

## Polska adaptacja *Skali Powodów do Życia (RFL-48)* M.M. Linehan i współpracowników

### Adaptation and validation of Polish Version of Reasons for Living Inventory (RFL-48) by M.M. Linehan et al.

Joanna Siewierska, Jan Chodkiewicz

Uniwersytet Łódzki, Instytut Psychologii, Zakład Psychologii Klinicznej i Psychopatologii

#### Summary

**Aim.** The aim of the study was to develop the Polish version of the Reasons for Living Inventory (RFL-48) of Linehan et al. The questionnaire is a self-descriptive tool designed to measure six factors protecting against committing suicide: “Survival and Coping Beliefs”, “Responsibility to Family”, “Fear of Suicide”, “Moral Objections”, “Fear of Social Disapproval”, “Child-Related Concerns”. The original version of the method was characterized by good psychometric properties.

**Methods.** A sample of 431 adults (236 women and 195 men), aged 18–65 years (mean age was 33 years,  $SD = 11.33$ ), was recruited as a non-clinical group from various regions of Poland. The Beck’s Depression Inventory, Suicide Behaviors Questionnaire-Revised and Positivity Scale were also used to evaluate the construct validity of the RFL-48.

**Results.** Exploratory and confirmatory factor analysis supported an assumed six-dimensional structure of the questionnaire. Cronbach’s alpha ranged from 0.70 (“Fear of Suicide”) to 0.95 (“Survival and Coping Beliefs”) and amounted to 0.92 for the total score.

**Conclusions.** The findings indicate that the Polish adaptation of the RFL questionnaire by Linehan et al. has good psychometric characteristics and can be used in both research and clinical practice.

**Słowa kluczowe:** samobójstwo, *Skala Powodów do Życia*, polska adaptacja

**Key words:** suicide, Reasons for Living Inventory, Polish adaptation

#### Wstęp

Zachowania szkodliwe, a zwłaszcza zamachy samobójcze, są niezwykle istotnym problemem zdrowotnym i społecznym na całym świecie, toteż zapobieganie im stanowi poważne wyzwanie dla osób zajmujących się zdrowiem psychicznym. W związku z tym

kluczowe jest określenie zarówno czynników ryzyka, jak i czynników potencjalnie chroniących przed popełnieniem samobójstwa. W literaturze przedmiotu wśród najważniejszych czynników zwiększających ryzyko podjęcia próby samobójczej wymienia się: płeć męską, wiek powyżej 65 lat, rasę białą, niski status socjoekonomiczny, migrację [1], problemy rodzinne, przemoc domową, poczucie osamotnienia lub odrzucenia [2], uzależnienie od alkoholu [3], uzależnienie od narkotyków, choroby psychiczne, takie jak depresja, schizofrenia, zaburzenia osobowości [4] oraz przewlekłe choroby somatyczne, a także zawód miłośny i śmierć bliskiej osoby [5].

Ze względu na rosnącą liczbę samobójstw wśród dzieci i młodzieży zainteresowanie badaczy przyciągają sytuacje sprzyjające pojawianiu się myśli i czynów samobójczych w tej grupie wiekowej. W tym wypadku uwagę zwracają czynniki związane ze środowiskiem szkolnym, np. problemy w relacji z nauczycielem, a w szczególności odrzucenie przez rówieśników, oraz czynniki związane z rodziną, m.in. konflikty między rodzicami lub z rodzicami, śmierć jednego z rodziców lub obojga [6], a także nieadekwatne i nadmiarowe wymagania rodziców wobec dzieci, brak autorytetu rodziców [7], wychowywanie się w niepełnej rodzinie, występowanie patologii rodzinnej, tj. alkoholizmu i przemocy [6].

Kolejną grupą wiekową przykuwającą uwagę badaczy w kontekście ryzyka samobójstwa są osoby w średnim wieku, dla których pełnienie wielu funkcji, m.in. opieki nad starszym pokoleniem, może stanowić czynnik suicydogenny jako źródło nadmiernego obciążenia i konieczności rezygnacji z zaspokajania własnych potrzeb. Z kolei motywacja zachowań samobójczych u osób w podeszłym wieku ma z reguły bardziej złożony charakter niż najczęściej wymieniana choroba somatyczna, ale jako istotną profilaktykę wskazuje się prowadzenie aktywnego życia [8].

Identyfikacja potencjalnych czynników chroniących przed samobójstwem zdaje się mieć kluczowe znaczenie w przeciwdziałaniu zachowaniom suicydalnym. Badania naukowe koncentrują się głównie wokół prewencyjnej roli rodziny [9] i wsparcia społecznego [10]. Pomoc bliskich, znajomych i innych ludzi stanowi bowiem istotny moderator hamowania tendencji samobójczych [11]. Do innych czynników protekcyjnych zalicza się: umiejętność korzystania z pomocy w trudnych sytuacjach, otwarcie na nowe doświadczenia i szukanie rozwiązań, wiarę w siebie i swoje osiągnięcia, kompetencje społeczne [12], umiejętność radzenia sobie ze stresem i adekwatną samoocenę [13], religijność [14, 15], posiadanie hobby i zainteresowań, zaangażowanie w działalność organizacyjną [16] oraz dbałość o higienę psychosomatyczną w miejscu pracy [8].

Wśród czynników powstrzymujących przed popełnieniem samobójstwa, szczególnie w stanach silnego stresu czy depresji, istotna rola przypada osobistym motywom i przekonaniom [17]. Znaczenie adaptacyjnych przekonań dotyczących życia i oczekiwań wobec przyszłości w przetrwaniu skrajnie dotkliwych doświadczeń życiowych zaczęto dostrzegać już w latach 50. XX wieku, analizując czynniki prewencyjne samobójstw wśród osób, które przeżyły pobyt w obozach koncentracyjnych [18]. Rola wzorców poznawczych, przekonań, oczekiwań i motywów jako ważnych mediatorów zachowań samobójczych podkreślana jest w ujęciu poznawczym [19] oraz poznawczo-behawioralnym [20]. Linehan i wsp. [18] jako prekursorzy badań nad czynnikami protekcyjnymi samobójstw, przyjmując perspektywę poznawczo-behawioralną i kon-

centrując się na adaptacyjnej roli przekonań poznawczych, opracowali narzędzie samoopisowe – *Inwentarz Powodów do Życia* (*Reasons for Living Inventory* – RFL-48) [18]. Kwestionariusz początkowo składał się z 72 pozycji stanowiących przesłanki do życia wymieniane przez uczestników wstępnego badania. Na podstawie analizy czynnikowej liczba pozycji testowych została zmniejszona do 48, a ich adekwatność potwierdzono za pomocą wielowymiarowych analiz, dla populacji ogólnej oraz grup klinicznych. Należy zauważyć, że wersja *long-form* jest nadal ogólnodostępna, jednak najczęściej używana jest skrócona wersja składająca się z 48 stwierdzeń [21].

Autorzy wyodrębnili w kwestionariuszu sześć czynników opartych na przekonaniach poznawczych, które mogą być pomocne w przezwyciężaniu życiowych kryzysów:

1. Przekonanie o umiejętności radzenia sobie (*Survival and Coping Beliefs* – SCB), które wiąże się z przeświadczeniem o umiejętności sprostania życiowym wyzwaniom.
2. Poczucie odpowiedzialności wobec rodziny (*Responsibility to Family* – RF), które dotyczy przekonania o swoim oddaniu rodzinie i o jej znaczeniu.
3. Lęk przed samobójstwem (*Fear of Suicide* – FS), który odnosi się do lęku przed śmiercią i aktem samobójczym.
4. Wątpliwości moralne (*Moral Objections* – MO), które wiążą się z dysonansem poznawczym między myślami samobójczymi i pragnieniem samobójstwa a przekonaniem religijnymi i moralnymi.
5. Lęk przed dezaprobatą społeczną (*Fear of Social Disapproval* – FSD), który odzwierciedla obawę przed negatywną oceną i krytyką aktu samobójczego przez otoczenie.
6. Obawy związane z dziećmi (*Child-Related Concerns* – CRC), które odnoszą się do przekonań o wpływie własnej śmierci samobójczej na przyszłość potomstwa.

RFL-48 służy do pomiaru znaczenia tych czynników poprzez ocenę szeregu przekonań i oczekiwań adaptacyjnych dotyczących sytuacji rozważania samobójstwa. Narzędzie w wersji oryginalnej wykazuje wysoką rzetelność wewnętrzną – alfa Cronbacha wynosi od 0,72 do 0,89 [18]. Liczne badania potwierdziły użyteczność metody w analizie czynników chroniących przed popełnieniem samobójstwa w różnych grupach, m.in. wśród studentów [22, 23,], osób starszych [24], dorosłych leczonych psychiatrycznie [25], kierowców uczestniczących w wypadkach drogowych [26], matek o niskich dochodach [27], osób LGBT [28] oraz uzależnionych od narkotyków [29].

Kwestionariusz RFL-48 został przetłumaczony na wiele języków (istnieje np. francusko-kanadyjska wersja [30]) oraz zaadaptowany w wielu krajach, m.in. we Włoszech [31], w Iranie [32], Hiszpanii [33], Kolumbii [34], Malezji [35], Regionie Metropolitalnym Chile [36] oraz Rosji [37].

W Polsce zarówno RFL-48, jak i jego skrócona 12-itemowa wersja *Brief Reasons for Living Inventory* – BRFL [38], *long-form* zawierająca 72 itemy [18], a także wersje adresowane do adolescentów i osób młodych, tj. *Reasons for Living Inventory for Adolescents* – RFL-A [39], *Brief Reasons for Living Inventory for Adolescents* – BRFL-A [40], *The College Student Reasons for Living Inventory* – CS-RFLI [41], *The Reasons*

for Living Inventory for Young Adults – RFL-YA [42], *The Reasons for Living for Older Adults Scale* – RFL-OA [43], nie zostały dotychczas zaadaptowane. W związku z tym podjęto badania dotyczące adaptacji i analizy właściwości psychometrycznych polskiej wersji Skali RFL. Adaptacja narzędzia wydaje się wartościowa nie tylko w perspektywie jego zastosowania do badań naukowych, ale także w diagnostyce klinicznej, przy opracowywaniu programów terapeutycznych i w profilaktyce samobójstw.

### Opracowanie polskiej wersji *Reasons for Living Scale* (RFL)

Walidowanym narzędziem był *Inwentarz Powodów do Życia* (RFL-48), który bada nasilenie każdego z 6 czynników chroniących przed popełnieniem samobójstwa. Kwestionariusz składa się z 48 itemów, z nierówną liczbą pozycji wchodzących w skład poszczególnych czynników. I tak czynnik „przekonanie o umiejętności radzenia sobie” (SCB) zawiera 24 pozycje, „odpowiedzialność wobec rodziny” (RF) i „lęk przed samobójstwem” (FS) zawierają po 7 itemów, „wątpliwości moralne” (MO) obejmują 4 pozycje testowe, a „lęk przed dezaprobatą społeczną” (FSD) i „obawy związane z dziećmi” (CRC) zawierają po 3 itemy. Odpowiedzi udziela się na sześciostopniowej skali Likerta, od 1 – „w ogóle nieważne”, do 6 – „bardzo ważne”. Obliczane są średnie wartości dla każdej skali oraz wynik sumaryczny – „ogólne powody do życia”. Wyższy wynik oznacza silniejsze znaczenie powodów do życia [18].

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetyki Badań Naukowych Uniwersytetu Łódzkiego (Uchwała NR 5/KBBN-UŁ/II/2019).

### Material i metoda

W badaniu wzięło udział 450 osób z grupy nieklinicznej pochodzących w różnych regionów Polski: 174 osoby wypełniły ankietę w formie elektronicznej, a 276 osób uzupełniło kwestionariusze metodą papier-olówek, przy czym 19 ankiet wypełnionych tradycyjną metodą zostało zdyskwalifikowanych ze względu na poważne luki lub błędy formalne. Ostatecznie do analiz zakwalifikowano 431 osób (236 kobiet i 195 mężczyzn) w wieku między 18 a 65 lat ( $M = 33,0$ ;  $SD = 11,33$ ). Między uczestnikami wypełniającymi ankietę elektronicznie i metodą papier-olówek nie stwierdzono statycznie istotnych różnic w zakresie sumarycznego wyniku powodów do życia ( $p = 0,101$ ). Szczegółowe dane socjodemograficzne badanej grupy zestawiono w tabeli 1. Wśród badanych 4% osób nie udzieliło odpowiedzi na temat posiadania potomstwa. Ponadto 14% uczestników odpowiedziało pozytywnie na pytanie: „Czy kiedykolwiek miała Pani/miał Pan zdiagnozowaną depresję przez lekarza psychiatrę?” (tab. 1). W tabeli umieszczono także wyniki odpowiedzi udzielonej na pierwsze pytanie z kwestionariusza SBQ-R, które brzmiało: „Czy kiedykolwiek myślałeś o odebraniu sobie życia lub podjąłeś się takiego zamiaru? (zaznacz tylko jedną odpowiedź)”, z możliwością odpowiedzi: „nigdy” (w tabeli 1 jako „Nie”), „to była krótka, przejściowa myśl” (w tabeli 1 jako „Myśli”), „miałem plan odebrania sobie życia, ale nie próbowałem wcielić go w życie” oraz „miałem plan odebrania sobie życia i bardzo chciałem umrzeć” (w tabeli 1 jako „Plany”) i „próbowałem odebrać sobie życie, ale nie chciałem naprawdę umrzeć”

oraz „próbowałem odebrać sobie życie i bardzo chciałem umrzeć” (w tabeli 1 jako „Próby”). Na tak postawione pytanie 2% osób badanych nie udzieliło odpowiedzi.

Badania Malone’a i wsp. [17] ujawniają, że znaczenie powodów do życia jest negatywnie skorelowane m.in. z subiektywnym nasileniem objawów depresji i występowaniem myśli samobójczych, a związki te są znacznie silniejsze dla osób po próbie samobójczej niż dla osób z depresją niewykazujących tendencji suicydalnych. Na analogiczną zależność wskazują badania, które przeprowadzili N Vaghia i wsp. [44]. Według tych autorów osoby z depresją niewykazujące tendencji samobójczych w ostatnim roku przypisują znacznie wyższe znaczenie powodom do życia niż osoby chorujące na depresję, w której przebiegu wystąpiły próby samobójcze w ciągu ostatniego roku. Dowiedziono również, że subiektywne nasilenie objawów depresji koreluje negatywnie z pozytywną orientacją życiową [45]. W związku z tym w badaniach walidacyjnych zastosowano także:

- (a) *Inwentarz Depresji Becka* (BDI) w polskiej adaptacji Parnowskiego i Jernajczyka [46]. Metoda służy do określenia subiektywnego nasilenia objawów depresji. Zawiera 21 stwierdzeń, z których każde jest oceniane w przedziale 0–3 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie symptomów depresyjnych.
- (b) *Kwestionariusz Zachowań Samobójczych* (SBQ-R) autorstwa Osmana i wsp. w polskiej adaptacji Chodkiewicza i Gruszczyńskiej [47], zastosowany do analizy tendencji suicydalnych. Metoda składa się z czterech pytań. Odpowiedzi punktowane są w skali 1–3 (pierwsze trzy pytania) oraz 0–6 (pytanie ostatnie). Sumaryczny wynik odpowiedzi wskazuje na nasilenie tendencji suicydalnych.
- (c) *Skala Orientacji Pozytywnej* (Skala P) autorstwa Caprary w polskiej adaptacji Łaguny i wsp. [48], służąca do oceny pozytywnej orientacji, czyli tendencji do zauważania i przywiązywania wagi do pozytywnych aspektów życia. Skala zbudowana jest z 8 twierdzeń. Odpowiedzi udzielane są na pięciostopniowej skali: od 1 – „zdecydowanie się nie zgadzam”, do 5 – „zdecydowanie się zgadzam”, przy czym jedno twierdzenie jest odwrócone (twierdzenie 4). Wynik stanowi suma punktów. Wyższy wynik wskazuje na wyższą pozytywną orientację.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy (N = 431)

		Ogółem		Kobiety		Mężczyźni	
		N	%	N	%	N	%
Liczba osób badanych		431	100	239	55	195	45
Wykształcenie	Podstawowe	21	5	11	3	10	2
	Średnie	145	34	62	15	83	19
	Wyższe	265	61	163	37	102	24
Stan cywilny	Samotny	125	29	66	15	59	14
	W związku	306	71	170	40	136	31

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Aktywność zawodowa	Nie	44	10	28	6	16	4
	Tak	387	90	209	49	178	41
Miejsce zamieszkania	Wieś	128	30	75	18	53	12
	Miasto	303	70	160	37	143	33
Posiadanie dzieci	Nie	208	48	112	26	96	22
	Tak	207	48	113	26	94	22
Diagnoza depresji w ciągu życia	Nie	369	85	193	45	176	40
	Tak	60	14	42	10	18	4
Zachowania samobójcze	Nie	239	55	113	26	126	29
	Myśli	123	28	81	18	42	10
	Plany	54	12	33	7	21	5
	Próby	15	3	9	2	6	1

## Wyniki

Po uzyskaniu zgody na adaptację od autorów skala została przetłumaczona przez dwóch niezależnych tłumaczy z języka angielskiego na polski. Uzgodniona wersja polska została poddana tłumaczeniu zwrotnemu na język angielski, które wykazało zadowalającą zbieżność z oryginałem. Wszyscy uczestnicy badania zostali również poproszeni o udzielenie odpowiedzi na pytania z czterech kwestionariuszy: RFL-48, BDI, SBQ-R i Skali P.

Analizy statystyczne wykonano z użyciem IBM Statistica package for the Social Sciences (SPSS 25.1) oraz IBM SPSS Amos (wersja 25). Aby zweryfikować strukturę wewnętrzną narzędzia, wykorzystano eksploracyjną i konfirmacyjną analizę czynnikową. W tym celu grupę badaną podzielono losowo na dwie podgrupy i na jednej z nich wykonano analizę eksploracyjną ( $N = 216$ ), a na drugiej konfirmacyjną ( $N = 215$ ).

### Eksploracyjna analiza czynnikowa dla polskiej wersji RFL

W celu sprawdzenia, czy analizowana macierz nie jest macierzą jednostkową, zastosowano test sferyczności Bartletta ( $\chi^2 = 6042,461$ ;  $df = 1081$ ;  $p < 0,001$ ) oraz test Kaisera-Meyera-Olkima ( $KMO = 0,89$ ). Obydwa wyniki okazały się zadowalające. W pierwszej kolejności wykonano analizę metodą głównych składowych z uwolnioną liczbą czynników i rotacją ortogonalną (*Varimax*). Za warunek konieczny do uznania przynależności stwierdzenia do danego czynnika uznano ładunki czynnikowe powyżej 0,4. W ten sposób wyodrębniono 6 czynników o analogicznej strukturze jak w oryginale. Wynik dla każdego z czynników i ich ładunki pokazano w tabeli 2. Trzy pozycje testowe są ładowane przez dwa czynniki, jednak wyższą siłą ładunku przyjmują dla czynników analogicznych jak w oryginale kwestionariusza. Wyodrębnione czynniki tłumaczą łącznie ponad 55% wariancji wyników.

Tabela 2. Ładunki czynnikowe dla każdej pozycji RFL testowanego modelu (N = 216)

Item	SCB	RF	FS	MO	FSD	CRC
SCB1	0,61					
SCB2	0,59					
SCB3	0,65					
SCB4	0,45					
SCB5	0,57					
SCB6	0,62					
SCB7	0,66					
SCB8	0,68					
SCB9	0,67					
SCB10	0,73					
SCB11	0,77					
SCB12	0,73					
SCB13	0,79					
SCB14	0,69					
SCB15	0,68					
SCB16	0,75					
SCB17	0,71					
SCB18	0,81					
SCB19	0,72					
SCB20	0,53					
SCB21	0,66					
SCB22	0,78					
SCB23	0,74					
SCB24	0,65					
RF1		0,70				
RF2		0,66				
RF3		0,73				
RF4		0,76				
RF5		0,81				
RF6		0,68				
RF7		0,54			0,45	
FS1			0,68			
FS2			0,58			

*dalszy ciąg tabeli na następnej stronie*

FS3			0,59			
FS4			0,75			
FS5			0,56		0,43	
FS6			0,71			
FS7			0,61			
MO1				0,81		
MO2				0,77		
MO3				0,89		
MO4				0,70		
FSD1					0,58	
FSD2					0,75	
FSD3					0,79	
CRC1						0,75
CRC2						0,75
CRC3		0,42				0,72

Wszystkie korelacje są istotne przy  $p < 0,001$ ; SCB – przekonanie o umiejętności radzenia sobie, RF – odpowiedzialność wobec rodziny, FS – lęk przed samobójstwem, MO – wątpliwości moralne, FSD – lęk przed dezaprobatą społeczną, CRC – obawy związane z dziećmi, RFL – powody do życia (wynik ogólny)

### Konfirmacyjna analiza czynnikowa dla polskiej wersji RFL

W celu weryfikacji założonej struktury czynnikowej narzędzia wykonano również konfirmacyjną analizę czynnikową z użyciem estymatora *Maximum Likelihood* (ML). Uzyskano wskaźniki na poziomie świadczącym o umiarkowanym dopasowaniu modelu do danych:  $\chi^2(803) = 1596,57$ ;  $p < 0,001$ ;  $\chi^2/df = 2,16$ ; TLI rho 2 = 0,833; CFI = 0,851; AIC = 2526,008; RMSEA = 0,072; SRMR = 0,070.

### Spójność wewnętrzna dla polskiej wersji RFL

Współczynniki  $\alpha$  Cronbacha dla całej skali nieznacznie się różniły od uzyskanych w badaniu pierwotnym. Spójność wewnętrzna dla całej skali (48 pozycji) wyniosła  $\alpha = 0,92$ . W oryginalnej wersji skali współczynniki  $\alpha$  Cronbacha były nieco niższe:  $\alpha = 0,89$ . W wersji polskiej współczynniki  $\alpha$  Cronbacha dla poszczególnych czynników były dobre – dla pięciu czynników przekraczały 0,80 i okazały się akceptowalne dla jednego czynnika (FS – 0,70). Uzyskane współczynniki korelacji między poszczególnymi pozycjami kwestionariusza były satysfakcjonujące, co wskazuje na zadowalającą rzetelność polskiej wersji RFL (tab. 3).



Tabela 3. Współczynniki korelacji dla pozycji testowych z ogólną punktacją czynnikową oraz współczynnikami alfa Cronbacha (N = 431)

Item	SCB	RF	FS	MO	FSD	CRC
SCB1	0,609					
SCB2	0,616					
SCB3	0,703					
SCB4	0,408					
SCB5	0,636					
SCB6	0,675					
SCB7	0,698					
SCB8	0,682					
SCB9	0,679					
SCB10	0,706					
SCB11	0,777					
SCB12	0,721					
SCB13	0,766					
SCB14	0,694					
SCB15	0,656					
SCB16	0,756					
SCB17	0,700					
SCB18	0,780					
SCB19	0,694					
SCB20	0,571					
SCB21	0,600					
SCB22	0,753					
SCB23	0,705					
SCB24	0,670					
RF1		0,679				
RF2		0,670				
RF3		0,724				
RF4		0,746				
RF5		0,797				
RF6		0,730				
RF7		0,677				
FS1			0,534			

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

FS2			0,546			
FS3			0,630			
FS4			0,697			
FS5			0,265			
FS6			0,627			
FS7			0,707			
MO1				0,850		
MO2				0,774		
MO3				0,876		
MO4				0,738		
FSD1					0,830	
FSD2					0,885	
FSD3					0,885	
CRC1						0,865
CRC2						0,905
CRC3						0,891
Cronbach's alpha	0,95	0,83	0,70	0,82	0,83	0,86

Wszystkie korelacje są istotne przy  $p < 0,001$ ; SCB – przekonanie o umiejętności radzenia sobie, RF – odpowiedzialność wobec rodziny, FS – lęk przed samobójstwem, MO – wątpliwości moralne, FSD – lęk przed dezaprobatą społeczną, CRC – obawy związane z dziećmi

### Trafność teoretyczna polskiej wersji RFL

Trafność konwergencyjną metody szacowano na podstawie analizy jej związków z wynikami narzędzi mierzących subiektywne nasilenie objawów depresji (BDI) oraz tendencji suicydalnych (SBQ-R). Trafność dyskryminacyjną oznaczono przez porównanie wyników RFL z wynikami w skali Orientacji Pozytywnej (Skala P). Otrzymane wyniki (korelacja  $r$ -Pearsona) zostały przedstawione w tabeli 4.

Tabela 4. Ocena trafności teoretycznej dla RFL (N = 431)

	SCB	RF	FS	MO	FSD	CRC	RFL
BDI	-0,455**	-0,072	0,221**	-0,152**	-0,072	-0,164**	-0,313**
SBQ-R	-0,458**	-0,191**	0,169**	-0,297**	-0,110*	-0,349**	-0,411**
Skala P	0,534**	0,163**	-0,234**	0,197**	0,076	0,271**	0,402**

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; SCB – przekonanie o umiejętności radzenia sobie, RF – odpowiedzialność wobec rodziny, FS – lęk przed samobójstwem, MO – wątpliwości moralne, FSD – lęk przed dezaprobatą społeczną, CRC – obawy związane z dziećmi, RFL – powody do życia (wynik ogólny)

Rezultaty analizy korelacji adaptowanej skali okazały się zgodne z oczekiwaniami. Wyniki badanych osób w obrębie ogólnych powodów do życia oraz trzech podskal były ujemnie skorelowane z subiektywnym nasileniem objawów depresji. Natomiast wyniki osób badanych w obrębie lęku przed samobójstwem były dodatnio skorelowane zarówno z subiektywnym nasileniem objawów depresji ( $r = 0,22$ ;  $p < 0,05$ ), jak i tendencjami suicydalnymi ( $r = 0,16$ ;  $p < 0,05$ ). Wyniki badanych osób w obrębie ogólnych powodów do życia oraz ich czterech podskal były ujemnie skorelowane z tendencjami suicydalnymi. Z kolei wyniki osób badanych w zakresie ogólnych powodów do życia i orientacji pozytywnej okazały się dodatnio skorelowane, z wyjątkiem współzależności z wynikami uzyskanymi przez osoby badane w obrębie lęku przed samobójstwem ( $r = -0,234$ ;  $p < 0,05$ ). Trafność narzędzia dla uczestników bez depresji i z depresją w ciągu ich życia oraz dla uczestników bez zachowań samobójczych oraz takich, którzy próbowali popełnić samobójstwo lub zgłosili plany lub myśli samobójcze, zbadano za pomocą testu *t*-Studenta dla prób niezależnych (tab. 5). Podsumowanie odpowiedzi na pierwsze pytanie SBQR potwierdzające wystąpienie myśli, planów i prób samobójczych zostało szczegółowo przedstawione w tabeli 1.

Tabela 5. Porównanie wyników RFL dla osób bez depresji i z depresją w ciągu życia oraz wykazujących zachowania samobójcze i bez zachowań samobójczych (N = 431)

	Bez diagnozy depresji N = 369		Z diagnozą depresji N = 60		t	d	Bez zachowań samobójczych N = 239		Z zachowaniami samobójczymi N = 192		t	d
	M	SD	M	SD			M	SD	M	SD		
SCB	4,65	0,97	4,07	1,05	4,27***	0,57	4,84	0,82	4,24	1,09	6,55***	0,63
RF	4,54	1,11	4,24	1,34	1,89	0,24	4,61	1,03	4,35	1,29	2,32**	0,22
FS	2,64	1,15	2,94	1,11	-1,85	0,27	2,53	1,14	2,86	1,14	-2,98**	0,29
MO	2,81	1,48	2,17	1,37	3,15*	0,45	3,04	1,48	2,35	1,40	4,92***	0,48
FSD	2,59	1,41	2,67	1,61	-0,360	0,05	2,75	1,46	2,41	1,40	2,43*	0,24
CRC	4,43	1,76	3,90	1,85	2,15**	0,29	4,81	1,51	3,79	1,93	6,13***	0,59
RFL	194	36,9	176	36,7	3,52***	0,49	201	34,1	180	38,1	6,07***	0,58
BDI	7,47	7,79	17,9	13,3	-8,55***	0,99	5,43	6,78	13,3	10,5	-9,39***	0,91
SBQ-R	4,98	2,58	8,07	3,52	-8,13***	1,01	3,54	0,91	7,73	2,90	-21,1***	2,20
Skala P	30,1	5,68	24,6	7,17	6,82***	0,86	31,7	4,80	26,5	6,54	9,51***	0,92

Test *t*-Studenta; \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; d Cohena; SCB – przekonanie o umiejętności radzenia sobie, RF – odpowiedzialność wobec rodziny, FS – lęk przed samobójstwem, MO – wątpliwości moralne, FSD – lęk przed dezaprobatą społeczną, CRC – obawy związane z dziećmi, RFL – powody do życia (wynik ogólny)

Jak pokazano w tabeli 5, osoby, które nigdy w swoim życiu nie miały diagnozy depresji, nadają większe znaczenie powodom do życia w zakresie przekonania o umiejętności radzenia sobie, wątpliwości moralnych i obaw związanych z dziećmi oraz cechują się silniejszą orientacją pozytywną, a także mniejszymi tendencjami

suicydalnymi i subiektywnymi objawami depresyjnymi w porównaniu z osobami, które w swoim życiu chorowały na depresję. Mały efekt oddziaływania czynnika szacowany za pomocą  $d$  Cohena zaobserwowano tylko dla zmiennej „obawy związane z dziećmi”. Względem pozostałych wymiarów uzyskane wartości  $d$  Cohena wskazują na efekt umiarkowany („przekonanie o umiejętności radzenia sobie”, „wątpliwości moralne”, „powody do życia – wynik ogólny”). Z kolei porównanie osób badanych pod względem tendencji suicydalnych wskazuje na uzyskanie wyższych wyników w zakresie przekonania o umiejętności radzenia sobie, odpowiedzialności wobec rodziny, wątpliwości moralnych, lęku przed dezaprobatą społeczną, obaw związanych z dziećmi i orientacji pozytywnej oraz niższych w zakresie lęku przed samobójstwem, subiektywnego nasilenia objawów depresji i tendencji samobójczych przez osoby niewykazujące zachowań suicydalnych. W tym wypadku niską wielkość efektu uzyskano dla trzech czynników („odpowiedzialność wobec rodziny”, „lęk przed samobójstwem” oraz „lęk przed społeczną dezaprobatą”). Natomiast wyniki uzyskane przez badanych w pozostałych wymiarach powodów do życia wskazują na efekt umiarkowany.

Porównanie RFL pod kątem różnic międzypłciowych wskazuje, że kobiety wykazują się istotnie wyższą niż mężczyźni odpowiedzialnością wobec rodziny (Kobiety:  $M=4,66$ ,  $SD=1,06$ ; Mężczyźni:  $M=4,29$ ,  $SD=1,24$ ;  $t=3,358$ ,  $p<0,01$ ), przejawiają wyższy lęk przed samobójstwem (Kobiety:  $M=2,87$ ,  $SD=1,16$ ; Mężczyźni:  $M=2,45$ ,  $SD=1,1$ ;  $t=3,817$ ,  $p<0,01$ ) oraz niższy lęk przed dezaprobatą społeczną (Kobiety:  $M=2,45$ ,  $SD=1,35$ ; Mężczyźni:  $M=2,79$ ,  $SD=1,53$ ;  $t=-2,432$ ,  $p<0,05$ ). Ponadto wiek osób badanych ( $r=0,11$ ;  $p<0,05$ ) i poziom wykształcenia ( $r=0,13$ ;  $p<0,01$ ) były dodatkowo (choć słabo) skorelowane z ogólnymi powodami do życia. Wiek był też dodatkowo skorelowany z obawami związanymi z dziećmi ( $r=0,25$ ;  $p<0,01$ ), a wykształcenie – z przekonaniem o umiejętności radzenia sobie ( $r=0,13$ ;  $p<0,01$ ) i odpowiedzialnością wobec rodziny ( $r=0,14$ ;  $p<0,01$ ). Osoby badane, które miały dzieci, wskazały istotnie więcej ogólnych powodów do życia ( $t=5,838$ ;  $p<0,01$ ), a także w zakresie przekonania o umiejętności radzenia sobie ( $t=3,176$ ;  $p<0,01$ ), poczucia odpowiedzialności wobec rodziny ( $t=6,876$ ;  $p<0,05$ ), wątpliwości moralnych ( $t=2,402$ ;  $p<0,01$ ), lęku przed dezaprobatą społeczną ( $t=2,712$ ;  $p<0,05$ ) oraz obaw związanych z dziećmi ( $t=12,945$ ;  $p<0,001$ ) w porównaniu z osobami bezdzietnymi. Fakt posiadania dzieci nie różnicował w sposób istotny badanej grupy jedynie pod względem lęku przed samobójstwem ( $t=-0,779$ ;  $p>0,05$ ).

### Podsumowanie

Celem prezentowanych badań była adaptacja anglojęzycznej wersji *Reasons for Living Scale* (RFL-48) do warunków polskich oraz sprawdzenie jej właściwości psychometrycznych. Potrzeba adaptacji narzędzia podyktowana była jego uznaniem w badaniach zagranicznych oraz przewidywaną użytecznością w praktyce diagnostycznej i terapeutycznej.

Na podstawie przeprowadzonych analiz można stwierdzić, że polska wersja metody wykazuje podobne właściwości psychometryczne ( $\alpha$  Cronbacha = 0,92) jak wersja oryginalna (0,89). Struktura czynnikowa polskiej wersji jest identyczna jak wersji

oryginalnej [18] i wersji walidowanej w kolejnych latach [21]: wszystkie zawierają sześć czynników charakteryzowanych przez analogiczne pozycje testowe o ładunkach czynnikowych powyżej 0,5. W związku z tym polską adaptację można wykorzystać do pomiaru znaczenia powodów do życia w wymiarze ogólnym oraz w zakresie sześciu czynników szczegółowych, takich jak: „przekonanie o umiejętności radzenia sobie”, „odpowiedzialność wobec rodziny”, „lęk przed samobójstwem”, „wątpliwości moralne”, „lęk przed społeczną dezaprobatą” i „obawy związane z dziećmi”, które to czynniki wykazały zróżnicowaną, ale akceptowalną rzetelność w polskiej adaptacji, wahając się od 0,70 („lęk przed samobójstwem”) do 0,95 („przekonanie o umiejętności radzenia sobie”).

Otrzymana w polskiej adaptacji sześcioczynnikowa struktura czynnikowa jest analogiczna do francusko-kanadyjskiej wersji testu [30], a także kolumbijskiej [34], włoskiej [29, 31], malezyjskiej [35], chilijskiej [36] i rosyjskiej [37]. Natomiast jest odmienna od irańskiej wersji narzędzia, która zawiera cztery czynniki: „przekonanie o umiejętności radzenia sobie”, „odpowiedzialność wobec rodziny”, „lęk przed samobójstwem”, „wątpliwości moralne i obawy związane z dziećmi” [32].

Polska wersja narzędzia wykazuje również satysfakcjonującą trafność teoretyczną. Interesujący jest wynik wskazujący, że osoby, które doświadczyły depresji w historii swojego życia, raportują znacząco mniej powodów do życia oraz mniejsze przekonanie o umiejętności radzenia sobie, mniejsze wątpliwości moralne i obawy związane z dziećmi w porównaniu z osobami, które nigdy nie chorowały na depresję. Może to sugerować, że pomimo przebytej w przeszłości depresji liczba powodów do życia utrzymuje się na obniżonym poziomie. Wymagane są jednak dalsze badania z udziałem osób z grupy klinicznej doświadczającej objawów depresji. Uzyskane zróżnicowanie w wypadku zachowań samobójczych wskazuje na niższe znaczenie powodów do życia we wszystkich aspektach, co jest spójne z wynikami uzyskiwanymi w adaptacji w innych krajach, np. we Włoszech [31] czy w Kolumbii [34].

Przeprowadzona analiza ze względu na dużą rozpiętość wiekową grupy badanej (od 18 do 65 lat) – co jest jej atutem – różni się od innych adaptacji, w których z reguły do grupy badanej kwalifikowano jedynie studentów [31].

Niniejsze badanie ma również swoje ograniczenia. Ze względu na zastosowanie w analizie metod kwestionariuszowych istnieje ryzyko wpływu zmiennej akceptacji społecznej na wyniki. Ponadto ograniczeniem jest brak udziału osób cierpiących na depresję w momencie badania, u których ryzyko samobójcze i czynniki chroniące stanowią główny przedmiot badań [17, 44].

Biorąc pod uwagę fakt, że zachowania samobójcze nie stanowią osiowego objawu depresji, zasadne było przeprowadzenie badań z udziałem populacji ogólnej – tak jak w wypadku walidacji w innych krajach [29]. Jednak dla opracowania rzeczywistego potencjału dyskryminacyjnego powodów do życia w stosunku do różnych objawów psychopatologicznych wskazane są w przyszłości dalsze badania z udziałem zróżnicowanych grup klinicznych. Tym bardziej, że w niniejszym badaniu uzyskano niskie wartości wskaźników trafności konwergencyjnej i dyskryminacyjnej przy uzyskanym kierunku relacji korespondującym z oczekiwaniami [45].

Podsumowując, pomimo ograniczeń polską adaptację narzędzia autorstwa Linehan i wsp. [18] można uznać za przydatną w badaniach klinicznych i przesiewowych dzia-

łaniach terapeutycznych, koncentrujących się wokół identyfikacji osobistych motywów chroniących przed popełnieniem samobójstwa przez osoby dorosłe.

### Piśmiennictwo

1. Grzywa A, Kucmin A, Kucmin T. *Samobójstwa – epidemiologia, czynniki, motywy i zapobieganie. Część I*. Pol. Merk. Lek. 2009; 27(161): 432–436.
2. Kosiba B, Przybyszewska W, Sołtyszewski I. *Wybrane aspekty zachowań samobójczych*. JoMS. 2017; 32(1): 83–111.
3. Klimkiewicz A, Serafin P, Wojnar M. *Czynniki ryzyka zachowań samobójczych u osób uzależnionych od alkoholu*. Psychiatria 2011; 8(1): 7–17.
4. Młodożeniec A, Brodniak AW. *Ryzyko zachowań samobójczych w chorobach psychicznych*. Psychiatria w Praktyce Klinicznej 2008; 1(2): 82–92.
5. Kokozska A. *Zagrożenie samobójstwem*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria, t. 3: Terapia. Zagadnienia etyczne, prawne, organizacyjne i społeczne*, wyd. 1. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2003. S. 328–330.
6. Makara-Studzińska M. *Przyczyny prób samobójczych u młodzieży w wieku 14–18 lat*. Psychiatria 2013; 10(2): 76–83.
7. Merez D, Rosa K, Sobala W. *Mysli i próby samobójcze. Modelowanie zależności pomiędzy czynnikami ryzyka*. Suicydologia 2006; 2: 76–87.
8. Hołyst B. *Suicydologia*. Warszawa: LexisNexis; 2012.
9. Cheng Y, Tao M, Riley L, Kann L, Ye L, Tian X i wsp. *Protective factors relating to decreased risks of adolescent suicidal behavior*. Child Care Health Dev. 2009; 35(3): 313–322. doi: 10.1111/j.1365-2214.2009.00955.x.
10. Chioqueta AP, Stiles T. *The relationship between psychological buffers, hopelessness, and suicidal ideation: Identification of protective factors*. Crisis 2007; 28(2): 67–73. doi: 10.1027/0227-5910.28.2.67.
11. Krawczyk J, Gmitrowicz A. *Analiza czynników chroniących przed samobójstwem*. Psychiatr. i Psychol. Klin. 2014; 14(1): 43–49.
12. Brodniak WA. *Ramowy program zapobiegania samobójstwom w Polsce na lata 2012–2015*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2012.
13. Walsh E, Eggert LL. *Suicide risk and protective factors among youth experiencing school difficulties*. Int. J. Ment. Health Nurs. 2007; 16(5): 349–359. doi: 10.1111/j.1447-0349.2007.00483.x
14. Gearing RE, Lizardi D. *Religion and suicide*. J. Relig. Health 2009; 48(3): 332–341. doi: 10.1007/s10943-008-9181-2.
15. Sisask M, Varnik A, Kolves K, Bertolote JM, Bolhari J, Botega NJ i wsp. *Is religiosity a protective factor against attempted suicide: A cross-cultural casecontrol study*. Arch. Suicide Res. 2010; 14(1): 44–55. doi: 10.1080/13811110903479052.
16. Rubenowitz E, Waern M, Willhelmson K, Allebeck P. *Life events and psychosocial factors in elderly suicides – A case-control study*. Psychol. Med. 2001; 31(7): 1193–1202. doi: 10.1017/s0033291701004457.
17. Malone KM, Oquendo MA, Haas GL, Ellis SP, Li S, Mann JJ. *Protective factors against suicidal acts in major depression: Reason for living*. Am. J. Psychiatry 2000; 157(7): 1084–1088. doi: 10.1176/appi.ajp.157.7.1084.

18. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles JA. *Reason for staying alive when you are thinking of killing yourself: The reasons for living inventory*. J. Consult. Clin. Psychol. 1983; 51(2): 276–286. doi.org/10.1037/0022-006X.51.2.276.
19. Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. *The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale*. J. Consult. Clin. Psychol. 1974; 42(6): 861–865. doi.org/10.1037/h0037562
20. Clum GA, Patsiokas AT, Luscomb RL. *Empirically based comprehensive treatment program for parasuicide*. J. Consult. Clin. Psychol. 1979; 47(5): 937–945. doi.org/10.1037/0022-006X.47.5.937
21. Osman A, Gregg CL, Osman JR, Jones K. *Factor structure and reliability of the Reasons for Living Inventory*. Psychol. Rep. 1992; 70(1): 107–112. doi.org/10.2466/pr0.1992.70.1.107.
22. Guitierrez PM, Osman A, Kopper BA, Barrios FX, Bagge CL. *Suicide risk assessment in a college student population*. J. Couns. Psychol. 2000; 47(4): 403–413. doi.org/10.1037/0022-0167.47.4.403.
23. Morrison L, Downey D. *Racial differences in self-disclosure of suicidal ideation and reasons for living: Implications for training*. Cult. Divers. Ethn. Minor. Psychol. 2000; 6(4): 374–386. doi.org/10.1037/1099-9809.6.4.374.
24. Kissane M, McLaren S. *Sense of belonging as a predictor of Reasons for Living in older adults*. Death Stud. 2006; 30(3): 243–258. doi.org/10.1080/07481180500493401.
25. Osman A, Kopper BA, Linehan MM, Barrios FX, Gutierrez PM, Bagge CL. *Validation of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire and the Reasons for Living Inventory in an adult psychiatric inpatient sample*. Psychol. Assess. 1999; 11(2): 115–223.
26. Pompili M, Girardi P, Tatarelli G, Tatarelli R. *Suicidal intent in single-car accident drivers: Review and new preliminary findings*. Crisis 2006; 27(2): 92–99. doi: 10.1027/0227-5910.27.2.92.
27. Woods AM, Zimmerman L, Carlin E, Hill A, Kaslow NJ. *Motherhood, reasons for living, and suicidality among African American women*. J. Fam. Psychol. 2013; 27(4): 600–606. doi: 10.1037/a0033592.
28. Garret KM, Wachler CA, Rogers JR. *Protocol analysis of the Reasons for Living Scale Items with a sample of gay, lesbian, and bisexual adults*. Suicidol. Online 2010; 1: 72–82.
29. Ronconi L, Testoni I, Zamperini A. *Validation of the Italian version of the Reasons for Living Inventory*. TPM 2009; 16(3): 151–159.
30. Labelle R, Lachance L, Morval M. *Validation of a French-Canadian version of the Reasons for Living Inventory*. Sci. Comport. 1996; 24(3): 237–248.
31. Innamorati M, Pompili M, Ferrari V, Cavedon G, Soccorsi R, Aiello S i wsp. *Psychometric properties of the Reasons for Living Inventory in Italian university students*. Individ. Differ. Res. 2006; 4(1): 51–56.
32. Mahmoudi O, Asgari A, Azkhash M, Kolaei AK. *Exploring the validity, reliability and standardization of adult Reasons for Living Inventory*. Iran. J. Psychiatry Clin. Psychol. 2010; 16(3): 239–247.
33. Oquendo MA, Baca Garcia E, Graver R, Mora M, Montalvan V, Mann JJ. *Spanish adaptation of the Reasons for Living Inventory*. Hisp. J. Behav. Sci. 2000; 22(3): 369–381.
34. Garcia J, Acosta CAP, Vargas G, Arias-Valencia SA, Ocampo MV, Aguirre B i wsp. *Validation of the Reasons for Living Inventory (RFL) in subjects with suicidal behavior in Colombia*. Rev. Colomb. Psiquiatr. 2009; 38(1): 66–84.
35. Aishvarya S, Maniam T, Karuthan C, Hatta S, Nik-Ruzyanei NJ, Oei TPS. *Psychometric properties and validation of the Reasons for Living Inventory in an outpatient clinical population in Malaysia*. Compr. Psychiatry 2014; 55(Suppl 1): 107–113. doi: org/10.1016/j.comppsy.2013.06.010.

36. Echávarri O, Morales S, Barros J, Armijo I, Larraza D, Longo A i wsp. *Validation of the Reasons for Living Inventory in mental health patients in the metropolitan region of Chile*. Psykhe: Revista de la Escuela de Psicología 2018; 27(2): 1–17. doi.org/10.7764/psykhe.27.2.1153.
37. Zhuravleva TV, Enikolopov SN, Dvoryanchikov NV, Bubeev YA. *Adaptation of the research methods suicidal behavior on selection of persons with attempts of self-murder*. J. Mod. Foreign Psychol. 2018; 7(3): 96–108. doi:10.17759/jmfp.2018070309.
38. Ivanoff A, Jang SJ, Smyth NJ, Linehan MM. *Fewer reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: The Brief Reasons for Living Inventory*. J. Psychopathol. Behav. Assess. 1994; 16(1): 1–13. doi.org/10.1007/BF02229062.
39. Osman A, Downs WR, Kopper BA, Barrios FX, Baker MT, Osman JR i wsp. *The Reasons for Living Inventory for Adolescents (RFL-A): Development and psychometric properties*. J. Clin. Psychol. 1998; 54(8): 1063–1078. doi: 10.1002/(sici)1097-4679(199812)54:8<1063::aid-jclp6>3.0.co;2-z.
40. Osman A, Kopper BA, Barrios FX, Osman JR, Besett T, Linehan MM. *The Brief Reasons For Living Inventory for Adolescents (BRFL-A)*. J. Abnorm. Child Psychol. 1996; 24(4): 433–443. doi.org/10.1007/BF01441566.
41. Westefeld JS, Cardin D, Deaton WL. *Development of the college student Reasons for Living Inventory*. Suicide Life Threat. Behav. 1992; 22(4): 442–452. doi.org/10.1111/j.1943-278X.1992.tb01038.x.
42. Gutierrez PM, Osman A, Barrios FX, Kopper BA, Baker MT, Haraburda CM. *Development of the Reasons for Living Inventory for young adults*. J. Clin. Psychol. 2002; 58(4): 339–357. doi: 10.1002/jclp.1147.
43. Edelstein BA, Heisel MJ, McKee DR, Martin RR, Koven LP, Duberstein PR i wsp. *Development and psychometric evaluation of the Reasons for Living-Older Adults Scale: A suicide risk assessment inventory*. Gerontologist 2009; 49(6): 736–745. doi.org/10.1093/geront/gnp052.
44. N Vaghia K, Mahyavanshi DK, Malik V. *Association of reasons for living inventory scores with suicidal acts among patients with major depression*. Int. J. Med. Sci. Public Health 2017; 6(1): 177–179. doi:10.5455/ijmsph.2017.17082016613.
45. Caprara GV, Alessandri G, Eisenberg N, Kupfer A, Steca P, Caprara MG i wsp. *The Positivity Scale*. Psychol. Assess. 2012; 24(3): 701–712. doi.org/10.1037/a0026681.
46. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. Psychiatr. Pol. 1977; 11(4): 417–421.
47. Chodkiewicz J, Gruszczyńska E. *Polska adaptacja Zrewidowanego Kwestionariusza Zachowań Samobójczych A. Osmana i współpracowników*. Psychiatr. Pol. 2020; 54(1): 101–111. doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/93492.
48. Łaguna M, Oleś P, Filipiuk D. *Orientacja pozytywna i jej pomiar: polska adaptacja skali orientacji pozytywnej*. Studia Psychologiczne 2011; 49(4): 47–54. doi: 10.2478/v10167-010-0035-7.

Adres: Jan Chodkiewicz  
Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki  
91-433 Łódź ul. Smugowa 10/12  
e-mail: jan.chodkiewicz@uni.lodz.pl

Otrzymano: 30.07.2020

Zrecenzowano: 30.11.2020

Otrzymano po poprawie: 14.02.2021

Przyjęto do druku: 14.02.2021



## ANEKS

*Skala Powodów do Życia*

[Linehan i wsp., 1983]

Instrukcja: Wielu ludzi co najmniej raz myślało o samobójstwie. Inni nigdy nie brali tego pod uwagę. Bez względu na to, czy przeszło Ci to kiedyś przez myśl, czy nie, jesteśmy zainteresowani powodami, które zdecydowałyby o **nie**popelnieniu przez Ciebie samobójstwa, w przypadku gdyby taka myśl przeszła Ci przez głowę lub gdyby ktoś ją zasugerował.

Na kolejnych stronach znajdziesz podawane czasami przez ludzi powody **nie**popelnienia samobójstwa. Chciałabym wiedzieć, jak bardzo każdy z wymienionych powodów byłby ważny dla Ciebie w tym momencie życia, aby **nie** podejmować decyzji o samobójstwie. Proszę o ich ocenę w miejscu po lewej stronie każdego pytania.

Każda z przyczyn może być oceniona od 1 („w ogóle nieważne”) do 6 („bardzo ważne”). Jeśli wymieniona przyczyna nie odnosi się do Ciebie lub jeśli uważasz, że stwierdzenie nie jest prawdziwe, wtedy uważasz je za nieważne i powinieneś zaznaczyć 1. Proszę o wykorzystanie pełnej skali ocen tak, aby nie zaznaczać tylko ocen środkowych (2, 3, 4, 5) lub tylko ocen skrajnych (1, 6).

W każdej linijce wstaw liczbę po lewej stronie stwierdzenia, odpowiadającą temu, jak ważny każdy z powodów **nie**popelnienia samobójstwa byłby dla Ciebie.

1 – *W ogóle nieważne (jako powód do **nie**popelnienia samobójstwa **lub** ten punkt mnie nie dotyczy, w ogóle się z nim nie zgadzam)*

2 – *Całkiem nieważne*

3 – *Do pewnego stopnia nieważne*

4 – *Do pewnego stopnia ważne*

5 – *Całkiem ważne*

6 – *Bardzo ważne (jako powód do **nie**popelnienia samobójstwa, z którym bardzo się zgadzam i jest to dla mnie bardzo istotne)*

Nawet jeśli jesteś głęboko przekonany, że nigdy poważnie nie rozważałbyś popelnienia samobójstwa, ważne jest, abys ocenił każdy z powodów. W takim przypadku oprzyj się na stwierdzeniu, **dłaczego popelnienie samobójstwa nie jest albo nigdy nie byłoby dla Ciebie alternatywą.**

W każdym miejscu wstaw liczbę odpowiadającą temu, jak ważne dane stwierdzenie jest dla Ciebie w kontekście **nie**popelnienia samobójstwa.

1. W ogóle nieważne

4. Do pewnego stopnia **ważne**

2. Całkiem nieważne

5. Całkiem ważne

3. Do pewnego stopnia **nieważne**

6. Bardzo ważne

1. Mam zobowiązania wobec mojej rodziny.

2. Jestem przekonany, że mogę nauczyć się dostosowywać i radzić sobie z moimi problemami.

3. Wierzę, że mam kontrolę nad moim życiem i przeznaczeniem.
4. Mam chęć do życia.
5. Wierzę, że tylko Bóg ma prawo zakończyć życie.
6. Boję się śmierci.
7. Moja rodzina może pomyśleć, że ich nie kochałem.
8. Nie wierzę, że sprawy wyglądają tak żałośnie lub beznadziejnie, że wolałbym nie żyć.
9. Moja rodzina polega na mnie i potrzebuje mnie.
10. Nie chcę umrzeć.
11. Chcę zobaczyć, jak dorastają moje dzieci.
12. Życie jest wszystkim, co mamy i jest czymś lepszym niż nic.
13. Mam plany na przyszłość, które zamierzam zrealizować.
14. Nieważne jak źle się czuję, wiem, że to nie będzie trwało wiecznie.
15. Boję się nieznanego.
16. Kocham moją rodzinę tak bardzo, że nie mógłbym jej zostawić.
17. Chcę doświadczyć wszystkiego, co życie ma do zaoferowania; jest wiele rzeczy, których jeszcze nie spróbowałem, a których chciałbym spróbować.
18. Obawiam się, że moja metoda popełnienia samobójstwa by zawiodła.
19. Wystarczająco troszczę się o siebie, żeby żyć.
20. Życie jest zbyt piękne i cenne, żeby je zakończyć.
21. Nie byłoby w porządku zostawić dzieci innym do opieki.
22. Wierzę, że mogę znaleźć inne rozwiązania moich problemów.
23. Boję się pójścia do piekła.
24. Kocham życie.
25. Jestem zbyt stabilny, żeby się zabić.
26. Jestem tchórzem i nie mam odwagi, żeby to zrobić.
27. Moje przekonania religijne mi tego zabraniają.
28. Miałoby to szkodliwy wpływ na moje dzieci.
29. Jestem ciekawy, co stanie się w przyszłości.
30. Za bardzo zraniłoby to moją rodzinę i nie chciałbym, żeby cierpieć.
31. Obchodzi mnie, co inni by o mnie pomyśleli.
32. Wierzę, że we wszystkim istnieje sposób znalezienia najlepszego rozwiązania.
33. Nie mógłbym zdecydować gdzie, kiedy i jak to zrobić.
34. Uważam to za moralnie niewłaściwe.
35. Wciąż zostało wiele rzeczy do zrobienia.
36. Mam odwagę, żeby stawić czoła życiu.
37. Jestem szczęśliwy i zadowolony z życia.
38. Obawiam się samego „aktu” popełnienia samobójstwa (ból, krew, przemoc).
39. Jestem przekonany, że popełnienie samobójstwa niczego by nie rozwiązało.
40. Mam nadzieję, że sprawy poprawią się i przyszłość będzie szczęśliwsza.
41. Inni ludzie pomyśleliby, że jestem słaby i samolubny.
42. Mam wewnętrzną determinację, żeby przeżyć.
43. Nie chciałbym, żeby ludzie pomyśleli, że nie miałem kontroli nad własnym życiem.
44. Wierzę, że mogę znaleźć cel w życiu, powód, żeby żyć.

45. Nie widzę powodu, aby przyspieszać śmierć.
46. Jestem tak nieudolny, że mój sposób popełnienia samobójstwa mógłby nie działać.
47. Nie chciałbym, żeby moja rodzina po wszystkim czuła się winna.
48. Nie chciałbym, żeby moja rodzina myślała, że byłem egoistą i tchórzem.