

Jan Chodkiewicz

Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

Ból psychiczny — konceptualizacja i narzędzia pomiaru

Psychological pain — conceptualization and measurement tools

Abstract

Different ways of understanding the psychological pain, its causes and ways to measure this variable were described in presented article. The special attention was paid to the Edwin Shneidman's concept in which the psychological pain is the basic source of suicide thoughts and behaviours. Studies which show the relation between the psychological pain and suicidal tendencies and personality variables were overviewed. The article also includes demands for further research on the psychological pain.

Psychiatry 2013; 10, 3–4: 109–115

key words: mental pain, suicides, measurement tools

Wstęp

Doświadczenie psychicznego bólu i cierpienia, zwane też w języku potocznym bólem duszy lub bólem istnienia, to zjawisko powszechne i nieunikniona część ludzkiej egzystencji [1, 2]. Wśród przyczyn tego doświadczenia wymienia się szerokie spectrum czynników: z jednej strony zaburzenia psychiczne (np. depresyjne, lękowe, stres pourazowy), wydarzenia traumatyczne (takie jak śmierć dziecka), straty (ważnej relacji, osoby, pozycji, finansów, zdrowia) i wykluczenie społeczne, a z drugiej świadomość własnej ograniczoności, niedoskonałości, kruchości, przemijalności i śmierci [2–5]. Ból psychiczny może być również następstwem utraty sensu życia, pustki wewnętrznej, wyrzutów sumienia, poczucia winy i krzywdy, a jego odczuwanie, jak słusznie zauważa Ryn [2], łatwiej jest werbalizować artystom, zwłaszcza poetom, a nie naukowcom. Być może dlatego problematyka bólu psychicznego nie znalazła dotąd w psychologii należytego miejsca.

Ból psychiczny dotyczy zarówno ludzi chorych somatycznie, jak i zdrowych, tak więc, mimo że wykazano związki

bólu psychicznego i somatycznego [6], powinien być traktowany jako odrębne od bólu ciała doświadczenie. Frankl [7, 8] sądzi, że ból psychiczny nie musi być przejawem choroby, ale jest: „czymś ludzkim, w pewnym sensie nawet czymś najbardziej ludzkim ze wszystkiego, co istnieje”. Jeśli chodzi o ocenę wpływu analizowanego bólu na jakość życia, to, jak podają Mee i wsp. [4], większość doświadczających go depresyjnych pacjentów, którzy jednocześnie cierpieli na zagrażające życiu choroby (np. nowotwory) podawało, że to właśnie ten ból był przyczyną większego cierpienia niż jakikolwiek ból fizyczny, którego doświadczali w swoim życiu. Ponadto, jak zauważa Ryn [2], cierpienie psychiczne w dobrym stanie zdrowia fizycznego może być bardziej dokuczliwe niż cierpienie w chorobie somatycznej. Choroba bowiem ma swój początek, przebieg i koniec, ból psychiczny może natomiast trwać w nieskończoność.

Ponieważ problematyka dotycząca bólu psychicznego jest stosunkowo mało znana, celem niniejszego artykułu jest dokonanie przeglądu konceptualizacji tego konstruktów, metod stworzonych do jego badania oraz wyników przeprowadzonych badań.

Konceptualizacja i źródła bólu psychicznego

Z współczesnych ujęć bólu psychicznego (w literaturze można spotkać następujące terminy: *psychological*

Adres do korespondencji:

dr hab. Jan Chodkiewicz
Instytut Psychologii UŁ
ul. Smugowa 10/12, 91–433 Łódź
tel.: 605 346 935
e-mail: janchodkiewicz@poczta.onet.pl

pain, emotional pain, mental pain, psychache) najbardziej znane jest ujęcie wybitnego suicydologa Edwina Shneidmana [9–12], zgodnie z którym ból ów jest definiowany jako stan intensywnego psychicznego cierpienia, któremu towarzyszą poczucie wstydu, upokorzenia, rozpacz, samotności i lęku. Alternatywnie, zdaniem tego autora, ból psychiczny można określić jako nasilony stan wewnętrznego rozbicia i smutku [11].

Shneidman [9] uważa, że uogólniony ból psychiczny, gdy osiągnięciem niemożliwą do zniesienia dla jednostki intensywność, stanowi rzeczywiste źródło zachowań samobójczych. W jednej ze swoich prac pisze: (jeśli) „nie ma bólu psychicznego, nie ma samobójstwa” [11]. Najważniejsze przyczyny doświadczania bólu psychicznego wspomniany autor widzi w niezaspokojonych, sfrustrowanych bądź udaremniczonych potrzebach psychologicznych, takich jak: potrzeba przynależności, afiliacji, wsparcia, osiągnięć, autonomii, dominacji i agresji. To właśnie indywidualna kombinacja niezaspokojonych potrzeb, zwłaszcza tych, bez zaspokojenia których jednostka nie jest w stanie funkcjonować, przyczynia się do powstania psychicznego bólu, który w połączeniu z niemożliwością jego tolerowania i poznawczym zawężeniem, gdzie śmierć jawi się jako jedyna możliwość zaprzestania odczuwania cierpienia, prowadzi do zachowań samobójczych [11, 12]. Wspomniany autor uważa również, że ból psychiczny pełni pośredniczącą rolę między takimi czynnikami, jak depresja i poczucie beznadziejności a zachowaniami samobójczymi [9].

Podobnie jak Shneidman ból psychiczny określają Mee i wsp. [4], według których jest on doświadczeniem trudnego do zniesienia cierpienia, które może być związane z chorobami psychicznymi (np. ciężkie zaburzenie depresyjne) lub tragicznymi wydarzeniami (śmierć bliskiej osoby). Wspomniani autorzy zawężają przyczyny bólu do zaburzeń psychicznych oraz wydarzeń traumatycznych. Uważają nawet, że można wyodrębnić dwie kategorie bólu psychicznego: towarzyszący zaburzeniom psychicznym i będący reakcją na szkodliwe bodźce psychologiczne. Ból psychiczny należący do każdej z tych kategorii może też osiągać różną intensywność — od słabego aż do nieznosnego — „nie do wytrzymania” [4].

Również Baumeister [13] w swojej teorii zachowań samobójczych odwołuje się do bólu psychicznego. Postrzega on ból psychiczny jako awersyjną reakcję powiązaną zwłaszcza z poczuciem własnej nieadekwatności. Człowiek, zdaniem Baumeistera [13], doświadcza bólu psychicznego, gdy osiągnięcia życiowe są znacznie poniżej jego idealnego ja i osobistych aspiracji oraz gdy winę za to, co mu się przydarza przypisuje samemu sobie. Podstawową emocją związaną z bólem psychicznym jest więc samo rozczarowanie.

Nieco odmiennie analizowany konstrukt ujmuje Bolger [14], która na podstawie analizy narracji osób doświadczających traumatycznych wydarzeń i pochodzących z rodzin alkoholowych stworzyła określenie bólu psychicznego jako „rozbicia self”, któremu towarzyszą: uczucie zranienia, braku ciągłości autobiograficznej, poczucie utraty siebie i świadomości własnego ja. Ujęcie, jakie proponuje autorka, koncentruje się na sposobie odczuwania świata i samego siebie osób doświadczających psychicznego bólu, nie analizując jego przyczyn.

Problematyką bólu psychicznego zajmują się również izraelscy badacze [15, 16]. Ból ten konceptualizują jako subiektywne doświadczenie, któremu towarzyszy świadomość negatywnych zmian w sobie i swoim funkcjonowaniu wraz z współwystępującymi przykrymi emocjami. Również w tej koncepcji nie analizuje się przyczyn tego doświadczenia.

W literaturze przedmiotu można spotkać rozważania dotyczące przyczyn bólu psychicznego bez podawania jego definicji. I tak, zdaniem przytaczanego już Frankla [7] przyczyna bólu tkwi w poczuciu pustki, egzystencjalnej frustracji, będących następstwem utraty sensu życia, którą znieść może ukierunkowania życia na wartości i znalezienie sensu cierpienia. Natomiast Wille [1] uważa, że ból psychiczny, będący nieodłączną częścią życia, wynika z nieświadomych warstw osobowości i jest zakorzeniony w przedwerbalnych doświadczeniach wczesnodziecięcych, a jego tolerancję zdobywa się dzięki internalizacji bezpiecznej relacji z matką.

Podsumowując przytaczane powyżej informacje zauważyć można, że ból psychiczny jest najczęściej ujmowany jako trudne do wytrzymania cierpienie bądź dyskomfort, mające swe źródła w szerokim zbiorze przyczyn, którym towarzyszą znacznie nasilone, przykre emocje. Ból psychiczny jest rzeczywistością tak samo realną jak ból fizyczny i poważnie wpływa na funkcjonowanie człowieka. Jednocześnie między ludźmi występują znaczące różnice dotyczące siły odczuwania tego bólu i jego źródeł.

Narzędzia do pomiaru bólu psychicznego

Do pomiaru bólu psychicznego stworzono kilka narzędzi, żadne z nich nie zostało jednak dotąd zaadaptowane do polskich warunków. Shneidman [10], autor wspomnianej wcześniej koncepcji bólu psychicznego, stworzył Skalę Pomiaru Bólu Psychicznego (PPAS, *Psychological Pain Assessment Scale*). Inspirację do stworzenia metody czerpał z Testu Apercepcji Tematycznej Murraya. Skala, pomyślana pierwotnie jako test projekcyjny, składa się z kilku części. W pierwszej podano definicję bólu psychicznego, prosząc osoby badane, aby określiły na skali od 1 do 9 jego aktualne natężenie. Kolejną część

obejmuje pięć niejednoznacznych obrazów, a w instrukcji prosi się o określenie bólu psychicznego przeżywanego przez prezentowane na obrazach postacie. W dalszej części badani proszeni są o przypomnienie sobie najgorszego bólu psychicznego, jaki dotąd przeżywali, i określenie uczuć, które wówczas były ich udziałem (np. poczucia winy, bezradności, smutku). Ostatnia część zawiera esej, w którym osoby badane opisują najgorszy ból, jaki przeżyli, okoliczności, w jakich się pojawił, i sposób poradzenia sobie z nim. Shneidman [10] uważa, że metoda pozwala poznać unikalny świat przeżyć osób doświadczających bólu psychicznego, jednak w literaturze przedmiotu zwraca się uwagę, że jest ona problematyczna z metodologicznego punktu widzenia, zaś jej interpretacja, ze względu na elementy projekcyjne i narracyjne, jest niejednoznaczna, a jedyna wymierna część to dziewięciostopniowa skala do oceny aktualnie przeżywanego bólu [17, 18].

Opierając się na definicji bólu psychicznego Shneidmana, Holden i wsp. [19] stworzyli Skalę Bólu Psychicznego (*Scale of Psychache*). Metoda, przy konstruowaniu której zastosowano staranną metodologię i wszystkie niezbędne analizy, jest narzędziem samooceny składającym się z 13 pozycji testowych, ocenianych na 5-punktowej skali Likerta (od 1 — zdecydowanie zgadzam się, do 5 — zdecydowanie nie zgadzam się). Pytania dotyczą aktualnego odczuwania bólu psychicznego, trudności z jego wytrzymaniem i wpływu, jaki ma na aktywność życiową. W wersji oryginalnej skala charakteryzuje się bardzo dobrymi właściwościami psychometrycznymi — współczynnik alfa Cronbacha wynosi 0,90, eksploracyjna i confirmacyjna analiza czynnikowa wskazują na występowanie jednego czynnika tłumaczącego wysoki procent wariacji wyników. Wysoka jest również trafność narzędzia [20]. Metoda wykazuje istotne statystycznie związki z poziomem depresji oraz poczuciem beznadziejności, zastosowane analizy statystyczne wskazują jednak, że konstrukty te wprawdzie częściowo się pokrywają, jednak zachowują swoją odrębność [19, 21, 22]. Skala Holdena i wsp. była stosowana w badaniach dotyczących zwłaszcza relacji bólu psychicznego z występowaniem myśli i zachowań samobójczych [17, 19, 20, 22–24]. Obecnie, po uzyskaniu zgody autorów, trwają prace nad polską adaptacją Skali Bólu Psychicznego. Wstępne analizy wskazują na bardzo dobre właściwości psychometryczne narzędzia [25].

Staranną procedurę zastosowano również przy tworzeniu kolejnego narzędzia — Skali Bólu Psychicznego, autorstwa Orbacha i Mikulincera (OMMP, *Orbach-Mikulincer Mental Pain Scale*) [15, 16]. Zgodnie z szeroką konceptualizacją bólu psychicznego dokonaną przez wspomnianych autorów, metoda została pomyślana jako

narzędzie wielowymiarowe. W rezultacie zastosowanych analiz statystycznych z początkowej puli 220 twierdzeń w ostatecznej wersji skali pozostało ich 44. Analiza czynnikowa (zastosowano jedynie analizę eksploracyjną) doprowadziła do wyodrębnienia 9 czynników: poczucia nieodwracalności (*irreversibility*), utraty kontroli (*loss of control*), zranienia narcystycznego (*narcissist wounds*), „zalania” emocjami (*emotional flooding*), zamrożenia (*freezing*), autoalienacji (*self-estrangement*), dezorientacji (*confusion*), społecznego dystansu (*social distancing*) i poczucia pustki (*emptiness*). Można obliczyć również wynik ogólny, wskazujący na natężenie bólu psychicznego. Narzędzie w wersji oryginalnej ma dobre właściwości psychometryczne - współczynniki alfa Cronbacha dla wyodrębnionych czynników wynoszą od 0,75 do 0,95, trafność jest również zadawalająca. OMMP, podobnie jak skala Holdena i wsp., była stosowana głównie do analizowania relacji bólu psychicznego z podejmowaniem zachowań samobójczych [15, 16]. Także i w odniesieniu do tej metody uzyskano zgodę autorów na jej polską adaptację — wstępne analizy wskazują jednak, że struktura czynnikowa wersji polskiej może znacząco różnić się od oryginalnej [25].

Ostatnią z istniejących metod jest Skala Oszacowania Bólu Psychologicznego autorstwa Mee i Bunney (MBPPAS, *The Mee-Bunney Psychological Pain Assessment Scale*) [3]. Autorzy, z pierwotnej puli 21 twierdzeń pochodzących z notatek osób depresyjnych, wyodrębnili 10 pozycji, które weszły w skład skali. Metoda zawiera też definicję bólu psychicznego autorstwa Mee i wsp. [4], do której odwołują się osoby badane w trakcie odpowiadania na pytania. Odpowiedzi oceniane są w 5-punktowej skali Likerta. Narzędzie zawiera pytania dotyczące natężenia bólu (od 1 — jego braku aż do 5 — bólu nie do zniesienia), częstotliwości występowania (od 1 — nigdy do 5 — zawsze) i poczucia, że śmierć jest jedyną drogą jego zatrzymania (od 1 — nigdy tak nie czuję, do 5 — zawsze tak czuję). Właściwości psychometryczne metody są w pełni zadowalające — współczynnik alfa Cronbacha wynosi 0,83 dla grupy pacjentów depresyjnych i 0,94 dla grupy kontrolnej. Trafność narzędzia ustalono między innymi poprzez obliczenie współczynników korelacji z Skalą Depresji Becka (BDI, *Beck Depression Inventory*) i Skalą Beznadziejności Becka (BHS, *Beck Hopelessness Scale*). Metoda (czynnikowa analiza eksploracyjna) ma strukturę jednoczynnikową [3]. Skala MBPPAS jest narzędziem stosunkowo nowym i była dotąd stosowana głównie przez jej autorów do badania bólu psychicznego osób z dużą depresją.

Oprócz wymienionych powyżej metod do badania bólu psychicznego stosowane są również skale analogowe, na których osoby badane zaznaczają, w zależności od in-

Tabela 1. Narzędzia do badania bólu psychicznego
 Table 1. Tools for assessment of psychological pain

Autor/ /Autorzy	Narzędzie	Konceptualizacja	Liczba itemów/ czynników	Właściwości psychometryczne
E. Shneidman	PPAS	Własna	część 1: skalaanalogowa część 2: projekcyjna część 3: narracyjna	Nieznanie
R. Holden	Scale of Psychache	E. Shneidmana	13/ 1 czynnik	Bardzo dobre
I. Orbach M. Mikulincer	OMMP	Własna	44/9 czynników	Dobre
S. Mee B. Bunney	MBPPAS	Własna	10/1 czynnik	Dobre

Źródło: opracowanie własne, objaśnienia skrótów w tekście

strukcji, jego aktualne bądź przeszłe natężenie [3, 18, 26]. Zestawienie istniejących metod do badania bólu psychicznego, konceptualizacji stojących u podstaw ich tworzenia, liczby pozycji testowych oraz ocen właściwości psychometrycznych przedstawiono w tabeli 1.

Badania nad bólem psychicznym

Choć koncepcja bólu psychicznego, zwłaszcza w ujęciu Shneidmana i Mee, wydaje się klinicznie i intuicyjnie trafna, a ponadto istnieją jej operacjonalizacje, przeprowadzono dotąd stosunkowo niewiele empirycznych analiz dotyczących wspomnianej problematyki. Większość badań dotyczy weryfikowania hipotezy Shneidmana o decydującej roli bólu psychicznego w występowaniu myśli i zachowań samobójczych. Badania te, prowadzone przy użyciu różnych metod, konsekwentnie wskazują na ścisłe związki wspomnianych zmiennych. Stosując Skalę Pomiaru Bólu Psychicznego autorstwa Shneidmana wykazano między innymi, że ból psychiczny jest jedną z najważniejszych zmiennych powiązanych z zamiarami samobójczymi u osób z zaburzeniami afektywnymi [27], wykazuje też ścisłe związki z myślami samobójczymi występującymi u studentów [28]. Okazało się także, że pacjenci, których psychiatrzy oceniali jako zagrożonych samobójstwem charakteryzują się w porównaniu z osobami niezaklasyfikowanymi do „grupy ryzyka” wyższym poziomem zarówno obecnego, jak i przeszłego bólu psychicznego [29]. Również Holden i wsp., stosując własną Skalę Bólu Psychicznego, wykazali w kilku przeprowadzonych w dużych grupach niezależnych badaniach, że to ból psychiczny w większym stopniu niż poczucie beznadziejności i poziom depresji wiąże się z tendencjami suicydalnymi i ryzykiem samobójstwa wśród studentów i osób osadzonych w więzieniach, a związek ten nie zależy od płci badanych

oraz ich statusu społecznego [21, 23, 24]. Ponadto, studenci, którzy podejmowali w przeszłości próby samobójcze, charakteryzowali się wyższym aktualnym poziomem bólu psychicznego w porównaniu z tymi, którzy takich prób nigdy nie podejmowali [19, 30].

Ponieważ badania te były prowadzone według procedury korelacyjnej, Flamenbaum [17] podjął próbę poznania możliwych związków przyczynowo-skutkowych występujących między analizowanymi zmiennymi. Przeprowadził dwa podłużne badania w dużych grupach studentów ($n = 588$ i $n = 1333$). Za pomocą modelowania strukturalnego wykazał, że ból psychiczny odgrywa przyczynową rolę w występowaniu myśli i tendencji samobójczych (mierzonych *Scale for Suicide Ideation* [BSS] Becka i Sterera) oraz że to zmiana poziomu bólu psychicznego wyznacza zmianę tendencji samobójczych, a nie odwrotnie. Przy użyciu skali autorstwa Holdena i wsp. podjęto również próby odpowiedzi na pytanie, czy ból psychiczny jest mediatorem relacji między wybranymi cechami osobowości a występowaniem myśli samobójczych. Flamenbaum i Holden [30] stwierdzili, że ból ów pośredniczy między perfekcjonizmem a natężeniem myśli samobójczych, a Keffer, Holden i Gillis [za: 17] potwierdzili mediującą rolę tego bólu w relacji między aleksytymią a wspomnianymi myślami. Wyniki te, zdaniem Flamenbauma [17], wskazują zarówno na to, że wyróżnione zmienne przyczyniają się do występowania bólu psychicznego, jak i na to, że ich wzrost powoduje, poprzez zwiększenie wspomnianego bólu aż do trudnego do zniesienia dla jednostki poziomu, wystąpienie (zgodnie z ujęciem Shneidmana) tendencji samobójczych.

Istotne rezultaty uzyskano również, stosując Skalę Bólu Psychicznego autorstwa Orbacha i Mikulincera [15, 16]. Przy jej użyciu porównano trzy grupy osób: pacjentów

psychiatrycznych, którzy podejmowali próby samobójcze, pacjentów psychiatrycznych bez tych prób w wywiadzie oraz grupę kontrolną. Okazało się, że pacjenci, u których występowały zachowania samobójcze, w porównaniu z pozostałymi grupami charakteryzują się najwyższymi wynikami w obrębie siedmiu z dziewięciu wyodrębnionych czynników (różnice statystycznie istotne). W badaniach tych wykazano również wyższy poziom bólu psychicznego w zakresie większości czynników u pacjentów psychiatrycznych (najczęściej chorujących na dużą depresję) w porównaniu z osobami zdrowymi [15, 16]. Podobny wynik, ale wyłącznie wśród pacjentów depresyjnych, których podzielono na osoby z próbami samobójczymi w wywiadzie i bez takich prób, uzyskali Olie i wsp. [26], stosując analogową skalę do oszacowania bólu psychicznego. Analogiczny do poprzednich rezultat badań uzyskali w grupie pacjentów depresyjnych Mee i wsp. [3] przy zastosowaniu własnej Skali Oszacowania Bólu Psychologicznego. Natężenie bólu psychicznego mierzonego tą skalą wykazywało liniową zależność z natężeniem zachowań samobójczych (mierzonych *Suicidal Behavior Questionnaire* [SBQ] Linehan).

Wszystkie przytoczone powyżej badania dotyczyły relacji mierzonego różnymi narzędziami pomiaru bólu psychicznego z występowaniem myśli i zachowań samobójczych. W literaturze przedmiotu można również spotkać nieliczne doniesienia dotyczące występowania innych zależności. I tak, badacze nigeryjscy udowodnili, że ból psychiczny (mierzony Skalą Holdena i wsp.) jest istotnie wyższy w grupie pacjentów chorych na choroby dermatologiczne w porównaniu z osobami zdrowymi, co ich zdaniem przemawia za koniecznością objęcia tej grupy chorych opieką psychiatryczną [31]. Orbach i wsp. [16], używając własnej metody, wykazali, że większość wymiarów bólu psychicznego wykazuje ujemne związki ze stylami radzenia sobie ze stresem skoncentrowanymi na problemie, a dodatnie ze stylami emocjonalnymi. Nie odnotowano natomiast związków bólu psychicznego ze stylami unikowymi oraz skoncentrowanymi na poszukiwaniu wsparcia społecznego. Style radzenia sobie ze stresem badano przy użyciu *Way of Coping Checklist* Lazarusa i Folkmana. Ci sami autorzy w innym badaniu [15] wykazali ujemne związki większości wymiarów bólu psychicznego z poziomem optymizmu mierzonego Testem Orientacji Życiowej Scheiera i Carvera.

Na uwagę zasługują również badania z zakresu neurobiologii, w których van Heeringen i wsp. [32] udowodnili, że wysoki poziom bólu psychicznego u pacjentów depresyjnych wiąże się ze zmianami w perfuzji naczyniowej w tych obszarach mózgu, które są zaangażowane w regulację emocji. Zdaniem autorów konieczne są dalsze badania, aby stwierdzić, czy zmiany w aktywności mózgu

towarzyszące bólowi psychicznemu są związane ze zmianami poznawczego mechanizmu kontroli nad przykrymi emocjami, i czy takie zmiany są podatne na leczenie.

Implikacje badawcze i praktyczne

Jak wskazuje powyższy opis, istnieją dobrze umocowane teoretycznie koncepcje bólu psychicznego oraz posiadające w pełni zadowalające właściwości psychometryczne sposoby jego operacjonalizacji. Większość przeprowadzonych dotąd badań koncentruje się jednak jedynie na relacjach bólu psychicznego z występowaniem myśli i zachowań samobójczych. Wyniki tych badań jednoznacznie wskazują, że ból psychiczny jest najistotniejszą zmienną wyjaśniającą istnienie tendencji suicydalnych. Jednocześnie, autorzy zajmujący się analizowaną problematyką, zgodnie przyznają, że problematyka bólu psychicznego zajmuje zdecydowanie za mało miejsca w obszarze badań psychologicznych i psychiatrycznych, brakuje również praktycznych wskazań jak zmniejszać ból psychiczny, co między innymi może być znaczącym czynnikiem w prewencji zachowań samobójczych [17, 18]. Soumani i wsp. [33] uważają nawet, że łagodzenie bólu psychicznego powinno stanowić odrębny i ważny cel leczenia wielu problemów psychicznych.

Jest bowiem oczywiste, że ból psychiczny nie występuje tylko w przebiegu depresji, co zostało wykazane w badaniach, ale towarzyszy większości zaburzeń. Przykładem mogą być pacjenci z zaburzeniami osobowości z pogranicza, którzy intensywnie odczuwają ból psychiczny wraz z towarzyszącymi przykrymi emocjami: lękiem, smutkiem, pustką i samotnością [18]. Uważa się nawet, że to właśnie intensywność odczuwanego bólu odgradza ich od otoczenia [34, 35]. Ów ból wynikający między innymi z traumatycznych przeżyć w dzieciństwie, zwłaszcza doświadczania przemocy emocjonalnej, fizycznej i seksualnej [36], oraz radzenie sobie z nim nie były dotąd przedmiotem badań. Podobna sytuacja może mieć miejsce w przypadku dokonywania samouszkodzeń, które traktowane bywają jako sposób przekierowania uwagi z niemożliwego do zniesienia bólu psychicznego na ból fizyczny [37] oraz w sytuacji nadużywania substancji psychoaktywnych, przynajmniej u niektórych osób.

Odrębną i bardzo słabo eksplorowaną problematykę stanowi odczuwanie bólu psychicznego przez osoby chore somatycznie. Jego źródłem może być niepewność co do stanu własnego zdrowia, strach przed jego pogorszeniem, świadomość złego rokowania i rychłej śmierci, lęk o przyszłość rodziny [38]. Źródło bólu psychicznego może tkwić również w odczuwaniu przewlekłego bólu fizycznego, którego związki z wystąpieniem depresji i samobójstw udokumentowano w badaniach [4]. Jak jednak pisze Juczyński [38]: „medycyna dobrze radzi sobie z bólem

ostrym, gorzej z bólem przewlekłym, ale jest bezradna w stosunku do bólu psychicznego”. Wydaje się więc, że badania dotyczące tego obszaru problemowego mogłyby nie tylko pomóc pacjentom, ale także lekarzom.

Powyżej zarysowano tylko niektóre możliwości dalszych poszukiwań dotyczących odczuwania bólu psychicznego, jego przyczyn i radzenia sobie z nim. W odniesieniu do tej problematyki jest bowiem więcej pytań niż odpowiedzi. Nie jest jasne nawet to, dlaczego niektórzy pacjenci odczuwają ból psychiczny, a inni chorujący na te same choroby nie [por. 32]. Nie są znane także skuteczne sposoby radzenia sobie z tym bólem. Nie znamy wreszcie odpowiedzi na pytanie gdzie kończy się ból psychiczny, który odczuwa większość osób świadomych własnego istnienia i jego ograniczeń, a gdzie zaczyna się ból, który prowadzi do psychopatologii i destrukcji.

Podsumowując przedstawione w artykule rozważania, należy podkreślić, że konceptualizację bólu psychicznego

i badania przy użyciu różnych narzędzi będących ich operacjonalizacjami znajdują się dopiero na początkowym etapie. Jak pokazano w niniejszym artykule, nie istnieje jedna, spójna definicja omawianego zjawiska, a prawie wszystkie dotychczasowe analizy prowadzone były według procedury korelacyjnej, co uniemożliwia wnioskowanie przyczynowo-skutkowe. Wydaje się więc, że poza zarysowanymi powyżej kierunkami dalszych poszukiwań, powinny one również zmierzać ku ujednoczeniu definicji bólu psychicznego oraz dokładnemu poszukiwaniu różnic i podobieństw tego bólu z pokrewnymi zjawiskami, głównie depresją, poczuciem beznadziejności i osamotnienia. Dopiero takie, pogłębione studia będą mogły odpowiedzieć na pytanie, czy ból psychiczny jest istotną zmienną wyjaśniającą występowanie i natężenie objawów psychopatologicznych i czy uzasadnione jest wprowadzenie tego pojęcia jako nowej kategorii objawowej do języka psychopatologii.

Streszczenie

W artykule omówiono ujęcia bólu psychicznego, jego przyczyny oraz sposoby pomiaru tej zmiennej. Szczególną uwagę zwrócono na koncepcję Edwina Shneidmana, zgodnie z którą ból psychiczny jest podstawowym źródłem myśli i zachowań samobójczych. Dokonano przeglądu badań wskazujących na związki bólu psychicznego z tendencjami suicydalnymi i zmiennymi osobowościowymi. W artykule zawarto również postulaty dotyczące dalszych kierunków badań nad bólem psychicznym
Psychiatria 2013; 10, 3–4: 109–115

słowa kluczowe: ból psychiczny, samobójstwa, narzędzia pomiaru

Piśmiennictwo

1. Wille RSG. On the capacity to endure psychic pain. *Scand. Psychoanal. Rev.* 2011; 34: 23–30.
2. Ryn Z. W poszukiwaniu sensu. <http://alkoholizm.com.pl/content/view/346/96; 3.07.2013>.
3. Mee S., Bunney B.G., Bunney W.E., Hetrick W., Potkin S.G., Reist C. Assessment of psychological pain in major depressive episodes. *J. Psychiatr. Res.* 2011; 45: 1504–1510.
4. Mee S., Bunney B.G., Reist C., Potkin S.G., Bunney W.E. Psychological pain: a review of evidence. *J. Psychiatr. Res.* 2006; 40: 680–690.
5. Meerwijk E.L., Weiss S.J. Toward a unifying definition of psychological pain. *Journal of Loss & Trauma* 2011; 16 (5): 402–412.
6. 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.* 2012; 7 (1): 1–14.
7. Frankl V.E. *Man's search for meaning: An introduction to logotherapy.* Washington Square Press, New York 1963.
8. Frankl V.E. *Homo patiens.* PAX, Warszawa 1984.
9. Shneidman E.S. Suicide as psychache. *Journal of Nervous and Mental Disease* 1993; 181: 145–147.
10. Shneidman E.S. The psychological pain assessment scale. *Suicide Life Threat. Behav.* 1999; 29: 287–294.
11. 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.
12. Shneidman E.S. Anodyne psychotherapy for suicide: A psychological view of suicide. *Clinical Neuropsychiatry* 2005; 2: 7–12.
13. Baumeister R.F. Suicide as escape from self. *Psychol. Rev.* 1990; 97: 90–113.
14. Bolger E.A. Grounded theory analysis of emotional pain. *Psychother. Res.* 1999; 9: 342–362.
15. 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.
16. Orbach I., Mikulincer M., Sirota P., Gilboa-Schechtman E. Mental pain: a multidimensional operationalization and definition. *Suicide Life Threat. Behav.* 2003; 33: 219–230.
17. Flamenbaum R. Testing Shneidman's theory of suicide: psychache as a prospective predictor of suicidality and comparison with hopelessness. *Queen's University, Kingston* 2009.
18. Tossani E. The Concept of mental pain. *Psychother. Psychosom.* 2013; 82: 67–73.
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. Mills J.F., Green K., Reddon J.R. An evaluation of the psychache scale on an offender population. *Suicide Life Threat. Behav.* 2005; 35 (5): 570–580.
21. DeLisle M.M., Holden R.R. Differentiating Between depression, hopelessness, and psychache in university undergraduates. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development* 2009; 42: 46–63.
22. Troister T., Holden R. Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: a test of Shneidman's theory of suicide. *Personality and Individual Differences* 2010; 49 (7): 689–693.

23. Troister T., Holden R. Factorial differentiation among depression, hopelessness, and psychache in statistically predicting suicidality. *Measurement and evaluation in counseling and development* 2013; 46 (1): 50–63.
24. Pereira E.J., Kroner D.G., Holden R.R., Flamenbaum R. Testing Shneidman's model of suicidality in incarcerated offenders and in undergraduates. *Personality and Individual Differences* 2010; 49 (8): 912–917.
25. Chodkiewicz J., Gruszczyńska E., Miniszewska J., Strzelczyk D. Polska adaptacja dwóch metod do badania bólu psychicznego. Materiał niepublikowany.
26. 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.
27. Berlim M.T., Mattevi B.S., Pavanello D.P., Caldieraro M.A., Fleck M.P.A., Wingate L.R. Psychache and suicidality in adult mood disordered outpatients in Brazil. *Suicide Life Threat. Behav.* 2003; 33: 242–248.
28. Lester D. Psychache, depression, and personality. *Psychological Reports.* 2000; 87: 940.
29. Pompili M., Lester D., Leenaars A.A., Tatarelli R., Girardi P. Psychache and suicide: a preliminary investigation. *Suicide Life Threat. Behav.* 2008; 38: 116–121.
30. Flamenbaum R., Holden R.R. Psychache as a mediator in the relationship between perfectionism and suicidality. *Journal of Counseling Psychology* 2007; 54: 51–61.
31. Owoeye O.A., Aina O.F., Omoluabi P.F., Olumide Y.M. An Assessment of Emotional Pain among Subjects with Chronic Dermatological Problems in Lagos, Nigeria. *Int. J. Psychiatry Med.* 2007; 37 (2): 129–138.
32. Van Heeringen K., Van den Abbeele D., Vervaeke M., Soenen L., Audenaert K. The functional neuroanatomy of mental pain in depression. *Psychiatry Res.* 2010; 28; 181 (2): 141–144.
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 (4): 330–340.
34. Lieb K., Zanarini M.C., Schmahl C., Linehan M.M., Bohus M. Borderline personality disorder. *Lancet* 2004; 364: 453–461.
35. Zanarini M.C., Frankenburg F.R., DeLuca C.J., Hennen J., Khera G.S., Gunderson J.G. The pain of being borderline: dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harv. Rev. Psychiatry* 1998; 6: 201–207.
36. Goodwin J.M. Redefining borderline syndromes as posttraumatic and rediscovering emotional containment as a first stage in treatment. *J. Interpers. Violence.* 2005; 20: 20–25.
37. Chapman A.L., Gratz K.L., Brown M.Z. Solving the puzzle of deliberate self-harm: the experiential avoidance model. *Behav. Res. Ther.* 2006; 44: 371–394.
38. Juczyński Z. Coping with pain and suffering — towards mobilization of personal resources for health. W: Kubacka-Jasiecka D., Kuleta M. (red.).
39. Reflection on psychological mechanisms of trauma and posttraumatic development. *Krakowska Oficyna Naukowa TEKST, Kraków* 2012: 163–177.