniających różnice między kobietami a mężczyznami pod względem kategorii powodów do życia, w szczególności obejmujących grupy kliniczne. Brak jest również doniesień na temat związków między traumatycznymi doświadczeniami z dzieciństwa a późniejszą motywacją do życia, podobnie jak w przypadku powiązań między powodami do życia a nieadaptacyjnymi schematami. Dodatkowo, podążając za koncepcją Ruttera (1987), iż relacja między nieadaptacyjnymi strukturami poznawczymi a dysfunkcjami psychologicznymi może być modyfikowana przez jakieś czynniki ochronne, analiza powodów do życia w tej roli zdaje się być uzasadniona.

Biorąc pod uwagę przytoczone argumenty, wyniki analiz przeprowadzonych z udziałem osób będących w trakcie epizodu depresyjnego, wydają się dostarczyć wielu cennych wniosków, w szczególności przy uwzględnieniu uczestników obu płci. Takie podejście metodologiczne może również przybliżyć do odpowiedzi czy specyficzne, eksternalizacyjne symptomy „męskiej depresji" takie jak złość, drażliwość, agresywność, nadużywanie substancji psychoaktywnych i podejmowanie zachowań ryzykownych, mogą występować również u kobiet (Möller-Leimkühler i Yücel, 2010). Doniesienia z innych badań dostarczyły dowodów na występowanie atypowego obrazu depresji u mężczyzn (Nadeau i in., 2016; Oliffe i in., 2019), co wyjaśnia się nie tylko czynnikami hormonalnymi (Angst i in., 2002), ale także podporządkowaniem wobec tradycyjnie męskim wzorcom kulturowym i społecznym (Cochran i Rabinovitz, 2003; Mahalik i in., 2013; Rice i in., 2013; Rutz i in., 1995; Sher, 2015; Thompson i in., 1992). Natomiast w przypadku kobiet większość badań koncentruje się wokół klasycznych symptomów depresji (Addis, 2008), a tylko nieliczne wskazują na występowanie objawów eksternalizacyjnych przypisywanych męskiej depresji (Innamorati i in., 2011; Möller-Leimkühler i Yücel, 2010). Stąd potrzeba eksploracji atypowego obrazu depresji u kobiet służąca wyjaśnieniu czy męska depresja faktycznie jest fenotypem objawów charakterystycznym tylko dla mężczyzn. Jest to istotne z uwagi na wykazane u mężczyzn, silne powiązania zachowań eksternalizacyjnych z tendencjami samobójczymi (Chodkiewicz i Miniszewska, 2016; Oliffe i in. 2019; Zajac i in., 2020) oraz ze skłonnością do redukcji bólu psychicznego poprzez spożywanie alkoholu, co wtórnie może prowadzić do rozwoju uzależnienia (Rol i Chodkiewicz, 2015).

Wprawdzie liczba samobójstw dokonanych przez kobiety jest 6-9 krotnie niższa od wskaźnika dla mężczyzn, to jest równie niepokojąca. Tym bardziej, że na przestrzeni lat stale wzrasta liczba kobiet, które skutecznie targnęły się na swoje życie (Statystyki Policji,

2022). Stąd tak istotne, może być uwzględnienie objawów eksternalizacyjnych zarówno w diagnostyce depresji kobiet, jak i mężczyzn oraz poznanie jej patomechanizmu.

W niniejszej pracy przyjęto cele szczegółowe przetestowane w czterech hipotezach. Dwie pierwsze hipotezy dotyczyły ogólnych zależności występujących w całej grupie bez podziału na płeć. Zaś dwie kolejne koncertowały się na różnicach między kobietami a mężczyznami.

W celu weryfikacji hipotez przeprowadzono badanie z udziałem 135 osób (68 kobiet i 67-u mężczyzn) z rozpoznaną depresją. Zastosowano metryczkę oraz kwestionariusz do retrospektywnej oceny urazów z dzieciństwa (*Childhood Trauma Questionnaire,* CTQ: Bernstein i in., 1994; Bernstein i Fink, 1998; Gąsior i in., 2018); narzędzie do pomiaru nieadaptacyjnych schematów (*The Young Schema Questionnaire 3 Short Form*, YSQ–S3: Oettingen i in. 2018; Young, 2005), inwentarz do określenia czynników chroniących przed popełnieniem samobójstwa (*Reasons for Living Inventory,* RFL-48; Linehan i in., 1983: Siewierska i Chodkiewicz, 2022), kwestionariusz do analizy zachowań samobójczych (*The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised,* SBQ-R: Chodkiewicz i Gruszczyńska, 2020; Osman i in., 2001) narzędzie do pomiaru nasilenia objawów depresyjnych (*Gotland Male Depression Scale*, GDMS: Chodkiewicz, 2017; Rutz, 1999).

Zgodnie z **pierwszą hipotezą**, określono istotne współzależności pomiędzy objawami depresji i tendencjami samobójczymi a wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi, traumą dziecięcą, nieadaptacyjnymi schematami i powodami do życia.

W przypadku zmiennych socjodemograficznych analiza uzyskanych wyników wykazała, że osoby, którym trudno ocenić czy ilość spożywanego przez nie alkoholu przekracza bezpieczne normy i prowadzi do negatywnych konsekwencji (WHO, 2018), silniej oceniły symptomy depresji w stosunku do osób, które w zdecydowany sposób deklarują brak jego nadużywania. Wykazana zależność, podobnie jak w wynikach Rol i Chodkiewicza

(2015), wskazuje na tendencję do redukcji bólu psychicznego poprzez spożywanie alkoholu. Stosowanie tego rodzaju strategii unikowej wiąże się z ryzykiem rozwoju uzależnienia, co zgodnie koncepcją O' Gormana i in., (2022) sugeruje potrzebę rozwijania w trakcie terapii, bardziej efektywnych strategii radzenia sobie z przykrymi emocjami.

Podobnie, osoby których bliscy są uzależnieni od alkoholu miały silniejsze objawy depresji w stosunku do osób, których bliscy nie mieli problemu alkoholowego. Jest to zgodne z wnioskami płynącymi m.in. z badania Załuskej i in. (2010), w którym kobiety z rodzin alkoholowych wykazywały wyższe nasilenie objawów psychopatologicznych (depresji, PTSD) w stosunku do kobiet nieobciążonych. Zwraca się również uwagę na zwiększone ryzyko pojawienia się problemów emocjonalnych w dorosłości u dzieci dorastających w rodzinie alkoholowej (Conners i in., 2004), co koresponduje z istotą traumy dziecięcej oraz jej znaczeniem dla rozwoju psychopatologii.

Pacjenci, którzy byli hospitalizowani (wielokrotnie i jednorazowo) z powodu depresji wykazali wyższe nasilenie tendencji suicydalnych w stosunku do osób, które dotychczas leczyły się wyłącznie ambulatoryjnie. Wiadomym, jest, że wyższe ryzyko samobójcze wiąże się z koniecznością leczenia szpitalnego oraz nasileniem objawów depresji. Biorąc pod uwagę wnioski z badań Goldbergera i in. (2015), iż zagrożenie samobójstwem rośnie wraz z liczbą hospitalizacji oraz Grabowskiego i Łozy (2013), według których wyższa liczba hospitalizacji wiąże się większym nasileniem objawów depresyjnych, za istotne uznaje się podjęcie działań, które ograniczyłyby potrzebę leczenia szpitalnego. Odnosząc się do danych literaturowych, iż konieczność hospitalizacji jest częstsza w przypadku pacjentów leczonych na depresję wyłącznie farmakologicznie w porównaniu do osób, których kuracja obejmowała również psychoterapię (Grabowski i Łoza, 2013), nie sposób nie podkreślić ogromnych korzyści ze stosowania psychoterapii w leczeniu depresji i tendencji suicydalnych.

Wyższe nasilenie tendencji samobójczych zaobserwowano również u pacjentów, których najbliżsi podejmowali próby odebrania sobie życia, w porównaniu do osób, które podały, że w ich rodzinie nikt nie targnął się na swoje życie. Wyniki wielu badań prowadzonych z udziałem m.in. bliźniąt oraz rodzin adopcyjnych doprowadziły do sformułowania wniosku o rodzinnym fenotypie klinicznym skłonności do zachowań samobójczych, który jest tłumaczony dziedziczeniem predyspozycji do impulsywnych zachowań agresywnych uwarunkowanej temperamentem (Brent i Mann, 2005; Diaconu i Turecki, 2009; Roy, 2006).

Znaczenie czynników temperamentalnych w rozwoju psychopatologii było niejednokrotnie podkreślane, także w koncepcji rozwoju nieadaptacyjnych schematów. Jak już wspominano, w modelu poznawczym podatność do rozwoju depresji uwarunkowaną systemem specyficznych przekonań, tłumaczono nie tylko temperamentem, ale również wpływem traumatycznych doświadczeń w okresie dzieciństwa (Blaut i Paulewicz, 2011; Young i in., 2014). Przyjąwszy perspektywę osoby, a w szczególności dziecka, które mogłoby być świadkiem samobójstwa bliskiego członka rodziny lub dowiedziałoby się o takim zdarzeniu, trudno kwestionować fundamentalną rolę traumy w predysponowaniu do zaburzeń zdrowia psychicznego, przy drugorzędnym znaczeniu temperamentu (APA, 2013; Beck, 2008; Steuden i Janowski, 2016; Van der Kolk, 2018; Young i in., 2014). Tym bardziej, że zdaniem wielu Autorów, to właśnie trudne przeżycia w dzieciństwie prowadzą do dysregulacji aktywności ciała migdałowatego, co skutkuje zwiększoną reaktywnością i impulsywnością (Kaplow i Widom, 2007; Maheu i in., 2010; Van Ijzendoorn i Juffer, 2006; Zeanah i in., 2009). Stąd tak istotne, jest przybliżenie związków między traumatycznymi przeżyciami w dzieciństwie a nasileniem objawów depresji i tendencjami suicydalnymi z uwzględnieniem schematów i powodów do życia jako czynników pośredniczących, co w pierwszej kolejności poczyniono poprzez analizy korelacyjne.

Wyniki przeprowadzonych analiz ujawniły istotne dodatnie związki między wszystkimi typami traumy dziecięcej (tj. nadużycie i zaniedbanie fizyczne oraz emocjonalne, przemoc seksualna) a tendencjami samobójczymi, co wskazuje, że im więcej przykrości dziecko doświadczyło ze strony osób znaczących, tym bardziej nasilone są jego myśli, plany czy próby odebrania sobie życia w dorosłości. Tego rodzaju zależności zostały również udokumentowane w innych badaniach (Hoertel i in., 2015).

Ponadto, uzyskane wyniki potwierdziły założenia dotyczące dodatniego związku doświadczenia traumy dziecięcej z nasileniem objawów depresji. W tym przypadku istotne znaczenie mają dwa typy traumatycznych przeżyć tj. zaniedbanie emocjonalne odnoszące się do braku zainteresowania potrzebami emocjonalnymi dziecka jak bliskość, czułości, miłość czy wsparcie oraz nadużycie emocjonalne związane z kierowaniem do dziecka pejoratywnych wyzwisk jak „głupi", „leń", „paskudny", mówieniem mu przykrych, raniących treści wyzwalających w nim poczucie bycia znienawidzonym przez swoich bliskich (Bernstein i Fink, 1998). Rezultaty są analogiczne jak w innych badaniach przeprowadzonych w grupie nastolatków chorujących na depresję (Gibb i in., 2003) oraz osób dorosłych (Negele i in., 2015; Widom i in., 2007). Natomiast odbiegają od wyników Comijsa i wsp. (2003) według, których silniejsze symptomy depresji wiążą się z nasileniem nadużycia fizycznego w postaci karania pasem, sznurem lub innym twardym przedmiotem czy bicia prowadzącego do otarć, siniaków lub innych widocznych na ciele śladów (Bernstein i Fink, 1998).

Zgodnie z przewidywaniami, wykazano powiązanie traumy dziecięcej z nasileniem schematów, co potwierdza założenia teorii wczesnych nieadaptacyjnych schematów (Young i in., 2014). Najsilniejsze związki odnotowano między schematami z domeny rozłączenie/ odrzucenie a zaniedbaniem oraz nadużyciem emocjonalnym, co doskonale odzwierciedla założenia teorii powstawania schematów z tejże domeny. Mianowicie, zakłada się, że bazą

do ich utworzenia jest frustracja potrzeb emocjonalnych tj. bezpieczeństwa, stabilizacji, empatii, akceptacji, bliskości (Rafaeli i in., 2011; Young i in., 2014).

Domena rozłączenie/ odrzucenie jest najsilniej powiązana również z tendencjami samobójczymi. W odniesieniu do innych badań, w których nie analizowano domen lecz wyodrębniano schematy związane z ryzykiem podjęcia próby samobójczej w przebiegu zaburzeń depresyjnych, uzyskano tożsame wyniki względem 4 z 5 schematów z tejże domeny tj. opuszczenie/ niestabilność więzi, nieufność/ skrzywdzenie, wadliwość/ wstyd, izolacja społeczna/ wyobcowanie (poza deprywacją emocjonalną). Dodatkowo, badacze wskazują również na związek tendencji samobójczych ze schematem zahamowanie emocjonalne z domeny nadmierna czujność i zahamowanie, dla której istotne, acz słabe związki wykazano również w niniejszym badaniu (Ahmadpanah i in., 2017; Pilkington i in., 2021; Talarowska, 2020). Treść przekonań, które towarzyszą osobie mającej nasilony schemat zahamowania emocjonalnego, związaną z koniecznością tłumienia reakcji w celu uniknięcia dezaprobaty innych oraz poczucia wstydu, zdaje się dobrze tłumaczyć trudność w okazywaniu smutku i szukania pomocy przez podjęciem próby samobójczej (por. Addis, 2008).

Z kolei objawy depresyjne wiążą się z nasileniem schematów ze wszystkich domen, a najsilniej z osłabioną autonomią i brakiem dokonań oraz rozłączeniem/ odrzuceniem. Ma to szczególne znaczenie z punktu widzenia symptomatologii męskiej depresji, ponieważ, w badaniach Chodkiewicza i wsp. (2022) z przeważającym udziałem mężczyzn z grupy nieklinicznej, ujawniono istotne korelacje właśnie tych dwóch domen z takimi objawami męskiej depresji jak agresywność czy podejmowanie zachowań ryzykownych. Ogólnie w literaturze, najczęściej wyodrębnianymi schematami u osób z rozpoznaniem depresji według klasycznych kryteriów diagnostycznych, są pojedyncze schematy pochodzące ze wszystkich obszarów poza nadmierną czujnością i zahamowaniem, gdyż wymienia się tutaj porażkę, wadliwość/ wstyd, samopoświęcenie, niedostateczną samokontrolę i samodyscyplinę,

podatność na zranienie, zależność/ niekompetencję oraz deprywację emocjonalną (Kiyafar i in., 2017; Riso i in., 2006; Schmidt i in.,1995; Talarowska, 2020).

Ewaluacja relacji w obrębie powodów do życia potwierdziła ich ujemny związek z tendencjami samobójczymi potwierdzając założenie, iż mogą stanowić czynniki ochronny tym zakresie (Linehan i in. 1983). Malone i in. (2002) zwrócili uwagę na znacznie wszystkich sześciu kategorii przekonań, które mogą być pomocne w przezwyciężaniu życiowych kryzysów u chorych na depresję. W niniejszym badaniu uzyskano istotne powiązania dla większości powodów do życia z wyjątkiem lęku przed samobójstwem, co oznacza, że pacjenci z silnymi tendencjami samobójczymi nie obawiają się okoliczności aktu samobójczego (jak ból, krew) oraz samej metody śmierci. Ponadto, wyniki badań Kirana i wsp. (2017) ujawniły, że chorzy na depresję, którzy podjęli próby samobójcze w ostatnim roku, wykazali istotnie niższy lęk przed samobójstwem w porównaniu do pacjentów, którzy nie targnęli się na swoje życie w tym okresie, co przemawia za drugorzędnym znaczeniem niepokoju przed fizjologicznymi aspektem śmierci jako czynnika mogącego odwieść od zamiarów samobójczych. W przeciwieństwie do przekonania o umiejętności radzenia sobie związanego z przeświadczeniem o posiadaniu kompetencji umożliwiających sprostanie życiowym problemom. Przeprowadzone analizy wskazały na jego najsilniejsze ujemne powiązanie z tendencjami samobójczymi, a także objawami depresyjnymi. Ten rodzaj powodów do życia, jest najczęściej wykazywany w literaturze jako czynnik chroniący przed podejmowaniem prób samobójczych i to nie tylko u osób cierpiących na depresję (Gutierrez i in., 2000; Kiran i in., 2017; Malone i in., 2000; Morrison i Downey, 2000, Pompili i in., 2006; Woods i in., 2013).

Z kolei, badając związki, które nie były wcześniej analizowane, ujawniono, że wszystkie typy traumy dziecięcej (poza nadużyciem fizycznym) wiążą się z obniżeniem przekonania o umiejętności radzenia sobie, przy czym najsilniejsze powiązanie zachodzi

z doświadczeniem zaniedbania emocjonalnego w dzieciństwie. Analizując treść itemów tworzących konstrukt przekonania o umiejętności radzenia sobie można powiązać go z innymi zmiennymi psychologicznymi jak poczucie własnej wartości czy skuteczności, których obniżenie na skutek traumy emocjonalnej zostało udokumentowane (Briere i Runtz, 1990; Sachs-Ericsson i in., 2011).

W celu bardziej szczegółowego poznania opisanych zależności, skoncentrowano się na określeniu ról poszczególnych zmiennych na drodze **weryfikacji hipotezy 2** mówiącej, że „Trauma dziecięca jest predyktorem depresji i tendencji samobójczych. Mediatorem tej zależności są nieadaptacyjne schematy oraz powody do życia".

Przy zastosowaniu modelu wielokrotnej mediacji oraz bazując na wynikach ogólnych analizowanych zmiennych wykazano, że doświadczenie traumy w dzieciństwie predysponuje do rozwoju depresji i tendencji samobójczych w dorosłości, co zostało również potwierdzone w innych badaniach (Murray i Lopez 1996; Wade i Halligan, 2017; Vittengl i in., 2007). Jak wcześniej wyjaśniono, w oparciu o poznawczy model rozwoju zaburzeń jako zmienne pośredniczące przyjęto nieadaptacyjne schematy oraz powody do życia (Linehan i in., 1983; Rutter, 1987; Young i in., 2014). Jednakże, brak bezpośredniej zależności między schematami a powodami do życia wykluczył możliwość równoczesnego pośredniczenia obu zmiennych w relacji między traumą a depresją oraz tendencjami samobójczymi. Natomiast uzyskano istotne efekty mediacyjne przy traktowaniu ich jako odrębne mediatory.

Tak więc, zgodnie z założeniami teoretycznymi potwierdzonymi w wynikach wcześniejszych analiz, nieadaptacyjne schematy wzmacniają związek między traumą a depresją (Lumley i Harkness, 2007; O'Dougherty-Wright i in., 2009; Young i in., 2014). Analogicznie, dezadaptacyjne przekonania wzmacniają przewidywanie tendencji samobójczych na skutek doświadczenia traumy w dzieciństwie, co potwierdzają również

nieliczne analizy przeprowadzone z udziałem osób z diagnozą chronicznej depresji (Forkmann i in., 2016) czy adolescentów (Speckens i Hawton, 2005).

Natomiast ewaluacja powodów do życia w roli mediatora miała charakter eksploracyjny. Badanie ujawniło, że osłabiają one związek między traumą dziecięcą a depresją oraz tendencjami samobójczymi, a więc w przeciwieństwie do nieadaptacyjnych schematów, stanowią istotny czynnik protekcyjny przez rozwojem zaburzeń zdrowia psychicznego.

Przy czym, powody do życia silniej niż schematy wyjaśniają relację traumy z tendencjami samobójczymi, zaś w przypadku depresji to schematy mają większe znaczenie pośredniczące. Ma to istotne implikacje dla interwencji terapeutycznych, wskazujące na pracę ukierunkowaną zgodnie z ideą terapii CBT (Butler i in. 2006; Cuijpers i in., 2013; Hofmann i in., 2012; Popiel i Pragłowska, 2022) na osłabienie i modyfikację nieadaptacyjnych schematów (szczególnie w przypadku depresji) oraz rozwijanie przekonań pomagających sprostać życiowym kryzysowym (zwłaszcza przy nasilonych tendencjach samobójczych).

Skuteczność oddziaływań terapeutycznych może zostać zintensyfikowana poprzez opracowanie form pomocy dedykowanych danej płci. Wobec tego, w ramach **sprawdzania hipotezy 3** porównano wyniki uzyskane przez kobiety i mężczyzn cierpiących na depresję, w nasileniu objawów depresji i tendencji samobójczych, traumy dziecięcej oraz negatywnych schematów i powodów do życia.

Analogiczne do wyników Harknessa i Wildesa (2002) oraz Molnara i in. (2001), badanie ujawniło, że kobiety chorujące na depresję istotnie częściej niż mężczyźni doświadczyły przemocy seksualnej w okresie dzieciństwa i dorastania. Trudno w tym przypadku określić czy sprawcami przemocy były osoby z rodziny badanych czy spoza niej, gdyż itemy w kwestionariuszu opisywały oprawcę dość lakonicznie (np. „Ktoś mnie molestował"), co nie przekreśla faktu, iż uzyskane wyniki odzwierciedlają ogólnoświatowy

trend, zgodnie z którym, dziewczęta częściej niż chłopcy narażone są na tego rodzaju przemoc (Stoltenborgh i in., 2011).

Biorąc pod uwagę doniesienia literaturowe (Hoertel i in., 2015) wskazujące, że wykorzystywanie seksualne najsilniej spośród wszystkich rodzajów przemocy wiąże się ryzykiem samobójczym i wczesnym wiekiem podjęcia próby odebrania sobie życia, należałoby się spodziewać, iż kobiety wykażą silniejsze tendencje suicydalne niż mężczyźni. Przeprowadzone analizy wykazały jednak odwrotną dysproporcję między płciami, która jest zgodna z danymi statystycznymi ukazującymi znaczącą przewagę śmierci samobójczej mężczyzn w stosunku do kobiet (Statystyki Policji, 2022; WHO, 2019). Taka zależność zdaje się wskazywać na istotne znaczenie zmiennych pośredniczących.

Przeprowadzone oszacowania ujawniły tylko jedną różnicę między płciami w zakresie negatywnych schematów. Mianowicie u depresyjnych mężczyzn były bardziej nasilone schematy z domeny uszkodzone granice. Analizując poszczególne schematy tworzące tę domenę oraz ich powiązanie ze stanem depresyjnym, można dostrzec analogię roszczeniowości/ wielkościowości do narcyzmu wrażliwego. Podobnie jak w narcyzmie wielkościowym, charakteryzuje go silna koncentracja na sobie, ale jest ona uwarunkowana potrzebą maskowania niskiego poczucia własnej wartości i wrażliwości na krytykę, co z kolei przekłada się na podatność do depresji (Miller i in., 2017). Powiązania z osobowością narcystyczną wykazano również dla drugiego schematu z tej domeny, czyli niedostatecznej samokontroli/ samodyscypliny związanej trudnością w tolerowaniu frustracji (Mącik, 2019).

Natomiast kobiety, wykazały ogólnie więcej powodów do życia, a w szczególności w obrębie poczucia odpowiedzialności wobec rodziny. Oszacowania uwzględniające różnice między płciami mają charakter eksploracyjny (zwłaszcza u osób chorujących na depresję). Jednakże, przewaga kobiet w nasileniu osobistych przekonań powstrzymujących przed popełnieniem samobójstwa w sytuacji silnego stresu, koresponduje z wykazanymi

w badaniu niższymi tendencjami suicydalnymi w tej grupie. Kobiety istotnie silniej niż mężczyźni, jako ważny motyw w pokonywaniu kryzysu samobójczego, postrzegają odpowiedzialność wobec rodziny, gdyż ich śmierć wiązałaby się m.in. z emocjonalną krzywdą dla ich bliskich. Tego typu różnicę, można tłumaczyć silniejszym przywiązaniem kobiet do rodziny, co może wynikać z przystosowania do norm kulturowych zakładających odpowiedzialność kobiet za dom, dzieci i tzw. ognisko domowe (Siemieńska, 2008).

Biorąc pod uwagę, przytoczone wcześniej powiązanie tradycyjnie męskich wzorców zachowań z atypowym przebiegiem depresji (Rutz i in., 1995, Walinder i Rutz, 2001), do interesujących wniosków prowadzi wynik, wskazujący na brak zróżnicowania w nasileniu symptomów depresji między kobietami i mężczyznami. Mając na uwadze, że Möller-Leimkühler i Yücel (2010) w badaniach studentów obu płci, zwrócili uwagę na większą ekspresję gniewu przez kobiety (co tłumaczono spotęgowaniem męskich wzorców zachowań u kobiet, wynikającym z rosnącej aprobaty społecznej przejawów agresji przez osoby płci żeńskiej), można uznać, iż w dobie przemian społeczno-kulturowych, możemy mieć czynienia z występowaniem obrazu męskiej depresji, także u kobiet. Potwierdzają to również wyniki innych, wszak nadal nielicznych badań (Innamorati i in., 2011; Möller-Leimkühler i in., 2022).

Porównanie oszacowań uzyskanych przez kobiety i mężczyzn cierpiących na depresję, nieznacznie przybliżyło tę tematykę w zakresie różnic międzypłciowych, ale nie wyjaśniło patomechanizmu charakterystycznego względem płci. Wobec czego, na drodze **weryfikacji hipotezy czwartej**, przeanalizowano ścieżki rozwoju zaburzeń zdrowia psychicznego pod względem poszczególnych typów traumy dziecięcej, nieadaptacyjnych schematów oraz powodów do życia dla kobiet i mężczyzn. Dla przejrzystości wywodu, wyodrębnione ścieżki mediacyjne zestawiono w tabeli 10.

Tabela 10

Wykaz ścieżek mediacyjnych pomiędzy traumą dziecięcą a depresją i tendencjami suicydalnymi poprzez nieadaptacyjne schematy i powody do życia dla kobiet (n=68) oraz mężczyzn (n=67)

KOBIETY	MĘŻCZYŹNI
Ścieżki mediacyjne depresji	
Nie wykazano istotnych mediatorów między traumą a objawami depresji	CTQ-ZE→YSQ-RO; YSQ-UG; YSQ-NC, a także RFL-SBC→ GDMS CTQ-NE→ 5 DOMEN SCHEMATÓW→ GDMS
Ścieżki mediacyjne tendencji suicydalnych	
CTQ-ZE→ RFL-SBC; RFL-RF*→ SBQ-R CTQ-NE→ RFL-SBC; RFL-RF*→ SBQ-R CTQ-NS→ RFL-SBC; RFL-RF*→ SBQ-R CTQ-NF→ RFL-RF*→ SBQ-R	CTQ-ZE→ RFL-SBC→ SBQ-R CTQ-NE→ YSQ-RO→ SBQ-R

Notatka: * - z ostrożnością uznany za mediator z uwagi na nieistotny statystycznie efekt mediacyjny, CTQ-ZE - Zaniedbanie emocjonalne, CTQ-NE - Nadużycie emocjonalne, CTQ-NS – Nadużycie seksualne, CTQ-NF – Nadużycie fizyczne, YSQ-RO – Rozłączenie i odrzucenie, YSQ-OA – Osłabiona autonomia i brak dokonań, YSQ-UG – Uszkodzone granice, YSQ-NI – Nakierowanie na innych, YSQ-NC – Nadmierna czujność i zahamowanie; RFL-SCB – Przekonanie o umiejętności radzenia sobie, RFL-RF – Poczucie odpowiedzialności wobec rodziny, SBQ-R – Kwestionariusz Zachowań Suicydalnych, GDMS - Gotlandzka Skala Męskiej Depresji;

Jak zaznaczono w tabeli 10, nie udało się odnaleźć mediatorów między doświadczeniem traumy dziecięcej a wystąpieniem depresji u kobiet. Być może wynika to z rozpatrywania schematów przez pryzmat domen, a nie poszczególnych schematów. Jest to wysoce prawdopodobne z uwagi na to, że w doniesieniach literaturowych, w których analizowano schematy osób z depresją odrębnie dla obu płci, w przypadku kobiet z objawami depresyjnymi skojarzono jedynie zależność/ niekompetencję i samopoświęcenie, podczas gdy u mężczyzn wszystkie schematy wykazały dodatnie związki (Shorey i in., 2013). Być może koniecznym byłoby uwzględnienie dodatkowego czynnika, który pośredniczyłby w relacji jak np. wsparcie, także psychologiczne.

Rozpatrywanie dodatkowej zmiennej (np. wsparcia) wydaje się być zasadne również w odniesieniu do powodów do życia. Zważywszy na fakt, iż uczestniczkami badania były głównie pacjentki poradni zdrowia psychicznego, a rzadziej szpitala, nie można wykluczyć znaczenia wsparcia uzyskanego podczas terapii czy już samych wizyt diagnostycznych. W literaturze przedmiotu, niejednokrotnie podkreśla się większą otwartość kobiet do poszukiwania profesjonalnej pomocy w przypadku pogorszenia samopoczucia (Addis, 2008). Warto jednak zaznaczyć, że zgodnie z tym co wykazano na podstawie analiz służących weryfikacji drugiej hipotezy, w przypadku wyjaśniania relacji między traumą a depresją, powody do życia mają drugorzędne znaczenie, ustępując miejsca nieadaptacyjnym schematom.

Tak też wykazano w przypadku analiz w grupie mężczyzn, gdzie ścieżki mediacyjne ujawniły wiodącą rolę schematów w relacji między traumą a objawami depresji. Przeprowadzone oszacowania pokazały, że do rozwoju depresji u mężczyzn predysponuje przeżyta w dzieciństwie trauma emocjonalna. Wyniki innych badań w grupach klinicznych, które pomimo, że nie uwzględniają różnic międzypłciowych, także wskazują na istotne znaczenie doświadczenia w dzieciństwie przemocy emocjonalnej (Wesley i Manjula, 2015), ale także i fizycznej (Lumley i Harkness, 2007) dla wystąpienia objawów depresji w dorosłości. Dotychczas koncentrowano się przede wszystkim wokół konsekwencji zdrowotnych przemocy emocjonalnej ponoszonych przez kobiety (Estévez i in., 2016). Tak więc wykazana, predykcyjna rola zaniedbania czy nadużycia emocjonalnego w rozwoju depresji mężczyzn może wzbudzać pewne zaskoczenie.

Zaniedbanie emocjonalne rozumiane jako deprecjonowanie, lekceważenie uczuć dziecka, brak empatii oraz wsparcia emocjonalnego czy nieodpowiednie reagowanie na wyrażane przez nie emocje, predysponuje do rozwoju nieadaptacyjnych schematów z domeny rozłączenie/ odrzucenie, uszkodzone granice oraz nadmierna czujność/

zahamowanie, a także hamuje przekonanie o umiejętności radzenia sobie. Wszystko to przekłada się na nasilenie objawów depresji, przy czym spośród schematów, największą rolę w tym względzie, mają te, które powstają m.in. z powodu doświadczenia chłodu emocjonalnego w rodzinie pochodzenia, czyli z domeny rozłączenie/ odrzucenie (Arntz i Jacob, 2021; Mącik, 2019). Podobnie jak, w przytoczonych wcześniej, badaniach Chodkiewicza i wsp. (2022), w których schematy z tej domeny miały najistotniejsze znaczenie dla objawów męskiej depresji. Również badania O'Dougherty-Wrighta i in. (2009) wskazały na istotną rolę jednego ze schematów z domeny rozłączenie/ odrzucanie (tj. wadliwości/ wstydu) w związku między doświadczeniem nadużycia i zaniedbania emocjonalnego w dzieciństwie a objawami depresji.

Przyglądając się przekonaniom, które mogą towarzyszyć osobom z aktywnymi schematami z trzech wyszczególnionych domen pełniących rolę mediatorów, zarówno przeświadczenia z obszaru rozłączenie/ odrzucenie (koncentrujące się wokół wiary w to, że inni celowo krzywdzą, upokarzają, nie są stanie dać wsparcia oraz gorszego mniemania o sobie i poczucia odosobnienia) jak i uszkodzonych granic (przekonanie o swojej wyższości, trudność w tolerowaniu frustracji) oraz nadmiernej czujności i zahamowania (koncentracja na negatywnych aspektach życia, hamowanie reakcji, konieczność spełniania wysokich standardów, by uniknąć krytyki, surowa kara dla popełniających błędy powiązana z łatwością wpadania w gniew) (Young i in., 2014), zdają się doskonale korespondować z fenotypem męskiej depresji. Jednak zgodnie z doniesieniami literaturowymi, wprawdzie dotyczącymi grupy nieklinicznej, spośród wymienionych domen wykazano, że jedynie rozłączenie/ odrzucenie wyjaśnia objawy eksternalizacyjne, a uszkodzone granice tłumaczą klasyczne objawy depresji. Nie wykluczają tego również uzyskane wyniki, gdyż zastosowane w niniejszym badaniu narzędzie do badania męskiej depresji (GDMS), nie daje możliwości

tak precyzyjnej kategoryzacji objawów depresji jak skala GSDS-26 użyta w przytoczonym badaniu (Chodkiewicz i in., 2022; Möller-Leimkühler i Mühleck, 2020)

W literaturze, najczęściej wymienianymi schematami, które są nasilone u osób z depresją, jest porażka, wadliwość/ wstyd, samopoświęcenie, podatność na zranienie, zależność/ niekompetencja, deprywacja emocjonalna, uwikłanie emocjonalne, negatywizm (Kiyafar i in., 2017; Riso i in., 2006; Schmidt i in., 1995; Talarowska, 2020), a rzadziej - nadmierne wymagania/ nadmierny krytycyzm (Halvorsen i in., 2009) i bezwzględna surowość (Atalay i in. 2011; Soygüt i in., 2009). Być może warto rozpatrywać domenę nadmierna czujność i zahamowanie obejmującej te dwa schematy (nadmierne wymagania/ nadmierny krytycyzm oraz bezwzględna surowość) jako znamienne dla atypowego obrazu depresji. Szczególnie, że dotyczą przekonań generujących presję do spełniania zinternalizowanych standardów, co zdaje się silnie korespondować z podporządkowaniem męskim wzorcom kulturowym traktowanym jako wyjaśnienie (poza czynnikami hormonalnymi) atypowego obrazu depresji u mężczyzn (Angst i in., 2002; Rutz i in., 1995, Walinder i Rutz, 2001).

Wracając do treści przekonań w ramach wyodrębnionych trzech domen, a w szczególności uszkodzonych granic, nie sposób ponownie nie odnieść się do uwarunkowań wcześniej przytoczonego narcyzmu wrażliwego (Miller i in., 2017). Zwłaszcza, że przeprowadzone analizy wykazały, iż doświadczenie zaniedbania emocjonalnego wiąże się również z obniżeniem przekonania o umiejętności radzenia sobie z problemami, które jest utożsamiane z poczuciem własnej wartości czy skuteczności.

Drugim typem traumy przewidującym (nieznacznie słabiej niż zaniedbanie emocjonalne) rozwój depresji u mężczyzn z istotną rolą mediatorów, jest nadużycie emocjonalne. Tego rodzaju przemoc odnosi się do atmosfery pełnej nienawiści, nadużyć słownych, pejoratywnych zachowań ze strony rodziny pochodzenia skutkujących obniżeniem poczucia własnej wartości u dorastającego dziecka (Walker i in., 1999). Wziąwszy pod uwagę,

że relacja między doświadczeniem nadużycia emocjonalnego a objawami depresji jest wyjaśniana przez schematy ze wszystkich domen, z wysokim prawdopodobieństwem można przyjąć, iż każda z pięciu podstawowych potrzeb emocjonalnych nie została zaspokojona w dzieciństwie (tj. bezpieczne przywiązanie do innych; autonomia, kompetencja i poczucie tożsamości; wolność wyrażania prawdziwych potrzeb i emocji; spontaniczność i zabawa; realistyczne granice i samokontrola). Jest to istotne z punktu widzenia interwencji terapeutycznych, szczególnie w odniesieniu do potrzeby bezpiecznego przywiązania, akceptacji i troski (Arntz i Jacob, 2021; Young i in., 2014), której nienasycenie stanowi podłoże do rozwoju schematów z domeny najsilniej wyjaśniającej relację między nadużyciem emocjonalnym a objawami depresji w niniejszym badaniu – tj. rozłączenie/ odrzucenie.

Schematy z tej domeny (tj. opuszczenie/ niestabilność więzi, nieufność/ skrzywdzenie, deprywacja emocjonalna, wadliwość/wstyd, izolacja społeczna/ wyobcowanie) oraz z obszaru osłabiona autonomia/brak dokonań (zależność/ niekompetencja, podatność na zranienie lub zachorowanie, uwikłanie emocjonalne/ nie w pełni rozwinięte Ja, porażka) okazały się najsilniej powiązane z symptomami depresji. Istotne znaczenie pozostałych domen (w szczególności uszkodzonych granic), a więc i takich, które obejmują schematy najczęściej identyfikowane u osób z depresją, zdaje się, tłumaczyć również nasilenie klasycznych objawów depresji, jak np. negatywizm powiązany ze smutkiem i anhedonią, podatność na zranienie/ zachorowanie ze spowolnieniem psychomotorycznym, niedostateczna samokontrola/samodyscyplina z osłabieniem koncentracji (Trincas i in., 2014).

Natomiast biorąc pod uwagę ścieżki mediacyjne w relacji między traumą a tendencjami suicydalnymi, zgodnie z wstępnymi analizami wiodącą rolę, pełnią powody do życia, szczególnie w przypadku kobiet.

Mianowicie, do wystąpienia tendencji samobójczych u dorosłych kobiet predysponuje doświadczenie każdego rodzaju traumy dziecięcej. Przy czym, najsilniejszym predyktorem

okazało się nadużycie seksualne odpowiadające każdemu kontaktowi seksualnemu między dzieckiem a osobą dorosłą (Walker i in., 1999). Niemniej jednak, jak już wcześniej zaznaczono, trudno określić, czy sprawcami przemocy były osoby z rodziny badanych czy spoza niej.

Wszystkie zależności (z wyjątkiem zaniedbania fizycznego, dla którego nie wyodrębniono żadnej zmiennej pośredniczącej), były mediowane wyłącznie przez powody do życia, a w szczególności poprzez poczucie odpowiedzialności wobec rodziny. Należy zaznaczyć, iż czynnik ten został uznany za zmienną pośredniczącą z pewną ostrożnością wynikającą ze spełnienia wszystkich warunków mediacji, poza istotnością samego efektu mediacyjnego. Jako uzasadnienie takiego stanu rzeczy, przyjęto niewystarczającą moc statystyczną badania, która przełożyła się na niską wielkość efektu. Wyjaśnienie od strony metodologicznej poczyniono w dalszej części pracy (rozdział 5.2). Natomiast jako merytoryczną próbę wytłumaczenia niewielkiej wartości efektu mediacyjnego przyjęto przemiany społeczno-kulturowe, do których również nawiązuje się przy uzasadnieniach występowania atypowego obrazu depresji u kobiet (Innamorati i in., 2011; Möller-Leimkühler i in., 2022).

Poczucie odpowiedzialności wobec rodziny jest jednym z najbardziej podkreślanych w literaturze czynników, które chroni przed popełnieniem samobójstwa (Linehan i in.,1983). Nie arbitralnie, ale z wysokim prawdopodobieństwem, zostało to również potwierdzone w niniejszym badaniu, gdyż tego rodzaju powody do życia osłabiły predykcyjną rolę traumy dziecięcej do rozwoju tendencji samobójczych w dorosłości. Mając na uwadze, że kobiety wykazały istotnie więcej poczucia odpowiedzialności wobec rodziny niż mężczyźni, przy równoczesnej przewadze mężczyzn pod względem tendencji samobójczych, z większą pewnością można uznać ochronną rolę wiary kobiet w oddanie swoim bliskim i istotność tego faktu dla rodziny.

Jednak nie bez znaczenia dla uzyskanej siły efektu, wydają się być zmiany zachodzące w polskiej kulturze. Mianowicie, obserwuje się słabnące przywiązane do norm społecznych zakładających odpowiedzialność kobiet za prowadzenie domu i wychowywanie dzieci. Z biegiem czasu, dostrzega się, że kobiety są mniej altruistyczne, bardziej skoncentrowane na realizacji własnych ambicji i osiągnięć niezwiązanych z rodziną oraz przywiązują mniejsze znaczenie do życia rodzinnego i macierzyństwa (Kotowska i in. 2008; Siemieńska, 2008).

Ukierunkowanie na samorealizację i dążenie do niezależności, zdaje się korespondować z drugim rodzajem powodów do życia, czyli przekonaniem o umiejętności radzenia sobie. Jest ono utożsamiane z poczuciem własnej wartości i skuteczności, wiarą w posiadanie kompetencji do właściwego rozwiązania problemów. Badanie ujawniło, że ten rodzaj powodów do życia, najsilniej osłabia związki między zaniedbaniem oraz nadużyciem emocjonalnym i przemocą seksualną a tendencjami samobójczymi u kobiet.

Mimo, że nie ma badań różnicujących powody do życia względem płci, to przekonanie o umiejętności radzenia sobie, jest najczęściej wymieniane w literaturze jako czynnik chroniący przed popełnieniem samobójstwa. Także wśród osób chorych na depresję, które nigdy nie targnęły się na swoje życie (Kiran i in., 2017; Malone i in., 2000; Osman i in., 1999). Przeprowadzone analizy, ujawniły, że doświadczanie traumy emocjonalnej oraz przemocy seksualnej przez kobiety wpływa deprymująco na przekonanie o skuteczności radzenia sobie w kryzysie. Z kolei, jego duże znaczenie w przeciwdziałaniu zachowaniom samobójczym, implikuje oddziaływania terapeutyczne skoncentrowane na potęgowaniu u kobiet wiary, w posiadanie kompetencji do radzenia sobie z trudnościami.

Również w przypadku mężczyzn, ujawniono mediującą rolę przekonania o umiejętności radzenia sobie w predysponowaniu do tendencji samobójczych na skutek dorastania w środowisku rodzinnym zaniedbującym emocjonalne potrzeby dziecka. Jest to analogiczne do rezultatu uzyskanego dla kobiet, u których jednak tego rodzaju

przeświadczenie ma silniejsze znaczenie protekcyjne niż przy rozważaniu samobójstwa przez mężczyzn. Być może jest to spowodowane tym, że przekonanie o posiadaniu kompetencji do radzenia sobie z problemami, wpisuje się w społeczne normy kulturowe właściwe mężczyznom, co może osłabiać ich wartościowanie przez osoby płci męskiej, gdyż uważają, że „tacy powinni być, zaradni, skuteczni i pewni siebie". Natomiast w przypadku kobiet, umiejętność samodzielnego sprostania kryzysom, może być traktowana przez pryzmat osiągnięć, z uwagi na to, że kobiety są bardziej skłonne do szukania pomocy w rozwiązywaniu problemów, na co zwrócił uwagę Addis (2008).

W świetle przytoczonych wyników, nie powinno zaskoczyć, iż przewidywanie tendencji samobójczych u mężczyzn wskutek doświadczenia nadużycia emocjonalnego w dzieciństwie jest całkowicie wyjaśniane przez schematy z domeny rozłącznie/ odrzucenie. Już niejednokrotnie podkreślano znaczenie tych schematów zarówno dla nasilenia tendencji samobójczych i symptomów depresyjnych (Pilkington i in. 2021), a w szczególności objawów eksternalizacyjnymi (Chodkiewicz i in, 2022). Warto przypomnieć, że również w niniejszym badaniu, schematy z tejże domeny mają największe znaczenie dla nasilenia objawów depresyjnych.

Podsumowując, uzyskane rezultaty wskazują na możliwość występowania atypowego obrazu klinicznego depresji specyficznego dla mężczyzn, także u kobiet. Z uwagi na powiązanie objawów eksternalizacyjnych (jak agresywność, wybuchowość, zachowania ryzykowne, regulacja przykrych emocji poprzez spożywanie substancji psychoaktywnych, wstyd przed sięganiem po pomoc w kryzysie) z podwyższonym ryzykiem zachowań samobójczych, konieczne jest ich uwzględnienie w diagnostyce depresji zarówno u kobiet jak i mężczyzn (Innamorati i in., 2011; Möller-Leimkühle i in., 2022; Rice i in., 2013; Rol, Chodkiewicz, 2015; Rutz i in., 1995). Według najnowszych doniesień literaturowych, trwają

przygotowania w kierunku uzupełnienia kryteriów diagnostycznych klasyfikacji DSM-5 o objawy eksternalizacyjne przy rozpoznawaniu epizodu depresyjnego (Rice i in., 2022).

Przeprowadzone analizy podkreśliły kluczowe znaczenie doświadczonego w dzieciństwie zaniedbania i nadużycia emocjonalnego dla rozwoju depresji i tendencji suicydalnych u mężczyzn. Zaś w przypadku kobiet, wszystkich rodzajów traumy, a przede wszystkim przemocy seksualnej dla nasilenia tendencji samobójczych w życiu dorosłym. Tego rodzaju wnioski stanowią wskazówki do pracy terapeutycznej z traumą relacyjną oraz konieczność poruszania tematu przemocy seksualnej w wywiadach z pacjentkami.

Estymacje ujawnione na drodze analizy ścieżek mediacyjnych ujawniły, iż w przypadku nasilenia tendencji suicydalnych wiodące znaczenie w zapobieganiu podejmowania prób targnięcia się na własne życia, może mieć wzmacnianie powodów do życia, a przede wszystkim przekonania o umiejętności radzenia sobie z trudnościami bez względu na płeć pacjenta. Natomiast w przypadku kobiet - także poczucia odpowiedzialności wobec rodziny.

Z kolei, w leczeniu depresji u mężczyzn (także z nasilonymi tendencjami samobójczymi) większe znaczenie może mieć praca terapeutyczna ukierunkowana na osłabienie nieadaptacyjnych schematów, przede wszystkim z domeny rozłączenie/ odrzucenie, które są najsilniej powiązane z objawami eksternalizacyjnymi w przebiegu depresji.

5.2. Mocne strony i ograniczenia badań własnych

Niewątpliwie mocną stroną przeprowadzonych badań jest uwzględnienie grupy klinicznej z rozpoznaniem depresji. Badanie osób podczas trwania epizodu depresyjnego umożliwia uchwycenie depresjogennych schematów aktywnych w procesach myślowych

i emocjonalnych, co ma znaczenie z punktu widzenia krótko- i długoterminowego leczenia depresji (Blaut i Paulewicz, 2011; Dozois, Beck, 2011; Kendler, Thornton, Gardner, 2000). Za zaletę można uznać także ujęcie tematyki z analizowaniem różnic między płciami, co zdecydowanie wzbogaca dotychczasowe zasoby literaturowe. Poza tym, uwzględnienie zarówno czynników ryzyka (trauma dziecięca, nieadaptacyjne schematy) jak i ochronnych (powody do życia) oraz ich podtypów przy rozpatrywaniu patomechanizmu rozwoju depresji oraz tendencji suicydalnych, zdaje się stanowić interesujące implikacje praktyczne do pracy terapeutycznej.

Natomiast, przyglądając się ograniczeniom badań własnych jako pierwsze nasuwa się zastosowanie obszernych kwestionariuszy, co wprawdzie umożliwiło przeprowadzenie rozbudowanych analiz statystycznych, ale mogło niekorzystnie wpłynąć na motywację badanych do udzielenia rzetelnych odpowiedzi na wszystkie itemy. Szczególnie, że w trakcie pozyskiwania osób do grupy badawczej, niektóre z nich rezygnowały z udziału uzasadniając decyzję mnogością pytań, a inne zwracały puste testy lub wypełniły jedynie metryczkę. Być może w kolejnych badaniach z udziałem chorych na depresję, warto rozważyć strategię podziału próby. Wtedy grupa badanych byłaby podzielona na dwie mniejsze grupy, z których każda otrzymałaby różne części całościowego badania (Streiner i in., 2015).

Kolejnym ograniczeniem, jest zastosowanie kwestionariusza GDMS do badania symptomów męskiej depresji, co nie daje pełnych możliwości osobnego traktowania klasycznych i atypowych objawów depresji. Wobec czego, warto w przyszłych badaniach, rozważyć wykorzystanie skali, która pozwalałaby na tego rodzaju rozróżnienie jak np. GSDS-26 (Möller-Leimkühler i Mühleck, 2020). Niestety, w momencie rozpoczynania niniejszych badań w 2019 roku, nie była ona jeszcze dostępna.

Wśród ograniczeń przeprowadzonego badania, można wymienić także niewystarczającą grupę osób badanych do wychwycenia efektów o niskiej sile, co mogło

wpłynąć na uzyskanie nieistotnego efektu mediacyjnego w przypadku rozpatrywania poczucia odpowiedzialności wobec rodziny jako zmiennej pośredniczącej między traumą a tendencjami samobójczymi w grupie kobiet. Analizy statystyczne były planowane na wychwycenie efektów o umiarkowanej sile. Ze względu na ograniczenia w dostępności do grupy klinicznej z powodu pandemii Covid, nie udało się zebrać wymaganej liczby badanych do niektórych analiz, a użycie metody *bootstrappingu,* rekompensuje niedostateczną liczbę badanych, ale jej nie gwarantuje.

Inną przyczyną uzyskania niskiego efektu mediacyjnego dla poczucia odpowiedzialności wobec rodziny w relacji między traumą a tendencjami samobójczymi u kobiet, może być rozbieżność odpowiedzi uzyskanych dla tej skali. W zastosowanym kwestionariuszu (RFL-48) pytania mogły zostać niejednoznacznie zrozumiane, gdyż nie doprecyzowują tego, czy dotyczą rodziny pochodzenia, czy rodziny założonej przez uczestniczki badania. W tym przypadku może mieć to istotne znaczenie, ponieważ rodzina pochodzenia mogła być źródłem traumatycznych doznań w dzieciństwie, co przełożyłoby się na odczucia względem niej.

Przytoczone ograniczenia ukierunkowują do dalszych badań zajmujących się patomechanizmem rozwoju depresji i tendencji samobójczych z uwzględnieniem traumy dziecięcej, nieadaptacyjnych schematów i powodów do życia. Warto byłoby uzupełnić opracowany model o postrzegane wsparcie, które mogłoby pośredniczyć w relacji między schematami a powodami do życia oraz mieć znaczenie w wyjaśnianiu relacji między traumą a zaburzeniami zdrowia psychicznego szczególnie u kobiet. Poza tym interesujące wydaje się być pogłębienie analiz w kontekście narcyzmu wrażliwego. Do kontynuacji tego typu badań skłaniają także zachodzące na przestrzeni lat przemiany społeczno-kulturowe, które redefiniują normy przypisane do danej płci. Może mieć to istotne znaczenie zarówno z punktu widzenia atypowego obrazu depresji, ale także i osobistych przekonań.

BIBLIOGRAFIA

Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review, 96*(2), 358–372. https://doi.org/10.1037/0033-295X.96.2.358

Abramson, L. Y., Seligman, M. E. P., Teasdale, J. (1978). Learned helpnessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87*(1), 49–74. https://doi.org/10.1037/0021-843X.87.1.49

Addis, M. E. (2008). Gender and depression in men. *Clinical Psychology: Science and Practice, 15*(3), 153–168. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00125.x

Addis, M. E., Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *The American Psychologist, 58*(1), 5–14. https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.1.5

Ahmadpanah, M., Astinsadaf, S., Akhondi, A., Haghighi, M., Sadeghi-Bahmani, D., Nazaribadie, M., Jahangard, L., Holsboer-Trachsler, E., Brand, S. (2017). Early maladaptive schemas of emotional deprivation, social isolation, shame and abandonment are related to a history of suicide attempts among patients with major depressive disorders. *Comprehesive Psychiatry, 77*(8), 71-79. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2017.05.008

Aishvarya, S., Maniam, T., Karuthan, C., Hatta, S., Nik-Ruzyanei, N. J., Oei, T. P. S. (2014). Psychometric properties and validation of the Reasons for Living Inventory in an outpatient clinical population in Malaysia. *Comprehensive Psychiatry, 55*(1), 107-113. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2013.06.010

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed., revised).*

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.).*

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.).*

Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J. P., Mendlewicz, J., Tylee, A., Depression Research in European Society Study (2002). Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *252*(5), 201–209. https://doi.org/10.1007/s00406-002-0381-6

Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping.* San Francisco: Jossey-Bass.

Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować.* Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Arntz, A., Jacob, G. A. (2021). *Terapia schematów w praktyce. Praca z trybami schematów*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Atalay, H., Atalay, F., Bağdaçiçek, S. (2011). Effect of short-term antidepressant treatment on early maladaptive schemas in patients with major depressive and panic disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *15*(2), 97–105. https://doi.org/10.3109/13651501.2010.549234

Bach, B., Lockwood, G., Young, J. E. (2017). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, *47*(4), 328–349. https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1410566

Bach, B., Simonsen, E., Christoffersen, P., Kriston, L. (2017). The Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3): Psychometric properties and association with personality disorders in a Danish mixed sample. *European Journal of Psychological Assessment*, *33*(2), 134–143. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000272

Badura-Madej, W., Dobrzyńska-Mesterhazy, A. (2004). Wpływ traumy na funkcjonowanie dziecka-świadka. *Dziecko Krzywdzone. Teoria, badania, praktyka, 3*(1), 115-126.

Barazandeh, H., Kissane, D. W., Saeedi, N., Gordon, M. (2016). A systematic review of the relationship between early maladaptive schemas and borderline personality disorder/traits. *Personality and Individual Differences, 94*(5), 130–139. https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.01.021

Bartova, L., Dold, M., Fugger, G., Kautzky, A., Mitschek, M. M. M., Weidenauer, A., Hienert, M. G., Frey, R., Mandelli, L., Zohar, J., Mendlewicz, J., Souery, D., Montgomery, S., Fabbri, C., Serretti, A., Kasper, S. (2021). Sex-related effects in major depressive disorder: Results of the European Group for the Study of Resistant Depression. *Depression and Anxiety, 38*(9), 896–906. https://doi.org/10.1002/da.23165

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. Harper & Row.

Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*: *An International Quarterly*, *1*, 5–37.

Beck, A. T. (2008). The Evolution of the Cognitive Model of Depression and Its Neurobiological Correlates. *American Journal of Psychiatry*, *165*(8), 969–977. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08050721

Beck, A. T., Dozois, D. J. (2011). Cognitive therapy: current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, *62*, 397–409. https://doi.org/10.1146/annurev-med-052209-100032

Bedyńska, S., Książek, M. (2012). *Statystyczny drogowskaz.* Wydawnictwo Akademickie Sedno.

Bennett, A. J., Lesch, K. P., Heils, A., Long, J. C., Lorenz, J. G., Shoaf, S. E., Champoux, M., Suomi, S. J., Linnoila, M. V., Higley, J. D. (2002). Early experience and serotonin

transporter gene variation interact to influence primate CNS function. *Molecular Psychiatry*, *7*(1), 118–122. https://doi.org/10.1038/sj.mp.4000949

Bernstein, D. P., Fink, L. (1998*). Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective Self-report Manual.* TX The Psychological Corporation.

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., Ruggiero, J. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *The American Journal of Psychiatry*, *151*(8), 1132–1136. https://doi.org/10.1176/ajp.151.8.1132

Bishop, A., Younan, R., Low, J., Pilkington, P. D. (2021). Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy,* 1-20. https://doi.org/10.1002/cpp.2630

Blaut, A., Paulewicz, B. (2011). Poznawcza podatność na depresję. *Psychiatria Polska*, *45*(6), 889-899.

Bokszczanin, A. (2002). Predyktory radzenia sobie ze stresem po powodzi przez dorastających. *Czasopismo Psychologiczne*, *8*(2), 187–194.

Brent, D. A., Mann, J. J. (2005). Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *American Journal of Medical Genetics. Part C, Seminars in Medical Genetics*, *133*(1), 13–24. https://doi.org/10.1002/ajmg.c.30042

Briere, J., Runtz, M. (1990). Differential adult symptomatology associated with three types of child abuse histories. *Child Abuse & Neglect*, *14*(3), 357–364. https://doi.org/10.1016/0145-2134(90)90007-g

Brodniak, W. A. (2012). *Ramowy program zapobiegania samobójstwom w Polsce na lata 2012-2015. Załącznik nr 4.* Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Brotchie, J., Meyer, C., Copello, A., Kidney, R., Waller, G. (2004). Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, *43*(3), 337–342. doi: 10.1348/0144665031752916

Brown, G. R., McBride, L., Bauer, M. S., Williford, W. O., Cooperative Studies Program 430 Study Team (2005). Impact of childhood abuse on the course of bipolar disorder: a replication study in U.S. veterans. *Journal of Affective Disorders*, *89*(1-3), 57–67. https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.06.012

Bruce, J., Fisher, P. A., Pears, K. C., Levine, S. (2009). Morning cortisol Levels in preschool-aged foster children: differential effects of maltreatment type. *Developmental Psychobiology*, *51*(1), 14–23. https://doi.org/10.1002/dev.20333

Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, *26*(1), 17-31. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003

Calvete, E., Orue, I., González-Diez, Z. (2013). An examination of the structure and stability of early maladaptive schemas by means of the Young Schema Questionnaire-3. *European Journal of Psychological Assessment*, *29*(4), 283-290. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000158

Carrion, V. G., Garrett, A., Menon, V., Weems, C. F., Reiss, A. L. (2008). Posttraumatic stress symptoms and brain function during a response-inhibition task: an fMRI study in youth. *Depression and Anxiety*, *25*(6), 514–526. https://doi.org/10.1002/da.20346

Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., Harrington, H., McClay, J., Mill, J., Martin, J., Braithwaite, A., Poulton, R. (2003). Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, *301*(5631), 386–389. https://doi.org/10.1126/science.1083968

Cheng, Y., Tao, M., Riley, L., Kann, L., Ye, L., Tian, X., Tian, B., Hu, J., Chen, D. (2009). Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behaviour. *Child: Care, Health and Development*, *35*(3), 313–322. https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.00955.x

Chioqueta, A. P., Stiles, T. C. (2007). The relationship between psychological buffers, hopelessness, and suicidal ideation: identification of protective factors. *Crisis*, *28*(2), 67–73. https://doi.org/10.1027/0227-5910.28.2.67

Chodkiewicz, J. (2017). Polish adaptation of the Gotland Scale of Male Depression (GDMS) by Wolfgang Rutz. *Postępy Psychiatrii i Neurologii, 26*(1), 13-23. https://doi.org/10.5114/ppn.2017.68291

Chodkiewicz, J., Gruszczyńska, E. (2020). The Polish adaptation of the Suicide Behaviors Questionnaire-Revised by A. Osman et al. Polska adaptacja Zrewidowanego Kwestionariusza Zachowań Samobójczych A. Osmana i współpracowników. *Psychiatria Polska*, *54*(1), 101–111. https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/93492

Chodkiewicz, J., Miniszewska, J. (2016). Męska depresja – koncepcja, metody pomiaru i związki z zachowaniami samobójczymi. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 16*(1), 33-37. doi: 10.15557/PiPK.2016.0006

Chodkiewicz, J., Wydrzyński, M., Talarowska, M. (2022). J. Young's Early Maladaptive Schemas and Symptoms of Male Depression. *Life*, *12*(2), 167. https://doi.org/10.3390/life12020167

Chu, C. L., Chen, Y., Jiang, K. H., Chen, J. L., Lee, C. P., Chau, Y. L., Chen, C. Y. (2014). Validity and clinical utilization of the Chinese version of the Gotland Male Depression Scale at a men's health polyclinic. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *10*, 1707–1714. https://doi.org/10.2147/NDT.S67617

Cierpiałkowska, L. (2007). Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowego modelu podatności i odporności na zaburzenia psychiczne. *Czasopismo Psychologiczne*, *13*(1), 3-19.

Cierpiałkowska, L. (2014). *Psychopatologia (wyd. 3)*. Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Clark, L. A., Watson, D., Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(1), 103–116.

Cleary A. (2012). Suicidal action, emotional expression, and the performance of masculinities. *Social Science & Medicine, 74*(4), 498–505. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.08.002

Cochran, S. V., Rabinowitz, F. E. (2003). Gender-sensitive recommendations for assessment and treatment of depression in men. *Professional Psychology: Research and Practice, 34*(2), 132–140. https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.2.132

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155–159. https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155

Coleman D. (2015). Traditional Masculinity as a Risk Factor for Suicidal Ideation: Cross-Sectional and Prospective Evidence from a Study of Young Adults. *Archives of suicide research: Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, *19*(3), 366–384. https://doi.org/10.1080/13811118.2014.957453

Coleman, D., Feigelman, W., Rosen, Z. (2020). Association of High Traditional Masculinity and Risk of Suicide Death: Secondary Analysis of the Add Health Study. *JAMA Psychiatry*, *77*(4), 435–437. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.4702

Comijs, H. C., van Exel, E., van der Mast, R. C., Paauw, A., Oude Voshaar, R., Stek, M. L. (2013). Childhood abuse in late-life depression. *Journal of Affective Disorders*, *147*(1-3), 241–246. https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.010

Conners, N. A., Bradley, R. H., Mansell, L. W., Liu, J. Y., Roberts, T. J., Burgdorf, K., Herrell, J. M. (2004). Children of mothers with serious substance abuse problems: an accumulation of risks. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, *30*(1), 85–100. https://doi.org/10.1081/ada-120029867

Conway, M., Csank, P. A., Holm, S. L., Blake, C. K. (2000). On assessing individual differences in rumination on sadness. *Journal of Personality Assessment*, *75*(3), 404–425. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7503_04

Cooper, A. (1986). Toward a limited definition of psychic trauma. W: A. Rothstein (red.), *The Reconstruction of Trauma*, (p. 41–56). International Universities Press.

Courtois, C. A., Ford, J. D. (Eds.). (2009). *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide.* The Guilford Press.

Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *58*(7), 376-385. https://doi.org/10.1177/070674371305800702

Czabała, J. C. (2000). *Zdrowie psychiczne: zagrożenia i promocja.* Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Czachowski, S. (2014). Psychospołeczne determinanty chorób. Implikacje medyczne w podstawowej opiece zdrowotnej. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 12*(4), 322-326

De Bellis, M. D., Keshavan, M. S. (2003). Sex differences in brain maturation in maltreatment-related pediatric posttraumatic stress disorder. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *27*(1-2), 103–117. https://doi.org/10.1016/s0149-7634(03)00013-7

Deci, E. L., Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: an introduction. *Journal of Happiness Studies, 9*, 1–11. https://doi.org/10.1007/s10902-006-9018-1

Department of Health. (2012). *Department of Health annual report and accounts 2011 to 2012*. https://www.gov.uk/government/publications/department-of-health-annual-report-and-accounts-for-2011-to-2012-published

Diaconu, G., Turecki, G. (2009). Family history of suicidal behavior predicts impulsive-aggressive behavior levels in psychiatric outpatients. *Journal of Affective Disorders, 113*(1-2), 172–178. https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.03.028

Diciccio, T., Efron, B. (1996). Bootstrap confidence intervals (with discussion). *Statistical Science, 11*, 189-228.

Domaradzki, J. (2013). O definicjach zdrowia i choroby. *Folia Medica Lodziensia, 40*(1), 5-29.

Dudek, B. (2003). *Zaburzenie po stresie traumatycznym.* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Echávarri, O., Morales, S., Barros, J., Armijo, I., Maino, M. P., Núñez, C., Fischman, R., Moya, C., Szmulewicz, M., Tomicic, A. (2018). Validation of the Reasons for Living Inventory in Mental Health Patients in the Metropolitan Region of Chile. *Psykhe, 27*(2), 1-17. https://doi.org/10.7764/psykhe.27.2.1153

Eggenberger, L., Ehlert, U., Walther, A. (2023). New directions in male-tailored psychotherapy for depression. *Frontiers in Psychology, 14*(1), 1-6, https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1146078

Estévez, A., Ozerinjauregi, N., Herrero-Fernández, D. (2016). Maladaptive Schemas as Mediators in the Relationship Between Child Sexual Abuse and Displaced Aggression. *Journal of Child Sexual Abuse*, *25*(4), 449–465. https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1156207

Etain, B., Aas, M., Andreassen, O. A., Lorentzen, S., Dieset, I., Gard, S., Kahn, J. P., Bellivier, F., Leboyer, M., Melle, I., Henry, C. (2013). Childhood trauma is associated with severe

clinical characteristics of bipolar disorders. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *74*(10), 991–998. https://doi.org/10.4088/JCP.13m08353

Felitti, V. J. (2002). The relation between Adverse Childhood Experiences and adult health: Turning gold into lead. *The Permanente Journal*, *6*(1), 44-47.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, *14*(4), 245–258. https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8

Forkmann, T., Brakemeier, E. L., Teismann, T., Schramm, E., Michalak, J. (2016). The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy added to Treatment as Usual on suicidal ideation in chronic depression: Results of a randomized-clinical trial. *Journal of Affective Disorders*, *200*, 51–57. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.01.047

Fredrickson, B. (2009). *Positivity*. Three Rivers Press.

Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *14*(2), 231–233. https://doi.org/10.1002/wps.20231

Garcia-Valencia, J., Acosta-Palacio, C. A., Vargas, G., Arias, S. A., Ocampo, M. V., Aguirre, B., Caslas, S., Calle, J., Restrepo, D., López-Jaramillo, C. A., Holguín-Lew, J. C., López-Tobón, M. C., Montoya-Guerra, P., Arango-Viana, J. C., García, H. (2009). Validation of the Reasons for Living Inventory (RFl) in subjects with suicidal behavior in Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 38*(1), 66-84.

Garret, K. M., Waehler, C. A., Rogers, J. R. (2010). A Protocol Analysis of the Reasons for Living Scale Items with a Sample of Gay, Lesbian, and Bisexual Adults. *Suicidology Online*, 1, 72-82.

Gawinecka, M., Łucka, I., Cebella, A. (2008). Pamięć zdarzeń traumatycznych. *Psychiatria, 5*(2), 65-69.

Gąsior, K. (2017). Stres pourazowy i przywiązanie u kobiet osadzonych – rola czynników zagrażających i chroniących. *Polskie Forum Psychologiczne*, *22*(3), 420-439. 10.14656/PFP20170305

Gąsior, K., Chodkiewicz, J., Cechowski, W. (2018). *Polska wersja Kwestionariusza Traumy Wczesnodziecięcej* [niepublikowany maszynopis], Kielce.

Geabel, W., Zielasek, J., Reed, G. M. (2017). Zaburzenia psychiczne i behawioralne w ICD-11: koncepcje, metodologie oraz obecny status. *Psychiatria Polska, 51*(2), 169–195. https://doi.org/10.12740/PP/69660

Gearing, R. E., Lizardi, D. (2009). Religion and suicide. *Journal of Religion and Health*, *48*(3), 332–341. https://doi.org/10.1007/s10943-008-9181-2

Gibb, B. E., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Rose, D. T., Whitehouse, W. G., Donovan, P., Hogan, M. E., Cronholm, J., Tierney, S. (2001). History of childhood maltreatment, negative cognitive styles, and episodes of depression in adulthood. *Cognitive Therapy and Research, 25*(4), 425–446. https://doi.org/10.1023/A:1005586519986

Gmitrowicz, A. (2016). Problematyka samobójstw. W: M. Jarema (red.), *Psychiatria* (s. 193-218). Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Goldberger, N., Haklai, Z., Pugachova, I., Levav, I. (2015). Suicides among persons with psychiatric hospitalizations. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 52*(1), 25–31.

Goodman, R., Scott, S. (2000). *Psychiatria dzieci i młodzieży*. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner.

Grabowski, P., Łoza, B. (2013). Objawy depresyjne i lękowe zależne od cech demograficznych i klinicznych hospitalizowanych pacjentów. *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny, 5*(3), 169-174.

Gunnar, M. R., Vazquez, D. M. (2001). Low cortisol and a flattening of expected daytime rhythm: potential indices of risk in human development. *Development and Psychopathology*, *13*(3), 515–538. https://doi.org/10.1017/s0954579401003066

Gutierrez, P. M., Osman, A., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Bagge, C. L. (2000). Suicide risk assessment in a college student population. *Journal of Counseling Psychology*, *47*(4), 403–413. https://doi.org/10.1037/0022-0167.47.4.403

Halvorsen, M., Wang, C. E., Richter, J., Myrland, I., Pedersen, S. K., Eisemann, M., Waterloo, K. (2009). Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *16*(5), 394–407. https://doi.org/10.1002/cpp.618

Hammen, C. (2006). Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne dla praktyków i pacjentów. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Harkness, K. L., Bruce, A. E., Lumley, M. N. (2006). The role of childhood abuse and neglect in the sensitization to stressful life events in adolescent depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *115*(4), 730–741. https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.4.730

Harkness, K. L., Wildes, J. E. (2002). Childhood adversity and anxiety *versus* dysthymia co-morbidity in major depression. *Psychological Medicine, 32*(7), 1239–1249. https://doi.org/10.1017/S0033291702006177

Herrero-Fernández, D. (2016). Psychophysiological, subjective and behavioral differences between high and low anger drivers in a simulation task. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour, 42*(2), 365–375. https://doi.org/10.1016/j.trf.2015.12.015

Heszen-Celińska, I., Sęk, H. (2020). Psychologia zdrowia. Wydanie nowe (wyd. 1). Wydawnictwo Naukowe PWN.

Hawke, L. D., Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *25*(4), 257–276. https://doi.org/10.1891/0889-8391.25.4.257

Hayes, A.F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis.* Guilford Press.

Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., Miller, A. H., Nemeroff, C. B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *JAMA Psychiatry*, *284*(5), 592–597. https://doi.org/10.1001/jama.284.5.592

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377-391. https://doi.org/10.1002/jts.2490050305

Hoertel, N., Franco, S., Wall, M. M., Oquendo, M. A., Wang, S., Limosin, F., Blanco, C. (2015). Childhood maltreatment and risk of suicide attempt: a nationally representative study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *76*(7), 916–923. https://doi.org/10.4088/JCP.14m09420

Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, 36*(5), 427-440. https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1

Holiczer, A., Gałuszko, M., Cubała, W. J. (2007). Zaburzenie stresowe pourazowe — opis ewolucji koncepcji zaburzenia i podejść terapeutycznych. *Psychiatria, 4*(1), 25-32.

Hołyst, B. (2012). *Suicydologia*. LexisNexis.

Hołyst, B. (2018). *Zapobieganie samobójstwom. Imperatyw ogólnoświatowy.* Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Hoobler, J. M., Brass, D. J. (2006). Abusive Supervision and Family Undermining as Displaced Aggression. *Journal of Applied Psychology, 91*, 1125-1133. https://doi.org/10.1037/0021-9010.91.5.1125

Horwitz, A. V., Widom, C. S., McLaughlin, J., White, H. R. (2001). The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: a prospective study. *Journal of Health and Social Behavior*, *42*(2), 184–201.

Innamorati. M., Pompili, M., Ferrari, V., Cavedon, G., Soccorsi, R., Aiello, S., Mancinelli, I., Tatarelli, R. (2006). Psychometric properties of the Reasons for Living Inventory in Italian university students. *Individual Differences Research*, *4*(1), 51-56.

Innamorati, M., Pompili, M., Gonda, X., Amore, M., Serafini, G., Niolu, C., Lester, D., Rutz, W., Rihmer, Z., Girardi, P. (2011). Psychometric properties of the Gotland Scale for Depression in Italian psychiatric inpatients and its utility in the prediction of suicide risk. *Journal of Affective Disorders, 132*(1-2), 99-103. https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.003

Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. Basic Books.

Jankowska, A., Lotkowski, M. (2012). Przeżywanie stresu traumatycznego w rodzinie – przyczyny, przebieg, następstwa oraz proces zdrowienia. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio, 1*, 69–89.

Kaplow, J. B., Widom, C. S. (2007). Age of onset of child maltreatment predicts long-term mental health outcomes. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(1), 176–187. https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.1.176

Keller, M. C., Neale, M. C., Kendler, K. S. (2007). Association of different adverse life events with distinct patterns of depressive symptoms. *The American Journal of Psychiatry, 164*(10), 1521–1529. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06091564

Kendler, K. S., Thornton, L. M., Gardner, C. O. (2000). Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the "kindling" hypothesis. *The American Journal of Psychiatry, 157*(8), 1243–1251. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.8.1243

Keyes, C. L. M. (2014). Mental Health as a Complete State: How the Salutogenic Perspective Completes the Picture. W: G. F. Bauer, O. Hämmig (red.), *Bridging occupational, organizational and public health* (s. 179–192). Springer Science and Business https://doi.org/10.1007/978-94-007-5640-3_11

Khan, S. A., Farooq, S. (2003). Reasons for not acting on suicidal ideas. *Journal of the College of Physicians and Surgeons—Pakistan: JCPSP, 13*(1), 37-39. DOI: 01.2003/jcpsp.3739

Kiran, N. V., Darshankumar, K. M., Vikas, M. (2017). Association of reasons for living inventory scores with suicidal acts among patients with major depression. International *Journal of Medical Science and Public Health, 6*(1), 177-179.

Kissane, M., McLaren, S. (2006). Sense of belonging as a predictor of reasons for living in older adults. *Death studies*, *30*(3), 243–258. https://doi.org/10.1080/07481180500493401

Kiyafar, Z., Jamilian, H. R., Oliyaei, Z. S., Khansari, M. (2017). Investigating the correlation between early maladaptive schemas and clinical symptoms in patients with major

depressive disorder with and without psychotic features. *Journal of Fundamentals of Mental Health, 19*(1), 38-44. 10.22038/JFMH.2016.8216

Klatkiewicz, A. (2011). Traumatyczne zdarzenia w dzieciństwie a rozwój zaburzenia osobowości borderline. *Nowiny Lekarskie, 80*(6), 484–492

Kluczyńska, S. (2015). Zdrowie psychiczne – wybrane definicje i koncepcje wyjaśniające. W: E. Sokołowska, L. Zabłocka-Żytka, S. Kluczyńska, J. Wojda-Kornacka (red.), *Zdrowie psychiczne młodych dorosłych. Wybrane zagadnienia* (s. 25-39). Difin.

Kokoszka, A. (2009). *Wprowadzenie do terapii poznawczo-behawioralnej*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Konarski, R. (2023). *Modele równań strukturalnych. Teoria i praktyka*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Kotowska, I., Jóźwiak, J., Matysiak, A., Baranowska, A. (2008). Poland: Fertility decline as a response to profound societal and labour market changes? *Demographic Research 19*(22), 795-854, 10.4054/DemRes.2008.19.22

Kornas, S. (2007). Nauczanie etyki czynnikiem integrującym studia medyczne. W: J. Suchorzewska, M. Olejniczak (red.), *Nauczanie etyki w uczelniach medycznych* (s. 94-113). Akademia Medyczna.

Krawczyk, J., Gmitrowicz, A. (2014). Analiza czynników chroniących przed samobójstwem. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna, 14*(1), 43–49. http://dx.doi.org/10.15557/PiPK.2014.0005

Krawczyk, P., Święcicki, Ł. (2020). ICD-11 vs. ICD-10 – przegląd aktualizacji i nowości wprowadzonych w najnowszej wersji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO. *Psychiatria Polska, 54*(1), 7–20. https://doi.org/10.12740/PP/103876

Krystal, H. (1978). Trauma and Affects. *The Psychoanalytic Study of the Child, 33*, 81–116. https://doi.org/10.1080/00797308.1978.11822973

Kulmatycki, L. (2007). Zdrowie i dobrostan psychiczny. W: B. Woynarowska (red.), *Edukacja zdrowotna* (s. 343-390). Państwowe Wydawnictwo Naukowe.

Larkin, H., Records, J. (2007). Adverse childhood experiences: Overview, response strategies, and integral theory. *Journal of Integral Theory and Practice, 2*(3), 1-25.

Layard, R. (2005). *Happiness: Lessons form a new science*. Allen Lane.

Lazarus, R., Folkman, S. (1984). *Stress. Appraisal and Coping.* Springer.

Lehtinen, V. (2008). *Building up good mental health*. Stakes Gummerus Printing.

Levi, L. (1974). Psychological stress and disease: A conceptual model. W: E. Guderson, R. Rahe (red.) *Life, Stress and Illness* (s. 231-287). Springfield: Charles C. Thomas.

Linehan, M. M., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L., Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the reasons for living inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *51*(2), 276–286. https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.2.276

Lis-Turlejska, M. (2005). *Traumatyczne zdarzenia i ich skutki psychiczne*. Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.

Lumley, M. N., Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research, 31*(5), 639–657. https://doi.org/10.1007/s10608-006-9100-3

MacKinnon, D.P., Lockwood, C.M., Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research, 39*(1), 99–128.

Mahalik, J. R., Levine Coley, R., McPherran Lombardi, C., Doyle Lynch, A., Markowitz, A. J., Jaffee, S. R. (2013). Changes in health risk behaviors for males and females from early adolescence through early adulthood. *Health Psychology: Official Journal of the*

Division of Health Psychology, *American Psychological Association*, *32*(6), 685–694. https://doi.org/10.1037/a0031658

Maheu, F. S., Dozier, M., Guyer, A. E., Mandell, D., Peloso, E., Poeth, K., Jenness, J., Lau, J. Y., Ackerman, J. P., Pine, D. S., Ernst, M. (2010). A preliminary study of medial temporal lobe function in youths with a history of caregiver deprivation and emotional neglect. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience, 10*(1), 34–49. https://doi.org/10.3758/CABN.10.1.34

Mahmoudi, O., Asgari, A., Azkhosh, M., Kolaee, A. K. (2010). Exploring the Validity, Reliability and Standardization of Adult Reasons for Living Inventory. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 16*(3), 239-247.

Malone, K. M., Oquendo, M. A., Haas, G. L., Ellis, S. P., Li, S., Mann, J. J. (2000). Protective factors against suicidal acts in major depression: reasons for living. *The American Journal of Psychiatry, 157*(7), 1084–1088. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.7.1084

Marsh, H. W., Huppert, F. A., Donald, J. N., Horwood, M. S., Sahdra, B. K. (2020). The well-being profile (WB-Pro): Creating a theoretically based multidimensional measure of well-being to advance theory, research, policy, and practice. *Psychological Assessment, 32*(3), 294–313. https://doi.org/10.1037/pas000078

Martin, L. A., Neighbors, H. W., Griffith, D. M. (2013). The experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry*, *70*(10), 1100–1106. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.1985

Mącik, D. (2016). Wczesne nieadaptacyjne schematy Younga i ich związki z rysami zaburzeń osobowości w populacji nieklinicznej – badania wstępne. *Psychiatria i Psychoterapia, 12*(1), 3-24.

Mącik, D. (2019). *W pułapce schematów? Wczesne nieadaptacyjne schematy Jeffreya Younga a funkcjonowanie psychospołeczne dorosłych*. Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.

McCormack, L., Thomson, S. (2017). Complex trauma in childhood, a psychiatric diagnosis in adulthood: Making meaning of a double-edged phenomenon. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, *9*(2), 156–165. https://doi.org/10.1037/tra0000193

Miller, J. D., Lynam, D. R., Hyatt, C. S., Campbell, W. K. (2017). Controversies in Narcissism. *Annual Review of Clinical Psychology*, *13*, 291–315. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032816-045244

Molnar, B. E., Buka, S. L., Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, *91*(5), 753–760. https://doi.org/10.2105/ajph.91.5.753

Morrison, L. L., Downey, D. L. (2000). Racial differences in self-disclosure of suicidal ideation and reasons for living: implications for training. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, *6*(4), 374–386. https://doi.org/10.1037/1099-9809.6.4.374

Möller-Leimkühler, A. M., Jackl, A., Weissbach, L. (2022). Gendersensitives Depressionsscreening (GSDS) – Befunde zur weiteren Validierung eines neuen Selbstbeurteilungsinstruments [Gender-Sensitive Depression Screening (GSDS) - Further Validation of a New Self-Rating Instrument]. *Psychiatrische Praxis*, *49*(7), 367–374. https://doi.org/10.1055/a-1615-8274

Möller-Leimkühler, A.M., Mühleck, J. (2020). Konstruktion und vorläufige Validierung eines gendersensitiven Depressionsscreenings (GSDS) [Development and Preliminary Validation of a Gender-Sensitive Depression Screening (GSDS)]. *Psychiatrische Praxis*, *47*(2), 79–86. https://doi.org/10.1055/a-1067-0241

Möller-Leimkühler, A.M., Paulus, N.C., Heller, J. (2009). Male Depression bei jungen Männern. *Blickpunkt der Mann, 7*(4), 15–20.

Möller-Leimkühler, A. M., Yücel, M. (2010). Male depression in females? *Journal of Affective Disorders, 121*(1-2), 22–29. https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.05.007

Munafò, M., Brown, S., Hariri, A. (2008). Serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype and amygdala activation: a meta-analysis. *Biological Psychiatry, 63*(9), 852–857. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2007.08.016

Murray, C. J. L., Lopez, A. D. (1996). *The Global Burden of Disease: Summary*. World Health Organization.

Nadeau, M. M., Balsan, M. J., Rochlen, A. B. (2016). Men's depression: endorsed experiences and expressions. *Psychology of Men and Masculinities, 17*(4), 328–335. https://doi.org/10.1037/men0000027

Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny. (2021). *Samobójstwa w Polsce w 2020 roku [Raport]*. Warszawa

Negele, A., Kaufhold, J., Kallenbach, L., Leuzinger-Bohleber, M. (2015). Childhood Trauma and Its Relation to Chronic Depression in Adulthood. *Depression Research and Treatment, 29,* 1-12. http://dx.doi.org/10.1155/2015/650804

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(4), 569–582. https://doi.org/10.1037/0021-843X.100.4.569

Nordahl, H. M., Holthe, H., Haugum, J. A. (2005). Early Maladaptive Schemas in Patients with or without Personality Disorders: Does Schema Modification Predict Symptomatic Relief? *Clinical Psychology & Psychotherapy, 12*(2), 142–149. https://doi.org/10.1002/cpp.430

Norris, F. H. , Slone, L. B. (2007). The epidemiology of trauma and PTSD. W: M. J. Friedman, T. M. Keane & P. A. Resick (red.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (s. 78-98). Guilford Press.

Odachowska, E., Woźniak-Prus, M. (2018). Trudna Diagnoza. Kontrowersje Wokół PTSD I ADHD. *Psychologia Wychowawcza*, *13*, 7-24. DOI: 10.5604/01.3001.0012.4750

O'Dougherty-Wright, M., Crawford, E., Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse & Neglect*, *33*, 59-68.

Oettingen, J., Chodkiewicz, J., Mącik, D., Gruszczyńska, E. (2018). Polish adaptation of the Young Schema Questionnaire 3 Short Form (YSQ-S3-PL). Polska adaptacja i walidacja krótkiej wersji Kwestionariusza Schematów Younga (YSQ- S3-PL). *Psychiatria Polska*, *52*(4), 707–718. https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/76541

Ogińska-Bulik, N., Juczyński, J. (2010). *Osobowość stres a zdrowie*. Difin.

O' Gorman, K. M., Wilson, M. J., Seidler, Z. E., English, D., Zajac, I. T., Fisher, K. S., Rice, S. M. (2022). Male-Type Depression Mediates the Relationship between Avoidant Coping and Suicidal Ideation in Men. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(17), 10874. https://doi.org/10.3390/ijerph191710874

Oleś, M. (1996). Pomiar pesymizmu u dzieci; skala HPLS A. E. Kazdina. W: A. Januszewski, P. Oleś, W. Otrębski (red.), *Studia z Psychologii w KUL* (t. 8, s. 287-298). Redakcja Wydawnictw KUL.

Oliffe, J. L., Rossnagel, E., Seidler, Z. E., Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., Rice, S. M. (2019). Men's Depression and Suicide. *Current Psychiatry Reports*, *21*(10), 103. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1088-y

Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kopper, B. A., Barrios, F. X. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment, 8*(4), 443–454. https://doi.org/10.1177/107319110100800409

Osman, A., Kopper, B. A., Linehan, M. M., Barrios, F. X., Gutierrez, P. M., Bagge, C. L.(1999). Validation of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire and the Reasons for Living Inventory in an adult psychiatric inpatient sample. *Psychological Assessment, 11*(20), 115-223.

Oquendo, M. A., Baca-Gar Cia, E., Graver, R., Mora, M., Montalvan, V., Mann, J. J. (2000). Spanish adaptation of the Reasons for Living Inventory. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 22*(3), 369-381. https://doi.org/10.1177/0739986300223006

Payne, S., Swami, V., Stanistreet, D. L. (2008). The social construction of gender and its influence on suicide: A review of the literature. *Journal of Men's Health & Gender, 5*(1), 23–35. https://doi.org/10.1016/j.jomh.2007.11.002

Petersen, A., Joseph, J., Feit, M. (2013). *New Directions in Child Abuse and Neglect Research*. The National Academies Press. Peterson, C., Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues*. Oxford University Press. Piątkowski, W. (2002). *Choroba jako zjawisko socjologiczne.* Wprowadzenie do wybranych koncepcji badawczych. W: J. Barański i W. Pitkowski (red.), *Zdrowie i choroba: Wybrane problemy socjologii medycyny* (s. 23-28). ATUT.

Pilkington, P. D., Younan, R., Bishop, A. (2021). Early maladaptive schemas, suicidal ideation, and self-harm: A meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders Reports, 3* https://doi.org/10.1016/j.jadr.2020.100051

Pleck, J. H. (1995). The gender role strain paradigm: An update. In R. F. Levant & W. S. Pollack (red.), *A New Psychology of Men* (s. 11–32). Basic Books/Hachette Book Group.

Pollak, S. D., Cicchetti, D., Hornung, K., Reed, A. (2000). Recognizing emotion in faces: developmental effects of child abuse and neglect. *Developmental Psychology*, *36*(5), 679-688. https://doi.org/10.1037/0012-1649.36.5.679

Pompili, M., Girardi, P., Tatarelli, G., Tatarelli, R. (2006). Suicidal intent in single-car accident drivers: Review and new preliminary findings. *Crisis, 27*(2), 92-99. doi: 10.1027/0227-5910.27.2.92.

Popiel, A. (2009). Zorientowana na traumę psychoterapia poznawczo-behawioralna zaburzeń stresowych pourazowych. Trauma-focused cognitive-behavioural therapies for post-traumatic stress disorder. *Psychiatria, 6*(4), 124-133.

Popiel, A., Pragłowska, E. (2022). *Terapia poznawczo-behawioralna. Teoria i praktyka.* Wydanie II rozszerzone. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Popiel, A., Pragłowska, E. (2009). Psychopatologia reakcji na traumatyczne wydarzenia. W: J. Strelau, B. Zawadzki i M. Kaczmarek (red.). *Konsekwencje psychiczne traumy: uwarunkowania i terapia* (s. 34-63). Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Preacher, K.J., Hayes, A.F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods*, *36*(4), 717–731.

Preacher, K. J., Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods, 40*(3), 879–891. doi.org/10.3758/brm.40.3.879

Rafaeli, E., Bernstein, D., Young, J. E. (2011). *Psychoterapia skoncentrowana na schematach*.: Wydawnictwo Zielone Drzewo, Instytut Psychologii Zdrowia PTP.

Ratajczak, Z. (1996). Stres-radzenie sobie-koszty psychologiczne. W: I. Heszen-Niejodek i Z. Ratajczak (red.). *Człowiek w sytuacji stresu* (s. 65-87). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Rice, S. M., Fallon, B. J., Aucote, H. M., Möller-Leimkühler, A. M. (2013). Development and preliminary validation of the male depression risk scale: furthering the assessment of depression in men. *Journal of Affective Disorders, 151*(3), 950–958. https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.013

Rice, S. M., Fallon, B. J., Aucote, H. M., Möller-Leimkühler, A., Treeby, M. S., Amminger, G. P. (2015). Longitudinal sex differences of externalising and internalising depression symptom trajectories: Implications for assessment of depression in men from an online study. *The International Journal of Social Psychiatry, 61*(3), 236–240. https://doi.org/10.1177/0020764014540149

Rice, S. M., Ogrodniczuk, J. S., Kealy, D., Seidler, Z. E., Dhillon, H. M., Oliffe, J. L. (2019). Validity of the Male Depression Risk Scale in a representative Canadian sample: sensitivity and specificity in identifying men with recent suicide attempt. *Journal of Mental Health, 28*(2), 132–140. https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417565

Rice, S., Seidler, Z., Kealy, D., Ogrodniczuk, J., Zajac, I., Oliffe, J. (2022). Men's Depression, Externalizing, and DSM-5-TR: Primary Signs and Symptoms or Co-occurring Symptoms? *Harvard Review of Psychiatry, 30*(5), 317–322. https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000346

Riggs, S. A., Cusimano, A. M., Benson, K. M. (2011). Childhood emotional abuse and attachment processes in the dyadic adjustment of dating couples. *Journal of Counseling Psychology*, *58*(1), 126–138. https://doi.org/10.1037/a0021319

Riso, L. P., Froman, S. E., Raouf, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., Penna, S., Blandino, J. A., Jacobs, C. H., Cherry, M. (2006). The long-term stability of Early

Maladaptive Schemas. *Cognitive Therapy and Research, 30*, 515–529. https://doi.org/10.1007/s10608-006-9015-z

Rnic, K., Hewitt, P. L., Chen, C., Jopling, E., Lemoult, J., Flett, G. L. (2021). Examining the Link Between Multidimensional Perfectionism and Depression: A Longitudinal Study of the Intervening Effects of Social Disconnection. *Journal of Social & Clinical Psychology, 40*(4), 277–303. https://doi.org/10.1521/jscp.2021.40.4.277

Rol, P., Chodkiewicz, J. (2015). Objawy atypowej depresji u mężczyzn uzależnionych od alkoholu – rola agresywności, impulsywności i bólu psychicznego. *Postępy Psychiatrii i Neurologii, 24*(4), 99-207. https://doi.org/10.1016/j.pin.2015.10.002

Romeo, R. D., McEwen, B. S. (2006). Stress and the adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1094*(1), 202-214. https://doi.org/10.1196/annals.1376.022

Ronconi, L., Testoni, I., Zamperini, A. (2009). Validation of the Italian version of the Reasons for Living Inventory. *Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology, 16*(3), 151-159.

Roy, A. (2006). Family history of suicide and impulsivity. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, *10*(4), 347–352. https://doi.org/10.1080/13811110600790983

Roy, A., Gorodetsky, E., Yuan, Q., Goldman, D., Enoch, M. A. (2010). Interaction of FKBP5, a stress-related gene, with childhood trauma increases the risk for attempting suicide. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, *35*(8), 1674–1683. https://doi.org/10.1038/npp.2009.236

Rubenowitz, E., Waern, M., Wilhelmson, K., Allebeck, P. (2001). Life events and psychosocial factors in elderly suicides--a case-control study. *Psychological Medicine, 31*(7), 1193–1202. https://doi.org/10.1017/s0033291701004457

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *The American Journal of Orthopsychiatry*, *57*(3), 316–331. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x

Rutz, W. (1999). Improvement of care for people suffering from depression: the need for comprehensive education. *International Clinical Psychopharmacology, 14*(3), 27-33. doi: 10.1097/00004850-199906003-00005

Rutz, W., Rihmer, Z. (2007). Suicidality in men – practical issues, challenges, solutions. *The Journal of Men's Health & Gender 4*(4), 393–401. https://doi.org/10.1016/j.jmhg.2007.07.046

Rutz, W., von Knorring, L., Pihlgren, H., Rihmer, Z., Wålinder, J. (1995). Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. *Lancet (London, England), 345*(8948), 524. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(95)90622-3

Rutz, W., Wålinder, J., Von Knorring, L., Rihmer, Z., Pihlgren, H. (1997). Prevention of depression and suicide by education and medication: impact on male suicidality. An update from the Gotland study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *1*(1), 39–46. https://doi.org/10.3109/13651509709069204

Sachs-Ericsson, N., Medley, A. N., Kendall-Tackett, K., Taylor, J. (2011). Childhood Abuse and Current Health Problems among Older Adults: The Mediating Role of Self-Efficacy. *Psychology of Violence*, *1*(2), 106–120. https://doi.org/10.1037/a0023139

Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire. Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 295–321. https://doi.org/10.1007/BF02230402

Seligman, M. E. P. (2005). *Prawdziwe szczęście. Psychologia pozytywna a urzeczywistnienie naszych możliwości trwałego spełnienia.* Media Rodzina.

Seligman M. E. P. (2011). *Pełnia życia. Nowe spojrzenia na kwestie szczęścia i dobrego życia*. Media Rodzina.

Sęk, H. (2005). *Psychologia kliniczna*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sher L. (2015). Suicide in men. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *76*(3), e371–e372. https://doi.org/10.4088/JCP.14com09554

Sheridan, M. A., Fox, N. A., Zeanah, C. H., McLaughlin, K. A., Nelson, C. A. (2012). Variation in neural development as a result of exposure to institutionalization early in childhood. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 109*(32), 12927–12932. doi: 10.1073/pnas.1200041109

Shneidman E. S. (1993). Suicide as psychache. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *181*(3), 145–147. https://doi.org/10.1097/00005053-199303000-00001

Shorey, R. C., Stuart, G. L., Anderson, S. (2013). Do gender differences in depression remain after controlling for early maladaptive schemas? An examination in a sample of opioid dependent treatment seeking adults. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *20*(5), 401–410. https://doi.org/10.1002/cpp.1772

Siemieńska, R. (2008). Gender, Family, and Work: The Case of Poland in Cross-National Perspective. *International Journal of Sociology*, *38*(4), 57–75. http://www.jstor.org/stable/20628347

Siewierska, J., Chodkiewicz, J. (2022). Adaptation and validation of Polish Version of Reasons for Living Inventory (RFL-48) by M.M. Linehan et al. Polska adaptacja Skali Powodów do Życia (RFL-48) M.M. Linehan i współpracowników. *Psychiatria Polska*, *56*(3), 603–621. https://doi.org/10.12740/PP/133355

Sisask, M., Varnik, A., Kolves, K., Bertolote, J. M., Bolhari, J., Botega, N. J., Fleischmann, A., Vijayakumar, L., Wasserman, D. (2010). Is religiosity a protective factor against attempted suicide: a cross-cultural case-control study. *Archives of Suicide Research:*

Official Journal of the International Academy for Suicide Research, *14*(1), 44–55. https://doi.org/10.1080/13811110903479052

Sokołowska, E., Kluczyńska, S., Zabłocka-Żytka, L., Wojda-Kornacka, J. (2018). Program „PsychoŻak" – przykład zastosowania pozytywnych koncepcji zdrowia psychicznego w praktyce. *Psychiatria Polska, 52*(1), 157-164. https://doi.org/10.12740/PP/76732

Solomon, E. P., Heide, K. M. (1999). Type III Trauma: Toward a More Effective Conceptualization of Psychological Trauma. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 43*(2), 202-210. https://doi.org/10.1177/0306624X99432007

Soygüt, G., Karaosmanoğlu, A., Cakir, Z. (2009). Erken Dönem Uyumsuz Semalarin Değerlendirilmesi: Young Sema Olçeği Kisa Form-3'ün Psikometrik Ozelliklerine Ilişkin Bir Inceleme [Assessment of early maladaptive schemas: a psychometric study of the Turkish young schema questionnaire-short form-3]. *Turkish Journal of Psychiatry*, *20*(1), 75–84.

Speckens, A. E., Hawton, K. (2005). Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: a systematic review. *Suicide & Life-threatening Behavior*, *35*(4), 365–387. https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.4.365

Spokas, M., Heimberg, R. G. (2009). Overprotective parenting, social anxiety, and external locus of control: Cross-sectional and longitudinal relationships. *Cognitive Therapy and Research*, *33*(6), 543–551. https://doi.org/10.1007/s10608-008-9227-5

Steuden, S., Janowski, K. (2016). Trauma- kontrowersja wokół pojęcia, diagnoza, następstwa. implikacje praktyczne. *Roczniki Psychologiczne, 19*(3), 549-565. doi:10.18290/rpsych.2016.19.3-5pl

Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A global perspective on child sexual abuse: meta-analysis of prevalence around the world. *Child Maltreatment, 16*(2), 79–101. https://doi.org/10.1177/1077559511403920

Streiner, D. L., Geoffrey R. N., Cairney, J. (2015). *Health Measurement Scales: A practical guide to their development and use, 5 edn*: Oxford Academic, https://doi.org/10.1093/med/9780199685219.001.0001

Subic-Wrana, C., Tschan, R., Michal, M., Zwerenz, R., Beutel, M., Wiltink, J. (2011). Kindheitstraumatisierungen, psychische Beschwerden und Diagnosen bei Patienten in einer psychosomatischen Universitätsambulanz [Childhood trauma and its relation to diagnoses and psychic complaints in patients of an psychosomatic university ambulance]. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 61*(2), 54–61. https://doi.org/10.1055/s-0030-1252047

Ślusarska, B., Dobrowolska, B., Zarzycka, D. (2013). Metateoretyczny kontekst zachowań zdrowotnych w paradygmatach zdrowia. *Problemy Higieny i Epidemiologii, 94*(4): 667-674.

Talarowska, M. (2020). *Depresje u mężczyzn. Przyczyny, diagnoza, leczenie.* Medical Education.

Talarowska, M., Gałecki, P. (2017). Young's theory of early maladaptive schemes from the perspective of the neurodevelopmental theory of depression. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia, 12*(3), 101-107. https://doi.org/10.5114/nan.2017.71667

Terr, L. C. (1995). Childhood traumas: an outline and overview. W: G. S. Everly & J. M. Lating (red.), *Psychotraumatology: Key Papers and Core Concepts in Post-Traumatic Stress* (s. 301–320). Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-1034-9_18

Thompson Eh, Pleck, J. H., Ferrera, D. L. (1992). Men and masculinities: scales for masculinity ideology and masculinity-related constructs. *Sex Roles*, *27*(11-12), 573–607. https://doi.org/10.1007/BF02651094

Tomasiewicz, A. K., Matusiak, F., Treger, B. (2016). Doświadczenie traumy a percepcja więzi. Porównanie grup młodzieży hospitalizowanej w psychiatrycznym oddziale stacjonarnym z młodzieżą nieleczoną. *Psychoterapia*, *2*(177), 87-99.

Trincas, R., Ottaviani, C., Couyoumdjian, A., Tenore, K., Spitoni, G., Mancini, F. (2014). Specific dysphoric symptoms are predicted by early maladaptive schemas. *The Scientific World Journal*, *1-7*. https://doi.org/10.1155/2014/231965

Twardosz, S., Lutzker, J. R. (2010). Child maltreatment and the developing brain: A review of neuroscience perspectives. *Aggression and Violent Behavior*, *15*(1), 59–68. https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.08.003

Unoka, Z., Tölgyes, T., Czobor, P., Simon, L. (2010). Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *198*(6), 425–431. https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e07d3d

Vaillant, G. E. (2012). Pozytywne zdrowie psychiczne: czy istnieje definicja międzykulturowa? *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, *21*(4), 229-237.

Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Towards a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, *35*(5), 401–408. https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06

Van der Kolk, B. A. (2018). *Strach ucieleśniony. Mózg, umysł i ciało w terapii traumy*.: Wydawnictwo Czarna Owca.

Van Ijzendoorn, M. H., Juffer, F. (2006). The Emanuel Miller Memorial Lecture 2006: adoption as intervention. Meta-analytic evidence for massive catch-up and plasticity in physical, socio-emotional, and cognitive development. *Journal of Child Psychology*

and Psychiatry, and Allied Disciplines, *47*(12), 1228–1245. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01675.x

Vidal-Arenas, V., Bravo, A. J., Ortet-Walker, J., Ortet, G., Mezquita, L., Ibáñez, M. I., Cross-Cultural Addictions Study Team (2022). Neuroticism, rumination, depression and suicidal ideation: A moderated serial mediation model across four countries. *International Journal of Clinical and Health Psychology: IJCHP*, *22*(3), 100325. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2022.100325

Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. W., Jarrett, R. B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*(3), 475–488. https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.3.475

Wade, D. T., Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: a model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, *31*(8), 995–1004. https://doi.org/10.1177/0269215517709890

Walinder, J., Rutz, W. (2001). Male depression and suicide. *International Clinical Psychopharmacology*, *16*(2), S21–S24. https://doi.org/10.1097/00004850-200103002-00004

Walker, R. L., Alabi, D., Roberts, J., Obasi, E. M. (2010). Ethnic group differences in reasons for living and the moderating role of cultural worldview. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, *16*(3), 372–378. https://doi.org/10.1037/a0019720

Walker, E. A., Gelfand, A., Katon, W. J., Koss, M. P., Von Korff, M., Bernstein, D., Russo, J. (1999). Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. *The American Journal of Medicine*, *107*(4), 332–339. https://doi.org/10.1016/s0002-9343(99)00235-1

Walsh, E., Eggert, L. L. (2007). Suicide risk and protective factors among youth experiencing school difficulties. *International Journal of Mental Health Nursing, 16*(5), 349–359. https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00483.x

Weber, R., Eggenberger, L., Stosch, C., Walther, A. (2022). Gender Differences in Attachment Anxiety and Avoidance and Their Association with Psychotherapy Use-Examining Students from a German University. *Behavioral Sciences, 12*(7), 204. https://doi.org/10.3390/bs12070204

Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire-Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research, 26*(4), 519–530. https://doi.org/10.1023/A:1016231902020

Wesley, M.S., Manjula, M. (2015). Early Maladaptive Schemas and Early Trauma Experiences in Depressed and Non-Depressed Individuals: An Indian Study. *Journal of Psychosocial Research, 10*(1), 125-137.

Widera-Wysoczańska, A., Kuczyńska, A. (2010). *Interpersonal Trauma and its Consequences in Adulthood*. Cambridge Scholars Publishing.

Widom, C. S., Du Mont, K., Czaja, S. J. (2007). A prospective investigation of major depressive disorder and comorbidity in abused and neglected children grown up. *Archives of General Psychiatry, 64*(1), 49–56. https://doi.org/10.1001/archpsyc.64.1.49

Winkler, D., Pjrek, E., Kasper, S. (2005). Anger attacks in depression--evidence for a male depressive syndrome. *Psychotherapy and Psychosomatics, 74*(5), 303–307. https://doi.org/10.1159/000086321

World Health Organization (2001). *Strengthening mental health promotion.*

World Health Organization (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice.*

World Health Organization (2005). *Mental Health Declaration for Europe and Mental Health Action Plan for Europe.*

World Health Organization (2006). *Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement.*

World Health Organization (2012). *Outline for a Study Group on World Health and the Survival of the Human Race.*

World Health Organization (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates.*

World Health Organization (2018). *Global status report on alcohol and health*.

World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.).*

World Health Organization (2021*). Suicide worldwide in 2019. Global Health Estimates.*

Woods, A. M., Zimmerman, L., Carlin, E., Hill, A., Kaslow, N. J. (2013). Motherhood, reasons for living, and suicidality among African American women. *Journal of Family Psychology*, *27*(4), 600–606. https://doi.org/10.1037/a0033592

Wrońska-Polańska, H. (2002). Promowanie zdrowia w procesie edukacji. W: M. Ledzińska, G. Rudkowska i L. Wrona (red.), *Osoba-Edukacja-Dialog* (s. 234-239). Wydawnictwo Naukowe Akademii Pomorskiej.

Wrońska-Polańska, H. (2006). Zdrowie-psychologiczne wyznaczniki, sposoby jego promowania i wspomagania. *Sztuka Leczenia, 13*(1-2), 19-31.

Yehuda, R., Halligan, S. L., Bierer, L. M. (2002). Cortisol levels in adult offspring of Holocaust survivors: relation to PTSD symptom severity in the parent and child. *Psychoneuroendocrinology*, *27*(1-2), 171–180. https://doi.org/10.1016/s0306-4530(01)00043-9

Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3).* Cognitive Therapy Center.

Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2014). *Terapia schematów. Przewodnik praktyka.* Gdańskie Wydawnictwo Pscyhologiczne.

Zajac, I. T., Rice, S., Proeve, M., Kealy, D., Oliffe, J. L., Ogrodniczuk, J. S. (2022). Suicide risk, psychological distress and treatment preferences in men presenting with prototypical, externalising and mixed depressive symptomology. *Journal of Mental Health, 31*(3), 309–316. https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1755026

Załuska, M., Kossowska-Lubowicka, A., Traczewska, Z., Kszczotek, M., Zaniewska-Chłopik, U., Poświata, E., (2010). Współuzależnienie, wydarzenia traumatyczne i objawy zespołu stresu pourazowego u hospitalizowanych i niehospitalizowanych kobiet z rodzin alkoholowych. *Postępy Nauk Medycznych 8*, 670-676.

Zawadzki, B., Strelau, J. (2008). Zaburzenia pourazowe jako następstwo kataklizmu. *Nauka, 2*, 47-55.

Zeanah, C. H., Egger, H. L., Smyke, A. T., Nelson, C. A., Fox, N. A., Marshall, P. J., Guthrie, D. (2009). Institutional rearing and psychiatric disorders in Romanian preschool children. *The American Journal of Psychiatry*, *166*(7), 777–785. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08091438

SPIS TABEL

Tabela 1. Liczba samobójstw w Polsce dokonanych w kolejnych latach względem płci, według statystyk Policji, 2022 24

Tabela 2. Wskaźniki samobójstw w Polsce względem wieku i płci według WHO w roku 2019 (na 100 tys. mieszkańców) 24

Tabela 3. Klasyczne objawy depresji oraz symptomy męskiej depresji 29

Tabela 4. Wczesne nieadaptacyjne schematy zestawione w pięciu domenach 50

Tabela 5. Charakterystyka badanej grupy (N=135). 76

Tabela 6. Statystyki opisowe dla badanej grupy (N=135) 79

Tabela 7. Porównanie średnich wartości symptomów depresji i tendencji suicydalnych w zależności od wybranych zmiennych socjodemograficznych w badanej grupie (N=135) ..82

Tabela 8. Współczynniki korelacji r Pearsona między zmiennymi klinicznymi oraz wiekiem (N = 135) 85

Tabela 9. Różnice w zakresie zmiennych klinicznych pomiędzy grupą kobiet (n=68) i mężczyzn (n=67) z rozpoznaniem depresji 92

Tabela 10. Wykaz ścieżek mediacyjnych pomiędzy traumą dziecięcą a depresją i tendencjami suicydalnymi poprzez nieadaptacyjne schematy i powody do życia dla kobiet (n=68) oraz mężczyzn (n=67) 138

SPIS RYSUNKÓW

Rysunek 1. Model badań własnych. Zależności między zmiennymi objaśniającymi i zmienną objaśnianą z uwzględnieniem zmiennych socjodemograficznych 66

Rysunek 2. Schemat weryfikowania nieadaptacyjnych schematów i powodów do życia jako zmiennych mediujących M1 i M2 zależności pomiędzy traumą dziecięcą (zmienna niezależna X) a depresją (zmienna zależna Y1) i tendencjami suicydalnymi (zmienna zależna Y2) stosowany w modelu mediacji wielokrotnej.....87

Rysunek 3. Wynik analiz wielokrotnej mediacji zależności pomiędzy traumą dziecięcą a depresją poprzez nieadaptacyjne schematy i powody do życia (N=135) 88

Rysunek 4. Wynik analiz wielokrotnej mediacji zależności pomiędzy traumą dziecięcą atendencjami suicydalnymi poprzez nieadaptacyjne schematy i powody do życia (N=135)..90

Rysunek 5. Standaryzowane współczynniki regresji oraz kowariancje dla wielogrupowej analizy ścieżek rozwoju depresji zaprezentowane dla grupy kobiet (n=68) mężczyzn (n=67). 97

Rysunek 6. Standaryzowane współczynniki regresji dla domen schematów i powodów do życia jako mediatorów zależności pomiędzy zaniedbaniem emocjonalnym a depresją, gdzie wartości po lewej stronie dotyczą grupy kobiet (n=68), a po prawej mężczyzn (n=67).....100

Rysunek 7. Standaryzowane współczynniki regresji dla domen schematów i powodów do życia jako mediatorów zależności pomiędzy nadużyciem emocjonalnym a depresją, gdzie wartości po lewej stronie dotyczą grupy kobiet (n=68), a po prawej mężczyzn (n=67).....103

Rysunek 8. Standaryzowane współczynniki regresji oraz kowariancje dla wielogrupowej analizy ścieżek dla tendencji samobójczych zaprezentowane dla grupy kobiet (n=68) i mężczyzn (n=67) 108

Rysunek 9. Standaryzowane współczynniki regresji dla domen schematów i powodów do życia jako mediatorów zależności pomiędzy zaniedbaniem fizycznym a tendencjami samobójczymi,

gdzie wartości po lewej stronie dotyczą grupy kobiet (n=68), a po prawej mężczyzn (n=67) 110
Rysunek 10. Standaryzowane współczynniki regresji dla domen schematów i powodów do życia jako mediatorów zależności pomiędzy nadużyciem fizycznym a tendencjami samobójczymi, gdzie wartości po lewej stronie dotyczą grupy kobiet (n=68), a po prawej mężczyzn (n=67).....112
Rysunek 11. Standaryzowane współczynniki regresji dla domen schematów i powodów do życia jako mediatorów zależności pomiędzy zaniedbaniem emocjonalnym a tendencjami samobójczymi, gdzie wartości po lewej stronie dotyczą grupy kobiet (n=68), a po prawej mężczyzn (n=67).....114
Rysunek 12. Standaryzowane współczynniki regresji dla domen schematów i powodów do życia jako mediatorów zależności pomiędzy nadużyciem emocjonalnym a tendencjami samobójczymi, gdzie wartości po lewej stronie dotyczą grupy kobiet (n=68), a po prawej mężczyzn (n=67).....117
Rysunek 13. Standaryzowane współczynniki regresji dla domen schematów i powodów do życia jako mediatorów zależności pomiędzy nadużyciem seksualnym a tendencjami samobójczymi, gdzie wartości po lewej stronie dotyczą grupy kobiet (n=68), a po prawej mężczyzn (n=67).....120