

## **Polska adaptacja Skali Bólu Psychicznego Ronalda Holdena i współpracowników**

### **Polish adaptation of the Psychache Scale by Ronald Holden and co-workers**

Jan Chodkiewicz<sup>1</sup>, Joanna Miniszewska<sup>1</sup>, Dorota Strzelczyk<sup>2</sup>,  
Krzysztof Gąsior<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii UŁ

<sup>2</sup> Katedra Podstaw Diagnostyki i Badań Psychologicznych, Społeczna Akademia Nauk w Łodzi

<sup>3</sup> Zakład Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

<sup>4</sup> Świętokrzyskie Centrum Profilaktyki i Edukacji w Kielcach

#### **Summary**

**Aim.** The conducted study was aimed at making a Polish adaptation of the Scale of Psychache by Ronald Holden and co-workers. The scale is a self-assessment method which comprises 13 statements and is designed to assess subjectively experienced psychological pain.

**Methods.** 300 persons were examined – undergraduates and postgraduates of the University of Lodz and the Technical University of Lodz. The group of the study participants consisted of 185 women and 115 men. Moreover, there were examined 150 alcohol addicted men, 50 co-addicted women and 50 major depressive episode (MDE) patients.

**Results.** The Polish version of the Scale is a reliable and valid tool. The exploratory and confirmatory factor analysis has proved the existence of one factor. The internal consistency, assessed on the basis of Cronbach's alpha, equalled 0.93. The method displays positive and statistically significant relationships to levels of depression, hopelessness, anxiety, anhedonia and negative relations to levels of optimism, life satisfaction, and positive orientation. Alcohol addicted men with presently diagnosed suicidal thoughts were characterised by a significantly higher level of psychological pain as compared to alcoholics without such thoughts. A higher level of psychache was also reported in people with depression who have a history of attempted suicide compared with those who have not attempted suicide.

**Conclusions.** The effect of the conducted adaptation works on the Psychache Scale speaks for recommending the method for scientific research and use in therapeutic practice.

**Słowa kluczowe:** ból psychiczny, Skala Psychache, polska adaptacja

**Key words:** psychological pain, the Psychache Scale, Polish adaptation

## Wstęp

Pojęcie bólu psychicznego (psychological pain, emotional pain, mental pain, psychache) pojawiło się w literaturze dotyczącej psychopatologii, a zwłaszcza suycydologii w ostatnich 20 latach. Wprowadził je wybitny znawca problematyki samobójstw, Shneidman [1–4], definiując je jako „doświadczenie udręki, cierpienia i negatywnych emocji, takich jak przerażenie, rozpacz, lęk, żal, wstyd, wina, brak miłości, samotność i strata” [2]. Shneidman [1] po zapoznaniu się z listami pożegnalnymi i innymi zapiskami osób, które podjęły próbę samobójczą, stwierdził, że w większości z nich wymieniane było doświadczenie trudnego do zniesienia psychicznego cierpienia, a także przekonanie, że śmierć jest jedynym sposobem przzerwania strumienia bólu. Za podstawowe źródło bólu psychicznego uznał on frustrację ważnych potrzeb, między innymi potrzeby miłości, przynależności, afiliacji, osiągnięć, dominacji i agresji [2].

Definicję bólu psychicznego podają również Mee i wsp. [5, 6], według których „intensywny ból psychiczny to uczucie, które jest doświadczane jako udręka nie do zniesienia. Może wystąpić w przebiegu zaburzeń psychiatrycznych lub w wyniku tragicznej straty, takiej jak śmierć dziecka” [6]. Wspomniani autorzy również dostrzegają istotną rolę bólu psychicznego w genezie myśli i zachowań samobójczych, przytaczając na dowód liczne wypowiedzi osób cierpiących na depresję [6].

Nieco inne ujęcie bólu psychicznego przedstawili z kolei Orbach i wsp. [7, 8], zgodnie z którymi ból ten można opisać jako subiektywne doświadczenie, któremu towarzyszy świadomość negatywnych zmian w sobie i swoim funkcjonowaniu wraz z współwystępującymi, przykrymi emocjami.

Od czasu wprowadzenia koncepcji bólu psychicznego do literatury naukowej stworzono kilka narzędzi jego pomiaru. Jako pierwsza powstała Skala Bólu Psychicznego (Psychological Pain Assessment Scale – PPAS) Shneidmana [9] oparta na jego własnej definicji. Ponieważ metoda ta zawiera elementy projekcyjne i narracyjne uważana jest za problematyczną z metodologicznego punktu widzenia, trudno jest również jednoznacznie interpretować otrzymane wyniki [10, 11]. Kolejnym narzędziem jest Skala Bólu Psychicznego (Scale of Psychache) Holdena i wsp. [12], którą szczegółowo opisano w dalszej części artykułu. Skala ta jest jedną z najbardziej popularnych metod pomiaru wspomnianego konstruktów. Znajduje zastosowanie w licznych badaniach dotyczących zwłaszcza relacji bólu psychicznego z występowaniem myśli i zachowań samobójczych, zarówno wśród osób zdrowych, jak i z zaburzeniami depresyjnymi [10, 11, 13, 14]. Popularnym narzędziem jest także Skala Bólu Psychicznego Orbacha i Mikulincera (Orbach & Mikulincer Mental Pain Scale – OMMP) [7, 8]. Zgodnie z szeroką konceptualizacją dokonaną przez autorów, metoda została pomyślana jako narzędzie wielowymiarowe. W rezultacie zastosowanych analiz statystycznych w ostatecznej

wersji skali pozostały 44 pozycje testowe wchodzące w skład dziewięciu czynników. Narzędzie w wersji oryginalnej posiada dobre właściwości psychometryczne [7]. Ostatnią z popularnych metod badania bólu psychicznego jest Skala Oszacowania Bólu Psychologicznego Mee i Bunney (The Mee-Bunney Psychological Pain Assessment Scale – MBPPAS) [6]. Autorzy z pierwotnej puli twierdzeń pochodzących z notatek osób depresyjnych wyodrębnili 10 pozycji, które weszły w skład skali. Metoda zawiera definicję bólu psychicznego, z którą zapoznają się osoby badane przed rozpoczęciem badania, a jej rzetelność i trafność umożliwiają stosowanie w badaniach. Warto zauważyć, że oprócz wymienionych powyżej metod, do badania bólu psychicznego stosowane są również skale analogowe, na których osoby badane zaznaczają, w zależności od instrukcji, jego aktualne bądź przeszłe natężenie [10, 15].

W ostatnim czasie w literaturze przedmiotu pojawiło się kolejne narzędzie – skonstruowana przez badaczy chińskich Trójczynnikowa Skala Bólu Psychicznego (Three-dimensional Psychological Pain Scale – TDPPS). Skala, składająca się z czynników dotyczących bolesnych wspomnień (painful memories), bolesnych uczuć (painful feelings) oraz unikania bólu psychicznego (pain avoidance), była dotąd stosowana w odniesieniu do badania tendencji samobójczych u studentów i osób chorych na depresję, jednak nie zostały opublikowane szczegółowe informacje dotyczące procesu jej tworzenia. Jak podają autorzy, właściwości psychometryczne narzędzia są zadowalające [16, 17].

Ponieważ liczne badania wskazują na istotną rolę bólu psychicznego w predykcji myśli i zachowań samobójczych, a także dlatego, że żadna z powyższych metod nie została dotąd zaadaptowana w Polsce, gdzie samobójstwa stanowią coraz większy problem [18], zdecydowano się przeprowadzić walidację Skali Bólu Psychicznego Holdena i wsp. [12].

## Material i metoda

Walidowaną metodą była Skala Bólu Psychicznego Holdena i wsp. [12]. Jak podają autorzy narzędzia, przy jego konstrukcji zastosowano staranną metodologię. Badania wstępne przeprowadzono na 294 osobach. Początkowa pula 31 pozycji samoopisowych opartych na definicji Shneidmana [1, 2] była stopniowo zmniejszana, między innymi poprzez eliminowanie pozycji skorelowanych z wynikiem ogólnym poniżej 0,6, aż do otrzymania ostatecznej wersji o dobrych właściwościach psychometrycznych. Alfa Cronbacha uzyskanej w ten sposób wersji wyniosła 0,92. Skala jest narzędziem samooceny składającym się z 13 pozycji testowych, ocenianych na pięciopunktowej skali Likerta (od 1 – zdecydowanie zgadzam się, do 5 – zdecydowanie nie zgadzam się, lub od 1 – nigdy, do 5 – zawsze). Pozycje dotyczą aktualnego odczuwania bólu psychicznego, trudności z jego wytrzymaniem i wpływu, jaki ma na aktywność życiową. Uzyskane wyniki mieszczą się w przedziale 13–65 punktów. Im wyższy wynik, tym większe natężenie aktualnie odczuwanego bólu psychicznego. Skala przeznaczona jest do badania osób dorosłych. Charakteryzuje się bardzo dobrymi właściwościami psychometrycznymi – współczynnik alfa Cronbacha w różnych badaniach znajdował się w przedziale 0,90–0,99, analiza czynnikowa wskazywała na występowanie jednego

czynnika, wysoka jest również trafność narzędzia [11, 12, 19–22]. Metoda wykazuje istotne statystycznie związki z poziomem depresji oraz poczucia beznadziejności, jednakże zastosowane analizy statystyczne wskazują, że konstrukty te wprawdzie częściowo się pokrywają, jednak zachowują swoją odrębność [23–25].

### Opracowanie polskiej wersji Skali Bólu Psychicznego i analizy statystyczne

Po uzyskaniu od autorów metody zgody na jej adaptację, dwóch tłumaczy dokonało tłumaczenia z języka angielskiego na polski. Następnie dwóch innych tłumaczy (w tym tłumacz przysięgły) dokonało tłumaczenia zwrotnego (back-translation). Po porównaniu uzyskanych wersji i konsultacji z autorami metody ustalono wersję ostateczną.

W celu dokonania polskiej walidacji Skali Bólu Psychicznego Holdena i współpracowników obliczono jej rzetelność oraz trafność. Rzetelność metody oszacowano na podstawie współczynników  $\alpha$  Cronbacha oraz obliczenia mocy dyskryminacyjnej pozycji – współczynników korelacji twierdzeń z wynikiem ogólnym. Trafność teoretyczną skali weryfikowano poprzez zastosowanie eksploracyjnej i confirmacyjnej analizy czynnikowej. Eksploracyjną analizę czynnikową (exploratory factor analysis – EFA) zastosowano, by zweryfikować strukturę czynników skali, analizę confirmacyjną (confirmatory factor analysis – CFA) w celu sprawdzenia dobroci dopasowania do danych modelu uzyskanego w analizie eksploracyjnej. Oszacowano również trafność konwergencyjną i dyskryminacyjną metody przez analizę współczynników korelacji między jej wynikami a wynikami wybranych narzędzi psychometrycznych. Dodatkowo porównano średnie wyniki w skali uzyskane w grupie osób zdrowych oraz wyniki osób przejawiających zaburzenia funkcjonowania psychicznego, a także wyniki pacjentów przejawiających i nieprzejawiających tendencje suicydalne. Obliczeń dokonano przy użyciu programu STATISTICA 10.

### Osoby badane

Badania walidacyjne skali prowadzono jesienią 2013 roku oraz wiosną 2014 roku wśród studentów oraz słuchaczy studiów podyplomowych Uniwersytetu Łódzkiego i Politechniki Łódzkiej. Udział wzięło w nich łącznie 380 osób. Osoby badane wypełniały narzędzia po zakończeniu zajęć na uczelni w grupach bądź też indywidualnie. Badanie było anonimowe, udział w nim był dobrowolny i nie wiązał się z żadną gratyfikacją. W dołączonej do metod ankiecie zadano pytanie dotyczące podejmowanego w przeszłości i/lub obecnie leczenia psychiatrycznego („Czy w przeszłości i/lub obecnie leczyłeś/łaś się psychiatrycznie?”) Po odrzuceniu kwestionariuszy osób odpowiadających twierdząco na pytanie o leczenie psychiatryczne oraz kwestionariuszy niekompletnie wypełnionych, do analizy przyjęto wyniki 300 osób w wieku 19–54 lat ( $M = 23,5$ ,  $SD = 5,69$ ) – 185 kobiet (62%) i 115 mężczyzn (38%).

Aby porównać wyniki w skali bólu psychicznego w grupie osób zdrowych z osobami przejawiającymi różnorodne zaburzenia funkcjonowania psychologicznego zbadano dodatkowo 150 mężczyzn uzależnionych od alkoholu, 50 kobiet współzależnionych oraz 50 hospitalizowanych pacjentów (37 kobiet i 13 mężczyzn) z rozpoznaniem epizo-

dużej depresji. Osoby uzależnione oraz współuzależnione były pacjentami łódzkich ośrodków leczenia uzależnień. Pacjentów z rozpoznaną depresją badano w szpitalu psychiatrycznym w Łodzi. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji ds. Bioetyki Badań Naukowych Uniwersytetu Łódzkiego (7/KBBN-UŁ/1/2014).

### Metody wykorzystane w badaniu walidacyjnym

W badaniach walidacyjnych zastosowano następujące metody:

- Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI) [26] w polskiej adaptacji Parnowskiego i Jernajczyka [27];
- Skalę Beznadziejności Becka (Beck Hopelessness Scale – BHS) [28] w polskiej adaptacji Olesia i Jurosa [29];
- Szpitalną Skalę Lęku i Depresji (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) [30] w polskiej adaptacji Majkowicza, de Walden-Gałuszko i Chojnackiej-Szawłowskiej [31];
- Skalę Przyjemności Snaitha i Hamiltona (Snaith–Hamilton Pleasure Scale – SHAPS) [32] w polskiej adaptacji Chodkiewicza i Miniszewskiej [33];
- Skalę Optymizmu (Life Orientation Test – LOT) [34] w polskiej adaptacji Poprawy i Juczyńskiego [35];
- Skalę Satysfakcji z Życia (The Satisfaction With Life Scale – SWLS) [36] w polskiej adaptacji Juczyńskiego [35];
- Skalę Orientacji Pozytywnej (The Positivity Scale – PS) [37] w polskiej adaptacji Łaguny, Olesia i Filipiuka [38].

Wskaźniki rzetelności i trafności polskich adaptacji zastosowanych metod uważały do ich zastosowania w badaniach [27, 29, 31, 33, 35, 38].

## Wyniki

Obliczenia rozpoczęto od ustalenia podstawowych danych dotyczących rozkładu wyników, które przedstawia tabela 1. Analiz dokonano na wynikach uzyskanych w grupie studentów ( $n = 300$ ).

Tabela 1. Rozkład wyników uzyskanych w Skali Bólu Psychicznego ( $n = 300$ )

	M	Min.	Maks.	SD	Skośność	Kurtoza	K-S*
Skala Bólu Psychicznego	27,41	13,0	55,0	9,72	0,48	-0,31	$d = 0,06^1$

Źródło: opracowanie własne. \* test Kołmogorowa–Smirnowa 1  $p > 0,10$

Jak wskazuje tabela 1, wskaźniki skośności i kurtozy przyjmowały wartości satysfakcjonujące, nie przekraczając jedności. Także rezultaty uzyskane z zastosowaniem testu Kołmogorowa–Smirnowa z poprawką Lilleforsa wskazywały na rozkład wyników zbliżony do normalnego. Interesujące jest, że badania studentów kanadyjskich

( $n = 587$ ) wykazały niższy poziom bólu psychicznego ( $M = 21,91$ ,  $SD = 9,47$ ) [23]. Niższe wyniki ( $M = 20,69$ ,  $SD = 8,45$ ) w porównaniu z otrzymanymi w niniejszym badaniu charakteryzowały też inną, dużą ( $n = 2\,974$ ) grupę studentów z Kanady [25].

Analizując otrzymane wyniki porównano badanych mężczyzn i kobiety. Kobiety osiągnęły wyniki wyższe, różnica nie była jednak istotna statystycznie (kobiety:  $M = 28,77$ ,  $SD = 9,71$ , mężczyźni:  $M = 26,00$ ,  $SD = 8,47$ ,  $t = 1,46$ ,  $p = 0,17$ ).

#### Trafność teoretyczna – struktura czynnikowa Skali Bólu Psychicznego

W celu zweryfikowania struktury wewnętrznej narzędzia wykorzystana została zarówno eksploracyjna analiza czynnikowa, jak i analiza confirmacyjna. Aby przeprowadzić niezbędne obliczenia, dane pochodzące z całej próby ( $n = 300$ ) zostały losowo podzielone na dwa równe podzbiory ( $n = 150$ ). Na pierwszym przeprowadzono analizę eksploracyjną, na drugim – confirmacyjną.

Przed rozpoczęciem analiz sprawdzono dokładność doboru przy użyciu testu Kaisera-Mayera-Olkina (Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy). Jego wartość ( $KMO = 0,949$ ) oraz wskaźnik sferyczności Bartletta (Bartlett Test of Sphericity) = 4365,8998 ( $p < 0,0001$ ) wskazują, że zastosowanie analizy czynnikowej jest w pełni uprawnione.

Eksploracyjna analiza czynnikowa doprowadziła do wyodrębnienia jednego czynnika z wysokimi ładunkami czynnikowymi (powyżej 0,65), tłumaczącego łącznie prawie 60% wariacji wyników. Z kolei analiza confirmacyjna (korelacje, metoda estymacji uogólnionych najmniejszych kwadratów GLS, metoda poszukiwania linii – złoty podział, zbieżność w 17 interakcjach) potwierdziła dobre dopasowanie modelu jednoczynnikowego:  $RMSEA = 0,066$ ;  $CFI = 0,957$ ;  $GFI = 0,965$ ;  $AGFI = 0,916$ . Wyniki obu analiz przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Wyniki eksploracyjnej i confirmacyjnej analizy czynnikowej Skali Bólu Psychicznego ( $n = 300$ )

Pozycje testowe	Analiza eksploracyjna Ładunki czynnikowe	Analiza confirmacyjna Ocena parametru*
1.	-0,733	0,756
2.	-0,752	0,796
3.	-0,715	0,712
4.	-0,651	0,548
5.	-0,746	0,793
6.	-0,597	0,605
7.	-0,783	0,787
8.	-0,681	0,680
9.	-0,791	0,807
10.	-0,780	0,819

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

11.	-0,795	0,866
12.	-0,796	0,826
13.	-0,739	0,750
Wartość własna	7,622	
Wariancja wyjaśniana	0,586	

Źródło: opracowanie własne. \* Wszystkie ścieżki istotne  $p < 0,0001$

### Rzetelność

Rzetelność narzędzia obliczono poprzez oszacowanie zgodności wewnętrznej oraz obliczenia mocy dyskryminacyjnej pytań. Zgodność wewnętrzna, oceniona na podstawie współczynnika  $\alpha$  Cronbacha, szacowana była w czterech grupach: studentów, uzależnionych od alkoholu, kobiet współzależnionych oraz hospitalizowanych pacjentów z dużą depresją. Wartości współczynnika  $\alpha$  Cronbacha były w pełni satysfakcjonujące i zawierały się w przedziale od 0,90 do 0,96 (w grupie studentów 0,93). Moc dyskryminacyjna analizowanych pozycji również była zadowalająca: korelacja twierdzeń z wynikiem ogólnym wynosiła od 0,51 dla pozycji 4 ( $p < 0,001$ ) do 0,75 w przypadku pozycji 12 ( $p < 0,001$ ). Wartość współczynnika  $\alpha$  Cronbacha nie wzrastała po usunięciu żadnej pozycji (tab. 3).

Tabela 3. Moc dyskryminacyjna pozycji testowych Skali Bólu Psychicznego (n = 300)

Numer pozycji	Współczynniki mocy dyskryminacyjnej	Alfa, gdy pozycja usunięta
	0,673	0,920
Czuję jakby mnie w środku bolało	0,689	0,919
Mój ból psychiczny wydaje się być gorszy niż jakikolwiek ból fizyczny	0,653	0,920
Ból psychiczny powoduje, że chce mi się krzyczeć	0,515	0,925
Z powodu bólu widzę moje życie w ciemnych barwach	0,695	0,918
Nie mogę zrozumieć dlaczego cierpię	0,541	0,924
Psychicznie czuję się strasznie	0,729	0,918
Odczuwam ból z powodu poczucia pustki	0,615	0,921
Boli mnie dusza	0,738	0,917
Nie mogę już wytrzymać mojego bólu	0,734	0,917
Z powodu bólu moja sytuacja jest trudna do wytrzymania	0,750	0,916
Ból powoduje, że czuję się jakbym się rozpadał/ła	0,755	0,916
Mój ból psychiczny wpływa na wszystko co robię	0,690	0,919

Źródło: opracowanie własne.

## Trafność zewnętrzna

Trafność konwergencyjną Skali Bólu Psychicznego szacowano na podstawie analizy związków między jej wynikami a wynikami narzędzi mierzących poziom depresji (BDI, HADS), beznadziejności (BHS), lęku (HADS) i anhedonii (SHAPS). Wybór metod podyktowany był, sugerowanymi w literaturze przedmiotu, ich wzajemnymi związkami. Należy zwrócić uwagę, iż zastosowana w badaniu Skala Przyjemności Snaitha i Hamiltona wykorzystywana jest najczęściej do badania anhedonii w grupach klinicznych [32].

Trafność dyskryminacyjną obliczono, porównując wyniki w Skali Bólu Psychicznego z wynikami w skali optymizmu (LOT-R), satysfakcji z życia i orientacji pozytywnej. Ta ostatnia metoda analizuje tendencje do zwracania uwagi na pozytywne aspekty życia, doświadczeń i siebie [37, 38]. Za wyborem metody do badania optymizmu przemawiały wyniki uzyskane przez Orbacha i wsp. [7], którzy wykazali ujemne związki bólu psychicznego (mierzonego OMMP) z tym konstruktem oraz wyniki badań Chin i Holdena [19], w których również analizowano optymizm w relacji do bólu psychicznego (mierzonego Scale of Psychache). W obu badaniach użyto LOT-R. Z kolei zadowolenie z życia i orientacja pozytywna wykazują związki z optymizmem [38]. Otrzymane wyniki (korelacja r-Pearsona) przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Współczynniki korelacji Skali Bólu Psychicznego z wynikami BDI, BHS, HADS, SHAPS, LOT-R, SWLS, PS (n = 300)

	BDI	BHS	HADS-depresja	HADS-lęk	SHAPS	LOT-R	SWLS	PS
Skala Bólu Psychicznego	0,57**	0,55**	0,64**	0,60**	0,54**	-0,68**	-0,70**	-0,65**

Źródło: opracowanie własne. \*\* p < 0,001

Jak wskazują wyniki zamieszczone w tabeli 4, adaptowana metoda charakteryzuje się w pełni zadowalającą trafnością zewnętrzną – otrzymano istotne (p < 0,001) współczynniki korelacji między nią a wszystkimi zastosowanymi narzędziami. Zależności między zmiennymi są umiarkowane bądź silne. Najsilniejsze, dodatnie związki bólu psychicznego odnotowano w odniesieniu do depresji mierzonej HADS, natomiast ujemnie ból psychiczny najsilniej korespondował z satysfakcją z życia, mierzoną SWLS. Podsumowując ten etap analiz, można stwierdzić, że wskazują one na dobre właściwości psychometryczne adaptowanej metody.

Jak już wspomniano, w trakcie prac dotyczących adaptacji Skali Bólu Psychicznego zbadano także mężczyzn uzależnionych od alkoholu, współuzależnione kobiety i pacjentów depresyjnych. Wyniki porównania grup przedstawia tabela 5.



**Tabela 5. Porównanie poziomu bólu psychicznego u osób zdrowych, uzależnionych od alkoholu, współzależnionych kobiet i pacjentów leczonych z rozpoznaniem dużej depresji**

	Studenci n = 300		Uzależnieni od alkoholu n = 150		Kobiety współzależnione n = 50		Osoby z rozpoznaniem dużej depresji n = 50		F	Post-hoc (Tukey) p < 0,05
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Skala Bólu Psychicznego	27,41	9,72	33,76	11,16	38,06	11,72	35,40	11,21	21,67	abc

Źródło: opracowanie własne. a – istotna statystycznie różnica między studentami a mężczyznami uzależnionymi od alkoholu, b – istotna statystycznie różnica między studentami a kobietami współzależnionymi, c – istotna statystycznie różnica między studentami a osobami z rozpoznaniem dużej depresji

Porównanie średnich uzyskanych w trzech analizowanych grupach wskazuje, iż ból psychiczny osiągnął najniższe wyniki wśród badanych studentów, a najwyższe u współzależnionych kobiet. Różnice między badanymi studentami a trzema pozostałymi grupami były istotne statystycznie. Nie odnotowano istotnych statystycznie różnic w poziomie bólu psychicznego między uzależnionymi mężczyznami, kobietami współzależnionymi i pacjentami z rozpoznaną dużą depresją.

Spośród badanych 150 mężczyzn uzależnionych od alkoholu, 41 osób (27,3%) zgłaszało aktualnie występujące myśli samobójcze. Porównanie osób zgłaszających i niezgłaszających takich myśli przedstawia tabela 6. Jak widać alkoholicy, którzy przyznawali się do występowania myśli samobójczych, charakteryzują się znacząco wyższym poziomem bólu psychicznego.

**Tabela 6. Porównanie osób uzależnionych zgłaszających i niezgłaszających aktualnie występujących myśli samobójczych**

	Uzależnieni od alkoholu z myślami samobójczymi N = 41		Uzależnieni od alkoholu bez myśli samobójczych N = 109			
	M	SD	M	SD	t	p <
Skala Bólu Psychicznego	39,81	11,79	32,15	10,35	3,85	0,01

Źródło: opracowanie własne.

W grupie pacjentów z rozpoznaną dużą depresją 20 osób (40%) miało za sobą jedną lub więcej prób samobójczych. Osoby te charakteryzowały się istotnie wyższym poziomem aktualnie odczuwanego bólu psychicznego (tab. 7).

Tabela 7. Porównanie osób leczących się z rozpoznaniem dużej depresji, u których występowały i nie występowały w przeszłości próby samobójcze

	Osoby z rozpoznaniem dużej depresji, u których występowały próby samobójcze n = 20		Osoby z rozpoznaniem dużej depresji, u których nie występowały próby samobójcze n = 30			
	M	SD	M	SD	t	p <
Skala Bólu Psychicznego	40,40	10,03	32,30	10,92	2,65	0,05

Źródło: opracowanie własne.

### Podsumowanie

Od czasu wprowadzenia pojęcia bólu psychicznego do słownika psychopatologii i suicydologii stworzono szereg jego koncepcji oraz metod pomiaru. Większość prowadzonych badań przy użyciu tych narzędzi służyło testowaniu koncepcji Shneidmana dotyczącej pośredniczącej roli bólu psychicznego w relacjach między depresją, beznadziejnością a występowaniem tendencji i zachowań samobójczych. Zdaniem Shneidmana [1] to właśnie ból psychiczny, osiągając subiektywnie niemożliwą do wytrzymania dla jednostki intensywność, wraz z poznawczym zawężeniem, w którym śmierć jawi się jako jedyny sposób zakończenia cierpienia, stanowią podstawowe źródło zachowań samobójczych. Badania prowadzone na różnych grupach (studentach, więźniach, osobach bezdomnych, pacjentach depresyjnych po próbach samobójczych i bez takich prób) zgodnie pokazują bardzo istotną rolę bólu psychicznego w predykcji myśli i tendencji suicydalnych [6, 15, 21, 24, 39–41]. Ból psychiczny badany był również u pacjentów dermatologicznych [42], ofiar Holocaustu [43] oraz osób poddanych leczeniu paliatywnemu [44], analizowano też jego związki z bólem fizycznym [45].

Wykazane w licznych badaniach związki bólu psychicznego z występowaniem tendencji i zachowań suicydalnych przemawiają za celowością stosowania narzędzi do jego szacowania. Mogą one bowiem służyć zarówno badaniom przesiewowym, mającym na celu wyodrębnienie osób zagrożonych samobójstwem, jak i ocenie aktualnego stanu pacjenta, a także stać się wskaźnikiem postępów w terapii. Zdaniem Mee i wsp. [6] narzędzia te mogą być również użyteczne do oceny skuteczności działania leków antydepresyjnych.

Powyższe funkcje może z powodzeniem spełniać polska wersja jednej z najbardziej znanych metod do badania bólu psychicznego – Skala Holdena i wsp. Przedstawione wyniki badań dotyczących jej polskiej wersji wskazują bowiem, że jest ona rzetelnym i trafnym narzędziem pomiaru analizowanego konstruktów. Alfa Cronbacha osiągnęła wynik porównywalny z oryginałem (0,93; w oryginale 0,92), zbliżona do badań zagranych jest również siła związków polskiej wersji skali z wynikami skal mierzących depresję (BDI), beznadziejność (BHS), a także optymizm (LOT-R) [19, 25].

Metoda różnicuje osoby z myślami samobójczymi i bez takich myśli, a także pacjentów depresyjnych, którzy zgłosili w przeszłości występowanie prób samobójczych, od pacjentów, u których próby takie nie występowały. Analogiczne dane uzyskano

w badaniach zagranicznych przy użyciu różnych (w tym Scale of Psychache) metod do badania bólu psychicznego [7, 11, 15, 24, 39, 41].

W trakcie prac adaptacyjnych nie wystąpiła potrzeba usunięcia jakiegokolwiek pozycji kwestionariusza, zachował on więc swoją oryginalną strukturę, co pozwala na efektywne wykorzystywanie wersji polskiej w badaniach międzykulturowych.

W przebiegu dalszych prac nad narzędziem warto podjąć próbę stworzenia norm stenowych, co wymagałoby zbadania większej liczby osób w różnych przedziałach wiekowych. Z kolei dalsze analizy przy użyciu narzędzia mogą służyć

między innymi sprawdzeniu na polskim gruncie testowanej w licznych badaniach zagranicznych hipotezy Shneidmana dotyczącej mediacyjnej roli bólu psychicznego w relacji między depresją a występowaniem myśli i zachowań samobójczych.

### Piśmiennictwo

1. Shneidman ES. *Suicide as psychache*. J. Nerv. Ment. Dis. 1993;181:145–147.
2. Shneidman ES. *The suicidal mind*. New York: Oxford University Press; 1996.
3. Shneidman ES. *Perturbation and lethality. A psychological approach to assessment and intervention*. W: Jacobs D. red. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention*. San Francisco: Jossey-Bass; 1999. s. 83–97.
4. Shneidman ES. *Anodyne psychotherapy for suicide: A psychological view of suicide*. Clin. Neuropsychiatry 2005; 2: 7–12.
5. Mee S, Bunney BG, Reist C, Potkin SG, Bunney WE. *Psychological pain: A review of evidence*. J. Psychiatr. Res. 2006; 40:680–690.
6. Mee S, Bunney BG, Bunney WE, Hetrick W, Potkin SG, Reist C. *Assessment of psychological pain in major depressive episodes*. J. Psychiatr. Res. 2011; 45: 1504–1510.
7. Orbach I, Mikulincer M, Gilboa-Schechtman E, Sirota P. *Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning*. Suicide Life Threat. Behav. 2003; 33: 231–241.
8. Orbach I, Mikulincer M, Sirota P, Gilboa-Schechtman E. *Mental pain: A multidimensional operationalization and definition*. Suicide Life Threat. Behav. 2003; 33: 219–230.
9. Shneidman ES. *The psychological pain assessment scale*. Suicide Life Threat. Behav. 1999; 29: 287–294.
10. Tossani E. *The concept of mental pain*. Psychother. Psychosom. 2013; 82: 67–73.
11. Flamenbaum R. *Testing Shneidman's theory of suicide: psychache as a prospective predictor of suicidality and comparison with hopelessness*. Kingston: Queen's University; 2009.
12. Holden R, Mehta K, Cunningham EJ, McLeod LD. *Development and preliminary validation of a scale of psychache*. Can. J. Behav. Sci. 2001; 33: 224–232.
13. Chodkiewicz J. *Ból psychiczny – konceptualizacja i narzędzia pomiaru*. Psychiatria 2013; 10(3–4): 109–113.
14. Chodkiewicz J, Miniszewska J. *Ból psychiczny a występowanie myśli i tendencji samobójczych*. Psychiatr. Psychol. Klin. 2014; 14: 37–42.
15. Olie S, Guillaume I, Jaussent P, Courtet F. *Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act*. J. Affect. Disord. 2010; 120(1–3): 226–230.

16. Li H, Xie W, Luo X, Fu R, Shi C, Ying, X. i wsp. *Clarifying the role of psychological pain in the risks of suicidal ideation and suicidal acts among patients with major depressive episodes.* *Suicide Life Threat. Behav.* 2014; 44(1): 78–88.
17. Xie W, Li H, Luo X, Fu R, Ying X, Wang N. i wsp. *Anhedonia and pain avoidance in the suicidal mind: behavioral evidence for motivational manifestations of suicidal ideation in patients with major depressive disorder.* *J. Clin. Psychol.* 2014; 70(7): 681–692.
18. Krawczyk J, Gmitrowicz A. *Analiza czynników chroniących przed samobójstwem.* *Psychiatr. Psychol. Klin.* 2014; 14(1): 43–49.
19. Chin J, Holden R. *Multidimensional future time perspective as moderators of the relationships between suicide motivation, preparation, and its predictors.* *Suicide Life Threat. Behav.* 2013; 43(4): 395–405.
20. Holden R, Mehta K, Cunningham E, McLeod L. *Development and preliminary validation of a scale of psychache.* *Can. J. Behav. Sci.* 2001; 33: 224–232.
21. Mills J, Green K, Reddon J. *An evaluation of the Psychache Scale on an offender population.* *Suicide Life Threat. Behav.* 2005; 35: 570–580.
22. You Z, Juanjuan S, Caizhi W, Ping Q, Zongkui Z. *Effects of life satisfaction and psychache on risk for suicidal behaviour: a cross-sectional study based on data from Chinese undergraduates.* *BMJ* 2014; 4: 1–8.
23. DeLisle M, Holden R. *Differentiating between depression, hopelessness, and psychache in university undergraduates.* *Meas. Eval. Counsel. Dev.* 2009; 42: 46–63.
24. Troister T, Holden R. *Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide.* *Pers. Individ. Dif.* 2010; 49(7): 689–693.
25. Troister T, Holden R. *Factorial differentiation among depression, hopelessness, and psychache in statistically predicting suicidality.* *Meas. Eval. Counsel. Dev.* 2013; 46(1): 50–63.
26. Beck A, Steer R. *Manual for the Beck Depression Inventory.* San Antonio: TX Psychological Corporation; 1987.
27. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne.* *Psychiatr. Pol.* 1977; 11(4): 417–421.
28. Beck A, Weissman A, Lester D, Trexler L. *The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale.* *J. Consult. Clin. Psychol.* 1974; 42: 861–865.
29. Oleś P, Juroś A. *Symptom poczucia beznadziejności w kognitywno-afektywnej teorii depresji A.T. Becka – Skala „Hopelessness” – polska adaptacja.* *Summarum* 1985–1986; 34–35: 289–298.
30. Zigmond A, Snaith R. *The Hospital Anxiety And Depression Scale.* *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67: 361–370.
31. Majkowicz M. *Praktyczna ocena efektywności opieki paliatywnej — wybrane techniki badawcze.* W: de Walden-Gałuszko K, Majkowicz M. red. *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce.* Gdańsk: Akademia Medyczna, Zakład Medycyny Paliatywnej; 2000. s. 21–42.
32. Snaith RP, Hamilton M, Morley S, Humayan A, Hargreaves D, Trigwell P. *A scale for the assessment of hedonic tone the Snaith-Hamilton Pleasure Scale.* *Br. J. Psychiatry* 1995; 167(1): 99–103.
33. Chodkiewicz J, Miniszewska J. *Polska adaptacja Skali Przyjemności Snaitha i Hamiltona.* Łódź: materiał niepublikowany.
34. Scheier M, Carver C. *Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies.* *Health Psychol.* 1987; 43: 219–247.

35. Juczyński Z. *Narzędzia stosowane w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2001.
36. Diener E, Emmons R, Larsen R, Griffin S. *The Satisfaction With Life Scale*. J. Pers. Assess. 1985; 49(1): 71–75.
37. Caprara G, Alessandri G, Eisenberg N, Kupfer A, Yamaguchi S, Fukuzawa A. i wsp. *The positivity scale*. Psychol. Assess. 2012; 24(3): 701–712.
38. Łaguna M, Oleś P, Filipiuk D. *Orientacja pozytywna i jej pomiar: Polska adaptacja skali orientacji pozytywnej*. Studia Psychol. 2011; 49(4): 47–54.
39. Pereira E, Kroner D, Holden R, Flamenbaum R. *Testing Shneidman's model of suicidality in incarcerated offenders and in undergraduates*. Pers. Individ. Dif. 2010; 49(8): 912–917.
40. Patterson A, Holden R. *Psychache and suicide ideation among men who are homeless: A test of Shneidman's model*. Suicide Life Threat. Behav. 2012; 42: 147–156.
41. Berlim M, Mattevi B, Pavanello D, Caldieraro A, Fleck M, Wingate L. *Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in Brazil*. Suicide Life Threat. Behav. 2003; 33: 242–248.
42. Owoeye OA, Aina OF, Omoluabi PF, Olumide YM. *An assessment of emotional pain among subjects with chronic dermatological problems in Lagos, Nigeria*. Int. J. Psychiatry Med. 2007; 37(2): 129–138.
43. Ohana I, Golander H, Barak Y. *Balancing psychache and resilience in aging Holocaust survivors*. Int. Psychogeriatr. 2014; 26(6): 929–934.
44. Miniszewska J, Kuraś K, Chodkiewicz J. *Ból psychiczny u osób poddanych leczeniu paliatywnemu*. I Ogólnopolska Konferencja Psychologii Klinicznej pt. „Psychologia Kliniczna w XXI wieku – teoria i praktyka”; Poznań: UAM; 2014.
45. Meerwijk E, Ford J, Weiss S. *Brain regions associated with psychological pain: implications for a neural network and its relationship to physical pain*. Brain Imaging Behav. 2012; 7(1): 1–14.

Adres: Jan Chodkiewicz  
Zakład Psychologii Zdrowia  
Instytut Psychologii UŁ  
91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12

Otrzymano: 25.05.2015

Zrecenzowano: 27.07.2015

Otrzymano po poprawie: 11.09.2015

Przyjęto do druku: 16.09.2015