

MARIOLA SKOWROŃSKA, LESZEK SZEWCZYK

CECHY OSOBOWOŚCI A PERCEPCJA BÓLU U DZIECI I NASTOLATKÓW Z PSYCHOGENNYMI BÓLAMI BRZUCHA I BÓLAMI GŁOWY

Percepcja bólu jest subiektywnym odczuciem (doznaniem) zjawiska, które określamy jako ból (Dobrogowski, Kuś, 1996). Ból jest pojęciem trudnym do zdefiniowania, istnieją różne definicje bólu, ale żadna z nich nie jest zadowalająca. Jedną z najczęściej cytowanych jest definicja zaproponowana przez Komitet Taksonomii Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu z 1979 r., według którego „ból jest to nieprzyjemne zmysłowe i emocjonalne odczucie (doznanie/doświadczenie)¹ związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek, albo opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia” (Merskey, 1991; Dobrogowski, Kuś, 1996; Domżał, 1996; Saint-Maurice, Muller, Meynadier, 1998).

W literaturze przedmiotu dominuje podejście wieloaspektowego rozumienia przeżywania bólu oraz jego leczenia (McGrath, 1990a; 1990b; 1993; 1994; Varni, 1995; Melzack, Wall, 1996; Bishop, 2000; Sandrin, 2000).

Badania w ciągu ostatnich dwudziestu lat pozwoliły na wyjaśnienie niektórych anatomicznych i fizjologicznych podstaw bólu. Nadal wiele zagadnień

PROF. DR HAB. LESZEK SZEWCZYK, Instytut Psychologii KUL, Zakład Psychologii Klinicznej Dzieci i Młodzieży, Al. Raławickie 14, 20-950 Lublin.

DR MARIOLA SKOWROŃSKA, Zespół Psychosomatyczny, Wojewódzki Szpital Dziecięcy, ul. Niekańska 4/24, 03-924 Warszawa.

¹ Warto w tym miejscu zwrócić uwagę, że oprócz trudności z definicją pojęcia ból występują różnice w tłumaczeniu angielskiego słowa experience – przeżycie, doświadczenie; wiąże się to z różnicą w zakresie znaczeniowym (por. Szymoń, 1998). Natomiast w odniesieniu do samej definicji bólu można spotkać dwa rodzaje tłumaczenia tego słowa: odczucie (Dobrogowski, Kuś, 1996, s. 20; Domżał, 1996, s. 16), doświadczenie (Saint-Maurice, Muller, Meynadier, 1998, s. 16).

pozostaje jednak niejasnych (np. Łazowski, 1989; McGrath, 1994; Melzack, Wall, 1996; Werka, 1997).

Zgodnie ze współczesnymi teoriami, ból nie jest prostą funkcją ilości uszkodzonych tkanek, ale odczuwanie bólu zależy także od wpływu czynników psychologicznych i społecznych (Melzack, 1986; Melzack, Wall, 1996). Udział poszczególnych czynników i ich wzajemny wpływ jest zmienny i zależy od okoliczności wewnętrznych i zewnętrznych dla danej osoby (McGrath, 1987; 1993).

Wśród zmiennych psychologicznych wymienia się m.in. stan emocjonalny, sposoby radzenia sobie, uprzednie doświadczenia, cechy osobowości (McGrath, 1990a; 1990b; 1993; 1994; Varni, 1995).

W badaniach nad percepcją bólu wiele uwagi poświęcono cechom osobowości w populacji dorosłych, zwłaszcza u osób z bólem przewlekłym (Mersey, 1978; 1987; Gracle, 1994). Skevington (1996) zwraca uwagę, że przez długi okres czasu badania dotyczące osobowości prowadzone były w modelu linearnym, który nie wyjaśnia złożonego, wieloaspektowego zjawiska związanego z bólem przewlekłym. Wydaje się, że zbyt mało uwagi poświęcono predyspozycjom osobowościowym jako zmiennym modyfikującym doświadczanie bólu w populacji dzieci i nastolatków.

W pracy podjęto próbę udzielenia odpowiedzi na pytanie, jakie są i na czym polegają zależności między cechami osobowości a ilościowym i jakościowym aspektem bólu z uwzględnieniem wieku badanych u dzieci i nastolatków z psychogennymi bólami brzucha i głowy. Podstawowym założeniem jest odwołanie się do współczesnych teorii bólu (por. Melzack, Wall, 1996; Skevington, 1996; Horn, Munafó, 1997; Bishop, 2000). W tak przyjętym wieloaspektowym rozumieniu doświadczania bólu cechy osobowości są ujmowane jako jeden z czynników wywierających wpływ na przeżywanie bólu.

I. CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY I OPIS ZASTOSOWANYCH METOD

Sześćdziesiąt dwie osoby z psychogennymi bólami brzucha i bólami głowy w wieku od 8,0 do 16,10 lat (dzieci $N = 34$, wiek $M = 10,49$; $SD = 1,33$; nastolatki $N = 28$, $M = 14,26$; $SD = 1,18$) zostały zbadane w Wojewódzkim Szpitalu Dziecięcym w Warszawie oraz w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Lublinie. Badania prowadzono przez okres 3 lat – od 1995/1996 do 1997/1998.

Przy doborze grupy przyjęto następujące kryteria: wykluczenie w badaniach medycznych przyczyn bólów brzucha i bólów głowy o podłożu somatycznym; ujawnienie przyczyn psychologicznych mogących leżeć u podłoża wymienionych dolegliwości bólowych; brak wtórnych zmian organicznych (np. uszkodzenie błony śluzowej żołądka) z uwagi na interferencje przyczyn organicznych i nieorganicznych w obrazie klinicznym bólu, np. natężenie bólu; brak zaburzeń psychicznych sugerujących charakter endogeny, chorób przewlekłych, niepełnosprawności; poziom inteligencji w granicach ściśle rozumianej normy intelektualnej ze względu na zastosowane metody badań.

Badane dzieci często miały duże możliwości intelektualne oraz wysokie osiągnięcia szkolne.

W przypadku osób, odnośnie do których występowały wątpliwości diagnostyczne, zastosowano dłuższą obserwację.

Stosując kryteria dla ostrego (trwającego do 2-3 miesięcy) i przewlekłego (powyżej 3 miesięcy) bólu (Domżał, 1996), u 84% badanych ból miał charakter przewlekły. Wszystkim osobom badanym zaproponowano terapię.

1. *Opis zastosowanych metod*

W badaniach własnych wykorzystano następujące metody:

a) do badania osobowości dzieci i młodzieży z grupy klinicznej odpowiednio do wieku: 14-czynnikowy Kwestionariusz Osobowości dla Dzieci od 8 do 12 lat R. D. Portera i R. B. Cattella (Kostrzewski, 1964; 1967; Porter, Cattell, 1964); 14-czynnikowy Kwestionariusz Osobowości dla Młodzieży od 13 do 17 lat R. B. Cattella (Cattell, 1970; Płużek, 1994).

b) do badania percepcji bólu: Kwestionariusz do Badania Bólu J. Varni i K. Thompson w wersji „C” dla dzieci oraz w wersji „A” dla młodzieży.

Ze względu na to, że pierwsze dwie metody są znane, w przedstawionym artykule ograniczono się do opisu metody do badania bólu.

1.1. *Kwestionariusz do Badania Bólu u Dzieci i Młodzieży Jamesa Varni i Karen Thompson (Varni/Thompson Pediatric Pain Questionnaire – VT-PPQ)*

Kwestionariusz ten jest narzędziem wielowymiarowym, służącym do oszacowania bólu u dzieci i młodzieży. Został skonstruowany przez Jamesa Varni i Karen Thompson (1985; 1987) na podstawie znanego i szeroko stosowanego

w populacji osób dorosłych Kwestionariusza Bólu Ronalda Melzacka – McGill Pain Questionnaire – MPQ (Melzack, 1975; por. publikacje w języku polskim Dobrogowski, Sedlak, 1996; Zaleska, 1996).

Kwestionariusz VT-PPQ składa się z wersji dla dzieci – wersja C *children version*, dla młodzieży – wersja A *adolescent version*, dla rodziców – wersja P *parent version* oraz wersji dla lekarza. W opracowaniu wersji A i C autorzy uwzględniają różnice rozwojowe; obydwie wersje zawierają podobne elementy: wywiad dotyczący bólu, listę przymiotników, skalę wzrokowo-analogową (*visual analogue scale* – VAS), schemat ciała. Wersja A składa się dodatkowo z przymiotników dotyczących stanu emocjonalnego i skali aktywności. Zasadnicze elementy kwestionariusza to:

1. Wywiad dotyczący bólu. W wersji C składa się z danych o dziecku i jednego pytania odnośnie do bólu. W wersji dla młodzieży pytania są rozbudowane, dotyczą historii objawów bólowych, leczenia, koncepcji bólu, wpływu bólu na otoczenie (rodzinę, szkołę) i aktywność nastolatka.

2. Lista przymiotników. Zawiera 45 przymiotników opisujących ból; nie różnią się one w wersji A i C. Badany jest proszony o podkreślenie tych przymiotników, które najlepiej opisują jego ból, oraz – w wersji dla nastolatków – o wybór trzech z zakreślonych przymiotników, które aktualnie najtrafniej określają ból. Przymiotniki pozwalają na jakościowy opis bólu w aspekcie czuciowym (sensorycznym, PRZYM-S), afektywnym (PRZYM-A) i odnoszącym się do oceny bólu (ewaluatywnym, PRZYM-E). Suma przymiotników czuciowych (sensorycznych) wynosi – 35, afektywnych – 6, odnoszących się do oceny bólu (ewaluatywnych) – 4.

3. Skala wzrokowo-analogowa (VAS). Służy do oszacowania intensywności bólu w percepcji dziecka lub rodzica. Badany jest proszony o zaznaczanie natężenia bólu na 10-centymetrowej linii, której końce oznaczone są: „nie ma bólu” – „silny ból”, w wersji dla dzieci skala opatrzona jest dodatkowo znakami graficznymi. Wersja A zawiera 3 skale VAS odnoszące się do różnych okresów czasu: bólu odczuwanego w chwili badania, maksymalnego bólu w ostatnim tygodniu, bólu przeciętnego w ciągu dnia; wersja C pomija ostatnią skalę VAS.

4. Schemat ciała. Służy do lokalizacji bólu, uwzględnia różnice rozwojowe i występuje w dwóch formach odpowiednio do wieku w wersji A i C. Zadaniem osoby badanej jest określenie intensywności doznawanego bólu za pomocą kredek (czterech z ośmiu kolorów), a następnie zaznaczeniu na schemacie ciała bolącego miejsca.

5. Przymiotniki określające emocje. Badają percepcję dziecka w zakresie doznawanego bólu w sytuacji przeżywanych różnych emocji. Lista składa się z 10 przymiotników, wśród których przeważają przymiotniki określające emocje o znaku ujemnym (8). Zadaniem badanego jest zakreślenie odpowiedzi TAK, jeśli przeżywa określone emocje, lub NIE w przeciwnym wypadku. Wartość diagnostyczną (1 punkt) przypisano odpowiedziom udzielonym na TAK.

Lista przymiotników oraz ich skróty zastosowane w pracy:

ZM – zmęczony, NP – niespokojny, ZN – znudzony, SZ – szczęśliwy, NI – nieszczęśliwy, ZŁ – zły, ZA – zajęty, SA – samotny, SK – skłócony, ZD – zdenerwowany.

6. Skala aktywności. Bada, na ile w percepcji dziecka ból utrudnia wykonywanie czynności spośród 12 wymienionych; skala jest 5-punktowa. Składa się z następujących kategorii aktywności: PZ – przebywanie z rodziną, AP – apetyt, SP – spotkania z przyjaciółmi, SC – sport, SN – spanie, OT – oglądanie telewizji, CZ – czytanie, OL – odrabianie lekcji, US – uczęszczanie do szkoły, CK – chodzenie do kina, UZ – ulubione zajęcia, IZ – inne zajęcia.

Kwestionariusz nie ma ściśle określonych przedziałów wieku, przyjmuje się, że wersję C można stosować u dzieci od 7,8 do 11,12 roku życia, zaś wersję A dla nastolatków od 11,12 do 16,17 roku życia Benestad i wsp. (1996) zastosowali kwestionariusz VT-PPQ w przedziale wieku 6-18 lat. Według autorów, dzieci sześciolatnie nie miały problemów z wypełnieniem kwestionariusza.

W odniesieniu do skali VAS liczni badacze twierdzą, że można ją wykorzystać u dzieci 5-letnich (np. McGrath, 1990a; 1990b).

Zastosowany w badaniu kwestionariusz VT-PPQ za zgodą autora został przetłumaczony na język polski przez M. Skowrońską i L. Szewczyka, retranslacji metody dokonał niezależny tłumacz.

Przeprowadzone badania pilotażowe pozwoliły na przyjęcie ostatecznej formy kwestionariusza: w wersji A pominięto zbyt szczegółowe określenia czasu w czterech pytaniach. W przypadku dwóch przymiotników określających ból tłumaczenie jest bardzo podobne, w przyszłości należy ominąć jeden z nich.

II. WYNIKI BADAŃ

1. Analiza korelacji między cechami osobowości dzieci badanych za pomocą kwestionariusza CPQ a oceną jakości i intensywności bólu według kwestionariusza VT-PPQ – wersja C.

Analizy danych dokonano dla całej grupy klinicznej na podstawie korelacji r Pearsona.

Z uzyskanych rezultatów wynika, że intensywność bólu w chwili badania (Ból-Akt) ujemnie koreluje z czynnikiem H ($r = -0,41$; $p < 0,05$). Oznacza to, że im większa jest nieśmiałość i niepewność siebie, tym odczuwanie bólu jest większe.

W aspekcie jakościowym bólu uzyskano następujące korelacje: między czynnikiem I a liczebnością wybranych przymiotników razem wziętych (PRZYM-O; $r = 0,38$; $p < 0,05$) oraz przymiotnikami o aspekcie afektywnym (PRZYM-A; $r = 0,34$; $p < 0,05$) i przymiotnikami o aspekcie czuciowym (PRZYM-S; $r = 0,36$; $p < 0,05$).

Dzieci o większej wrażliwości emocjonalnej i tendencji do hipochondrii (I+) mogą opisywać ból za pomocą różnych przymiotników (PRZYM-O), wśród których częściej mogą pojawiać się przymiotniki związane z czuciowym (PRZYM-S) i afektywnym (PRZYM-A) aspektem doznawanego bólu.

2. Analiza korelacji między cechami osobowości nastolatków badanych za pomocą kwestionariusza HSPQ a zmiennymi kwestionariusza VT-PPQ – wersja A

W grupie młodzieży dokonano podobnej analizy danych jak u dzieci, niemniej jednak była ona poszerzona o te zmienne kwestionariusza bólu VT-PPQ, które uwzględnia wersja dla młodzieży. Dla zmiennych dychotomicznych zastosowano korelację dwuseryjno-punktową. Korelacje między poszczególnymi zmiennymi kwestionariusza HSPQ i zmiennymi VT-PPQ wersja A odnoszącymi się do intensywności i jakości bólu ilustruje tab. 1. W tabeli umieszczono tylko te zmienne, dla których uzyskano istotne wskaźniki psychometryczne.

Tab. 1. Korelacje między czynnikami HSPQ a zmiennymi odnoszącymi się do jakości i intensywności bólu w VT-PPQ u nastolatków z objawami bólowymi

VT-PPQ	Kwestionariusz HSPQ									
	C	D	E	F	H	I	J	Q ₄	I-E	W-N
VAS-MAX	-0,60**	0,39*			-0,50**				-0,45*	0,48**
VAS-AKT	-0,48**	0,44*						0,46*		0,52**
PRZYM-O			-0,44*	-0,37*						
PRZYM-A						0,37*				
PRZYM-E			-0,56**	-0,65**		0,40*	0,39*		-0,50**	

* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$; VAS-MAX – maksymalny ból w ostatnim tygodniu, VAS-AKT – intensywność bólu w czasie badania, PRZYM-O – ogólna liczba wybranych przymiotników, PRZYM-A – przymiotniki afektywne (*affective*), PRZYM-E – przymiotniki odnoszące się do oceny bólu, oceniające ból, ewaluatywne (*evaluative*).

W odniesieniu do subiektywnej oceny intensywności bólu maksymalnego największy wpływ mają takie cechy osobowości, jak niezrównoważenie emocjonalne (C-; $r = -0,60$; $p < 0,01$), nieśmiałość (H-; $r = -0,50$; $p < 0,01$), a mniejszy wpływ wywiera pobudliwość określana przez czynnik D+ ($r = 0,39$; $p < 0,05$). Istotność statystyczną uzyskano także dla wskaźnika niepokoju (W-N = 0,48; $p < 0,01$) oraz intro-ekstrawersji (I-E, $r = -0,45$; $p < 0,05$). Uzyskane zależności pozwalają wysunąć wniosek, że nastolatki charakteryzujące się większą chwiejnością i zmiennością nastrojów (C-), większą nieśmiałością (H-), pobudliwością (D+), introwersją (I-E-) oraz niepokojem psychicznym (W-N+) będą odczuwały ból bardziej intensywnie.

Uzyskano istotne statystycznie współczynniki korelacji między percepcją intensywności bólu w chwili badania a następującymi cechami osobowości i niezrównoważeniem emocjonalnym (C-; $r = -0,48$; $p < 0,01$), pobudliwością (D+; $r = 0,44$; $p < 0,05$) i napięciem, brakiem zdolności odprężenia się (Q₄+; $r = 0,46$; $p < 0,05$). Istotność statystyczną osiągnęły nie tylko wymienione czynniki niepokoju (C, D, Q₄), ale też ogólny wskaźnik niepokoju (W-N; $r = 0,52$; $p < 0,01$).

Można sądzić, że nastolatki o takich cechach osobowości, jak niezrównoważenie emocjonalne (C-), pobudliwość (D+), napięcie i brak umiejętności odprężenia się (Q₄+), co składa się na ogólne napięcie psychiczne (W-N),

spozstrzegają swój ból bardziej intensywnie, gdy poproszeni są o ocenę bólu w chwili badania.

Charakterystyka jakościowa bólu za pomocą przymiotników bólu (tab. 1) ujawnia istotną siłę związku między ogólną liczbą wybranych przymiotników (PRZYM-O) a czynnikami E ($r = -0,44$; $p < 0,05$), F ($r = -0,37$; $p < 0,05$), liczbą wybranych przymiotników związanych z aspektem afektywnym (PRZYM-A) a czynnikiem I ($r = 0,37$; $p < 0,05$). W odniesieniu do przymiotników określających ocenę bólu (ewaluatywnych) – współzależność z czynnikami F ($r = -0,65$; $p < 0,01$), E ($r = -0,56$; $p < 0,01$), I-E ($r = -0,50$; $p < 0,01$), I ($r = 0,40$; $p < 0,05$), J ($r = 0,39$; $p < 0,05$).

Warto tutaj podkreślić, że przeprowadzone analizy statystyczne nie ujawniły istotnych zależności między czynnikami HSPQ a liczebnością wybranych przymiotników związanych z aspektem czuciowym.

Powyższe dane pozwalają na stwierdzenie, że submisyjność (E-) oraz tendencja do obniżonego samopoczucia i przygnębienia (F-) sprzyja wybieraniu większej liczby wszystkich przymiotników (PRZYM-O). Przymiotniki odnoszące się do aspektu afektywnego (PRZYM-A) częściej były wybierane przez osoby o większej wrażliwości emocjonalnej, skłonne do hipochondrii i kierowania uwagi na doznania somatyczne (I).

Przymiotniki ewaluatywne (PRZYM-E), czyli odnoszące się do tolerancji bólu, częściej służyły badanym do opisu przeżywanego bólu, gdy przejawiali przede wszystkim takie cechy, jak tendencja do obniżonego samopoczucia (F-), submisyjność (E-), introwersja (I-E-) oraz w mniejszym stopniu wrażliwość emocjonalna i tendencja do hipochondrii (I+), neurasteniczna męczliwość (J+).

W skali badającej subiektywną ocenę wpływu bólu na różne rodzaje aktywności (tab. 2) najsilniejsza zależność występuje między napięciem psychicznym, lękiem, brakiem zdolności odprężenia się (Q_4+) a uczęszczaniem do szkoły (US; $r = 0,48$; $p < 0,01$) oraz w mniejszym stopniu niezrównoważeniem emocjonalnym (C; $r = -0,37$; $p < 0,05$).

Inne zależności występują pomiędzy kategorią ulubione zajęcia (UZ) a czynnikiem Q_4 ($r = 0,40$; $p < 0,05$), czasem spędzonym z rodziną (PZ) a czynnikiem Q_4 ($r = 0,38$; $p < 0,05$), kategorią odrabianie lekcji (OL; $r = 0,38$; $p < 0,05$) oraz kategorią czytanie (CZ; $r = 0,46$; $p < 0,05$) a czynnikiem D oraz kategorią apetyt (AP) a czynnikiem E ($r = 0,38$; $p < 0,05$).

Tab. 2. Korelacje między czynnikami HSPQ a zmiennymi w skali aktywności w kwestionariuszu VT-PPQ u nastolatków z objawami bólowymi

VT-PPQ	Kwestionariusz HSPQ				
	C	D	E	Q ₄	W-N
PZ – przebywanie z rodziną				0,38*	
AP – apetyt			0,38*		
CZ – czytanie		0,46*			
OL – odrabianie lekcji		0,38*			
US – uczęszczanie do szkoły	-0,37*			0,48**	0,41*
UZ – ulubione zajęcia				0,40*	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Przedstawione wyniki pozwalają sądzić, że wzrost napięcia psychicznego (Q4+), nie zrównoważenie emocjonalne (C-) oraz niepokój psychiczny (W-N+) mogą nasilać trudności związane z uczęszczaniem do szkoły (US). Napięcie psychiczne (Q4+) wiąże się także z nasileniem trudności w realizacji ulubionych zajęć (UZ); pobudliwość wpływa niekorzystnie zarówno na odrabianie lekcji (OL), jak i na czytanie (CZ), zwiększa agresywność (E+), towarzyszy zaburzeniom apetytu (AP).

Tab. 3. Korelacje między czynnikami HSPQ a zmiennymi w skali emocje w kwestionariuszu VT-PPQ u nastolatków z objawami bólowymi

VT-PPQ	Kwestionariusz HSPQ		
	C	O	W-N
ZM – zmęczony	-0,38*		
ZŁ – zły	-0,39*	0,42*	
SK – skłócony			0,39*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Korelacje pomiędzy liczebnością wybranych określeń związanych ze stanem emocjonalnym a cechami osobowości okazały się istotne dla kilku zmiennych (tab. 3): zmęczenia (ZM) i czynnika C ($r = -0,38$; $p < 0,05$), doświadczenia złości (ZŁ) i czynnika C ($r = -0,39$; $p < 0,05$) oraz czynnika O ($r = 0,42$; $p < 0,05$), określenia skłócony (SK) i wskaźnika niepokoju W-N ($r = 0,39$; $p < 0,05$).

Zaprezentowane zależności dotyczące przeżywania określonych stanów emocjonalnych przy doświadczaniu bólu pokazują, że osoby odczuwające w wyniku doznawanego bólu większe zmęczenie (ZM) charakteryzują się większą labilnością emocjonalną (C-); reagujący złością (ZT) cechują się również chwiejnością, zmiennością emocjonalną (C-) oraz tendencją do obwiniania siebie (O+), a odczuwający skłócenie (SK) – napięciem nerwowym (Q₄+).

3. Ocena intensywności bólu w relacji do cech osobowości z uwzględnieniem wieku badanych osób

Stwierdzenie powiązania cech osobowości z percepcją bólu w grupie dzieci i młodzieży z psychogennymi objawami bólowymi skłoniły do prześledzenia, w jakim stopniu i jakie zmienne osobowościowe mogą wyjaśnić ilościowy aspekt bólu, czyli intensywność bólu.

Zastosowano statystykę regresji wielokrotnej metodą krokową; wynik w nasileniu bólu mierzonego za pomocą skali wzrokowo-analogowej (VAS) z kwestionariusza bólu VT-PPQ określono jako zmienną zależną, natomiast czynniki testów osobowościowych CPQ i HSPQ – jako zbiór zmiennych niezależnych (Norušis, 1990). W ocenie nasilenia bólu uwzględniono aspekt czasowy.

Równanie regresyjne wykazało, że w grupie badanych dzieci istotny okazał się jeden czynnik H- (nieśmiałość), bowiem wyjaśnia 17% wariacji w nasileniu bólu ocenianego w chwili badania (tab. 4). Możemy zatem przyjąć, że intensywność doznawanego bólu zależy w pewnym stopniu od cech osobowości, choć jest niska.

Można zatem z pewnym prawdopodobieństwem powiedzieć, że dzieci ze skłonnością do nieśmiałości i niepewności siebie będą bardziej intensywnie określały nasilenie bólu w chwili badania. Gdy zmienną zależną był wynik intensywności bólu maksymalnego w ciągu ostatniego tygodnia, żadna ze

zmiennych kwestionariusza CPQ nie osiągnęła wymaganego poziomu istotności statystycznej zgodnie z założeniami regresji wielokrotnej metodą krokową.

Tab. 4. Regresja wielokrotna wyniku w skali VAS dla bólu aktualnego (VAS-AKT) względem wyników w skalach kwestionariusza CPQ

Zmienna – czynnik H

R	R ²	F	p<	B	b
0,41	0,17	6,59	0,01	-1,41	-0,41

W grupie nastolatków zmiennymi zależnymi były odpowiednio trzy pomiary na skali wzrokowo-analogowej (VAS). Analizując zmienną zależną – wynik na skali VAS dla bólu maksymalnego w ciągu ostatniego tygodnia – istotny okazał się jeden czynnik C– świadczący o tym, że 36% zmienności w zakresie nasilenia tego bólu można wyjaśnić na podstawie zmiennych osobowościowych (tab. 5). Na tej podstawie możemy przyjąć, że stopień odczuwania i oceniania bólu przez młodzież z psychogennymi objawami bólowymi w pewnym stopniu będzie zależny od chwiejności i zmienności emocjonalnej jako cechy osobowości (C–).

Tab. 5. Regresja wielokrotna wyniku w skali VAS dla bólu maksymalnego (VAS-MAX) względem wyników w skalach kwestionariusza HSPQ

Zmienna – czynnik C

R	R ²	F	p<	B	b
0,60	0,36	14,89	0,0007	-0,89	-0,60

Tab. 6. Regresja wielokrotna wyniku w skali VAS dla bólu aktualnego (VAS-AKT) względem wyników w skalach kwestionariusza HSPQ

Zmienna – czynnik W-N

R	R ²	F	p<	B	b
0,52	0,278	10,01	0,0039	0,13	0,52

W sytuacji, gdy zmienną zależną była ocena bólu w chwili badania (Ból-Akt) na skali VAS, istotność statystyczną uzyskał czynnik II-rzędowy wskaź-

nik niepokoju (W-N) (tab. 6); oznacza to, że poziom natężenia bólu w badanej grupie jest wyznaczony w pewnym stopniu ($R^2 = 0,28$) zmiennymi osobowościowymi. Można się zatem spodziewać, że wzrost napięcia i brak umiejętności odprężania się nasili natężenie bólu w chwili badania.

Przy określeniu zmiennej zależnej bólu ocenianego jako odczuwanego przeciętnie żadna ze zmiennych niezależnych (wyniki w czynnikach HSPQ) nie uzyskała wymaganego poziomu istotności.

4. Porównanie profilów osobowości dzieci i młodzieży w zależności od percepcji intensywności bólu

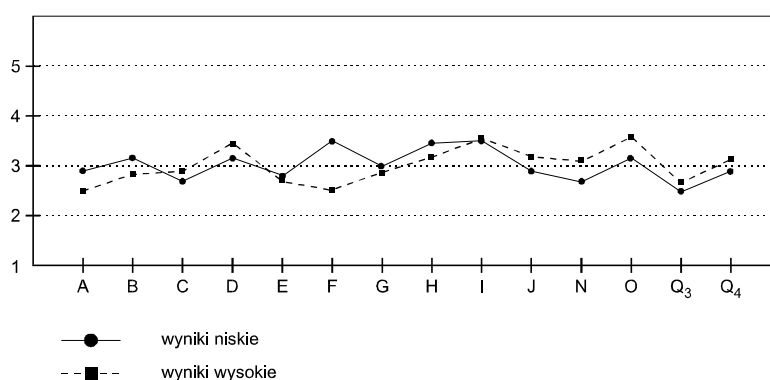
Intensywność bólu jest ważną cechą kliniczną. Ważność ta wynika z podstawowych funkcji ostrzegawczych i adaptacyjnych bólu (Kępiński, 1992; Domżał, 1983; 1996). Z jednej strony ból może być częstym bezpośrednim powodem poszukiwania pomocy medycznej, z drugiej zaś strony może być wyrazem takiego cierpienia człowieka, które nie skłania go już do zwracania się o pomoc do kogokolwiek, tak jak się to dzieje czasami w depresji. Jedy-
nym sposobem ulgi w bólu może stać się podjęcie próby samobójczej.

Z własnych obserwacji klinicznych wynika, że w odniesieniu do dzieci z psychogennymi objawami bólowymi właśnie nasilenie bólu, zwłaszcza wtedy, kiedy utrudniało funkcjonowanie szkolne dziecka, stawało się powodem zwracania się rodziców o pomoc dla dziecka.

W celu udzielenia odpowiedzi na pytanie, czy cechy osobowości dziecka wywierają wpływ na percepcję intensywności bólu, wyłoniono dwie grupy badanych, odpowiednio do wieku o niskich i wysokich wynikach w skali wzrokowo-analogowej (VAS), która posłużyła do badania intensywności bólu (wyniki niskie $\leq 3,5$ cm; wyniki wysokie $\geq 6,5$ cm) (McGrath, 1987; 1990a; 1990b; Lima, 1995; Collins i in. 1997). Następnie grupy porównano ze sobą pod względem cech osobowości mierzonych kwestionariuszem CPQ dla dzieci od 8. do 12. roku życia i kwestionariuszem HSPQ dla młodzieży od 13 do 17 lat.

Analiza rozkładu wyników otrzymanych w skali analogowo-wzrokowej (VAS) związanych z oceną intensywności bólu w chwili badania (Ból-Akt) ujawniła, że nieliczne osoby badane (troje dzieci i czworo nastolatków) zaznaczyły wartości w przedziale wyników wysokich, dlatego też zrezygnowano z obliczeń statystycznych.

W grupie dzieci porównania cech osobowości mierzonych kwestionariuszem CPQ oraz pozostałych zmiennych w kwestionariuszu bólu VT-PPQ dokonano, opierając się na niskich ($N = 7$) i wysokich ($N = 19$) wynikach w skali VAS, badającej subiektywną percepcję bólu maksymalnego w ciągu ostatniego tygodnia (rys. 1).



Rys. 1. Porównanie średnich profili w teście CPQ dla dzieci o niskich i wysokich wynikach w skali VAS

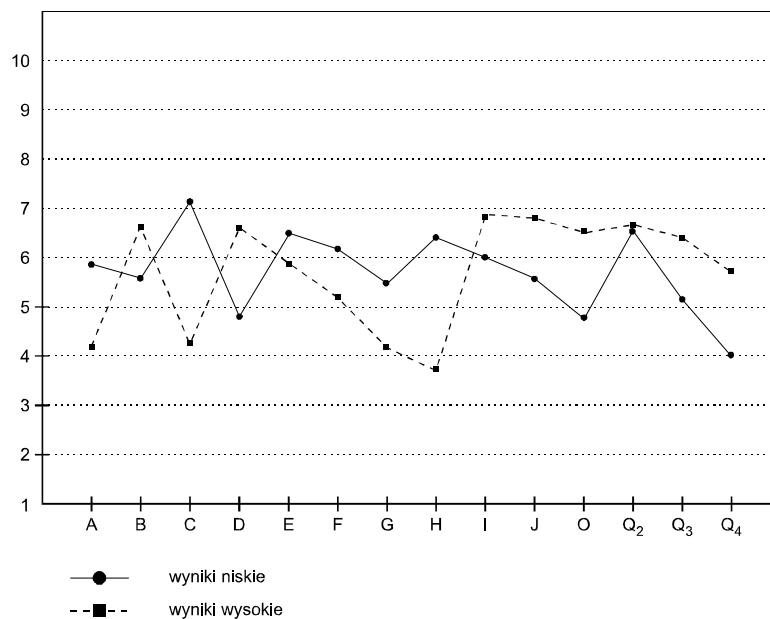
Jedyna różnica istotna statystycznie pojawiła się w czynniku II-rzędowym intro-ekstrawersja I-E ($t = 2,05$; $p < 0,05$). Oznacza to, że dzieci o cechach introwertywnych mogą doświadczać bólu bardziej intensywnie niż dzieci ze skłonnością do ekstrawersji. Warto zwrócić uwagę na średnie wartości wyników w czynnikach A, H, F tworzących II-rzędowy czynnik I-E; choć nie osiągają one wymaganego poziomu istotności, mogą mieć znaczenie z punktu widzenia klinicznego. Największe różnice dotyczą średnich wartości w czynniku F, w związku z tym można spodziewać się, że jakości, które niesie ze sobą ten czynnik, będą mieć przeważające znaczenie. Niższe średnie wartości w grupie dzieci oceniających swój ból jako bardziej nasilony wskazują, że częściej dotyczy to dzieci z tendencją do obniżonego samopoczucia i przygnębienia (F-).

W zakresie pozostałych zmiennych kwestionariusza VT-PPQ wersja C wystąpiły różnice istotne statystycznie odnoszące się do jakościowych cech przymiotników dotyczących bólu. Dotyczą one ogólnej liczby wybranych przymiotników (PRZYM-O; $t = -2,19$; $p < 0,03$) oraz przymiotników związa-

nych z aspektem czuciowym (PRZYM-S; $t = -2,06$; $p < 0,04$). Różnice między grupami sugerują, że dzieci doświadczające bólu o większym natężeniu mogą częściej posługiwać się różnymi kategoriami przymiotników w opisie swoich doznań bólowych (PRZYM-O), a wśród nich przeważają przymiotniki związane z aspektem czuciowym (PRZYM-S).

Uzyskane wyniki należy interpretować z pewną ostrożnością, ponieważ liczebność grup jest niska. Z tego względu nie poszerzono analiz statystycznych.

W zakresie badanych cech osobowości w grupie młodzieży odnotowano istotne statystycznie różnice w czynnikach: C ($t = 3,97$; $p < 0,001$), H ($t = 4,13$; $p < 0,001$), D ($t = -2,69$; $p < 0,014$), O ($t = 2,29$; $p < 0,032$) oraz w zakresie czynników II-rzędowych wskaźniku niepokoju W-N ($t = -3,03$; $p < 0,007$), intro-ekstrawersji I-E ($t = 2,44$; $p < 0,024$) (rys. 2).



Rys. 2. Porównanie średnich profilów w teście HSPQ dla nastolatków o niskich i wysokich wynikach w skali VAS

Wskazuje to, że w grupie nastolatków osoby, które spostrzegały ból jako bardziej intensywny ($N = 13$), różnią się pod względem wyżej wymienionych cech osobowości od swoich rówieśników oceniających doznawany ból jako o mniejszym natężeniu ($N = 9$). Do specyficznych cech pierwszej grupy należą: większa labilność emocjonalna (C), nieśmiałość (H), pobudliwość (D), skłonność do obwiniania siebie (O), niepokój psychiczny (W-N) oraz skłonność do introwersji (I-E).

Porównanie pomiędzy wymienionymi grupami w zakresie zmiennych kwestionariusza bólu VT-PPQ wersja A wskazuje na pewne istotne różnice, które dotyczą: ogólnej liczby wybranych przymiotników (PRZYM-O; $t = -2,49$; $p < 0,022$), przymiotników czuciowych (PRZYM-S; $t = -2,16$; $p < 0,043$) oraz afektywnych (PRZYM-A; $t = -2,09$; $p < 0,049$). Nastolatki, którzy subiektywnie oceniali nasilenie bólu jako intensywniejsze, istotnie częściej wybierali różne przymiotniki (PRZYM-O) do opisu doświadczanego bólu; przewagę miały przymiotniki łączące się z aspektem czuciowym (PRZYM-S) i afektywnym (PRZYM-A).

Podobnie jak w grupie dzieci, tak i u nastolatków liczebność osób jest niska i otrzymane wyniki należy interpretować ostrożnie.

III. DYSKUSJA WYNIKÓW BADAŃ I PODSUMOWANIE

Przeprowadzone badania pozwoliły na ustosunkowanie się do postawionego w pracy pytania. Analiza zależności między cechami osobowości a percepcją bólu ujawniła duże znaczenie rodzaju pytania o ból, co potwierdza dane z literatury w tym zakresie (por. Savedra i in. 1982).

W **grupie dzieci** stwierdzono zależność między czynnikiem H- a intensywnością doznawanych bólów w okresie przeprowadzonych badań (Ból-Akt). Oznacza to, że dzieci z psychogennymi bólami brzucha i bólami głowy, charakteryzujące się nieśmiałością i niepewnością siebie, będą odczuwać większe natężenie bólu (Ból-Akt). Statystyka regresji wielokrotnej metodą krokową ujawniła, że tylko 17% wariacji wyjaśnia wpływ czynnika H-.

W tej grupie pojawia się także zależność między czynnikiem I+ a jakościowym aspektem bólu. A zatem dzieci wrażliwe z tendencją do hipochondrii będą częściej zgłaszały dolegliwości bólowe; określenia bólu będą dotyczyły zarówno aspektu czuciowego (PRZYM-S), jak i afektywnego (PRZYM-A).

Aby odpowiedzieć na pytanie, jakie cechy osobowości wpływają na intensywność bólu, która jest jedną z najważniejszych cech klinicznych bólu,

ponieważ może informować o natężeniu procesu patologicznego, wielkości zagrożenia organizmu, cierpieniu psychicznym i może mobilizować osobę do podjęcia działań, porównano cechy osobowości w zależności od natężenia bólu (w skali VAS). Z przeprowadzonej analizy rezultatów w odniesieniu do bólu maksymalnego wynika, że dzieci o cechach introwertywnych będą doświadczały bardziej intensywnego bólu. Dokonując podsumowania w grupie dzieci można zauważyć, że uzyskane wyniki badań własnych mówią o wpływie cech osobowości na percepcję bólu i odnoszą się głównie do cech temperamentalnych (H, I-E). Zaznacza się pewna siła związku między percepcją bólu a cechą o zabarwieniu środowiskowym i kulturowym (I).

Porównując wyniki własne z publikacjami innych autorów należy podkreślić, że jest ich niewiele, a badania te odnoszą się głównie do cech temperamentalnych. Temperament był analizowany w kontekście intensywności bólu lub zaburzeń zachowania, a uzyskane wyniki są zgodne z prezentowanymi w tej pracy, choć analizowane są różne cechy temperamentu.

Schechter stwierdził zależność między intensywnością bólu i związanymi z tym zaburzeniami zachowania a adaptacyjnością (Schechter i in. 1991). Wzrost natężenia bólu i nasilenie zaburzeń zachowania były zależne od mniejszej możliwości modyfikowania reakcji w zależności od sytuacji. Liddell (1990) zwrócił uwagę, że lękliwość może być potencjalnym czynnikiem sprzyjającym powstawaniu reakcji lękowej nawet pod postacią nieproporcjonalnego lęku przed dentystą u dzieci poddanych zabiegom dentystycznym i potęgować odczuwanie bólu. Powyższe badania odnoszą się do bólu spowodowanego procedurami medycznymi.

W zakresie bólu psychogenne wyniki badań własnych można odnieść do rezultatów przedstawionych przez Lima (1995), który badał dzieci w wieku od 8 do 16 roku życia z różnymi rodzajami bólów psychogennych, gdzie badani z bólami brzucha i bólami głowy stanowili odpowiednio 38% i 44%. Autor nie uzyskał zależności między nasileniem bólu (w skali VAS) a średnimi wynikami w skalach badających nastrój, lęk jako stan i cechę, strach.

Należy podkreślić, że na uzyskany przez badacza wynik mogło mieć wpływ kilka istotnych zmiennych. Przede wszystkim mała liczebność grupy i duży przedział wieku badanych (8-16 lat), który uwzględnia różne okresy rozwojowe. Grupa jest heterogeniczna, jeśli chodzi o rodzaje bólów (oprócz wymienionych dwóch grup badania dotyczyły dzieci z bólami kończyn dolnych 6% i dzieci o różnych dolegliwościach bólowych 12%); autor nie dokonał porównań między dziećmi a nastolatkami z poszczególnymi rodzajami bólów. Zastosowana w badaniu skala wzrokowo-analogowa (VAS) łączy się

z pytaniem, które nie dookreśla czasu występowania bólu. Badany poproszony jest tylko o zaznaczenie na skali miejsca, które określa natężenia bólu (Lima, 1995, s. 297). Pytanie to może wydawać się mało trafne w odniesieniu do cech klinicznych bólów psychogennych.

Warto także zwrócić uwagę na wyniki badań Leikin i współautorów (1988), choć odnoszą się one do bólu pooperacyjnego. Według interpretacji autorów, dzieci, które mniej koncentrowały się na swoich stanach wewnętrznych rzadziej zgłaszały dolegliwości bólowe. Uzyskana w badaniach własnych zależność między wrażliwością emocjonalną (I+) a liczebnością przymiotników określających przeżywany ból również pokazuje, że kierowanie nadmiernej uwagi na funkcjonowanie organizmu może nasilać obawy oraz lęk i wtórnie potęgować doznania bólowe. Można ponadto przytoczyć badania Palermo, Drotar (1996), które choć nie odnoszą się ani do bólu psychogenego, ani też bezpośrednio do cech osobowości, pokazują, że lęk antycypowany przed zabiegiem operacyjnym wpływa na nasilenie odczuwanego bólu po operacji.

Wyniki własne, w których zarysowuje się zależność między przygnębieniem i koncentracją na własnych przeżyciach (F-) a nasileniem zgłaszanych dolegliwości bólowych, można odnieść do badań McCauley i współautorów (1991), jakkolwiek dotyczących dzieci, u których stopień nasilenia zaburzenia jest znacznie większy. Autorzy podają, że wraz z nasileniem depresji wzrastała liczba zgłaszanych skarg bólowych.

Analiza danych w **grupie nastolatków** wskazuje również na powiązania niektórych cech osobowości i percepcji bólu. W aspekcie ilościowym bólu uzyskano istotne zależności dla bólu maksymalnego (Ból-Max) oraz bólu w okresie, w którym przeprowadzono badanie (Ból-Akt). W obydwu pomiarach bólu ustalono związek z czynnikami niepokoju, a także ze wskaźnikiem niepokoju (W-N).

Dla percepcji bólu maksymalnego okazały się istotne takie cechy, jak labilność emocjonalna (C-), nieśmiałość (H-) oraz pobudliwość (D+), a dla bólu w chwili badania podobnie: labilność emocjonalna (C-), pobudliwość (D+) oraz napięcie, brak zdolności odprężania się (Q₄+).

Metoda regresji wielokrotnej wykazała istotność czynnika C- (brak stabilności emocjonalnej), który wyjaśnia 36% wariancji dla wyniku na skali VAS dla bólu maksymalnego. Natomiast dla bólu odczuwanego aktualnie czynnikiem istotnym okazał się czynnik II-rzędowy W-N+ (wskaźnik niepokoju), który z kolei wyjaśnia 28% wariancji dla analizowanego wyniku.

W odniesieniu do aspektu jakościowego bólu uzyskano następujący kierunek zależności: im większe przygnębienie (F-), większa submisja (E-), intro-

wersja (I-E-), tym badani mogą w większym stopniu zgłaszać dolegliwości bólowe. Określenia przymiotnikowe mają charakter odnoszący się do oceny bólu (PRZYM-E). U osób bardziej przygnębionych i koncentrujących się na własnych przeżyciach (F-) mogą pojawić się określenia mówiące zarówno o czuciowym, związanym z oceną, jak i afektywnym aspekcie bólu. Podobną, choć mniejszą wpółzależność uzyskano dla takich cech, jak wrażliwość emocjonalna i tendencja do hipochondrii (I+) oraz neurasteniczna męczliwość (J+). Nasilenie tych cech sprzyja częstszym skargom bólowym mówiącym o mniejszej tolerancji bólu (PRZYM-E) oraz w przypadku czynnika wrażliwość emocjonalna (I+), także związanym z określeniami afektywnymi (PRZYM-A).

W zakresie aktywności stwierdzono zależność między napięciem psychicznym, lękiem, brakiem zdolności odprężania się (Q_4+) a trudnościami w uczęszczaniu do szkoły (US) i w mniejszym stopniu na możliwości realizacji ulubionych zajęć (UZ) oraz czas spędzany z rodziną (PZ).

Trudnościom w chodzeniu do szkoły (US) sprzyja nie zrównoważenie emocjonalne (C-) i niepokój (W-N+). Pobudliwość (D+) może powodować trudności w odrabianiu lekcji (OL) i czytaniu (CZ).

Metoda korelacyjna ujawniła związek między funkcjonowaniem psychologicznym nastolatków a niezaspokojeniem potrzeb fizjologicznych. Nasilenie agresji (E+) można traktować jako reakcję na frustrację u tych nastolatków, które wiązały nasilenie bólu z zaburzeniami apetytu (w wywiadzie najczęściej pojawiała się zmniejszenie apetytu i trudności w przyjmowaniu pokarmów).

W odniesieniu do samopoczucia badanych osób i spostrzegania przez nich własnych emocji pojawiły się następujące tendencje: osoby charakteryzujące się chwiejnością i zmiennością emocjonalną (C-) wiązały nasilenie bólu przy odczuwaniu zmęczenia (ZM) oraz złości (ZŁ). Na odczuwanie złości wpływa także tendencja do obwiniania siebie (O+). Niepokój psychiczny (W-N+) pojawiał się u tych nastolatków, które określały siebie, że są skłócone (SK).

Podobnie jak u dzieci, tak i u młodzieży, aby móc odpowiedzieć na pytanie, czy spostrzeganie natężenia bólu jako jednej z najważniejszych cech klinicznych bólu wiąże się z cechami osobowości, porównano nastolatków w zakresie niskich i wysokich wyników w skali VAS. Badani, którzy oceniali ból o dużym natężeniu w porównaniu z rówieśnikami spostrzegającymi swój ból o małym natężeniu, charakteryzują się: większą labilnością emocjonalną (C), nieśmiałością (H), pobudliwością (D), skłonnością do obwiniania siebie (O), większym niepokojem (W-N) oraz introwersją (I-E). Osoby te jednocześnie

nie zgłaszały więcej skarg bólowych (PRZYM-O) związanych z aspektem czuciowym (PRZYM-S) i afektywnym (PRZYM-A).

Podsumowując analizę otrzymanych wyników badań w grupie nastolatków należy stwierdzić, że niektóre cechy osobowości mają wpływ na percepcję bólu; są to głównie cechy odnoszące się do aktualnego stanu emocjonalnego i wiążą się z czynnikami niepokoju (C, D, O, Q₄), składającymi się na wskaźnik niepokoju (W-N), oraz niepewnością siebie (H). Podwyższony współczynnik niepokoju mówi o tendencji do nieprzystosowania. Nasilenie tego wskaźnika można traktować jako pewnego rodzaju miarę nieprzystosowania, które wpływa na funkcjonowanie nastolatków (US, OL, CZ). Okazało się, że bardzo ważny jest rodzaj pytania o ból (por. Sevedra i in. 1982).

Odnosząc się do badań innych autorów, choć wiążą się one z innym rodzajem bólu, warto podkreślić, że Gillies i współautorzy (1999) w przeprowadzonych badaniach w grupie nastolatków (w wieku 12-20 lat) z ostrym bólem pooperacyjnym stwierdzili, że ci spośród nich, którzy uzyskali wyższe wyniki w skalach badających lęk i depresję, zaznaczali większe nasilenie doznawanego bólu. Podobne zależności zaobserwowali Varni i współautorzy (1996) w badaniach dzieci i nastolatków (w wieku 5-16 lat) z chorobami reumatycznymi; pacjenci, którzy odczuwali większe natężenie bólu uzyskali wyższe wyniki w skalach badających depresję i lęk jako stan i cecha. A zatem niezależnie od rodzaju bólu, można zauważyć związek między percepcją bólu a stanem emocjonalnym.

Uwzględniając wiek badanych można stwierdzić, że wystąpiły różnice zarówno ilościowe, jak i jakościowe w zakresie udziału cech osobowości w percepcji bólu.

W grupie dzieci młodszych z psychogennymi bólami brzucha i głowy cechy osobowości wywierają w niewielkim stopniu wpływ na percepcję bólu, wiążą się przede wszystkim z cechami temperamentalnymi (H-, I-E-). U nastolatków z omawianym rodzajem zaburzeń badania własne ujawniły większą zależność między cechami osobowości a percepcją bólu. Dotyczyło to cech temperamentalnych (H-, I-E-), środowiskowych (I+, J+), a także odnoszących się do aktualnego stanu emocjonalnego (C-, O+, Q₄+, W-N+) oraz takich czynników, w których stwierdza się zarówno udział temperamentu, jak i środowiska (D+, F-). Różnice te można wiązać z rozumieniem cech osobowości w wieku rozwojowym jako będące w trakcie kształtowania (por. Chłopkiewicz, 1987). Czynniki temperamentalne należałoby zatem traktować jako pewne predyspozycje i czynnik ryzyka zgodnie z sugestią Careya (por. Strelau, 1996).

U nastolatków wśród cech osobowości, które odnoszą się do aktualnego stanu psychicznego wpływającego na percepcję bólu, dużą rolę odgrywa labilność emocjonalna (C-). Nasilenie tego czynnika w okresie dorastania może wiązać się z zaburzeniami emocjonalnymi, ale także ze specyfiką okresu rozwojowego, w którym zmiany biologiczne, a w tym labilność hormonalna, przyczyniają się do nadmiernej pobudliwości, zmienności nastrojów (Szewczyk, 1996). Sama specyfika emocjonalna i hormonalna tego okresu rozwojowego może być źródłem lęku (Szewczyk, 1993).

W obydwu grupach pojawia się zależność między wrażliwością emocjonalną i tendencją do hipochondrii (I⁺) a liczbą zgłaszanych dolegliwości bólowych.

Cechy osobowości, które okazały się istotne dla percepcji bólu, mogą wtórnie nasilać objawy bólowe zarówno u dzieci, jak i nastolatków. Spośród cech wspólnych można wymienić większą wrażliwość i tendencję do kierowania uwagi na funkcjonowanie własnego organizmu (I⁺) oraz tendencję do introspekcji (I-E⁺, H⁻). W grupie nastolatków także inne cechy nasilają te skłonności: tendencja do zamartwiania się (O⁺), koncentrowania się na własnych przeżyciach i przygnębienie (F⁻).

Pomimo że wyniki przeprowadzonych badań należy interpretować w niektórych aspektach z pewną ostrożnością, to jednak wskazują one na zależność percepcji bólu od niektórych predyspozycji osobowościowych.

IV. WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonych własnych badań empirycznych można wysunąć następujące wnioski:

1. Wydaje się, że cechy osobowości są jednym z czynników modyfikujących percepcję bólu; u dzieci współzależności dotyczą takich cech, jak większa nieśmiałość (H-), wrażliwość emocjonalna i tendencja do nadmiernego kierowania uwagi na własne przeżycia (I+) oraz introwersja (I-E-); w grupie nastolatków największe znaczenie mają następujące cechy osobowości: labilność emocjonalna (C-), nieśmiałość (H-), pobudliwość (D+), napięcie i brak umiejętności odprężania się (Q₄+), wrażliwość emocjonalna i tendencja do nadmiernego kierowania uwagi na własne przeżycia (I+), tendencja do obniżonego samopoczucia i przygnębienia (F-), większa submisja (E-), introwersja (I-E-), niepokój psychiczny (W-N+).

2. Stwierdzono większe zależności między cechami osobowości a percepcją bólu u nastolatków niż u dzieci młodszych.

BIBLIOGRAFIA

- Benestad B., Vinje O., Veierød M. B., Vandvik I. H. (1996). Quantitative and qualitative assessments of pain in children with juvenile chronic arthritis based on the Norwegian Version of the Pediatric Pain Questionnaire. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 25, 293-299.
- Bishop G. D. (2000). *Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało*. Wrocław: Wydawnictwo Astrum.
- Cattell R. B. (1970). *14-czynnikowy Kwestionariusz Osobowości dla Młodzieży od 13-17 r. ż.* Tłum. z jęz. ang. J. Kiedrowski. Lublin: KUL (mps).
- Chłopkiewicz M. (1987). *Osobowość dzieci i młodzieży. Rozwój i patologia*. Warszawa: WSiP.
- Collins S. L., Moore R. A., Mc Quay H. J. (1997). The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in millimetres? *Pain*, 72, 95-97.
- Dobrogowski J., Kuś M. (1996). Patofizjologia bólu. W: J. Dobrogowski, M. Kuś, K. Sedlak, J. Wordliczek (red.), *Ból i jego leczenie*. Warszawa: Springer-PWN, s. 20-33.
- Dobrogowski J., Sedlak K. (1996). Ocena kliniczna chorego z przewlekłym bólem. W: J. Dobrogowski, M. Kuś, K. Sedlak, J. Wordliczek (red.), *Ból i jego leczenie*. Warszawa: Springer-PWN, s. 46-58.
- Domżał T. M. (1983). *Ból*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Domżał T. M. (red.) (1996). *Ból – podstawowy objaw w medycynie*. Warszawa: PZWL.
- Gillies M. L., Smith L. N., Parry-Jones W. L. (1999). Postoperative pain assessment and management in adolescents. *Pain*, 79, 207-215.
- Gracley R. H. (1994). Studies of pain in normal man. W: P. P. Wall, R. Melzack (red.), *Textbook of pain*. Edinburgh: Churchill Livingstone, s. 315-336.
- Horn S., Munafó M. (1997). *Pain: theory, research and intervention*. Buckingham: Open University Press.
- Kępiński A. (1992). *Lęk*. Warszawa: Sagittarius.
- Kostrzewski J. (1964). Czynnikiowe kwestionariusze R. B. Cattella do badania osobowości dzieci i ich wartość diagnostyczna. *Roczniki Filozoficzne*, 12, 4, 59-79.
- Kostrzewski J. (1967). Rzetelność i trafność polskiego przekładu 14-czynnikowego kwestionariusza do badania osobowości dzieci 8- 12-letnich. *Roczniki Filozoficzne*, 15, 4, 57-70.
- Leikin L., Firestone P., McGrath P. J. (1988). Physical symptom reporting in type A and type B children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 721-726.
- Liddell A. (1990). Personality characteristics versus medical and dental experience of dentally anxious children. *Journal of Behavioral Medicine*, 13, 183-194.
- Lima D. (1995). *A clinical study of psychogenic pain in children*. London: London University.
- Łazowski J. (1989). Psychologiczne aspekty patogenezy bólu. *Przegląd Lekarski*, 46, 4, 415-419.

- McCauley E., Carlson G. A., Calderon R. (1991). The role of somatic complaints in the diagnosis of depression in children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 4, 631-635.
- McGrath P. A. (1987). An assessment of children's pain: a review of behavioral, physiological and direct scaling techniques. *Pain*, 31, 147-176.
- McGrath P. A. (1990a). *Pain in children: nature, assessment and treatment*. New York: Guilford Publications.
- McGrath P. A. (1990b). Pain assessment in children – a practical approach. W: D. C. Tyler, E. J. Krane (red.), *Advances in pain research and therapy*, vol. 15. New York: Raven Press, s. 5-29.
- McGrath P. A. (1993). Psychological aspects of pain perception. W: N. L. Schechter, C. B. Berde, M. Yaster (red.), *Pain in infants, children and adolescents*. Baltimore: Williams & Wilkins, s. 39-63.
- McGrath P. A. (1994). Psychological aspects of pain perception. *Archives of Oral Biology*, 39, suppl., 558-628.
- Melzack R. (1975). The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*, 1, 277-299.
- Melzack R. (1986). Neurophysiological foundations of pain. W: R. A. Sternbach (red.), *The psychology of pain*. New York: Raven Press, s. 1-24.
- Melzack R., Wall P. D. (1996). *The challenge of pain*. London: Penguin Books.
- Merskey H. (1978). Pain and personality. W: R. A. Sternbach (red.), *The psychology of pain*. New York: Raven Press, s. 111-127.
- Merskey H. (1987). Pain, personality and psychosomatic complaints. W: G. D. Burrows, D. Elton, G. V. Stanley (red.), *Handbook of chronic pain management*. Amsterdam: Elsevier Science Publishers, s. 137-146.
- Merskey H. (1991). The definition of pain. *European Journal of Psychiatry*, 6, 153-159.
- Norušis M. J. (1990). *SPSS/PC+ statistics 4.0*. Chicago: SPSS inc.
- Palermo T. M., Drotar D. (1996). Prediction of children's postoperative pain: the role of presurgical expectations and anticipatory emotions. *Journal of Pediatric Psychology*, 21, 5, 683-698.
- Plużek Z. (1994). Szesnastoczynnikowy kwestionariusz R. B. Cattella. Lublin: KUL (mps).
- Porter R. D., Cattell R. B. (1964). *14-czynnikowy Kwestionariusz Osobowości dla Dzieci od 8-12 r. ż.* Tłum. z jęz. ang. J. Kostrzewski. Lublin: KUL (mps).
- Saint-Maurice C., Muller A., Meynadier J. (1998). *Ból. Diagnostyka, leczenie i prewencja*. Tłum. B. Delorme. Bydgoszcz: Gebethner i Ska.
- Sandrin L. (2000). *Wobec cierpienia. Zrozumieć, przyjąć, wytłumaczyć cierpienie*. Kielce: Wydawnictwo Jedność.
- Savedra M., Gibbons P., Tesler M., Ward J., Wegner C. (1982). How do children describe pain? A tentative assessment. *Pain*, 14, 95-104.
- Schechter N. L., Bernstein B. A., Aeck A., Hart L., Scherzer L. (1991). Individual differences in children's response to pain: role of temperament and parental characteristics, *Pediatrics*, 87, 171-177.
- Skevington S. M. (1996). *Psychology of pain*. Chichester: John Wiley & Sons.

- Strelau J. (1996). Temperament a stres: temperament jako czynnik modelujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczyk (red.), *Człowiek w sytuacji stresu*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, s. 88-132.
- Szewczyk L. (1993). Lęk a okresy rozwojowe dziecka. W: W. Tłokiński (red.), *Lęk. Różnorodność przeżywania*. Warszawa: Ośrodek Wydawniczy Zamku Królewskiego APX REGIA, s. 72-75.
- Szewczyk L. (1996). Nieprawidłowości rozwoju emocjonalnego w relacji do okresów rozwojowych dziecka. W: E. Januszewska (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej dzieci i młodzieży*. Lublin: TN KUL, s. 9-14.
- Szymoń J. (1998). Specyfika przeżycia religijnego. *Roczniki Psychologiczne*, 1, 167-180.
- Varni J. W. (1995). Pediatric pain: decade of biobehavioral perspective. *The Behavior Therapist*, 18, 4, 65-70.
- Varni J. W., Rapoff M. A., Waldron S. A., Gragg R. A., Bernstein B. H., Lindsley C. B. (1996). Chronic pain and emotional distress in children and adolescents. *Developmental and Behavioral Pediatrics* 17, 3, 154-161
- Varni J. W., Thompson K. L. (1985). *The Varni/Thompson Pediatric Pain Questionnaire* (mps).
- Varni J. W., Thompson K. L., Hanson V. (1987). The Varni/Thompson Pediatric Pain Questionnaire. I. Chronic musculoskeletal pain in juvenile rheumatoid arthritis. *Pain*, 28, 27-38.
- Werka T. (1997). Stres i ból. W: T. Górska, A. Grabowska, J. Zagrodzka (red.), *Mózg a zachowanie*. Warszawa: PWN, s. 252-268.
- Zaleska B. (1996). Metody badania bólu. W: T. M. Domżał (red.), *Ból podstawowy objaw w medycynie*. Warszawa: PZWL, s. 66-77.

PERSONALITY TRAITS AND PAIN PERCEPTION IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ABDOMINAL PAIN AND HEADACHE

S u m m a r y

The purpose of the study was to find out what is the relationship between pain perception and personality traits in a group of children (N = 34, age M = 10,49; SD = 1,33) and adolescents (N = 28, age M = 14,26; SD = 1,18) with abdominal pain and headache of psychogenic origin.

Three methods were applied according to the age of examined subjects: CPQ, HSPQ and VT-PPQ versions A, C. The obtained results indicate that this relationship mainly refers to certain temperamental traits and emotional state. This relationship manifests itself in adolescents more than in children.