

Polska adaptacja *Zrewidowanego Kwestionariusza Zachowań Samobójczych* A. Osmana i współpracowników

The Polish adaptation of *the Suicide Behaviors Questionnaire-Revised* by A. Osman et al.

Jan Chodkiewicz¹, Ewa Gruszczyńska²

¹ Uniwersytet Łódzki, Instytut Psychologii, Zakład Psychoprofilaktyki i Psychologii Uzależnień

² SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Katedra Psychologii Zdrowia

Summary

Aim. The aim of the study was to develop a Polish adaptation of the Suicide Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R) by A. Osman et al. The questionnaire is a self-descriptive measure of suicidal tendencies (suicidal behaviors, including ideation and attempts) composed of four questions.

Method. A total of 926 university and post-graduate students from Lodz (526 women and 400 men) were included in the adaptation study. In addition, the Beck's Depression Inventory, the Psychological Pain Scale by Holden et al. and the Purpose in Life (PIL) test by Crumbaugh and Maholick were used to evaluate the construct validity of the SBQ-R.

Results. The exploratory and confirmatory factor analysis supported an assumed one-dimensional structure of the questionnaire, with satisfactory internal consistency, evaluated by Cronbach's alpha, equal to 0.83. The significant positive correlations were observed between the questionnaire scores and level of depression and psychological pain, while a negative correlation between the questionnaire scores and purpose in life. Participants who had previously demonstrated suicidal behavior, those who reported suicidal thoughts and those from a family with a history of suicide attempts or alcohol addiction obtained a significantly higher score in the SBQ-R.

Conclusions. The findings indicate that the Polish adaptation of the SBQ-R by Osman et al. has good psychometric characteristics and can be considered in both research and clinical practice.

Słowa kluczowe: tendencje samobójcze, *Kwestionariusz SBQ-R*, polska adaptacja

Key words: suicidal tendencies, SBQ-R, Polish adaptation

Wstęp

Statystyki wskazują, że w większości krajów samobójstwa znajdują się w pierwszej dziesiątce najczęstszych przyczyn zgonów. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) każdego roku skutek samobójstwa umiera około 800 tysięcy osób, a wśród osób w przedziale wiekowym 15–29 lat jest to druga przyczyna zgonów [1]. W Polsce Komenda Główna Policji (KGP) podaje, że liczba samobójstw osiągnęła w latach 2013–2014 rekordowe rozmiary (ponad 6100 osób rocznie), natomiast w latach 2015–2017 nastąpił niewielki spadek w tym zakresie (w 2017 r. – 5276 osób), lecz i tak poziom ten uznać należy za mocno niepokojący. Uwagę zwraca również bardzo wysoki wskaźnik samobójstw wśród mężczyzn w porównaniu z kobietami (6:1) [2].

Skala występowania zachowań samobójczych skłania do podejmowania starań dotyczących wczesnego i trafnego diagnozowania czynników ryzyka oraz tworzenia programów prewencyjnych. Jest to o tyle istotne, że wiele osób – ich odsetek jest szczególnie wysoki wśród mężczyzn, którzy popełnili samobójstwo – nie poszukiwało wcześniej żadnej formy pomocy instytucjonalnej [m.in. 3–5]. Dlatego obecnie kluczowe są badania dotyczące predyktorów tendencji i zachowań suicydalnych oraz takie działania jak tworzenie i upowszechnianie narzędzi przesiewowych umożliwiających identyfikację osób zagrożonych samobójstwem. Jednym z uznanych i zalecanych narzędzi do prowadzenia badań populacyjnych dotyczących tej problematyki jest *Zrewidowany Kwestionariusz Zachowań Samobójczych* A. Osmana i wsp. (Suicide Behaviors Questionnaire Revised – SBQ-R) [6–8].

SBQ-R został utworzony na podstawie 34-itemowego kwestionariusza opracowanego przez M. Linehan i wsp., dotyczącego występowania myśli i zachowań samobójczych [9]. Metoda ta była następnie przekształcana i skracana przez samych autorów, a w dalszej kolejności została poddana rewizji i opracowaniu psychometrycznemu przez A. Osmana i wsp. [6, 10]. W takiej też wersji jest obecnie używana oraz adaptowana w wielu krajach [m.in. 8, 11]. Celem prezentowanego badania była polska adaptacja i walidacja tego narzędzia.

Material i metoda

Walidowaną metodą był *Zrewidowany Kwestionariusz Zachowań Samobójczych* A. Osmana i współpracowników (SBQ-R) [6]. Kwestionariusz składa się z czterech pozycji testowych. Trzy pierwsze pytania dotyczą oceny retrospektywnej: (1) „Czy kiedykolwiek myślałeś/myślałaś o odebraniu sobie życia lub podjąłeś/podjęłaś taką próbę?”; (2) „Jak często miałeś/miałaś myśli dotyczące odebrania sobie życia w poprzednim roku?”; (3) „Czy kiedykolwiek mówiłeś/mówiłaś komuś o zamiarze popełnienia samobójstwa lub o prawdopodobieństwie, że mogłabyś/mógłbyś je popełnić”. Ostatnie, czwarte pytanie, dotyczy oceny prospektywnej: (4) „Jak bardzo prawdopodobne jest, że pewnego dnia będziesz próbowała/próbował popełnić samobójstwo?”. Odpowiedzi punktowane są w skali od 1 do 3 (pytania 1–3) oraz od 0 do 6 (pytanie 4). Badany może uzyskać wynik w granicach 3–18 punktów. Autorzy zaproponowali punkt odciążenia wynoszący 8 punktów dla osób z prób klinicznych oraz 7 dla osób

z prób nieklinicznych. Przyjęto także, że pierwsze pytanie kwestionariusza może być używane osobno jako przesiewowe i dla wyników uzyskanych w tym pytaniu również podano punkt odcięcia wynoszący 2 [6].

Metoda w wersji oryginalnej charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi – α Cronbacha wynosiła, w zależności od badanej grupy, od 0,76 do 0,87, kwestionariusz wykazywał związki ze Skalą Beznadziejności A. Becka (BHS), której wyniki uznawane są za predykcyjne dla tendencji samobójczych [6]. Zagraniczne adaptacje kwestionariusza także wykazują zadowalające parametry. Przykładowo w wersji niemieckiej α Cronbacha wyniosła 0,72, a w portugalskiej 0,78. W badaniach tych uzyskano znaczące i oczekiwane związki z innymi metodami badającymi depresję i tendencje samobójcze. Skala (wszystkie pytania oraz wynik ogólny) różnicowała też osoby w przeszłości podejmujące zachowania samobójcze od tych, które ich nie podejmowały [8, 11].

Opracowanie polskiej wersji *Zrewidowanego Kwestionariusza Zachowań Samobójczych* i analizy statystyczne

Walidację rozpoczęto od tłumaczenia stwierdzeń kwestionariusza przez dwóch tłumaczy. Następnie dwóch innych (w tym tłumacz przysięgły) dokonało tłumaczenia zwrotnego (back-translation). Po porównaniu uzyskanych wersji ustalono postać ostateczną kwestionariusza. Następnie sprawdzano jego trafność oraz rzetelność. Trafność czynnikową testowano za pomocą eksploracyjnej i konfirmacyjnej analizy czynnikowej. Eksploracyjną analizę czynnikową (Exploratory Factor Analysis – EFA) wykorzystano, by sprawdzić strukturę skali w języku polskim, natomiast analizę konfirmacyjną (Confirmatory Factor Analysis – CFA) – aby zweryfikować zakładany model jednoczynnikowy.

Oszacowano także trafność teoretyczną narzędzia, zarówno konwergencyjną, jak i dyskryminacyjną, stosując analizę współczynników korelacji między jego wynikami a wynikami wybranych narzędzi pomiarowych. Rzetelność metody zaś oceniono na podstawie współczynnika spójności wewnętrznej alfa Cronbacha oraz dzięki obliczeniu mocy dyskryminacyjnej pozycji – współczynników korelacji stwierdzeń z wynikiem ogólnym. Dodatkowo porównano średnie wyniki uzyskane przez osoby z tendencjami samobójczymi, z tendencjami samobójczymi w rodzinie oraz zgłaszające występowanie problemu alkoholowego wśród najbliższych z osobami, których te zjawiska nie dotyczyły. Wreszcie, mając na uwadze potencjalny przesiewowy charakter kwestionariusza, na podstawie krzywej ROC opracowano punkt odcięcia zarówno dla pytania pierwszego, jak i dla sumy wyników. Wszystkie obliczenia wykonano za pomocą programu Statistica 13 i STATA 13.

Osoby badane i procedura

Badania walidacyjne przeprowadzono w latach 2015–2017¹ wśród studentów oraz słuchaczy studiów podyplomowych Uniwersytetu Łódzkiego, Politechniki Łódzkiej, Uniwersytetu Medycznego oraz Wyższej Szkoły Filmowej, Telewizyjnej i Teatralnej w Łodzi. Na ich przeprowadzenie uzyskano zgodę Komisji Bioetyki Badań Naukowych UŁ (Uchwała nr 14/KBBN-UŁ/I/2015). Z badań wyłączono studentów psychologii. Osoby badane wypełniały kwestionariusze narzędzia po zakończeniu zajęć na uczelni, w grupach bądź indywidualnie. Badanie było anonimowe, udział w nim był dobrowolny i nie wiązał się z żadną gratyfikacją. W badaniach łącznie udział wzięło 950 osób. Po odrzuceniu kwestionariuszy niekompletnie wypełnionych, do analizy przyjęto wyniki 926 osób w wieku 18–33 lat ($M = 21,88$; $SD = 2,16$), w tym 526 kobiet (56,8%) i 400 mężczyzn (43,2%). Spośród ogółu badanych 398 (43%) było singlami, 501 (54,1%) podawało, że są w związku nieformalnym, a 27 (2,9%) było w związku małżeńskim. Badanych pytano również niezależnie o tendencje suicydalne – 76 osób (8,2%) deklarowało, że podejmowało w przeszłości próbę bądź próby samobójcze, prawie połowa (453 osób, tj. 48,9%) miała myśli samobójcze. Ponadto 109 osób (11,8%) zgłosiło przypadki występowania w najbliższej rodzinie prób samobójczych bądź popełnionego samobójstwa, a aż 225 osób (24,3%) podało, że któreś z rodziców jest uzależnione od alkoholu bądź go nadużywa lub nadużywało.

Metody wykorzystane w badaniu walidacyjnym

W badaniach trafności zastosowano następujące metody:

- Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI) [12] w polskiej adaptacji Parnowskiego i Jernajczyka [13] – w prezentowanym badaniu α Cronbacha wynosiła 0,92;
- Skalę Bólu Psychicznego (Scale of Psychache) Holdena i wsp. [14] w polskiej adaptacji Chodkiewicza i wsp. [15] – α Cronbacha wyniosła 0,94;
- Skalę Poczucia Sensu Życia (The Purpose in Life – PIL) Crumbaugh i Maholicka [16] w polskiej adaptacji Życińskiej i Januszka [17] (PIL jest jednym z najpopularniejszych narzędzi badających poczucie sensu życia) – α Cronbacha dla wyniku sumarycznego wyniosła 0,88.

Wyniki

Obliczenia rozpoczęto od ustalenia podstawowych danych dotyczących rozkładu wyników (tab. 1). Wskaźniki skośności i kurtozy przyjmowały wartości nieprzekraczające jedności, wskazujące na jedynie niewielkie odchylenia od rozkładu normalnego.

¹ Badania przeprowadziły m.in. Kinga Wydrych, Anna Moc, Alicja Sabat oraz Karolina Opałka w ramach przygotowywania prac magisterskich.

Tabela 1. Rozkład danych dotyczących wyniku sumarycznego SBQ-R

Zmienne	M	SD	Min.	Maks.	Skośność	Kurtoza
SBQ-R Suma	6,83	3,70	3,00	18,00	0,90	-0,20
SBQ-R Suma Kobiety	6,85	3,89	3,00	18,00	0,94	0,06
SBQ-R Suma Mężczyźni	6,47	3,65	3,00	18,00	0,84	-0,48

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

Porównano również badanych mężczyzn i kobiety. Zarówno w każdym z pytań, jak i wyniku ogólnym nie zaobserwowano istotnych różnic ($t(924) = 1,35$; $p = 0,18$). Nie odnotowano także istotnego związku między wynikiem sumarycznym kwestionariusza a wiekiem badanych (ρ Spearmana = 0,02) oraz deklarowanym statusem związku ($F(2, 923) = 0,35$; $p = 0,70$).

Trafność czynnikowa

W celu zweryfikowania struktury wewnętrznej narzędzia wykorzystano zarówno eksploracyjną, jak i confirmacyjną analizę czynnikową. Dane pochodzące z całej próby ($n = 926$) zostały losowo podzielone na dwa podzbiory ($n = 463$) – w pierwszym przeprowadzono analizę eksploracyjną, w drugim confirmacyjną.

Przed rozpoczęciem analiz sprawdzono adekwatność doboru próby z użyciem testu Kaisera-Mayera-Olkina (KMO). Jego wartość ($KMO = 0,81$) oraz wskaźnik sferyczności Bartletta ($\chi^2 = 1501,90$; $df = 6$; $p < 0,001$) wskazywały na zasadność wykorzystania analizy czynnikowej w odniesieniu do zgromadzonych danych. Zarówno kryterium osypiska, jak i kryterium Kaisera wskazują, podobnie jak w wersji oryginalnej, na jeden czynnik tłumaczący łącznie 68,6% wariancji wyników. Ładunki czynnikowe wszystkich pozycji osiągają wartości powyżej 0,7.

Także w analizie confirmacyjnej model jednoczynnikowy (bez korelacji błędów pomiaru) osiągnął satysfakcjonujące parametry dopasowania ($\chi^2 = 4,91$; $df = 2$; $p = 0,08$; CFI = 0,99; TLI = 0,98; RMSEA = 0,07 wraz z 90% CI [0,02; 0,14]; SRMR = 0,01). Nieco niższe ładunki, lecz nadal wyraźnie powyżej przyjmowanej wartości kryterialnej 0,5, uzyskały pozycje SBQ 3 i SBQ 4. Wyniki EFA i CFA przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Ładunki czynnikowe pozycji Kwestionariusza SBQ-R uzyskane w eksploracyjnej i confirmacyjnej analizie czynnikowej

Pozycje testowe	Ładunki czynnikowe	
	EFA	CFA
SBQ-R 1. Czy kiedykolwiek myślałeś/myślałaś o odebraniu sobie życia lub podjąłeś/podjęłaś taką próbę?	0,885	0,860
SBQ-R 2. Jak często miałeś/miałaś myśli dotyczące odebrania sobie życia w poprzednim roku?	0,863	0,829

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

SBQ-R 3. Czy kiedykolwiek mówiłaś/mówiłeś komuś o zamiarze popełnienia samobójstwa lub o prawdopodobieństwie, że mogłabyś/mógłbyś je popełnić ?	0,742	0,678
SBQ-R 4. Jak bardzo prawdopodobne jest, że pewnego dnia będziesz próbowała/ próbował popełnić samobójstwo?	0,788	0,722

Uwaga. Wszystkie wartości istotne na poziomie $p < 0,001$

Rzetelność

Zgodność wewnętrzną, ocenioną na podstawie współczynnika α Cronbacha, wynosiła 0,83. Dane zawarte w tabeli 3 wskazują, że współczynnik ten nie wzrasta po usunięciu żadnej pozycji, mimo słabszego statusu pytania SBQ 3, widocznego też już w CFA. Moc dyskryminacyjna analizowanych pozycji skali jest zadowalająca i waha się od 0,56 do 0,74 ($p < 0,001$).

Tabela 3. Moc dyskryminacyjna Kwestionariusza SBQ-R

Numer pozycji	Współczynniki mocy dyskryminacyjnej	Alfa Cronbacha po usunięciu pozycji
SBQ-R 1	0,74	0,72
SBQ-R 2	0,73	0,71
SBQ-R 3	0,56	0,81
SBQ-R 4	0,63	0,77

Trafność teoretyczna

Związki z objawami depresji, bólu psychicznego i poczuciem sensu życia

Trafność teoretyczną kwestionariusza oszacowano na podstawie analizy związków między jego wynikami a wynikami skal mierzących odpowiednio depresję (BDI), ból psychiczny (Skala Bólu Psychicznego) i poczucie sensu życia (PIL). Ból psychiczny, definiowany jako poczucie silnego psychicznego cierpienia, wykazuje ścisłe związki zarówno z depresją, jak i tendencjami suicydalnymi [m.in. 18, 19]. Wybór skali PIL podyktowany był udokumentowanymi związkami poczucia sensu życia z tendencjami samobójczymi [m.in. 20, 21]. Otrzymane wyniki (korelacja rho Spearmana ze względu na skośny charakter rozkładu zmiennych kryterialnych) przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Trafność teoretyczna Kwestionariusza SBQ-R – współczynniki korelacji

Pomiar walidowany	Depresja BDI	Ból psychiczny Scale of Psychache	Poczucie sensu życia PIL
SBQ-R 1	0,54	0,52	-0,75
SBQ-R 2	0,53	0,56	-0,74
SBQ-R 3	0,40	0,44	-0,69

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

SBQ-R 4	0,51	0,46	-0,70
SBQ-R Suma	0,64	0,62	-0,76

Wszystkie wartości istotne na poziomie $p < 0,001$

Odnotowano istotne statystycznie i zgodne z oczekiwaniami dodatnie związki między wszystkimi pozycjami testowymi i sumą SBQ-R a poziomem depresji i bólu psychicznego (korelacje umiarkowane). Zgodne z oczekiwaniami były również istotne ujemne związki SBQ i jej pozycji z wynikiem skali poczucia sensu życia. Warto jednak zauważyć, że związki te są silniejsze niż analogiczne relacje z miarami depresji i bólu psychicznego.

Trafność teoretyczna szacowana techniką grup skrajnych

Porównanie osób podejmujących w przeszłości próby samobójcze ($n = 76$) i niepodejmujących takich prób ($n = 850$) wskazuje na istotnie wyższy wynik SBQ-R (w każdym z pytań i w wyniku ogólnym) w grupie pierwszej (SBQ-R suma $M = 12,46$; $SD = 3,29$ vs. $M = 6,44$; $SD = 3,13$; $t(924) = 11,28$; $p < 0,001$; $d\text{-Cohena} = 1,87$). Podobna różnica i równie silny efekt występuje w porównaniach wyników osób przyznających, że w przeszłości miały myśli samobójcze ($n = 453$), z osobami niezgłaszającymi występowania takich myśli ($n = 473$) (SBQ-R suma $M = 10,12$; $SD = 3,20$ vs. $M = 4,80$; $SD = 2,53$; $t(924) = 21,10$; $p < 0,001$; $d\text{-Cohena} = 1,66$).

Analogiczny co do kierunku wynik, choć tym razem o umiarkowanej sile efektu, uzyskano przy porównaniu badanych zgłaszających w najbliższej rodzinie przypadki osób podejmujących próby samobójcze ($n = 109$) i niezgłaszających takich przypadków ($n = 817$) (SBQ-R suma $M = 8,13$; $SD = 4,21$ vs. $M = 6,44$; $SD = 3,44$; $t(924) = 3,78$; $p < 0,001$; $d\text{-Cohena} = 0,44$) oraz pochodzących ($n = 225$) i niepochodzących ($n = 701$) z rodzin dotkniętych problemem alkoholowym (SBQ-R suma $M = 7,96$; $SD = 3,92$ vs. $M = 6,16$; $SD = 3,09$; $t(924) = 5,12$; $p < 0,001$; $d\text{-Cohena} = 0,58$).

Punkt odcięcia metodą ROC

Kryterium dla ROC była, podobnie jak w badaniach Osmana i wsp. [6] dla tej grupy docelowej, obecność prób samobójczych w wywiadzie (tab. 5). Na podstawie wielkości pola pod krzywą (Area Under Curve – AUC) można stwierdzić, że dokonywanie klasyfikacji zarówno na podstawie sumy, jak i odpowiedzi udzielonych wyłącznie w pytaniu pierwszym jest uprawnione, choć i ta wartość, i pozostałe parametry wskazują na przewagę klasyfikacji dokonywanych jednak na podstawie sumy. Opierając się na dalszej charakterystyce dobroci klasyfikacji dla poszczególnych wyników, ze szczególnym uwzględnieniem wartości indeksu Youdena, ustalono punkt odcięcia dla polskiej wersji SBQ-R na poziomie 9 punktów, a dla pierwszej pozycji – na poziomie 3 punktów. Jak widać, otrzymano wartości wyższe niż raportowane dla oryginalnej skali. Ogólny odsetek poprawnych klasyfikacji na tym poziomie dla SBQ1 wynosi 84%, a dla SBQ-R sumy 92%, co zwłaszcza w tym drugim wypadku należy uznać za

wynik satysfakcjonujący. Ponadto sprawdzono potencjalne różnice międzypłciowe i zgodnie z wynikami wcześniejszych statystyk opisowych także i tutaj nie zanotowano odmiennych wartości punktu odcięcia dla kobiet i mężczyzn.

Tabela 5. Podsumowanie wyników analizy ROC

Zmienne	AUC	95% CI	Punkt odcięcia	Charakterystyka dla punktu odcięcia					
				Czułość	Specyficzność	Dokładność	Pozytywna wartość predykcyjna	Negatywna wartość predykcyjna	Indeks Youdena
SBQ1	0,86***	[0,84; 0,89]	3	0,73	0,89	0,84	0,75	0,89	0,62
SBQ-R Suma	0,92***	[0,90; 0,92]	9	0,85	0,95	0,92	0,88	0,93	0,79

*** $p < 0,001$

Podsumowanie

Celem przeprowadzonego badania było dokonanie polskiej adaptacji *Kwestionariusza Zachowań Samobójczych* (SBQ-R) A. Osmana i wsp. Potrzeba adaptacji tej metody wynikała zarówno z jej popularności i krótkiej formy, umożliwiającą prowadzenie badań przesiewowych, jak i niewielkiej liczby dostępnych w Polsce wystandaryzowanych narzędzi badających tendencje samobójcze.

Kwestionariusz SBQ-R zawiera trzy pytania dotyczące występowania w przeszłości zachowań oraz myśli samobójczych oraz jedno odnoszące się do prawdopodobieństwa wystąpienia takich zachowań w przyszłości. Opiera się więc na wielokrotnie udokumentowanym w literaturze przedmiotu związku między wcześniejszymi tendencjami samobójczymi a ich występowaniem w przyszłości [m.in. 22, 23]. Podobne wyniki uzyskano w prezentowanym badaniu, porównując wyniki osób podejmujących w przeszłości próby samobójcze i niepodejmujących takich prób oraz zgłaszających i niezgłaszających występowanie myśli samobójczych. Identyczną zależność wykazano także w badaniach adaptacyjnych prowadzonych w innych krajach [8, 11].

Polska wersja metody wykazuje w pełni zadowalające właściwości psychometryczne w badanej grupie młodych dorosłych. Ponadto analiza trafności teoretycznej wskazuje, że uzyskanych wyników nie można zredukować do pomiaru depresji i bólu psychicznego. Co ciekawe, wartość bezwzględna tych współczynników korelacji jest niższa niż w wypadku poczucia sensu życia. Ta ostatnia wielkość psychometrycznie wskazuje na znaczącą ilość wariancji wspólnej, gdzie wyniki SBQ-R byłyby możliwe do określenia z większą dokładnością właśnie na podstawie wyników PIL, a nie BDI. Wynik ten sugeruje, że utrata poczucia sensu życia może być silniejszym korelatem myśli samobójczych niż objawy depresji i bólu psychicznego. Tym samym wskazuje też na potencjalną użyteczność uwzględnienia tej problematyki w prewencji anty-suicydalnej, obok eksploracji obszarów bezpośrednio wyznaczonych przez kryteria depresji zawarte w ICD-10. Kwestia ta wymaga jednak dalszych analiz, może być bowiem podyktowana specyfiką badanej próby.

W tym kontekście, jak wskazują nasze badania walidacyjne, istotnym czynnikiem ryzyka może być też modelowanie zachowań suicydalnych [m.in. 24, 25] oraz pochodzenie z rodziny dotkniętej problemem alkoholowym [26–28]. Co ważne jednak, narzędzie okazało się czułe na identyfikowanie takich grup ryzyka.

Nasze badanie miało jednak ograniczenia. Po pierwsze, obejmowało grupę osób w stosunkowo wąskim przedziale wiekowym, uzyskanych charakterystyk psychometrycznych nie można zatem automatycznie generalizować. Po drugie, opierało się wyłącznie na samoopisie w zakresie raportowania zarówno myśli, jak i czynów samobójczych. W tym miejscu należy zauważyć, że w badaniu odnotowano wysoki poziom występowania w przeszłości myśli i zachowań samobójczych (48,9% badanych potwierdziło występowanie myśli, a 8,2% prób samobójczych w przeszłości). Analiza literatury przedmiotu wskazuje wszakże, że podobne wyniki uzyskano w badaniach amerykańskich dotyczących młodych dorosłych – przykładowo badanie 26 tysięcy studentów z 70 uczelni wykazało, że 55% z nich przyznaje się do tego, że w przeszłości miało myśli samobójcze [29], a w innym populacyjnym badaniu dotyczącym zachowań ryzykownych wśród osób w wieku 10–24 lat ($n = 15\ 624$) ujawniono, że 8,6% z nich próbowało w przeszłości popełnić samobójstwo lub dokonało poważnego samookaleczenia [30]. Tym samym można uznać, że wyniki badanej próby nie odbiegają od doniesień dla zbliżonych grup wiekowych. Jednakże u osób starszych oraz w grupach klinicznych przedstawione relacje mogą wyglądać inaczej, a proponowany punkt odcięcia może nie mieć zastosowania.

Mając świadomość ograniczeń tego narzędzia, polską adaptację *Zrewidowanego Kwestionariusza Zachowań Samobójczych* A. Osmana i wsp. można zatem uznać za przydatną w badaniach klinicznych i przesiewowych oraz przy diagnozie ryzyka samobójstwa w praktyce terapeutycznej w odniesieniu do młodych dorosłych. Jej niewątpliwe zalety to wysoka rzetelność przy krótkim czasie pomiaru, dobra moc dyskryminacyjna oraz niesprowadzalność wyników do oceny objawów depresji.

Piśmiennictwo

1. *Preventing suicide. A global imperative*. WHO report 2014.
2. *Zamachy samobójcze zakończone zgonem*. <http://statystyka.policja.pl/st/wybrane-statystyki/zamachy-samobojcze> (dostęp: 11.03.2018).
3. Sher L. *Suicide in men*. *J. Clin. Psychiatry* 2015; 76: e371–e372. Doi: 10.4088/JCP.14com09554.
4. Addis ME. *Gender and depression in men*. *Clin. Psychol. Sci. Prac.* 2008; 15(3): 153–168. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2008.00125.x>.
5. Rutz W, Rihmer Z. *Suicidality in men – Practical issues, challenges, solutions*. *J. Mens Health Gend.* 2007; 4(4): 393–401. <https://doi.org/10.1016/j.jmhg.2007.07.046>.
6. Osman A, Bagge CL, Gutierrez PM, Konick LC, Kopper BA, Barrios FX. *The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): Validation with clinical and nonclinical samples*. *Assessment*. 2001; 8(4): 443–454. Doi: 10.1177/107319110100800409.
7. Batterham PJ, Ftanou M, Pirkis J, Brewer JL, Mackinnon AJ, Beautrais A i wsp. *A systematic review and evaluation of measures for suicide ideation and behaviors in population-based research*. *Psychol. Assess.* 2015; 27(2): 501–512. Doi: 10.1037/pas0000053.

8. Glaesmer H, Kapusta ND, Teismann T, Wagner B, Hallensleben N, Spangenberg L i wsp. *Psychometric Properties of the German Version of the Suicide Behaviors Questionnaire Revised (SBQ-R)*. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.* 2018; 68(8): 346–352. Doi: <https://doi.org/10.1055/s-0043-118335>; 2017.
9. Linehan MM, Goodstein JL, Nielsen SL, Chiles J. *Reasons 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: 10.1037/0022-006X.51.2.276.
10. Cotton CR, Peters DK, Range LM. *Psychometric properties of the Suicidal Behaviors Questionnaire*. *Death Stud.* 1995; 19(4): 391–397. Doi: 10.1080/07481189508252740.
11. Campos RC, Mesquita C. *Testing a Model of Suicidality in Community Adolescents: A Brief Report*. *J. Child Adolesc. Behav.* 2014; 2: 147. <http://dx.doi.org/10.4172/jcalb.1000147>.
12. Beck AT, Steer R. *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio: TX Psychological Corporation; 1987.
13. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. *Psychiatr. Pol.* 1977; 11(4): 417–421.
14. Holden R, Mehta K, Cunningham EJ, McLeod LD. *Development and preliminary validation of a scale of psychache*. *Can. J. Behav. Sci.* 2001; 33(4): 224–232. <http://dx.doi.org/10.1037/h0087144>.
15. Chodkiewicz J, Miniszewska J, Strzelczyk D, Gašior K. *Polish adaptation of the Psychache Scale by Ronald Holden and co-workers*. *Psychiatr. Pol.* 2017; 51(2): 369–381. Doi: <https://doi.org/10.12740/PP/59448>.
16. Crumbaugh JC, Maholick LT. *An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis*. *J. Clin. Psychol.* 1964; 20(2): 589–596. Doi: 10.1002/1097-4679(196404)20:2<200::AID-JCLP2270200203>3.0.CO;2-U.
17. Życińska J, Januszek M. *Test Sensu Życia (Purpose in Life Test, PIL) J.C. Crumbaugh i L.T. Maholicka: analiza psychometryczna*. *Czasopismo Psychologiczne* 2011; 17(1): 133–142.
18. Troister T, Holden R. *Comparing psychache, depression, and hopelessness in their associations with suicidality: A test of Shneidman's theory of suicide*. *Pers. Individ. Dif.* 2010; 49(7): 689–693. Doi: 10.1016/j.paid.2010.06.006.
19. 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. Doi: 10.1016/j.jad.2009.03.013.
20. Heisel MJ, Flett GL. *Purpose in life, satisfaction with life, and suicide ideation in a clinical sample*. *J. Psychopathol. Behav. Assess.* 2004; 26(2): 127–135. Doi: 10.1023/B:JOBA.0000013660.22413.e0.
21. Wang M-Ch, Lightsey OR, Pietruszka T, Uruk AC, Wells AG. *Purpose in life and reasons for living as mediators of the relationship between stress, coping, and suicidal behavior*. *J. Posit. Psychol.* 2007; 2(3): 195–204. Doi: 10.1080/1743976070122892.
22. Brown GK, Beck AT, Steer RA, Grisham JR. *Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study*. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2000; 68(3): 371–377. Doi: 10.1037/0022-006X.68.3.371.
23. Chung DT, Ryan CJ, Hadzi-Pavlovic D, Singh SP, Stanton C, Large MM. *Suicide rates after discharge from psychiatric facilities: A systematic review and meta-analysis*. *JAMA Psychiatry* 2017; 74(7): 694–702. Doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.1044.
24. Gureje O, Oladeji B, Hwang I, Chiu WT, Kessler RC, Sampson NA i wsp. *Parental psychopathology and the risk of suicidal behavior in their offspring: Results from the World Mental*

- Health surveys*. Mol. Psychiatry 2011; 16(12): 1221–1233. Doi: 10.1038/mp.2010.111. [Epub 2010 Nov 16].
25. Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB. *Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: Nested case-control study*. BMJ 2002; 325(7355): 74. Doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7355.74>.
 26. Campos RC, Besser A, Blatt SJ. *Recollections of parental rejection, self-criticism and depression in suicidality*. Arch. Suicide Res. 2013; 17(1): 58–74. Doi: 10.1080/13811118.2013.748416.
 27. Conner KR, Bossarte RM, Lu N, Kaukeinen K, Chan G, Wyman P i wsp. *Parent and child psychopathology and suicide attempts among children of parents with alcohol use disorder*. Arch. Suicide Res. 2014; 18(2): 117–130. Doi: 10.1080/13811118.2013.826154.
 28. Dube SR, Anda RF, Felitti VJ, Chapman DT, Williamson DF, Giles WH. *Childhood Abuse, Household Dysfunction, and the Risk of Attempted Suicide Throughout the Life Span Findings From the Adverse Childhood Experiences Study*. JAMA 2001; 286(24): 3089–3096. Doi: 10.1001/jama.286.24.3089.
 29. Drum DJ, Brownson Ch, Denmark AB, Smith SE. *New Data on the nature of suicidal crises in college students: Shifting the paradigm*. Prof. Psychol. Res. Pr. 2009; 40(3): 213–222. Doi: 10.1037/a0014465.
 30. Kann L, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, Hawkins J i wsp. *Youth Risk Behavior Surveillance – United States, 2015*. MMWR Surveill Summ. 2016; 65(6): 1–174. Doi: 10.15585/mmwr.ss6506a1.

Adres: Jan Chodkiewicz
Uniwersytet Łódzki, Instytut Psychologii
Zakład Psychoprofilaktyki i Psychologii Uzależnień
91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12
e-mail: janchodkiewicz@poczta.onet.pl

Otrzymano: 26.04.2018
Zrecenzowano: 30.05.2018
Otrzymano po poprawie: 14.06.2018
Przyjęto do druku: 15.07.2018