

Jan Chodkiewicz, Joanna Miniszewska

Ból psychiczny a występowanie myśli i tendencji samobójczych

Psychological pain and the occurrence of suicidal thoughts and tendencies

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

Correspondence to: Prof. nadzw. dr hab. Jan Chodkiewicz, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki, ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź, tel.: 605 346 935, e-mail: janchodkiewicz@poczta.onet.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

W artykule omówiono ujęcia bólu psychicznego i jego przyczyny oraz sposoby pomiaru tej zmiennej. Szczególną uwagę zwrócono na koncepcję Edwina Shneidmana. Według niej ból psychiczny – wraz z poznawczym zawężeniem, w którym śmierć jawi się jako jedyny sposób na przerwanie cierpienia – to podstawowe źródło myśli i zachowań samobójczych. Zgodnie z ujęciem Shneidmana źródło bólu tkwi we frustracji ważnych potrzeb. Bez ich zaspokojenia człowiek nie jest w stanie funkcjonować. W tekście wymieniono najpopularniejsze narzędzia do badania bólu psychicznego i dokonano przeglądu prac wskazujących na jego związki z myślami i zachowaniami samobójczymi. W badaniach wykazano, że najważniejsze czynniki zaangażowane w podejmowanie zachowań samobójczych, tj. poczucie beznadziejności, depresja i ból psychiczny, są ze sobą silnie skorelowane, ale jednocześnie zachowują odrębność. Okazało się również, iż ból psychiczny odgrywa przyczynową rolę w powstawaniu skłonności samobójczych, a zmiana w myślach samobójczych jest wyznaczana przez zmiany poziomu bólu psychicznego. W artykule zawarto też postulaty dotyczące dalszych kierunków badań nad bólem psychicznym. Zwrócono uwagę, że rozważania nad nim przypadają na ostatnią dekadę, są więc czymś nowym. Wskazane jest prowadzenie badań nad związkami bólu psychicznego z innymi niż tendencje samobójcze zachowaniami autodestrukcyjnymi, np. z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, oraz nad czynnikami chroniącymi przed cierpieniem z powodu tego bólu. Warto poznania wydają się ponadto relacje między odczuwaniem bólu fizycznego i psychicznego a tendencjami suicydalnymi.

Słowa kluczowe: ból psychiczny, myśli samobójcze, zachowania samobójcze, narzędzia pomiaru, korelaty bólu psychicznego

Summary

Different ways of understanding the psychological pain, its causes and ways to measure this variable were described in the presented article. Special attention was paid to Edwin Shneidman's concept, in which the psychological pain along with cognitive constriction in which death is seen as the only source of interruption of suffering, is the basic source of suicidal thoughts and behaviours. According to Shneidman's concept, the source of pain lies in the frustration over important needs and without satisfying them man is not able to function. The most popular tools for the study of psychological pain were listed. The studies which show the relation between the psychological pain and suicidal tendencies and personality variables were overviewed. Most of them indicate that psychological pain has stronger relations with the occurrence of suicidal thoughts and attempts than the feeling of hopelessness and levels of depression. It was also shown that the most important factors contributing to suicidal attempts (namely feelings of hopelessness, depression and psychological pain) are highly correlated, but at the same time they retain their autonomy. In some studies, it was also found out that psychological pain plays a causal role in suicidal tendencies and that the change in suicidal thoughts is determined by changes in the level of psychological pain. The article also includes demands for further research on the psychological pain. It was pointed out that the research on psychological pain covered the period of the last decade, so it is something new. It is advisable to conduct research on psychological pain relations with other (than suicidal tendencies) self-destructive behaviours, such as, for example, psychoactive

substance abuse and the factors that protect against suffering from it. It is also worth to explore the relationship between the experience of physical and psychological pain and suicidal tendencies.

Key words: psychological pain, suicidal thoughts, suicidal behaviours, measuring tools, correlates of psychological pain

WSTĘP

Jak podaje Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), każdego roku około miliona ludzi na świecie popełnia samobójstwo, a liczba osób podejmujących próby samobójcze jest 20-krotnie większa⁽¹⁾. To jednak tylko dane szacunkowe, ponieważ nie wszystkie próby samobójcze są ujawniane i rejestrowane. Wśród przyczyn zachowań samobójczych wymienia się: różnorodne zaburzenia psychiczne (depresję i inne zaburzenia afektywne, uzależnienia, zaburzenia osobowości i psychotyczne), cechy demograficzne (płeć męską, podeszły lub młody wiek, rozwód bądź śmierć małżonka, samobójstwa osób bliskich, bezrobocie, złą sytuację materialną, wcześniejsze próby samobójcze), przewlekłe choroby somatyczne, bezsenność i właściwości psychiczne, zwłaszcza impulsywność i poczucie beznadziejności, osamotnienia, winy⁽²⁻⁴⁾.

W ostatnich latach wśród czynników bezpośrednio związanych z występowaniem myśli i tendencji samobójczych coraz częściej uwzględnia się ból psychiczny⁽⁵⁻⁷⁾. Ponieważ koncepcja bólu psychicznego jest stosunkowo słabo spopularyzowana, artykuł ma na celu jej przybliżenie, ukazanie operacjonalizacji omawianego konstruktów i prezentację dotychczasowych badań na jego temat.

BÓL PSYCHICZNY I SPOSOBY JEGO POMIARU

Termin *ból psychiczny* wprowadził do suicydologii wybitny badacz tej problematyki Edwin Shneidman. Według niego ból psychiczny (*psychache*) to „ból, cierpienie i udręka zachodzące w umyśle... To ból nadmiernego poczucia wstydu, winy, strachu, niepewności, samotności, obawa przed starzeniem się lub bolesną śmiercią”⁽⁸⁾. Zdaniem Shneidmana⁽⁵⁾ to właśnie ból psychiczny, osiągający niemożliwą do wytrzymania intensywność – wraz z poznawczym zawężeniem, w którym śmierć jawi się jako jedyny sposób zakończenia cierpienia – stanowi podstawowe źródło zachowań samobójczych. Autor pisze, że „wspólnym celem wszystkich samobójstw jest zastopowanie bolesnego strumienia świadomości”⁽⁹⁾ oraz „istnieje wiele bezcelowych śmierci, ale nie ma bezcelowego samobójstwa”⁽¹⁰⁾. W tym ujęciu ból psychiczny odgrywa pośredniczącą rolę między uznanymi czynnikami ryzyka samobójstw, takimi jak depresja i poczucie beznadziejności, a zachowaniami suicydalnymi. Wszystkie czynniki związane z samobójstwem należy rozpatrywać w odniesieniu do ich wpływu na ból psychiczny, którego są uzupełnieniem lub napędzającą siłą^(5,8). Koncepcja ta, ujmująca samobójstwo jako uwolnienie od nieznośnego cierpienia, wykazuje związki z teorią

samobójstwa jako ucieczki autorstwa Baumeistera⁽¹¹⁾ i modelem samobójstwa jako „krzyku bólu”⁽¹²⁾.

Shneidman, pod wpływem taksonomii potrzeb Murraya, za podstawowe źródło bólu psychicznego uznał frustrację ważnych potrzeb, bez których zaspokojenia człowiek nie jest w stanie funkcjonować⁽⁸⁾. Zaklasyfikował je do pięciu obszarów:

- udaremniiona miłość, akceptacja – związane z frustracją potrzeby przynależności i wsparcia;
- utrata kontroli, przewidywalności, porządku – związane z frustracją potrzeby osiągnięć, autonomii i ładu;
- zagrożenie obrazu siebie, porażka, upokorzenie – związane z frustracją potrzeby afiliacji i opieki;
- zerwanie kluczowych relacji, towarzyszący temu żal i poczucie straty – związane z frustracją potrzeby afiliacji i opieki;
- nadmierny gniew, wściekłość i wrogość – związane z frustracją potrzeby dominacji i agresji^(5,8,13,14).

Zdaniem Shneidmana^(5,8,13,14) określenie rodzaju sfrustrowanych potrzeb i podjęcie prób ich zaspokojenia mogą przyczyniać się do zmniejszenia poziomu bólu psychicznego, a dzięki temu zapobiegać popełnieniu samobójstwa.

Podobnie do Shneidmana ból psychiczny określają Mee i wsp.^(6,15) Ich zdaniem „intensywny psychologiczny ból (*mental pain*) to uczucie odbierane jako tortura nie do zniesienia. Może być doświadczany wskutek zaburzeń psychicznych lub tragicznej straty, takiej jak śmierć dziecka”⁽¹⁵⁾. Wspomniani autorzy również dostrzegają podstawową rolę bólu psychicznego w genezie zachowań samobójczych. Na poparcie swojej tezy przytaczają dane mówiące o tym, że zwrot „Nie mogę już znieść bólu” jest jednym z najczęściej spotykanym w notatkach czy listach samobójców – i nie chodzi tu o ból fizyczny. Uważają także, iż ludzie różnią się progiem tolerancji bólu psychicznego, tak więc cierpienie, które jednym wydaje się znośne, dla innych okazuje się nie do wytrzymania. Osoby o niskiej tolerancji psychicznego bólu mogą się charakteryzować większym ryzykiem samobójstwa, zwłaszcza jeśli cierpią z powodu poważnych zaburzeń depresyjnych, choroby fizycznej lub w następstwie silnych czynników stresogennych^(6,15).

Mee i wsp. przytaczają też wypowiedzi osób cierpiących na zaburzenia depresyjne, poproszonych o opisanie odczuwanego bólu psychicznego. Pacjenci ci mówią m.in.: „Nie mogę żyć bez mojej żony, ten ból jest zbyt silny”, „Mój ból jest jak czarna otchłań. Wolę iść do piekła”, „Ból depresji jest nie do zniesienia. Po prostu chcę umrzeć, aby od niego uciec”, „Ból, który odczuwałem z powodu kamienia w drogach moczowych, był nieporównywalnie

słabszy od bólu podczas depresji”, „To cierpienie jest jak tortura. Najgorszy ból, jaki znam”, „Samobójstwo to wyjście, alternatywa; tylko wtedy ból się skończy”⁽⁶⁾.

Spośród koncepcji bólu psychicznego na uwagę zasługuje jeszcze ujęcie Orbacha i Mikulincera^(16,17). Ich zdaniem ból ten można opisać jako subiektywne doświadczenie, któremu towarzyszą przykre emocje oraz świadomość negatywnych zmian w sobie i własnym funkcjonowaniu.

Powyższe konceptualizacje bólu psychicznego stały się podstawą do stworzenia kilku narzędzi: Skali Pomiaru Bólu Psychicznego (Psychological Pain Assessment Scale, PPAS) Shneidmana⁽¹⁸⁾, Skali Bólu Psychicznego (Scale of Psychache) Holdena i wsp. (opartej na definicji Schneidmana)⁽¹⁹⁾, Skali Oszacowania Bólu Psychologicznego, którą opracowali Mee i Bunney (Mee-Bunney Psychological Pain Assessment Scale, MBPPAS)⁽¹⁵⁾, oraz Skali Bólu Psychicznego Orbacha i Mikulincera (Orbach-Mikulincer Mental Pain Scale, OMMPS)^(16,17).

Narzędzia te charakteryzują się dobrymi właściwościami psychometrycznymi i są stosowane przede wszystkim w badaniach weryfikujących teorię Shneidmana dotyczącą kluczowej roli bólu psychicznego w powstawaniu myśli i tendencji samobójczych. Wymienione metody nie zostały jeszcze zaadaptowane do warunków polskich. Obecnie, po uzyskaniu zgody od autorów, trwają prace nad adaptacjami dwóch z nich.

BÓL PSYCHICZNY A MYŚLI I TENDENCJE SAMOBÓJCZE – WYNIKI BADAŃ

Za pomocą powyższych metod i dzięki zastosowaniu skali analogowej, na której osoby badane zaznaczały (w zależności od instrukcji) aktualne bądź przeszłe natężenie bólu psychicznego, przeprowadzono szereg badań nad związkiem tej zmiennej z myślami i tendencjami samobójczymi. W badaniach prowadzonych w Brazylii na 60 dorosłych pacjentach cierpiących na zaburzenia afektywne wykazano, że ból psychiczny to jedna z najważniejszych zmiennych powiązanych z zamiarami samobójczymi. Ta zależność pozostaje także wówczas, gdy kontrolowany jest poziom depresji, beznadziejności i innych zmiennych skorelowanych negatywnie z jakością życia psychicznego⁽²⁰⁾.

Pompili i wsp.⁽²¹⁾, stosujący Skalę do Badania Bólu Psychicznego, udowodnili, że pacjenci psychiatryczni oceniani przez lekarzy na podstawie ustrukturalizowanego wywiadu klinicznego jako zagrożeni samobójstwem charakteryzowali się wyższym poziomem zarówno obecnego, jak i przeszłego bólu psychicznego. Deklarowany ból psychiczny nie wykazywał jednak związków z historią prób samobójczych, co – zdaniem autorów – przemawia za tym, iż zastosowana przez nich metoda (PPAS Shneidmana) jest bardziej czuła w przypadku tendencji suicydalnych występujących w chwili badania.

Nieco odmienne wyniki – przy użyciu tej samej metody, tym razem wśród studentów – uzyskał Lester⁽²²⁾. Ból psychiczny (ujmowany retrospektywnie jako najgorszy,

którego doświadczyli badani) wykazywał istotne statystycznie związki z poziomem depresji i przeszłymi myślami samobójczymi.

Ważne wyniki uzyskano też w badaniach wykorzystujących Skalę Bólu Psychicznego Holdena i wsp. Już na etapie konstruowania metody okazało się, że mierzony nią ból psychiczny wykazuje w grupie studentów silniejsze związki z myślami i próbami samobójczymi niż poczucie beznadziejności (mierzone Skalą Beznadziejności Becka) i poziom depresji (mierzone za pomocą Beck Depression Inventory)⁽¹⁹⁾.

Jak zaobserwowano w kolejnych badaniach, ból psychiczny – w porównaniu z pozostałymi analizowanymi konstrukcjami – wiąże się z szerszą gamą kryteriów samobójczych oraz z większym nasileniem myśli i zachowań autodestrukcyjnych. Dotyczyło to zarówno studentów, jak i osób osadzonych w więzieniach. Opisany związek nie zależał od statusu i płci badanych^(23,24).

W badaniach osób bezdomnych kontrolowano, oprócz powyższych zmiennych, poczucie sensu życia. Jak stwierdzono, ból psychiczny był najważniejszym predyktorem myśli i prób samobójczych oraz historii tych prób⁽²⁵⁾.

Ponadto w obszernych badaniach, w których wzięło udział 2974 studentów, odnotowano, że trzy najważniejsze czynniki psychologiczne zaangażowane w podejmowanie zachowań samobójczych (poczucie beznadziejności, depresja i ból psychiczny) są wprawdzie silnie ze sobą skorelowane, ale zachowują odrębność. Nie potwierdzono jednoznacznie założenia Shneidmana, że ból psychiczny to mediator relacji między poczuciem beznadziejności i depresji a tendencjami suicydalnymi. Zdaniem autorów relacje wymienionych czynników mogą być bardziej skomplikowane i wymagają dalszych badań^(26,27).

Badania dotyczące potencjalnych związków przyczynowo-skutkowych między wspomnianymi zmiennymi przeprowadził Flamenbaum⁽²⁸⁾. W pierwszym badaniu wzięło udział 588 studentów, którzy dwa razy w ciągu czterech miesięcy wypełniali kwestionariusze służące do pomiaru bólu psychicznego (Scale of Psychache Holdena i wsp.), skłonności samobójczych i beznadziejności. Modelowanie strukturalne potwierdziło założenie, że ból psychiczny odgrywa przyczynową rolę w skłonnościach samobójczych, a zmiana natężenia myśli samobójczych jest wyznaczana przez zmiany w poziomie bólu psychicznego, a nie odwrotnie. Nie potwierdzono jednak założenia, jakoby ból psychiczny całkowicie mediował efekt beznadziejności – stwierdzono jedynie niewielki, częściowy efekt pośredniczenia. Zmiany w poczuciu beznadziejności także pozwalały bowiem na predykcję natężenia myśli samobójczych.

W drugim badaniu wspomniany autor testował hipotezę Shneidmana mówiącą o tym, że ból psychiczny jest niezbędny i wystarczający do wytłumaczenia samobójstwa. Zbadano 1333 studentów, podzielonych na grupy cechujące się różnymi kombinacjami poczucia beznadziejności i bólu psychicznego. Grupy porównywano m.in. pod względem tendencji suicydalnych, określanych różnymi

metodami. Tendencje te najściślej wiązały się z bólem psychicznym, a nie z beznadziejnością. Ten wzorzec różnic potwierdził hipotezę o niezbędności bólu psychicznego dla samobójstwa. Jednakże założenie, że ból psychiczny jest wystarczający, nie zostało potwierdzone – wyniki związane z niektórymi kryteriami skłonności samobójczych były znacząco podwyższone w grupach charakteryzujących się wysokim poziomem zarówno bólu psychicznego, jak i poczucia beznadziejności.

Podsumowując: uzyskane wyniki potwierdzają kluczową rolę bólu psychicznego w powstawaniu tendencji suicydalnych oraz to, że ból i poczucie beznadziejności to statystyczne predyktory samobójstwa⁽²⁸⁾.

Podobne rezultaty jak w pierwszym badaniu Flamenbaum otrzymali Troister i Holden⁽²⁹⁾. Spośród dużej grupy studentów wyróżnili 41 osób z wyraźnymi tendencjami suicydalnymi. Osoby te dwukrotnie w ciągu dwóch lat zbadano metodami określającymi ból psychiczny, poczucie beznadziejności, depresję i myśli samobójcze. Zastosowane analizy statystyczne pokazały, że ból psychiczny był najważniejszym predyktorem występowania myśli samobójczych w obu etapach badania, a jego zmiana między pierwszym a drugim badaniem wyznaczała zmiany w natężeniu tych myśli.

Interesujące wyniki uzyskali również Olie i wsp.⁽³⁰⁾ Za pomocą skali analogowej do badania bólu psychicznego analizowali trzy grupy pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem dużej depresji: osoby, które bezpośrednio przed hospitalizacją podjęły próbę samobójczą ($N = 87$), osoby, które podejmowały takie próby w odległej przeszłości ($N = 61$), i takie, które prób nigdy nie podejmowały ($N = 62$). Okazało się, że pacjenci z niedawnymi, a także przeszłymi próbami samobójczymi deklarowali większą intensywność obecnie odczuwanego bólu psychicznego niż osoby bez historii prób samobójczych. Ponadto poziom odczuwanego bólu silnie i statystycznie istotnie korelował z występowaniem myśli samobójczych. Porównywane grupy nie różniły się natężeniem bólu fizycznego.

Zbliżone badania przeprowadzili Orbach i wsp. Badacze zastosowali własną skalę do badania bólu psychicznego (OMMP) i porównali trzy grupy: pacjentów psychiatrycznych przebywających w szpitalu, którzy przed hospitalizacją podjęli próbę samobójczą ($N = 32$), leczących się w tym samym szpitalu pacjentów depresyjnych, którzy prób samobójczych nigdy nie podejmowali ($N = 29$), i odpowiednio dobrane osoby zdrowe ($N = 30$). Jak się okazało, pacjenci po próbie samobójczej charakteryzują się wyższymi wynikami w siedmiu z dziewięciu wymiarów bólu psychicznego mierzonych Skalą OMMP niż osoby zdrowe. Ci sami pacjenci uzyskali wyższe wyniki w sześciu wymiarach bólu psychicznego od badanych leczących się na depresję i bez prób samobójczych w wywiadzie. Największe różnice zanotowano w takich wymiarach, jak poczucie nieodwracalności (*irreversibility*), zamrożenie (*freezing*), dezorientacja (*confusion*) i poczucie pustki (*emptiness*)⁽¹⁶⁾. Nieco inną procedurę badawczą zastosowali Levi i wsp.⁽³¹⁾

Porównywali pacjentów, którzy podjęli próbę samobójczą bezpośrednio zagrażającą życiu i kończącą się hospitalizacją, z tymi, których próby samobójcze nie zagrażały życiu i nie doprowadziły do hospitalizacji, oraz z osobami zdrowymi. Depresja, poczucie beznadziejności i ból psychiczny w podobny sposób różnicowały wyodrębnione grupy (najwyższe rezultaty uzyskały osoby po próbach samobójczych zagrażających życiu). Grupy różniły się także problemami z komunikowaniem własnych stanów emocjonalnych (największe problemy z dzieleniem się uczuciami mieli pacjenci po najpoważniejszych próbach samobójczych). Niestety autorzy nie sprawdzili relacji między natężeniem bólu psychicznego a skłonnością do wyrażania emocji i przeżyć, co byłoby bardzo przydatne – również w kontekście praktycznym. Zaproponowali jednak rozszerzenie koncepcji Shneidmana: uwzględnienie problemów komunikacyjnych. W tym ujęciu stresujące wydarzenia życiowe wywołują u predestynowanych do tego osób ból psychiczny, a jeśli jednostka nie jest w stanie poprosić o pomoc i wyrazić uczuć, sytuacja staje się „nie do zniesienia”, co prowadzi do samobójstwa⁽²⁹⁾. Oczywiście model ten wymaga dalszej weryfikacji.

Na zakończenie przeglądu doniesień na temat relacji bólu psychicznego i tendencji suicydalnych wspomnieć należy o badaniach, które Mee i wsp. przeprowadzili z wykorzystaniem własnej metody (MBPPAS)⁽¹⁵⁾ na 73 pacjentach z rozpoznaniem dużej depresji. Otrzymano zbliżone współczynniki korelacji myśli samobójczych i zachowań samobójczych (mierzonych za pomocą Suicidal Behaviors Questionnaire, SBQ) z poziomem depresji, beznadziejności i bólu psychicznego. Jednocześnie po raz kolejny udowodniono, że analizowane konstrukty – mimo znaczących powiązań – trzeba traktować rozłącznie, a ból psychiczny wykazuje silne związki z ryzykiem samobójstwa także wtedy, gdy kontrolowane są depresja i beznadziejność. Wykazano też istnienie dodatnich związków między odczuwaniem bólu psychicznego i fizycznego.

KIERUNKI DALSZYCH BADAŃ I PRAKTYCZNE ZASTOSOWANIE KONCEPCJI BÓLU PSYCHICZNEGO

Wszystkie doniesienia dotyczące relacji bólu psychicznego oraz myśli i zachowań samobójczych, mimo pewnych różnic i niezależnie od narzędzia pomiaru, konsekwentnie wskazują na ścisłe związki tych zmiennych. Potwierdzają więc koncepcję Shneidmana na temat kluczowej roli bólu psychicznego w zachowaniach suicydalnych. Należy jednak zauważyć, iż tworzenie metod do badania bólu psychicznego i używanie ich w badaniach to zjawiska nowe, przypadające na ostatnią dekadę. Badacze zajmujący się problematyką bólu psychicznego zgodnie stwierdzają, że wymaga ona dalszych intensywnych badań^(7,26,28,29).

Przyszłe badania będą musiały odpowiedzieć na wiele pytań – dotyczących zarówno związków bólu psychicznego z różnorodnymi zachowaniami autodestrukcyjnymi

(np. samookaleczeniami lub nadużywaniem substancji psychoaktywnych), jak i czynników powiązanych z silniejszym odczuwaniem bólu psychicznego czy też czynników chroniących przed nieznosnym cierpieniem. Warte poznania są ponadto relacje między odczuwaniem bólu fizycznego i psychicznego a tendencjami suicydalnymi, zwłaszcza że istnieją badania wskazujące na wspólne mechanizmy neurobiologiczne leżące u podstaw odczuwania obu rodzajów bólu^(6,32).

Opisane narzędzia do pomiaru bólu psychicznego opierają się na dobrze umocowanych teoriach psychologicznych i wykazują w pełni zadawalające właściwości psychometryczne. Mogą więc służyć do badań przesiewowych, mających na celu wyodrębnienie osób zagrożonych samobójstwem, i stać się wskaźnikiem postępów w terapii^(6,7,15,30). Jak twierdzą Mee i wsp.⁽¹⁵⁾, narzędzia te są również potencjalnie użyteczne w ocenie skuteczności działania leków antydepresyjnych.

Kolejnym istotnym zagadnieniem jest łagodzenie bólu psychicznego. Jak uważają Soumani i wsp.⁽³³⁾, powinno ono stanowić odrębny, ważny cel terapii i interwencji kryzysowej. Z kolei Troister i Holden⁽²⁶⁾ sugerują, że oddziaływania terapeutyczne winny koncentrować się na rozpoznaniu sfrustrowanych potrzeb psychicznych (na podstawie koncepcji Shneidmana) i podjęciu próby ich zaspokojenia, a także na włączeniu do terapii elementów poznawczo-behawioralnych, ukierunkowanych na analizę i zmianę myśli towarzyszących bólom psychicznemu. Wreszcie według Leviego i wsp.⁽³¹⁾ istotne dla osób zagrożonych samobójstwem mogłoby być wprowadzenie elementów terapii interpersonalnej, która poprawiłaby ich zdolności komunikacyjne i pozwoliła na dzielenie się trudnymi uczuciami. Oczywiście skuteczność tych interwencji powinna zostać zweryfikowana empirycznie, co również stanowi wyzwanie badawcze.

Refleksje na temat bólu psychicznego warto zakończyć dwoma cytataми obrazującymi sens badań nad tą problematyką. Cytowany tutaj wielokrotnie Shneidman pisze: „Można żyć długo i nieszczęśliwie, będąc w depresji – nie odnosi się to jednak do ostrych stanów samobójczych. Teoretycznie nikt z powodu depresji nie umarł [...], ale wielu ludzi, zbyt wielu, umarło w wyniku samobójstwa”⁽⁵⁾. Z kolei Soumani i wsp. w artykule poświęconym bólom psychicznemu stwierdzają: „Depresja nie wystarczy, by doszło do samobójstwa. Poznanie bólu psychicznego towarzyszącego depresji może rzucić nowe światło na unikalne ludzkie doświadczenie prowadzące do samobójstwa”⁽³³⁾.

PIŚMIENICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. WHO: World Health Organization suicide Prevention (SUPRE) 2010. Adres: www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en.
2. Arsenault-Lapierre G., Kim C., Turecki G.: Psychiatric diagnoses in 3275 suicides: a meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2004; 4: 37–47.
3. Pużyński S.W.: Samobójstwa i depresje. W: Holyst B., Staniażek M., Binczycka-Anholcer M. (red.): Samobójstwo. Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, Warszawa 2002: 39–61.
4. Pawlak J., Hauser J.: Czynniki związane z ryzykiem samobójstwa u osób z zaburzeniami nastroju. *Now. Lek.* 2007; 76: 430–435.
5. Shneidman E.S.: Suicide as psychache. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1993; 181: 145–147.
6. Mee S., Bunney B.G., Reist C. i wsp.: Psychological pain: a review of evidence. *J. Psychiatr. Res.* 2006; 40: 680–690.
7. Tossani E.: The concept of mental pain. *Psychother. Psychosom.* 2013; 82: 67–73.
8. Shneidman E.S.: *The Suicidal Mind*. Oxford University Press, New York 1996.
9. Shneidman E.S.: What do suicides have in common? Summary of the psychological approach. W: Bongar B. (red.): *Suicide: Guidelines for Assessment, Management, and Treatment*. Oxford University Press, New York 1992: 3–15.
10. Shneidman E.S.: A possible classification of suicidal acts based on Murray's need system. *Suicide Life Threat. Behav.* 1980; 10: 175–181.
11. Baumeister R.F.: Suicide as escape from self. *Psychol. Rev.* 1990; 97: 90–113.
12. O'Connor R.C.: Suicidal behavior as a cry of pain: test of a psychological model. *Arch. Suicide Res.* 2003; 7: 297–308.
13. Shneidman E.S.: Perturbation and lethality. A psychological approach to assessment and intervention. W: Jacobs D.G. (red.): *The Harvard Medical School Guide to Suicide Assessment and Intervention*. Jossey-Bass, San Francisco 1999: 83–97.
14. Shneidman E.S.: Anodyne psychotherapy for suicide: a psychological view of suicide. *Clin. Neuropsych.* 2005; 2: 7–12.
15. Mee S., Bunney B.G., Bunney W.E. i wsp.: Assessment of psychological pain in major depressive episodes. *J. Psychiatr. Res.* 2011; 45: 1504–1510.
16. 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.
17. Orbach I., Mikulincer M., Sirota P., Gilboa-Schechtman E.: Mental pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threat. Behav.* 2003; 33: 219–230.
18. Shneidman E.S.: The psychological pain assessment scale. *Suicide Life Threat. Behav.* 1999; 29: 287–294.
19. Holden R., Mehta K., Cunningham E.J., McLeod L.D.: Development and preliminary validation of a scale of psychache. *Can. J. Behav. Sci.* 2001; 33: 224–232.
20. Berlim M.T., Mattevi B.S., Pavanello D.P. i wsp.: Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in Brazil. *Suicide Life Threat. Behav.* 2003; 33: 242–248.
21. Pompili M., Lester D., Leenaars A.A. i wsp.: Psychache and suicide: a preliminary investigation. *Suicide Life Threat. Behav.* 2008; 38: 116–121.
22. Lester D.: Psychache, depression, and personality. *Psychol. Rep.* 2000; 87: 940.
23. DeLisle M.M., Holden R.R.: Differentiating between depression, hopelessness, and psychache in university undergraduates. *Meas. Eval. Couns. Dev.* 2009; 42: 46–63.
24. Pereira E.J., Kroner D.G., Holden R.R., Flamenbaum R.: Testing Shneidman's model of suicidality in incarcerated offend-

- ers and in undergraduates. *Pers. Individ. Differ.* 2010; 49: 912–917.
25. Patterson A.A., Holden R.R.: Psychache and suicide ideation among men who are homeless: a test of Shneidman's model. *Suicide Life Threat. Behav.* 2012; 42: 147–156.
 26. Troister T., Holden R.R.: Factorial differentiation among depression, hopelessness, and psychache in statistically predicting suicidality. *Meas. Eval. Couns. Dev.* 2013; 46: 50–63.
 27. Troister T., Holden R.: Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: a test of Shneidman's theory of suicide. *Pers. Individ. Differ.* 2010; 49: 689–693.
 28. Flamenbaum R.: *Testing Shneidman's Theory of Suicide: Psychache as a Prospective Predictor of Suicidality and Comparison with Hopelessness.* Queen's University, Kingston 2009.
 29. Troister T., Holden R.: A two-year prospective study of psychache and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates. *J. Clin. Psychol.* 2012; 68: 1019–1027.
 30. Olié S., Guillaume I., Jaussent P i wsp.: Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. *J. Affect. Disord.* 2010; 120: 226–230.
 31. Levi Y., Horesh N., Fischel T. i wsp.: Mental pain and its communication in medically serious suicide attempts: an "impossible situation". *J. Affect. Disord.* 2008; 111: 244–250.
 32. Meerwijk E.L., Ford J.M., Weiss S.J.: Brain regions associated with psychological pain: implications for a neural network and its relationship to physical pain. *Brain Imaging Behav.* 2013; 7: 1–14.
 33. Soumani A., Damigos D., Oulis P. i wsp.: Mental pain and suicide risk: application of the Greek version of the Mental Pain and the Tolerance of Mental Pain scale. *Psychiatrike* 2011; 22: 330–340.

Szanowni Autorzy

Upzejmie przypominamy, że zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dn. 6 października 2004 roku w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyków publikacja artykułu w czasopiśmie „**Psychiatria i Psychologia Kliniczna**” – indeksowanego w Index Copernicus – umożliwia doliczenie 20 punktów edukacyjnych za każdy artykuł do ewidencji doskonalenia zawodowego. Podstawą weryfikacji jest notka bibliograficzna z artykułu.