

Tytus J. Koweszko¹, Jacek Gierus¹, Maksym Kosiński², Anna Mosiołek¹, Agata Szulc¹

¹Klinika Psychiatryczna, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. Prof. Jana Mazurkiewicza, Pruszków

Trafność diagnostyczna Werbalnej Skali Samobójstwa (WSS) w grupie pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie

Abstract

Wstęp: Celem niniejszej pracy jest przedstawienie procesu walidacji Werbalnej Skali Samobójstwa (WSS).

Materiał i metody: Metoda została stworzona do oceny postaw pacjentów psychiatrycznych wobec samobójstwa. Badacze postanowili określić diagnostyczne możliwości narzędzia w procesie przewidywania zachowań suicydalnych. Badanie objęło 157 pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie, których przebadano przy zastosowaniu skali WSS, skali C-SSRS, skali NGASR, kwestionariusza SOC-29 oraz kwestionariusza demograficznego-opisowego. Związki wyników skali WSS z liczbą prób samobójczych, wiekiem i wykształceniem poddano analizie pod kątem własności psychometrycznych w trzech grupach pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie podzielonych w zależności od okoliczności przyjęcia do szpitala.

Wyniki: Wyniki podskal WSS ujawniają związek określany korelacją rho Spearmana ($p < 0,05$) ze skalami SOC-29, czynnikami ryzyka i czynnikami ochronnymi C-SSRS, skalą NGASR oraz zmiennymi demograficzno-ogólnymi. Istnieją również różnice międzygrupowe wykazane testem U Manna-Whitneya w zależności od występowania czynników ryzyka. Określone postawy wobec samobójstwa mają związek z występowaniem poszczególnych czynników ryzyka.

Wnioski: Uzyskane wyniki sugerują, że samobójstwo stanowi działanie niezależne od samej świadomej postawy. Wyniki WSS w największym stopniu odnoszą się do pacjentów nadużywających/uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Konieczne są dalsze badania w w tej grupie badanych.

Psychiatria 2017; 14, 4

Key words: psychiatria, samobójstwo, diagnoza, profilaktyka samobójstw, psychometria

Wstęp

Niniejsza praca jest kontynuacją artykułu przedstawiającego konstrukcję i strukturę czynnikową Werbalnej Skali Samobójstwa (WSS). Przeprowadzona analiza czynnikowa wykazała, że WSS ma strukturę zgodną z założeniami teoretycznymi oraz zadowalającą zgodność wewnętrzną poszczególnych czynników. Autorzy wyodrębnili trzy podskale określające postawy osób badanych wobec samobójstwa. Nazwano je kolejno: podskalą unikania cierpienia (I), podskalą zinternalizowanej agresji (II) oraz podskalą poczucia beznadziejności (III) [1]. Z uwagi na odnoszenie się skali WSS do postaw wobec samobójstwa, a nie bezpośredniego do stanu klinicznego pacjenta czy

środowiskowych czynników ryzyka, podjęto próbę określenia trafności metody w szacowaniu zagrożenia samobójczego. Ustalenie związków podskal z zewnętrznymi metodami oraz wskaźnikami czynników ryzyka i obiektywnymi czynnikami demograficznymi służy rozwiązaniu dwóch rodzajów kontrowersji natury psychometrycznej. Pierwsza dotyczy tego, do jakiego stopnia zmienna latentna w postaci ryzyka samobójczego, może być mierzona za pomocą wskaźnika odnoszącego się do ukrytych postaw wobec samobójstwa [2, 3].

Druga kontrowersja dotyczy odwiecznego, wywodzącego się od Cattella problemu, czy skala uzyskana w wyniku analizy czynnikowej mierzy ukryte obiektywne czynniki, czy jest jedynie efektem statystycznego uporządkowania danych [4, 5].

Celem pracy jest określenie trafności kryterialnej i teoretycznej skali WSS.

Adres do korespondencji:

Tytus J. Koweszko
Klinika Psychiatryczna
WNOZ WUM
e-mail: koweszko@gmail.com

Material i metody

Grupy badane

Badanie objęło 157 pacjentów hospitalizowanych psychiatrycznie w Klinice Psychiatrycznej WNoZ WUM. W badanej grupie 46% stanowiły kobiety ($n = 72$), a 54% mężczyźni ($n = 85$). Średnia wieku wyniosła $M = 36,3$ roku. Dane społeczno-demograficzne badanej próby zostały przedstawione w tabeli 1.

Osoby badane zostały podzielone na trzy grupy w zależności od okoliczności przyjęcia do szpitala. Do pierwszej grupy, stanowiącej 34% wszystkich badanych, zaliczono pacjentów, którzy zostali przyjęci bezpośrednio po podjętej próbie samobójczej ($n = 54$). W drugiej znalazło się 32% badanych, którzy przy przyjęciu zgłaszali myśli lub przejawiali tendencje samobójcze ($n = 50$). Trzecia grupa objęła 34% wszystkich pacjentów i były to osoby, które nie wykazywały skłonności samobójczych na izbie przyjęć, ani bezpośrednio przed hospitalizacją ($n = 53$).

Metody diagnostyczne

Skala Oceny Skłonności Samobójczych Opracowana na Uniwersytecie Columbia (C-SSRS) jest jednym z najpopu-

larniejszych narzędzi diagnostycznych do oceny zagrożenia samobójstwem. W niniejszym badaniu posłużono się wersją skali przeznaczoną do oceny ryzyka (C-SSRS [Columbia-Suicide Severity Rating Scale], Suicide Risk Assessment Version [Excerpt]), która uwzględnia ocenę: zachowań samobójczych w okresie całego życia i ostatnich trzech miesięcy, intensywność myśli samobójczych w ostatnim miesiącu, historię leczenia, czynniki spustowe, kliniczne i ochronne [6, 7].

The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR) jest narzędziem przeznaczonym do oceny ryzyka samobójczego w warunkach klinicznych. Ideą twórców było zapewnienie wsparcia mniej doświadczonym członkom personelu medycznego, którzy z powodu niedysponowania doświadczeniem lub możliwością konsultacji są nadmiernie obciążeni odpowiedzialnością różnicowania. Metoda ma postać listy składającej się z 15 pozycji obejmujących psychospołeczne stresory silnie związane z samobójstwem. Poszczególne zmienne są różnie punktowane, a wynik końcowy pozwala na określenie poziomu ryzyka, który z kolei determinuje odmienne działania różniące się stopniem zaangażowania personelu w opiekę nad pacjentem [8, 9].

Tabela 1. Dane demograficzne w grupie osób badanych

Psychiatric diagnosis acc. to ICD-10	N	%
F10-F19 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem substancji psychoaktywnych	38	24
F20-F29 Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe	50	32
F30-F39 Zaburzenia nastroju(afektywne)	24	15
F40-F49 Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną	21	14
F60-F69 Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych	24	15
Education		
Podstawowe	26	16.5
Zawodowe	25	16
Średnie	80	51
Wyższe	26	16.5
Marital status		
Stan wolny	83	53
Małżeństwo	53	34
Wdowstwo	2	1
Rozwód	19	12

Kwestionariusz SOC-29 służy do pomiaru siły poczucia koherencji. Składa się z 29 pozycji sformułowanych w formie pytań. Koncepcja poczucia koherencji (SOC) została stworzona przez Aarona Antonovskyego w 1979 roku i wyjaśnia, dlaczego stres może wywoływać u części osób chorobę, podczas gdy inni pozostają zdrowi. Poczucie koherencji definiuje się jako „Zakres, w którym jednostka ma przewlekłe, trwałe, lecz dynamiczne poczucie, że jej środowisko jest przewidywalne, jest sensowne i jednostka ma na nie wpływ”. Według badań wysokie poczucie koherencji wpływa na lepsze radzenie sobie z bólem w chorobie, ma działanie protekcyjne względem depresji, podnosi jakość życia i redukuje poczucie zmęczenia, samotności i lęku. Kwestionariusz składa się z wyniku ogólnego i trzech podskal: poczucie zrozumiałości, poczucie zaradności, poczucie sensowności. Osoba badana udziela odpowiedzi na 7-punktowej skali Likerta [10–14]. Kwestionariusz demograficzno-opisowy uwzględniał wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, źródło utrzymania, liczbę hospitalizacji, liczbę prób samobójczych, występowanie chorób somatycznych.

Procedura badania

Badanie zostało przeprowadzone indywidualnie przez przeszkolonych psychologów pracujących w Klinice. Szkolenie z użycia skali C-SSRS obejmowało ukończenie interaktywnego kursu online zakończonego uzyskaniem certyfikatu znajomości narzędzia. Wszystkie badania zostały przeprowadzone w gabinecie psychologicznym na terenie Kliniki. Uczestnicy zgodzili się na udział. Badacze uzyskali ponadto zgodę na przeprowadzenie badania od Komisji Bioetycznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, która nie wyraziła zastrzeżeń co do metody ani procedury badania.

Diagnozy nozologiczne były stawiane w oparciu o Klasyfikację Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania (ICD-10, *Statistical Classification of Diseases and Related Problems*) przez zespół Kliniki na podstawie danych z wywiadu, obserwacji psychiatrycznej, dokumentacji medycznej oraz psychologicznych badań testowych.

Analizy statystyczne

Do analizy uzyskanych danych zastosowano pakiet StatSoft STATISTICA 13 na licencji Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

Wyniki

Analiza czynnikowa

W celu zweryfikowania czynników skali przeprowadzono analizę czynnikową metodą Verimax. Uzyskano trzy czynniki odpowiadające wcześniejszym podskalom: podskala unikania cierpienia (I), podskala zinternalizowanej agresji (II) oraz podskala poczucia beznadziejności (III). Poniższa tabela przedstawia kolejne pozycje skali wraz z poziomem rzetelności ustalonym na podstawie współczynnika Alfa Cronbacha dla poszczególnych podskal. Wszystkie trzy podskale uzyskały zadowalające poziomy rzetelności (tab. 2).

Pozycje skali frustracja, kapitulacja i kryzys nie łądowały żadnego czynnika, dlatego zostały usunięte.

Korelacje wyników WSS z wynikami skali C-SSRS, NGASR i SOC-29

Analiza korelacji obejmowała wyniki podskal WSS, skali oceny ryzyka C-SSRS, skali NGASR oraz kwestionariusza SOC-29 i kwestionariusza demograficzno-opisowego. W związku z brakiem rozkładu normalnego wyników

Tabela 2. Analiza zgodności wewnętrznej poszczególnych podskal

Podskala 1 (11 pozycji):	Podskala 2 (11 pozycji):	Podskala 3 (5 pozycji):
Odciążenie	Demonstracja	Bezradność,
Rozwiązanie	Gniew	Bezsilność
Spokój	Grzech	Poddanie
Ucieczka	Kara	Rezygnacja
Ukojenie	Manifestacja	Słabość
Ulga	Manipulacja	Alfa = 0,7237
Uśmierzenie	Nauczka	
Uwolnienie	Nienawiść	
Wolność	Tragedia	
Wybawienie	Wina	
Wyzwolenie	Złość	
Alfa = 0,8816	Alfa = 0,7729	

Tabela 3. Najsilniejsze związki poszczególnych podskal WSS ze podskalami kwestionariusza SOC-29, ustalone na podstawie analizy korelacji rho Spearmana ($p < 0,05$)

	SOC-29 Poczucie zrozumiałości	SOC-29 Poczucie zaradności	SOC-29 Poczucie sensowności	SOC-29 Łączny wynik
Bez podziału na grupy (n = 157)				
WSS Podskala 1	-0,26	-0,34	-0,40	-0,39
WSS Podskala 2	-	-	-	-
WSS Podskala 3	-0,27	-0,22	-	-0,27
WSS Wynik ogólny	-0,36	-0,35	-0,32	-0,40
Pacjenci hospitalizowani po próbie samobójczej (n = 54)				
WSS Podskala 1	-0,34	-0,31	-0,51	-0,41
WSS Podskala 2	-	-	-	-
WSS Podskala 3	-0,36	-0,30	-	-0,36
WSS Wynik ogólny	-0,46	-0,31	-0,38	-0,44
Pacjenci przyjęci do szpitala z myślami/tendencjami samobójczymi (n = 50)				
WSS Podskala 1	-	-	-	-
WSS Podskala 2	-	-	-	-
WSS Podskala 3	-	-	-	-
WSS Wynik ogólny	-	-	-	-
Pacjenci bez zachowań samobójczych przed hospitalizacją (n = 53)				
WSS Podskala 1	-	-0,44	-	-0,39
WSS Podskala 2	-	-	-	-
WSS Podskala 3	-0,30	-	-	-0,30
WSS Wynik ogólny	-0,28	-0,42	-	-0,40

w zmiennych ilościowych oraz zastosowaniem zmiennych C-SSRS na skalach porządkowych, zastosowano współczynnik korelacji rho Spearmana. Analiz dokonano na całej grupie badanej, a także z podziałem na grupy wyznaczone ze względu na powód przyjęcia do szpitala oraz rozpoznanie psychiatryczne. W analizach posłużono się surowymi wynikami skali WSS (tab. 3).

W grupie pacjentów hospitalizowanych po próbie samobójczej ujawnił się związek sumy czynników ochronnych, stwierdzonych na podstawie skali C-SSRS, a podskala 1 WSS (Spearman's rho = -0,29, $p < 0,05$), a także czynników ryzyka skali C-SSRS z wynikami podskali 1 WSS (Spearman's rho = 0,36, $p < 0,05$) oraz wyniku ogólnego WSS (Spearman's rho = 0,30, $p < 0,05$). Podskala 2 dodatkowo korelowała z ilością, stwierdzonych na podstawie C-SSRS, udaremnionych prób samobójczych w ciągu ostatnich trzech miesięcy (Spearman's rho = 0,27, $p < 0,05$) oraz całego życia (Spearman's rho = 0,29, $p < 0,05$).

W grupie pacjentów przyjętych do szpitala z myślami/tendencjami samobójczymi stwierdzono związek podskali 1 WSS z intensywnością zachowań samobójczych

na skali C-SSRS (Spearman's rho = 0,31, $p < 0,05$). Wynik ogólny WSS dodatkowo korelował z łączną ilością czynników ochronnych w skali C-SSRS.

Wśród pacjentów, którzy byli hospitalizowani bez związku z zachowaniami samobójczymi ujawniła się korelacja podskali 2 WSS z liczbą hospitalizacji (Spearman's rho = 0,36, $p < 0,05$).

W celu ustalenia związków wyników skali WSS z uwzględnieniem dodatkowych kryteriów badacze dokonali podziału na grupy ze względu na rozpoznanie psychiatryczne.

Ze wszystkich grup najsilniejszy związek wyników skali ujawnił się w grupie pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem ICD-10 F10-F19 (n = 38). Przedstawiono je w tabeli 4.

W grupie pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń ICD-10 F20-F29 (n = 50) stwierdzono związek wyników podskali 2 WSS z liczbą hospitalizacji (Spearman's rho = 0,33, $p < 0,05$) oraz sumą czynników ochronnych C-SSRS (Spearman's rho = -0,30, $p < 0,05$).

Wyniki pacjentów z zaburzeniami nastroju F30-F39 (n = 24) ujawniły związek wyników podskali 3 WSS z ilością,

Tabela 4. Analiza korelacji rho Spearmana ($p < 0,05$) w grupie pacjentów z rozpoznaniem F10-F19 ($n = 38$)

Podskala 1 WSS	suma czynników ryzyka w skali C-SSRS (Spearman's rho = 0,35)
Podskala 3 WSS	C-SSRS: suma czynników ryzyka (Spearman's rho = 0,44), C-SSRS: liczba rzeczywistych prób samobójczych w ciągu życia (Spearman's rho = 0,44), liczba hospitalizacji psychiatrycznych (Spearman's rho = 0,36), wynik ogólny NGASR (Spearman's rho = 0,40)
Wynik ogólny WSS	C-SSRS: suma czynników ryzyka (Spearman's rho = 0,42), liczba rzeczywistych prób samobójczych w ciągu życia (Spearman's rho = 0,47), wynik ogólny NGASR (Spearman's rho = 0,33)

stwierdzonych na podstawie C-SSRS, udaremnionych prób samobójczych w okresie ostatnich trzech miesięcy (Spearman's rho = $-0,42$, $p < 0,05$) oraz całego życia (Spearman's rho = $0,49$, $p < 0,05$), a także wyniku ogólnego WSS z ilością stwierdzonych na podstawie C-SSRS udaremnionych prób samobójczych w ciągu życia (Spearman's rho = $0,42$, $p < 0,05$).

W grupie pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń nerwicowych F40-F49 ($n = 21$) nie stwierdzono istotnych związków między wynikami WSS, a pozostałymi danymi. U pacjentów hospitalizowanych z rozpoznaniem zaburzeń osobowości F60-F69 ($N=24$) podskala 1 dodatkowo korelowała z ilością udaremnionych prób samobójczych w okresie ostatnich trzech miesięcy (Spearman's rho = $0,45$, $p < 0,05$) oraz całego życia (Spearman's rho = $0,44$, $p < 0,05$). Podskala 2 WSS ujemnie korelowała z wiekiem (Spearman's rho = $-0,48$), podobnie jak wynik ogólny WSS (Spearman's rho = $-0,41$, $p < 0,05$), który dodatkowo miał związek z ilością, stwierdzonych na podstawie C-SSRS, udaremnionych prób samobójczych w ciągu ostatnich trzech miesięcy (Spearman's rho = $0,48$, $p < 0,05$).

Różnice międzygrupowe w zależności od powodu przyjęcia do szpitala

Analiza danych ujawniła występowanie istotnych różnic pomiędzy wynikami w poszczególnych podskalach WSS w zależności od obecności czynników ryzyka wyodrębnionych w skali C-SSRS. W tym celu posłużono się analizami przy zastosowaniu testu U Manna-Whitneya. Istotnie wyższe wyniki w podskali 1 WSS (unikania cierpienia) uzyskali pacjenci, u których występowały czynniki ryzyka takie jak rozpacz ($p < 0,05$), poczucie bycia ciężarem dla rodziny lub innych osób ($p < 0,05$) oraz odmowa lub niezgoda na plan przeciwdziałania samobójstwu ($p < 0,05$). Różnice pojawiły się również w przypadku obecności czynnika ochronnego w postaci posiadania powodów do życia, gdzie wyniki podskali 1 okazały się istotnie niższe ($p < 0,05$).

Różnice międzygrupowe w odniesieniu do wyników podskali 2 WSS (zinternalizowanej agresji) dotyczyły obecności czynników ryzyka: epizod ciężkiej depresji ($p < 0,05$), nadużywanie substancji psychoaktywnych lub

uzależnienie ($p < 0,05$), zachowania agresywne wobec innych osób ($p < 0,05$) oraz historia samobójstwa w rodzinie ($p < 0,05$). Wyniki podskali były wyższe ($p < 0,05$) w grupie, w której stwierdzone zostały powyższe czynniki ryzyka. Występowanie czynnika ochronnego w postaci poczucia odpowiedzialności wobec rodziny lub innych osób wiązało się z niższym wynikiem w podskali 2 ($p < 0,05$). W podskali 3 WSS (poczucia beznadziejności) badani uzyskali istotnie wyższe wyniki w grupie, w której występował czynnik ryzyka w postaci nadużycia seksualnego w przeszłości ($p < 0,05$), a także w grupie badanych, u których występowały zachowania samobójcze w okresie ostatnich trzech miesięcy ($p < 0,05$).

Wynik ogólny skali okazał się wyższy w grupie, w której pacjenci podejmowali zachowania agresywne w ostatnim czasie ($p < 0,05$), a niższy u tych którzy deklarowali posiadanie powodów do życia.

Normy stenowe

W celu umożliwienia praktycznego zastosowania narzędzia WSS w praktyce klinicznej badacze określili normy stenowe dla każdej z podskal oraz dla wyniku ogólnego. Skala stenowa jest popularną skalą testu psychologicznego, znormalizowaną tak, aby średnia w populacji wynosiła 5,5 (między 5 a 6 stenem), a odchylenie standardowe było równe 2. Przeznaczeniem testu jest różnicowanie w obrębie „normy”. W skali jest 10 jednostek od 1 do 10. Do transformacji danych surowych do skali stenowej posłużono się następującym wzorem: $S = 5,5 + 2 \times Z$, gdzie Z to wynik tak zwanej standaryzacji Z. Za wynik wysoki należy uznać 7–10 sten [15]. Normy zostały przedstawione w tabeli 5 i pozwalają na ocenę wyniku w przedziale od niskiego do wysokiego.

Omówienie wyników i wnioski

Wynik niniejszego badania wskazuje, że niejawną postawą wobec samobójstwa nie jest dobrym wskaźnikiem zmiennej latentnej ryzyka samobójczego. Niemniej jednak uzyskane dane niosą ze sobą cenne implikacje dla praktyki klinicznej, które mogą pomóc w ocenie percepcji samobójstwa przez pacjenta, a także w identyfikacji czynników ryzyka odnoszących się do fazy wolicjonalnej procesu samobójstwa.

Tabela 5. Normy stenowe dla Werbalnej Skali Samobójstwa

	Wyniki surowe (liczba zaznaczonych pozycji)				
	Normy stenowe	Podskala 1	Podskala 2	Podskala 3	Wynik ogólny
Wyniki niskie	1	–	–	0	–
	2	–	–	–	0–1
	3	–	0	1	2–4
	4	0–1	1	2	5–7
Wyniki przeciętne	5	2–3	2	3	8–10
	6	4	3	4	11–13
	7	5–6	4–5	–	14–16
Wyniki wysokie	8	7–8	6	5	17–19
	9	9	7	–	20–23
	10	10–11	8–11	–	23–27

Podskala 1 WSS (unikania cierpienia), podskala 3 WSS (poczucia beznadziejności) oraz wynik ogólny WSS wiążą się z obniżeniem ogólnego poziomu koherencji, sugerującego spadek poczucia własnej wartości, nastroju i sprawności. Potwierdzają to różnice międzygrupowe odnoszące się do czynników ryzyka, gdzie podskala 1 wiąże się z tendencjami unikowymi, a podskala 3 z większym poczuciem bezradności i poczuciem cierpienia. Jedynie podskala 2 WSS (zinternalizowanej agresji) nie wykazuje związków z poczuciem koherencji, ale w analizie porównawczej dotyczącej czynników ryzyka, takich jak nadużywanie/uzależnienie od substancji psychoaktywnych oraz zachowania agresywne, to właśnie podwyższony wynik tej podskali wiązał się z ich obecnością. W kontekście trafności WSS to grupa osób nadużywających substancji psychoaktywnych zwraca szczególną uwagę, ujawniając trafność metody WSS w diagnozowaniu czynników ryzyka wyszczególnionych w skalach C-SSRS i NGASR. Wyjaśnienia tej prawidłowości można poszukiwać w teorii motywacyjno-wolicjonalnej O'Connor. Zgodnie z nią samobójstwo jest procesem etapowym, w trakcie którego różne czynniki działają w różnych jego fazach. I faza — przedmotywacyjna — obejmuje podatność osobową, czynniki środowiskowe i negatywne zdarzenia życiowe. Mieszczą się w niej wszystkie wyznaczniki przyczynowe, uruchamiające proces. W II fazie — motywacyjnej — dochodzi do powstawania myśli i tendencji samobójczych. Etap rozpoczyna się zazwyczaj od poczucia porażki i poniżenia. Przy braku dostatecznych umiejętności rozwiązywania problemów pojawiają się ruminacje sprzyjające z kolei wytworzeniu się poczucia osaczenia. Przy dodatkowej obecności czynników interpersonalnych takich jak brak wsparcia społecznego, brak poczucia przynależności czy

negatywne normy i postawy, u jednostki mogą pojawić się myśli i tendencje samobójcze. Faza III — wolicjonalna — występuje tylko wtedy, gdy zadziałają czynniki moderujące wolę: osobnicza zdolność do podjęcia próby samobójczej, impulsywność, częściowe wdrożenie planu, dostępność sposobu. Jeśli czynniki te występują dochodzi do zachowań samobójczych [16, 17].

Pacjenci uzależnieni od alkoholu stanowią grupę szczególnie narażoną na zachowania samobójcze [18]. Można przyjąć, że alkohol, poprzez osłabienie mechanizmów kontroli, sprzyja podejmowaniu zachowań wyładowczych, występowaniu stanów depresyjnych, a w rezultacie znacząco zwiększa ryzyko zaistnienia ostatniej, wolicjonalnej, fazy procesu samobójstwa [19]. Zastosowanie skali WSS w identyfikowaniu zagrożenia samobójczego na podstawie postaw u pacjentów nadużywających/uzależnionych wymaga dalszych badań.

W odniesieniu do uzyskanych danych można sporządzić przybliżone charakterystyki osób zaznaczających określone skojarzenia w skali WSS. Osoby zaznaczające więcej itemów w podskali Unikanie cierpienia mają poczucie słabego radzenia sobie z wymaganiami środowiska i częściej stosują strategię unikania. W ich przeżywaniu dominuje rozpacz i częściej odmawiają one próbom pomocy. Osoby zaznaczające więcej itemów w podskali Zinternalizowanej agresji częściej mają problem z agresją, nadużywają substancji psychoaktywnych lub są uzależnione. W grupie tej występuje częściej historia samobójstw w rodzinie i epizody ciężkiej depresji. Dla osób z tej grupy rzadziej czynnikiem ochronnym bywa poczucie odpowiedzialności za inne osoby. Osoby zaznaczające więcej pozycji ładujących podskale Poczucia beznadziejności mają, podobnie jak osoby udzielające więcej odpowiedzi w podskali Unikania cierpienia, poczucie, że

nie radzą sobie z zadaniami, jednak w ich przeżywaniu częściej dominują cierpienie i beznadziejność. W grupie tej częściej niż w innych występuje historia nadużyć seksualnych i prób samobójczych w ostatnim czasie. Powyższe charakterystyki należy traktować z odpowiednią ostrożnością, stosowaną do fazy rozwoju metody. Jej zastosowanie sprzyja tworzeniu typologii przeżywania i może być pomocne w badaniu przeżywania pacjenta w procesie terapeutycznym. Z uwagi na prostotę narzędzia i możliwość powtarzalnego pomiaru, metoda może być stosowana w praktyce klinicznej zarówno przez psychologów, lekarzy, jak i pielęgniarki psychiatryczne.

Ograniczenia

Wyjaśnianie procesów intrapsychicznych na podstawie obserwowalnych zachowań jest przedmiotem wieloletniej dyskusji pomiędzy behawiorystami a zwolennikami psychologii głębi [20]. Tym samym badania stanowiące połączenie powyższych nurtów powinny napotkać pewne trudności, co nie znaczy, że nie należy wykazywać konsekwencji w podejmowaniu prób, zwłaszcza w kontekście ryzyka samobójczego.

Tłumaczenie, należy cytować wersję oryginalną: Koweszko T.J., Gierus J., Kosiński M., Mosiołek A., Szulc A. *Diagnostic accuracy of the Verbal Suicide Scale (VSS) in the group of psychiatrically hospitalised patients. Psychiatry 2017; 14(4): 242–248*

Piśmiennictwo

1. Koweszko T, Gierus J, Mosiołek A, et al. The Development and the Structure of the Verbal Suicide Scale (VSS) — Measuring Attitudes Toward Suicide in the Group of Patients Hospitalized in the Psychiatric Unit. *Arch Psychiatr Nurs.* 2016; 30(4): 476–479, doi: [10.1016/j.apnu.2016.06.004](https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.06.004), indexed in Pubmed: 27455921.
2. Diekstra R, Kerkhof A. Attitudes Toward Suicide: Development of a Suicide Attitude Questionnaire (SUIATT). *Current Issues of Suicidology.* 1988: 462–476, doi: [10.1007/978-3-642-73358-1_63](https://doi.org/10.1007/978-3-642-73358-1_63).
3. Jenner JA, Niesing J. The construction of the SEDAS: a new suicide-attitude questionnaire. *Acta Psychiatr Scand.* 2000; 102(2): 139–146, indexed in Pubmed: 10937787.
4. Cattell RB. *Factor analysis.* Harper, New York 1952.
5. Atkinson L. The measurement-statistics controversy: Factor analysis and subinterval data. *Bulletin of the Psychonomic Society.* 2013; 26(4): 361–364, doi: [10.3758/bf03337683](https://doi.org/10.3758/bf03337683).
6. Posner K, Brent D, Lucas C et al. Separating the Wheat from the Chaff: Identification & Triage Using the Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). Administration Training. Center for Suicide Risk Assessment Columbia University 2013. <http://www.ccsme.org/userfiles/files/2Posner%20Separating%20the%20Wheat%20from%20the%20Chaff.pdf>.
7. Posner K. Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS). New York. The Research Foundation for Mental Hygiene, Inc. 2008.
8. Barker P, Buchanan-Barker P. *The Tidal Model: A Guide for Mental Health Professionals.* Routledge, New York 2005.
9. Cutcliffe JR, Barker P. The Nurses' Global Assessment of Suicide Risk (NGASR): developing a tool for clinical practice. *J Psychiatr Ment Health Nurs.* 2004; 11(4): 393–400, doi: [10.1111/j.1365-2850.2003.00721.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2003.00721.x), indexed in Pubmed: 15255912.
10. Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. 2005.
11. Büchi S, Sensky T, Allard S, et al. Sense of coherence—a protective factor for depression in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 1998; 25(5): 869–875, indexed in Pubmed: 9598882.
12. Due EP, Holstein BE. „Sense of coherence”, social class and health in a Danish population study. *Ugeskr Laeger.* 1998; 160(51): 7424–7429, indexed in Pubmed: 9889656.
13. Eriksson M, Lindström B, Eriksson M, et al. Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *J Epidemiol Community Health.* 2005; 59(6): 460–466, doi: [10.1136/jech.2003.018085](https://doi.org/10.1136/jech.2003.018085), indexed in Pubmed: 15911640.
14. Eriksson M, Lindström B, Eriksson M, et al. Antonovsky's sense of coherence scale and the relation with health: a systematic review. *J Epidemiol Community Health.* 2006; 60(5): 376–381, doi: [10.1136/jech.2005.041616](https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616), indexed in Pubmed: 16614325.
15. Hornowska E. *Testy psychologiczne: teoria i praktyka.* Scholar, Warszawa 2007.
16. Gierus J. *Psychologia samobójstw.* In: Szulc A, Koweszko T, Gałecki P. ed. *Samobójstwo.* Wydawnictwo Medyk, Warszawa 2016.
17. O'Connor RC, Platt S, Gordon J. Towards an integrated motivational – volitional model of suicide behaviour. In: O'Connor RC, Platt S, Gordon J. ed. *International handbook of suicide prevention: research, policy and practice.* John Wiley & Sons, Chichester 2011.
18. Pelissier F, de Haro L, Cardona F, et al. Self-poisoning with baclofen in alcohol-dependent patients: national reports to French Poison Control Centers, 2008–2013. *Clin Toxicol (Phila).* 2017; 55(4): 275–284, doi: [10.1080/15563650.2017.1284330](https://doi.org/10.1080/15563650.2017.1284330), indexed in Pubmed: 28152635.
19. Biong S, Ravndal E. Young men's experiences of living with substance abuse and suicidal behaviour: Between death as an escape from pain and the hope of a life. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being.* 2009; 2(4): 246–259, doi: [10.1080/17482620701547008](https://doi.org/10.1080/17482620701547008).
20. Prochaska JO, Norcross J. *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis (8th edition).* Cengage Learning, Stamford CT. Brooks Cole, Belmont 2014.