

Uniwersytet Gdański
Wydział Nauk Społecznych

Monika Joanna Sawicka

**Przekonania na temat emocji i unikanie doświadczania
a zdrowie psychiczne osób z przewlekłym bólem**

*Beliefs about emotions, experiential avoidance and the mental health of individuals
experiencing chronic pain*

Rozprawa doktorska przygotowana pod kierunkiem

prof. dr hab. Marioli Bidzan

dr hab. Łucji Bieleninik, prof. UG

Gdańsk, 2023

Spis treści

STRESZCZENIE	5
ABSTRACT	6
WSTĘP	7
1. BÓL I JEGO KONCEPCJE	11
1.1 OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA I TYPOLOGIA BÓLU.....	11
1.2 SPOŁECZNO-EKONOMICZNE KONSEKWENCJE BÓLU PRZEWLEKŁEGO	15
1.3 ZDROWIE PSYCHICZNE OSÓB DOŚWIADCZAJĄCYCH BÓLU PRZEWLEKŁEGO.....	17
1.4 CHOROBY REUMATYCZNE JAKO PRZYKŁAD CHORÓB Z BÓLEM PRZEWLEKŁYM.....	20
1.5 PSYCHOLOGICZNE KONCEPCJE BÓLU PRZEWLEKŁEGO.....	22
1.5.1 <i>Model biopsychospołeczny</i>	22
1.5.2 <i>Model lękowego unikania w przebiegu przewlekłego bólu</i>	24
1.5.3 <i>Model poznawczy</i>	26
1.5.4 <i>Model stres – ocena poznawcza – radzenie sobie</i>	27
1.5.5 <i>Podsumowanie modeli i implikacje dla dalszych rozważań</i>	29
2. PRZEKONANIA NA TEMAT EMOCJI I ICH KONSEKWENCJE	31
2.1 EMOCJE I ICH REGULACJA	31
2.2 PRZEKONANIA NA TEMAT EMOCJI.....	33
2.2.1 <i>Przekonania na temat emocji jako konstrukt transdiagnostyczny</i>	37
2.3 CZYNNIKI POŚREDNICZĄCE W ZWIĄZKU PRZEKONAŃ O EMOCJACH ZE ZDROWIEM.....	39
3. METODA BADAŃ WŁASNYCH	43
3.1 CEL BADANIA I MOTYWACJA	43
3.2 PROJEKT BADAŃ WŁASNYCH	44
3.2.1 <i>Model pogładowy</i>	44
3.2.2 <i>Pytania i hipotezy badawcze</i>	46
3.3 POTENCJALNE CZYNNIKI ZAKŁÓCAJĄCE I SPOSOBY ZAPOBIEGANIA	49
3.4 BADANE PRÓBY I PROCEDURA	50
3.5 ZMIENNE I ICH OPERACJONALIZACJA	53
3.5.1 <i>Ból</i>	53
3.5.2 <i>Parametry zdrowia psychicznego</i>	54
3.5.3 <i>Przekonania na temat emocji</i>	55
3.5.4 <i>Unikanie doświadczania</i>	56
3.6 STRATEGIA ANALITYCZNA.....	58
4. WYNIKI	61
4.1 STRUKTURA BADANYCH GRUP.....	61
4.2 BADANIE WSTĘPNE – TRAFNOŚĆ SKALI BES	62
4.3 ZWIĄZEK BÓLU ZE ZDROWIEM PSYCHICZNYM	65
4.3.1 <i>Weryfikacja zależności między nasileniem bólu i parametrami zdrowia psychicznego</i>	65
4.3.2 <i>Porównanie parametrów zdrowia psychicznego i przekonań o emocjach w próbie klinicznej i nieklinicznej</i>	70
4.4 UNIKANIE DOŚWIADCZANIA JAKO CZYNNIK POŚREDNICZĄCY MIĘDZY NEGATYWNYMI PRZEKONANIAM I NA TEMAT EMOCJI A ZDROWIEM PSYCHICZNYM	74
4.5 ZWIĄZEK UNIKANIA DOŚWIADCZANIA I ZDROWIA PSYCHICZNEGO W CZASIE.....	77
5. DYSKUSJA	85
5.1 OMÓWIENIE WYNIKÓW W KONTEKŚCIE HIPOTEZ BADAWCZYCH	85
5.1.1 <i>Właściwości psychometryczne Skali Przekonań o Emocjach (BES-PL)</i>	85
5.1.2 <i>Ocena zależności nasilenia bólu i funkcjonowania psychicznego</i>	88
5.1.3 <i>Weryfikacja modelu czynników pośredniczących w relacji przekonań o emocjach i zdrowia psychicznego w grupach klinicznej i nieklinicznej</i>	94
5.1.4 <i>Ocena zależności unikania doświadczania i zdrowia psychicznego w ujęciu podłużnym w grupie klinicznej</i>	100
5.2 MOCNE STRONY BADANIA I OGRANICZENIA	101

5.2.1	<i>Mocne strony badania</i>	102
5.2.2	<i>Ograniczenia badania</i>	104
5.3	PODSUMOWANIE.....	106
6.	BIBLIOGRAFIA	111
	SPIS TABEL	133
	SPIS RYSUNKÓW	135
	MATERIAŁY DODATKOWE	137
	ARKUSZ SKALI PRZEKONAŃ O EMOCJACH BES-PL	145
	ZGODA KOMISJI ETYKI	147

Streszczenie

Celem niniejszego projektu była weryfikacja założeń o związkach negatywnych przekonań na temat emocji z nasileniem depresji, lęku i stresu oraz o pośredniczącym charakterze unikania doświadczania w tych relacjach. Badania przeprowadzono na grupach nieklinicznej i klinicznej osób doświadczających przewlekłego bólu. W grupie klinicznej weryfikowałam również zależności unikania doświadczania z nasileniem depresji, lęku i stresu w modelu podłużnym. Z powodu braku odpowiednich narzędzi psychometrycznych do pomiaru negatywnych przekonań na temat emocji, w pierwszej kolejności dokonałam polskiej adaptacji Skali Przekonań o Emocjach (BES-PL). Jedynie część hipotez badawczych została potwierdzona. Po odpowiednich modyfikacjach odtworzyła się oryginalnie jednoczynnikowa struktura BES-PL, uzyskując zadowalającą trafność i rzetelność. Ból był pozytywnie związany z depresją, lękiem i stresem, ale osoby z grupy klinicznej wykazały mniejsze nasilenie negatywnych przekonań o emocjach niż osoby z grupy ogólnej. Tylko w populacji nieklinicznej unikanie doświadczania okazało się istotnym mediatorem związku przekonań o emocjach z nasileniem depresji, lęku i stresu, ale ujmując jego wieloczynnikową strukturę, tylko dla części podwymiarów. Jedynie czynnik wyparcie/zaprzeczenie stanowił istotny mediator dla tego związku w grupie klinicznej. Badanie podłużne również nie przyniosło spodziewanych rezultatów, ale ze względu na małą odpowiedź na drugi pomiar, wyciąganie wniosków ilościowych jest niewskazane. Uzyskane wyniki sugerują, by przekonania na temat emocji oraz unikanie doświadczania traktować jako czynniki transdiagnostyczne. Przyszłe badania powinny odbywać się na zróżnicowanych populacjach ogólnych i klinicznych oraz koncentrować się na dalszej weryfikacji roli wyparcia i zaprzeczenia w relacji przekonań o emocjach ze zdrowiem psychicznym u pacjentów z przewlekłym bólem.

Słowa kluczowe: ból przewlekły; przekonania o emocjach; unikanie doświadczania; zdrowie psychiczne

Abstract

The aim of this project was to verify assumptions about the relationship of negative beliefs about emotions with the intensity of depression, anxiety, and stress, as well as the mediating role of experiential avoidance in these relationships. The study was conducted on non-clinical group and clinical, experiencing chronic pain. In the clinical group, the relationships between experiential avoidance and the intensity of depression, anxiety, and stress were also examined in a longitudinal model. Due to the lack of appropriate psychometric tools to measure negative beliefs about emotions, the Polish adaptation of the Beliefs about Emotions Scale (BES-PL) was carried out initially. Only some of the research hypotheses were confirmed. After appropriate modifications, the originally unifactorial structure of the BES-PL was replicated, achieving satisfactory validity and reliability. Pain was positively associated with depression, anxiety, and stress, but individuals in the clinical group showed less intensity of negative beliefs about emotions than those in the general group. Only in the non-clinical population, experiential avoidance was found to be a significant mediator in the relationship between beliefs about emotions and the intensity of depression, anxiety, and stress, but only for some sub-dimensions. Only the factor of repression/denial served as a significant mediator for this relationship in the clinical group. The longitudinal study also did not yield the expected results, but due to the low response rate for the second measurement, drawing quantitative conclusions is not recommended. The obtained results suggest that beliefs about emotions and experiential avoidance should be considered as transdiagnostic factors. Future studies should be conducted on diverse general and clinical populations and focus on further verifying the role of repression and denial in the relationship between these beliefs and mental health in patients with chronic pain.

Keywords: chronic pain; beliefs about emotions; experiential avoidance; mental health

Wstęp

Niniejsza praca ma na celu przedstawienie zbadanych przeze mnie zależności między przekonaniami na temat emocji i unikaniem doświadczania a wybranymi parametrami zdrowia psychicznego w populacji ogólnej i klinicznej osób chorujących reumatologicznie doświadczających bólu przewlekłego. Chroniczny ból jest rosnącym problemem nie tylko jednostkowym, ale również ogólnospołecznym, ze względu na koszty leczenia i te związane z absencją w pracy. Jako objaw, występuje u pacjentów z różnych grup klinicznych, ale obecny jest również w całej populacji, powodując znaczne cierpienie. Współcześnie zrezygnowano z ujmowania go prosto jako doświadczenia proporcjonalnego do uszkodzenia tkanki, a wskazuje się raczej na istotną rolę czynników psychologicznych w subiektywnym odczuciu bólu i postrzeganiu jego konsekwencji.

W związku z tym, po zapoznaniu się z różnymi definicjami, typologiami i psychologicznymi koncepcjami bólu, których omówienie i podsumowanie stanowią pierwszą część pracy, postanowiłam skupić się na poszukiwaniu takich czynników psychologicznych, które wykazują obiecujące związki z problemami w funkcjonowaniu osób z chronicznym bólem, a ich geneza oraz metody leczenia odnoszą się do terapeutycznych podejść o naukowo udowodnionej skuteczności, co ma na celu zwiększenie aplikacyjności projektu. Dodatkowo moim celem było, aby czynniki te miały charakter transdiagnostyczny, to znaczy nieograniczony do pojedynczego rozpoznania i by były obserwowalne również w populacji ogólnej, co potencjalnie mogłoby przysłużyć się projektowaniu działań profilaktycznych nakierowanych na ból i jego konsekwencje. Posługując się tym kluczem oraz ogólnymi modelami psychologicznymi bólu przewlekłego, swoją pracę postanowiłam poświęcić zagadnieniu przekonań na temat emocji, a dokładnie o ich nieakceptowalności w odczuwaniu i ekspresji oraz ich konsekwencji w postaci unikania doświadczania. W drugim rozdziale pracy omawiam te konstrukty w szerszym kontekście procesu regulacji emocji, przedstawiam genezę

i konceptualizację przekonań na temat emocji na gruncie poznawczo-behawioralnym oraz uzasadniam, dlaczego możemy ujmować je w kategoriach transdiagnostycznych.

W kolejnym rozdziale, odnoszącym się do przyjętej strategii metodologicznej, w pierwszej kolejności motywuję podjęcie zagadnień oraz omawiam projekt badań własnych. Jako graficzne podsumowanie literatury przedmiotu, prezentuję opracowany przeze mnie model poglądowy i dalej bazując na nim, przedstawiam pytania i hipotezy badawcze odnoszące się do grup klinicznych i nieklinicznych. Zakładam wówczas, że a) nasilenie bólu związane jest pozytywnie z negatywnymi przekonaniami na temat emocji oraz wybranymi parametrami zdrowia psychicznego, a osoby z chronicznym bólem mają bardziej nasilone te przekonania oraz depresję, lęk i stres; b) unikanie doświadczania pełni rolę pośredniczącą w relacji przekonań na temat emocji ze zdrowiem psychicznym zarówno w grupie ogólnej jak i klinicznej; c) unikanie doświadczania powiązane jest ze zdrowiem psychicznym w ujęciu podłużnym u pacjentów z przewlekłym bólem. Przed rozpoczęciem właściwych analiz dokonuję oceny parametrów psychometrycznych zaadaptowanej przeze mnie skali do badania przekonań o emocjach (BES-PL), gdyż w polskiej przestrzeni badawczej brakuje rzetelnych narzędzi do ich oceny.

Tylko część hipotez została potwierdzona w badanych przeze mnie próbach. Skala BES-PL uzyskała satysfakcjonujące współczynniki rzetelności oraz trafności mierzonej poprzez związki z kryteriami zewnętrznymi. Z pewnymi modyfikacjami odtworzyła się również jej oryginalnie jednoczynnikowa struktura. Ból był pozytywnie związany z parametrami zdrowia psychicznego, tj. depresją, lękiem i stresem, ale co najbardziej zaskakujące, osoby z grupy klinicznej wykazały mniejsze nasilenie negatywnych przekonań o emocjach niż osoby z grupy ogólnej. Tylko w populacji nieklinicznej unikanie doświadczania okazało się istotnym mediatorem związku przekonań o emocjach z nasileniem depresji, lęku i stresu, ale ujmując wieloczynnikową strukturę unikania doświadczania, tylko dla części podwymiarów. Jedynie

czynnik wyparcie/zaprzeczenie stanowił istotny mediator dla tego związku z w grupie klinicznej. Badanie podłużne w grupie osób z bólem przewlekłym również nie przyniosło spodziewanych rezultatów, natomiast ze względu na bardzo małą odpowiedź na drugi pomiar, nieuzasadnionym jest wyciąganie wniosków ilościowych.

Wszystkie rezultaty omówione zostały w ostatnim rozdziale pracy, z uwzględnieniem potencjalnych osobowych i kontekstualnych czynników zakłócających, jak również alternatywnych wyjaśnień. Wskazano na mocne i słabe strony projektu, sugerowane kierunki dalszych badań oraz implikacje teoretyczne i praktyczne uzyskanych wyników.

1. Ból i jego koncepcje

Celem niniejszego rozdziału jest wprowadzenie w zagadnienia teoretyczne związane z tematem pracy. Na początku przedstawiłam definicje bólu, wraz z jego typologią oraz konsekwencjami społeczno-gospodarczymi i psychologicznymi. Następnie uzasadniłam wybór pacjentów z chorobami reumatologicznymi jako reprezentantów grupy klinicznej w projekcie badawczym. W dalszej części rozdziału przedstawiłam psychologiczne koncepcje bólu przewlekłego.

1.1 Ogólna charakterystyka i typologia bólu

W ostatnich latach definicja bólu ulegała zmianie i stale podlega dyskusji, z racji rosnącej ilości informacji pozyskanej na drodze badań naukowych. International Association for the Study of Pain (Międzynarodowe Stowarzyszenie Badań nad Bólem, IASP) jest głównym organem, którego koncepcja bólu jest szeroko akceptowana i używana na świecie, zarówno w środowiskach naukowych jak i praktycznych oraz przyjęta została przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). Według ich najnowszej definicji, ból to nieprzyjemne doznanie sensoryczne i emocjonalne, związane z faktycznym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanki, lub podobne do tego, które jest z nim związane (Raja i in., 2020). Obecnie podejście do definiowania, badania i leczenia bólu ma charakter zdecydowanie interdyscyplinarny, co odzwierciedla również definicja zaproponowana przez Williams i Craig'a (2016), mianowicie, że ból jest przykrym doznaniem, związanym z faktycznym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek, uwzględniającym komponenty sensoryczne, emocjonalne, poznawcze i społeczne.

Istnieje wiele klasyfikacji bólu, jednak w niniejszym rozdziale przedstawione zostaną tylko te najbardziej powszechne, które jednocześnie mają największe odniesienie do tematu pracy.

W kontekście źródła bólu rozróżniamy dwie główne kategorie, to jest a) ból nocyceptywny, inaczej zwany receptorowym, który dalej dzieli się na ból somatyczny i trzewny

oraz b) ból neuropatyczny, niereceptorowy (Otis, 2007). Biorąc pod uwagę pierwszy typ bólu receptorowego, czyli ból somatyczny, to wywołany jest on podrażnieniem receptorów na powierzchni ciała, zarówno tkanek skórnych (powierzchniowy, opisywany jako pieczenie lub kłucie) jak i tkanki mięśniowo-szkieletowej (głęboki, opisywany jako tępy lub ćmiący) (Otis, 2007). Pacjenci zwykle potrafią dokładnie wskazać jego umiejscowienie, a pojawia się w wyniku bezpośredniego uszkodzenia tkanek, wliczając w to rany pooperacyjne. Drugi typ bólu receptorowego, czyli trzewny, powstaje w wyniku penetracji lub ucisku narządów wewnętrznych (Otis, 2007). Pacjenci mogą mieć trudność w jego lokalizacji ze względu na „promieniujący” charakter, to znaczy pojawiający się w miejscu oddalonym od swego źródła, zwykle opisywany jako skurcz lub ucisk. Jego przyczyną mogą być choroby, w tym nowotworowe, jak również złamania kości czy wzdęcia. Drugi rodzaj bólu, czyli ból neuropatyczny wynika z uszkodzenia nerwów przewodzących informacje bólowe. Doznaniowo różni się od bólu receptorowego, gdyż opisywany jest przez pacjentów jako palący, przeszywający, kłujący i elektryzujący. Ma charakter promieniujący wzdłuż kręgosłupa do kończyn górnych i dolnych. Standardowe leki przeciwbólowe stosowane przy bólu receptorowym są zwykle nieskuteczne w jego uśmierzaniu, stosuje się raczej zastrzyki czasowo blokujące nerwy lub oddziaływania manualne. Przykładem tego rodzaju bólu może być ból fantomowy czy neuropatie po chemioterapii, cukrzycowe lub alkoholowe (Colloca i in., 2017).

W zależności od funkcji bólu wyróżniamy ten sprzyjający adaptacji i niesprzyjający adaptacji (Woolf, 2010). Po pierwsze, ból jest fizjologicznym systemem ochronnym wczesnego ostrzegania, niezbędnym do wykrywania i minimalizowania kontaktu z bodźcami szkodliwymi. Jest to ból receptorowy wysokoprogowy, który aktywuje się w obecności intensywnych bodźców. Pojawia się przykładowo, gdy dotykamy czegoś ostrego lub gorącego. Wyewoluował ze zdolności nawet najbardziej prymitywnych układów nerwowych do sygnalizowania zbliżającego się lub rzeczywistego uszkodzenia tkanki pod wpływem bodźców

środowiskowych. Jego pojawienie się uruchamia program działania polegający na natychmiastowym wycofaniu (uniknięciu bólu) (Woolf, 2010).

Ból występujący po nieuniknionym uszkodzeniu tkanki, trwający dłuższy czas, a więc w nawiązaniu do pierwszej typologii ból somatyczny głęboki i ból trzewny, również ma funkcję ochronną (Woolf, 2010). Zwiększając wrażliwość sensoryczną, pomaga on w gojeniu uszkodzonej części ciała, uruchamiając program działania unikania kontaktu fizycznego i ruchu. Nadwrażliwość lub tkliwość zmniejsza dalsze ryzyko uszkodzeń i wspomaga powrót do zdrowia, jak po ranie chirurgicznej lub stawie objętym stanem zapalnym. Ból ten może być spowodowany aktywacją układu odpornościowego przez uszkodzenie tkanki lub infekcję i dlatego nazywany jest bólem zapalnym (Woolf, 2010). Chociaż pierwotnie ma on charakter adaptacyjny, to należy możliwie podejmować kroki w celu jego uśmierzania u pacjentów z trwającym stanem zapalnym, na przykład z reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS), chorobą nowotworową lub w przypadku poważnych lub rozległych obrażeń.

Ostatni rodzaj bólu, który nie ma charakteru ochronnego, a dezadaptacyjny, powstaje w wyniku nieprawidłowej pracy układu nerwowego. Ten patologiczny ból, który nie jest objawem uszkodzenia tkanek, a raczej stanem chorobowym układu nerwowego, może wystąpić po uszkodzeniu nerwu (ból neuropatyczny), ale także w stanach, w których takiego uszkodzenia nie ma (ból dysfunkcyjny) (Woolf, 2010). Stany wywołujące ból dysfunkcyjny obejmują fibromialgię, zespół jelita drażliwego, napięciowy ból głowy, chorobę stawu skroniowo-zuchwowego i inne zespoły, w których pojawia się znaczne cierpienie, ale brak tu szkodliwych bodźców, a zapalenie obwodowe jest minimalne lub żadne. Ból ten jest w dużej mierze konsekwencją wzmocnionych sygnałów czuciowych w ośrodkowym układzie nerwowym i ma charakter niskoprogowy.

Efektom końcowym we wszystkich trzech przypadkach jest odczucie, które nazywamy bólem. Ponieważ jednak procesy, które napędzają każdy z nich, są zupełnie inne, leczenie musi być ukierunkowane na odrębne mechanizmy.

Ostatnia typologia bólu dotyczy kryterium czasowego. Wyróżniamy tu ból ostry (*acute pain*) i przewlekły (*chronic pain*) (Thorn, 2017). Ból ostry wywołany jest urazem i aktywacją receptorów bólowych (np. operacja, choroba), zwykle trwa krótko i ustępuje po wygojeniu tkanki. Interwencje medyczne są zazwyczaj wymagane i skuteczne (Thorn, 2017). Z kolei ból przewlekły jest często (nie zawsze) wywoływany przez uraz, ale nasila się w wyniku czynników niezależnych od pierwotnej przyczyny i nie da się go w pełni nią wyjaśnić (Thorn, 2017). Zwykle trwa długo (przynajmniej 3 miesiące), zakłóca codzienne funkcjonowanie i jest przyczyną wielu wtórnych trudności biopsychospołecznych. Interwencje medyczne są często stosowane wobec pacjentów doświadczających chronicznego bólu, jednak ich skuteczność jest ograniczona (Thorn, 2017).

W niniejszej pracy poruszam przede wszystkim problematykę bólu przewlekłego i to jego będą dotyczyć przedstawione w kolejnym rozdziale koncepcje poznawczo-behawioralne. W głównej części badania uczestniczyły osoby zmagające się z chorobami reumatycznymi, a więc doświadczające bólu o charakterze receptorowym, głębokiego bólu somatycznego, zapalnego, który zgodnie z teorią ma charakter adaptacyjny, ponieważ zabezpiecza przed dalszym naruszeniem tkanek, jednak w dłuższej perspektywie prowadzić może do poważnego upośledzenia funkcjonowania i wymaga różnego rodzaju oddziaływań.

1.2 Społeczno-ekonomiczne konsekwencje bólu przewlekłego

Do niedawna wskazywano na brak dobrych jakościowo badań epidemiologicznych nad przewlekłym bólem. Wynikać może to z faktu ujmowania go prosto w kategoriach objawu towarzyszącego chorobom przewlekłym (Reid i in., 2011). Specjaliści wskazują jednak, że użytecznym może być rozważanie chronicznego bólu jako choroby przewlekłej samej w sobie (Siddall i Cousins, 2004). Potencjalnie pomogłoby to zarówno w oszacowaniu jego rozpowszechnienia jak i projektowaniu oddziaływań. Ból przewlekły stanowi znaczne obciążenie nie tylko dla jednostki go doświadczającej, ale również dla całej gospodarki.

Ból jest najczęściej zgłaszaną dolegliwością u lekarza pierwszego kontaktu (Otis, i in., 2006) i uznawany jest za najbardziej kosztowny problem zdrowotny w Stanach Zjednoczonych (Byrne i Hochwarter, 2006). Jednakże, wskazuje się, że gospodarcze koszty pośrednie mogą przewyższać te bezpośrednie (Barham, 2012), wynikające z utylizacji opieki zdrowotnej, związane z kosztami wizyt lekarskich, diagnostyki, refundacji leków i innych procedur medycznych. Mianowicie, owe koszty pośrednie są następstwem tego, że osoby doświadczające przewlekłego bólu mogą być częściej nieobecne w pracy lub wykazywać się niższą wydajnością, a także wcześniej przechodzić na emeryturę (Dagenais i in., 2008).

Badania wskazują, że w samych Stanach Zjednoczonych blisko 70 milionów Amerykanów (1 na 5) doświadcza bólu przez większość czasu (Yong i in., 2022). Szacuje się, że całkowite koszty związane z bólem w tym kraju (w 2008 roku) wahały się od 560 do 635 miliardów dolarów (Gaskin i Richard, 2012), a sama wartość utraconej produktywności pracowników wynosiła od 299 do 335 miliardów. Stwierdzono, że roczny koszt bólu był większy niż chorób serca (309 miliardów dolarów), nowotworów (243 miliardy dolarów) i cukrzycy (188 miliardów dolarów). W jednym z przeglądów systematycznych, rozpowszechnienie bólu przewlekłego mieszkańców Europy, dotyczącego głównie bólu dolnego odcinka kręgosłupa oraz innych określonych dolegliwości bólowych, waha się od 7,4%

do 46% (średnio 27%) w ogólnej populacji osób dorosłych (Leadley i in., 2012). Przegląd uwzględnia populację polską jedynie w zakresie rozpowszechnienia bólu przewlekłego po przeszczepie nerek (51,1%) i w przebiegu dializ (57,1%), a nie w zakresie ogólnopopulacyjnym (Masajtis-Zagajewska i in., 2011). Badania epidemiologiczne na polskich grupach wskazują na wysokie rozpowszechnienie bólu. W badaniu na populacji ogólnej, choć o niskiej liczebności grupy (n = 508), 22,6% osób często lub bardzo często doświadczało bólu dolnego odcinka kręgosłupa (Henn i in., 2014). W grupie osób starszych, wskaźniki są niejednoznaczne. W badaniu Stompór i współpracowników (2019) aż 78% respondentów powyżej 60 roku życia deklaroowało obecność bólu przewlekłego, jednak tu również grupa badana była niewielka (n = 145). Bardziej wiarygodne ze względu na liczebność analizowanej grupy są badania Kozak-Szopek i współpracowników (2017), wskazujące, że powyżej 65 roku życia 42% badanych doświadczało bólu o charakterze przewlekłym. Rozpowszechnienie dolegliwości bólowych (choć nie o charakterze chronicznym) jest wysokie również w młodszych populacjach, na co wskazują wyniki badania przeprowadzonego na dużej kohorcie (n = 11 619) polskich uczniów w wieku od 10 do 19 lat, spośród których 74,4% doświadczyło bólu kręgosłupa w ciągu ostatnich 12 miesięcy (Kędra i in., 2019). Doświadczenie bólu chronicznego rośnie z wiekiem, wykazując w pojedynczych badaniach rozpowszechnienie 9% w grupie wiekowej 16-30 lat, a 28,5% w grupie 51-70 lat (Fernández-de-las-Peñas i in., 2011). Podobnie w innym badaniu wskazano na rozpowszechnienie bólu lędźwiowego od 12,5% u 14-19 latków do 59,1% w grupie 60-65 latków (Gerdle i in., 2008). Dodatkowo pacjenci z chronicznym bólem doświadczają zwykle nasilonego poziomu zmęczenia (Winterowd i in., 2003).

Ból przewlekły trudno określić jako problem wyłącznie zdrowotny. Ze względu na znaczą eksploatację systemu, wysokie koszty bezpośrednie i pośrednie stanowi ogromne wyzwanie społeczno-ekonomiczne. Zatem oddziaływania nie mogą ograniczać się jedynie do interwencji medycznych podejmowanych po fakcie zaistnienia bólu u osoby, a powinny raczej

obejmować różne przestrzenie życia człowieka, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki w miejscu pracy. Zarówno w interesie osób cierpiących, jak i nas wszystkich, ponoszących koszty finansowe bólu przewlekłego, jest by politycy prezentowali szeroko zakrojony plan przeciwdziałania zjawisku epidemii bólu (Domenichiello i Ramsden, 2019).

1.3 Zdrowie psychiczne osób doświadczających bólu przewlekłego

W poprzednim podrozdziale zaprezentowałam ogólne podsumowanie kosztów bólu przewlekłego w niektórych rejonach demograficznych. Spodziewać się można, że są one i tak niedoszacowane, chociażby ze względu na wspomnianą tendencję do prostego ujmowania bólu jako symptomu innej choroby przewlekłej (Reid i in., 2011). Jednakże, na tym nie kończą się problemy z oszacowaniem skali konsekwencji bólu. Koszty pośrednie potencjalnie sięgają dalej niż absencja w pracy czy mniejsza w niej wydajność, bo jak dowiadujemy się z badań, ból przewlekły, związana z nim izolacja i zubożona aktywność mają swoje dalsze konsekwencje, przede wszystkim psychospołeczne, których koszty również ponosi i jednostka, i gospodarka. Celem niniejszego podrozdziału jest omówienie konsekwencji psychofizjologicznego doświadczania bólu, a dalej przedstawione zostaną modele szczegółowe podtrzymywania cierpienia psychicznego w jego przebiegu.

W starożytności oraz później w ramach modelu biomedycznego (Sabatowski i in., 2004) koncepcja bólu w dużej mierze zakładała liniowość między identyfikowalnymi składnikami organicznymi (uszkodzeniem tkanek) a oceną nasilenia bólu. Wraz z obserwacjami przeczącymi tej tezie, wskazującymi na subiektywną ocenę cierpienia, rozpoczęła się dyskusja nad psychogennym charakterem bólu (Turk i in., 2016). Co więcej, badania epidemiologiczne wskazują nie tylko na znaczne współwystępowanie bólu przewlekłego i zaburzeń zdrowia psychicznego, ale również sugerują, że istnieje między nimi dwukierunkowa zależność, co potwierdzają także wyniki badań z zakresu czynnościowego obrazowania mózgu (Hooten, 2016). Jest to szczególnie istotne z perspektywy praktyki klinicznej, gdyż ta wzajemna

zależność może być pośredniczona przez współdzielone mechanizmy neuronalne, a więc wymagać interwencji medycznych i psychologicznych nastawionych na leczenie obydwu dolegliwości (Hooten, 2016).

Spośród wielu różnych problemów psychicznych współwystępujących z chronicznym bólem, najczęściej rozpowszechnione są depresja i lęk. Szacowana aktualnie trwająca lub 12-miesięczna częstość występowania wysokiego nasilenia objawów depresyjnych przekraczała 50% u osób z fibromialgią (Arnold i in., 2006), przewlekłymi bólami kręgosłupa (Demyttenaere i in., 2007) i brzucha (Van Oudenhove i in., 2016), a u osób cierpiących na choroby reumatyczne i migrenowe bóle głowy przekraczała 20% (McWilliams i in., 2004). Problem depresji najmniej dotyczył osób doświadczających bólu neuropatycznego (Hooten, 2016). Co więcej, zaburzenia nastroju wiążą się z przewlekłym bólem nie tylko w określonym przez diagnozę somatyczną kontekście klinicznym, ale również w ramach całej populacji (McWilliams i in., 2003). Potwierdzają to dane podłużne, wskazujące, że osoby doświadczające średniego lub utrudniającego funkcjonowanie bólu szyi lub lędźwi miały od 2 do 2,5 razy większą szansę na rozwinięcie epizodu depresji w perspektywie sześciu i dwunastu miesięcy, w porównaniu do osób, które takiego bólu nie odczuwały (Ciaramella i Poli, 2015). Kolejne badanie populacyjne, z udziałem dużej grupy (n = 118 533), wskazało, że uczestnicy doświadczający przewlekłego bólu pleców byli 6 razy bardziej narażeni na depresję niż uczestnicy bez bólu, a częstotliwość jej występowania rosła wraz z nasileniem bólu (Currie i Wang, 2004). Podobnie w drugą stronę, osoby wolne od bólu, a które doświadczały dużego epizodu depresji, były trzy razy bardziej narażone na rozwój chronicznego bólu pleców niż osoby bez objawów depresyjnych (Currie i Wang, 2005). Niniejsze dane oraz nowsze badania (Gialouri i in., 2022, Matcham i in., 2016), również w ujęciu podłużnym, wspierają tezę o dwukierunkowości relacji bólu i depresji.

Kolejnym problemem związanym ze zdrowiem psychicznym w przebiegu bólu przewlekłego są zaburzenia o charakterze lękowym. Szacowane wskaźniki częstości występowania lęku o dużym nasileniu, obecnie lub w ciągu 12 miesięcy, są podobne do wskaźników depresji dla fibromialgii (Raphael i in., 2006) czy bólu brzucha (de Heer i in., 2014), ale wyższe u osób z migrenowym bólem głowy czy chorobami reumatologicznymi (McWilliams i in., 2004). Dotyczy to różnego rodzaju zaburzeń lękowych, a ich rozpowszechnienie waha się od 1% dla wszystkich do 10% dla zaburzenia lęku uogólnionego, 28% dla zaburzenia lękowego z napadami paniki, 8% dla agorafobii i 23% dla zespołu stresu pourazowego (Hooten, 2016). Podobnie jak w przypadku depresji, wskazuje się na związek dwukierunkowy między chronicznym bólem a lękiem, co jest szczególnie widoczne u osób doświadczających bóli migrenowych w badaniach podłużnych (Bruffaerts i in., 2015).

Pomimo iż objawy psychopatologiczne o charakterze afektywno-lękowym są najbardziej rozpowszechnione wśród osób doświadczających przewlekłego bólu, to nie są jedynymi. Pozostałe problemy ze zdrowiem psychicznym mogą współwystępować z problemami emocjonalnymi lub pojawiać się niezależnie. Przykładowo, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, które jest istotnym zjawiskiem wśród osób z chronicznym bólem (Raphael i in., 2006; Stang i in., 2006; Saunders i in., 2008), współwystępuje z zaburzeniami lękowymi (Kushner i in., 2000). Pierwotnie działanie tych środków może mieć krótkotrwały efekt łagodzenia lęku, ale wtórnie prowadzi do nasilenia objawu (efekt ironiczny). Jednakże, uzależnienie od substancji psychoaktywnych może wynikać bezpośrednio z ich działania przeciwbólowego (krótkoterminowo; Karimi i in., 2022), i w drugą stronę, rozwinięte uzależnienie może prowadzić do pojawiania się bólu (Egli i in., 2012).

Poza powyższymi związkami o charakterze dwukierunkowym, ból przewlekły jest czynnikiem ryzyka rozwoju myśli samobójczych, czy podejmowania prób i udanych zamachów samobójczych (Hassett i in., 2014). Jest częściej obecny u osób, które doświadczyły przemocy

seksualnej (Paras i in., 2009) oraz z wyższym poziomem neurotyzmu (Ramírez-Maestre i in., 2004). W populacji osób doświadczających chronicznego bólu bardziej rozpowszechnione są zaburzenia osobowości, w tym narcystycznej, histrionicznej, zależnej, obsesyjno-kompulsywnej i typu borderline (Weisberg, 2000; Arnold i in., 2006).

Ogólnie ujmując, poziom współwystępowania oraz wzajemne wpływy bólu przewlekłego i zaburzeń zdrowia psychicznego jest alarmujący i bardzo istotny. Z perspektywy współczesnych badań biomedyczne, wąskie podejście do bólu jest niewystarczające i jego powszechne użycie prowadziło do zaniedbań w istotnej przestrzeni życiowej pacjentów. Dodatkowo, z pewnością ograniczyłyby możliwy wpływ na opanowanie epidemii bólu, a wraz z nią jej ogromnych kosztów jednostkowych i społeczno-gospodarczych. Omówione badania wskazują, że pacjent bólowy potrzebuje zaopiekowania psychicznego, ale również stanowią przesłankę do śledzenia i adresowania potencjalnie postępujących dolegliwości bólowych wśród pacjentów pierwotnie zgłaszających się do psychologów i psychiatrów. W celu odpowiedzenia na te wyzwania, w rozdziale 1.5 omówione zostały modele psychologiczne, w tym poznawczo-behawioralne, opisujące mechanizm podtrzymywania bólu chronicznego i związanego z nim dystresu.

1.4 Choroby reumatyczne jako przykład chorób z bólem przewlekłym

Choroby przewlekłe dotyczą miliony osób na całym świecie, są czynnikiem ryzyka przedwczesnej śmierci, a ogółem stanowią przyczynę 72% wszystkich zgonów (Ritchie i in., 2018). Ten ogólnoswiatowy problem dotyczy również Polski, gdzie obserwuje się istotnie niższą średnią długość życia w porównaniu do krajów o podobnym poziomie rozwoju gospodarczego (Harris, 2019; str. 6). Zarówno badania jak i w praktyce klinicznej, specjaliści z dziedziny psychologii zdrowia podkreślają, że najbardziej dokuczliwym i przynoszącym najwięcej cierpienia objawem związanym z przewlekłą chorobą somatyczną jest ból (Heszen-Celińska i Sęk, 2020; Leppert i Majkowicz, 2022; Suchocka, 2008)

Wśród najbardziej rozpowszechnionych schorzeń przewlekłych wymienia się te związane z zapaleniem stawów, nowotwory, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, astmę, choroby niedokrwienne serca, nadciśnienie tętnicze, udar mózgu, cukrzycę, zapalenie wątroby i niewydolność nerek (Boersma i in., 2020). Jednakże, to schorzenia reumatyczne dotyczą największej liczby pacjentów (Harris, 2019; str. 8), a w Polsce problem dotyczy nawet 25% osób zgłaszających się do lekarza pierwszego kontaktu (Zimmermann-Górska, 2008, 2014). Jest to grupa chorób układu ruchu, dla której cechą wspólną jest toczący się w tkance łącznej naczyń krwionośnych proces zapalny, skutkujący bólem, sztywnością i zmniejszeniem ruchomości stawów (Zimmermann-Górska, 2008, 2014). Przyczyny rozwoju tych schorzeń nie są do końca poznane. Zakłada się, że mają one podłoże autoimmunologiczne, co oznacza, że układ odpornościowy atakuje swoje własne tkanki, w tym stawy, kości, mięśnie, ścięgna i więzadła (Classification and Response Criteria Subcommittee of the American College of Rheumatology Committee on Quality Measures, 2006). Zaliczyć do nich możemy różne rozpoznania, jednakże to RZS, łuszcycowe zapalenie stawów i zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa występują najczęściej i jeśli nie są odpowiednio medycznie zaopiekowane, mają najgorsze rokowania (Aletaha i Smolen, 2006). W ramach terapii chorób reumatycznych stosuje się przede wszystkim farmakoterapię, jednakże standardy leczenia obejmują również fizjoterapię (Tlustochowicz i in., 2008), terapię fizykalną (Samborski, 2007) oraz psychoterapię (Samborski i Ponikowska, 2005).

Dane epidemiologiczne różnią się w zależności od konkretnej jednostki chorobowej. Przykładowo, rozpowszechnienie RZS szacuje się na około 0,5 % w całej populacji, a 1% wśród osób rasy białej (Almutairi i in., 2021), w tym w Polsce (Batko i in., 2019). RZS może dotknąć człowieka niezależnie od wieku, jednak szczyt zachorowań przypada na 50 r.ż. i częściej występuje u kobiet (van der Woude i van der Helm-van, 2018). Wskazuje się przede wszystkim na trzy cechy kliniczne RZS, to znaczy na doświadczanie silnego bólu, poczucie

ciągłego zmęczenia i pogłębiającą się niepełnosprawność (Ziarko, 2014), z czego to ból jest podstawową trudnością, z którą muszą radzić sobie pacjenci (Brekke i in., 2003). Jak opisano w poprzednim podrozdziale, u pacjentów z RZS istnieje wysokie ryzyko rozwoju depresji i zaburzeń lękowych (McWilliams i in., 2004). Może być to związane z wyzwaniem w przystosowaniu się do sytuacji choroby, gdyż nie tylko wymaga ona pewnej reorganizacji dotychczasowego życia na różnych płaszczyznach, ale jednocześnie jej objawy, w tym przede wszystkim ból, mogą ją znacznie utrudniać (Bidzan i in., 2011). Z czynników bardziej specyficznych istotne zdają się przekonania pacjenta na temat choroby oraz dysfunkcjonalne sposoby radzenia sobie ze stresem (Ziarko i in., 2014). Wskazuje się również na różne efekty terapeutyczne, w tym w zakresie zdrowia psychicznego, w zależności od przyjętej strategii leczenia farmakologicznego. Przykładowo, u pacjentów leczonych środkami biologicznymi, uzyskano większą poprawę w zakresie bólu i dalej w nasileniu negatywnego afektu niż w przypadku leczenia środkami przeciwzapalnymi (Ziarko i in., 2019). Zważywszy na przewlekły ból i rekomendacje dotyczące leczenia pacjentów z chorobami reumatycznymi, potrzeba interdyscyplinarnego podejścia zarówno praktycznego jak i badawczego, które umożliwi opanowanie postępującej niepełnosprawności i ograniczeń w funkcjonowaniu pacjentów oraz wzmocni ich zasoby (Bidzan i in., 2011).

1.5 Psychologiczne koncepcje bólu przewlekłego

W niniejszym podrozdziale omówione zostaną główne charakterystyki wiodących modeli psychologicznych bólu, a następnie dokonana zostanie ich synteza i podsumowanie.

1.5.1 Model biopsychospołeczny

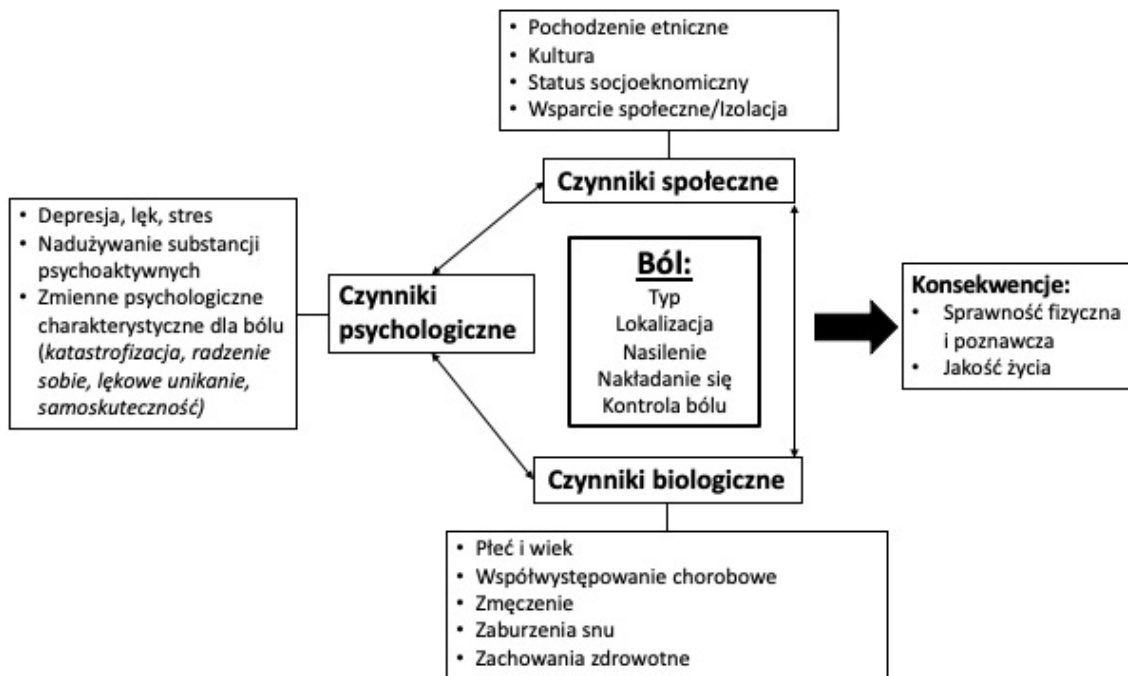
Model biopsychospołeczny odnosi się do holistycznego, czyli całościowego ujęcia osoby doświadczającej zaburzenia jako jedności, w której umysł i ciało są wzajemnie ze sobą połączone i osadzone w środowisku społecznym (Bervers i in., 2016). Takie podejście nie jest ograniczone charakterystykami organicznymi choroby i bólu (jak w modelu biomedycznym),

ale szeroko ujmuje sposób, w jaki człowiek żyje i odnosi się do swoich objawów, uwzględniając dynamikę czynników społecznych (np. wsparcie społeczne) wchodzących w interakcje z czynnikami biologicznymi i psychologicznymi (Gatchel i in., 2007). Model ten, przedstawiony na rysunku 1, jest szeroko akceptowany i stale rozwijany oraz adaptowany do poszczególnych grup pacjentów. Przykładowo, czynniki biologiczne mają różne znaczenie dla doznań bólowych w zależności od kategorii wiekowych (Wylie i in., 2022). U starszych pacjentów szczególnie istotne jest uwzględnienie chorób współwystępujących, nasilenia zmęczenia czy zaburzeń snu (Miaskowski i in., 2020), a w rozumieniu kontekstu społecznego, ageizmu, czyli dyskryminującej postawy wobec osób starszych (Chang i in., 2020). Oczywiście dotyczy on dość wąskiej grupy, ale równocześnie jego uwzględnienie (Miaskowski i in., 2020) podkreśla wagę rozumienia specyfiki spostrzegania społeczeństwa (w tym lekarzy) i płynących informacji zwrotnych (akceptacja/unieważnienie) w przebiegu choroby, w zależności od charakterystyki demograficznej.

Model biopsychospołeczny w dużej mierze akcentuje czynniki podtrzymujące ból, jednak ujęcie części z nich w kategorii teorii podatność-stres pozwala zauważyć ich wzajemne oddziaływanie na poziomie czynników predysponujących i wywołujących (Bervers i in., 2016). O ile generalnie czynniki biologiczne, w tym genetyczne, będą pełniły podstawową funkcję *podatności*, o tyle czynniki takie jak status socjoekonomiczny, psychopatologia, nadużywanie SPA czy izolacja możemy rozumieć zarówno jako *podatności*, czynniki predysponujące, jak i *stresory*, czy też czynniki wywołujące i podtrzymujące. Takie spojrzenie zgodne jest z przedstawionymi we wcześniejszych rozdziałach badaniami na temat dwukierunkowości relacji ból-zdrowie psychospołeczne.

Rysunek 1

Schemat modelu biopsychospołecznego bólu przewlekłego (opracowanie własne, na podstawie: Bevers i in., 2016; Miaskowski i in., 2020)



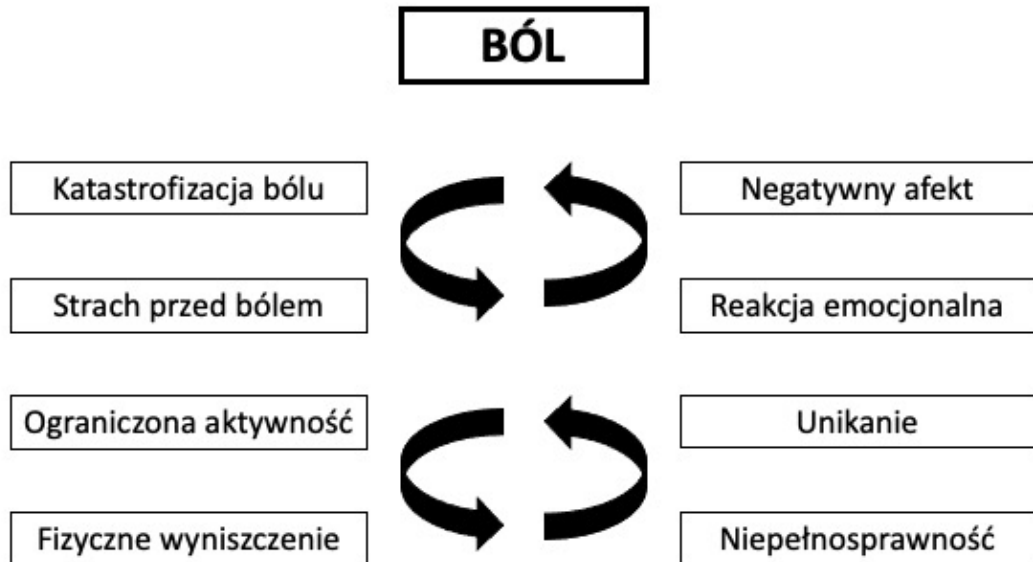
1.5.2 Model lękowego unikania w przebiegu przewlekłego bólu

Model lękowego unikania jest jednym z najważniejszych teoretycznych konstruktów używanych do wytłumaczenia jak psychologiczne procesy pośredniczą w przekształceniu bólu ostrego w przewlekły (Vlaeyen i Linton, 2000). Podstawą tego modelu są emocjonalne, poznawcze i motywacyjne procesy psychologiczne, które wchodzi w interakcję i prowadzą do powstania przekonań i zachowań mających na celu lękowe unikanie bólu, które później stają się kluczowe w utrzymywaniu niepełnosprawności z nim związanej (Vlaeyen i Linton, 2000). Podstawowym elementem modelu jest emocja strachu, która rozwija się w wyniku przekonań przeceniających potencjalne zagrożenie związane z bólem, a dokładnie negatywnej interpretacji informacji zdrowotnej, o której ten ból miałby świadczyć (Vlaeyen i Linton, 2000). Ten przesadny zestaw przekonań określany jest jako katastrofizacja bólu i związany jest z

przewidywaniem najgorszego możliwego wyniku, skutkuje obniżonym nastrojem i lękiem. Prowadzi to do skupienia uwagi na bólu i objawach towarzyszących, przyczyniając się do nadmiernej czujności i wzbudzenia oraz unikania aktywności społecznej, zawodowej i fizycznej, postrzeganych jako nasilających cierpienie (Linton i Shaw, 2011). Wspomniane procesy psychologiczne i wynikające z nich pozytywne przekonania o unikaniu oraz faktyczne unikanie, niekoniecznie następują sekwencyjnie. Mają one charakter samonapędzający, to znaczy jeden proces może wzmacniać drugi i na odwrót, aż doprowadzają do coraz silniejszego bólu, a nawet niepełnosprawności, co dobrze obrazuje rysunek 2.

Rysunek 2

Model lękowego unikania w przebiegu przewlekłego bólu (opracowanie własne na podstawie: Hooten, 2016; Vlaeyen i Linton, 2000)



1.5.3 Model poznawczy

Poznawczy model przewlekłego bólu opracowany został przez Winterowd, Beck'a i Gruener'a (2003). Autorzy wychodzą z założenia, że ból składa się z doznań zmysłowych, emocji, myśli, zachowań i wpływów społecznych i środowiskowych. Każdy z tych elementów z kolei będzie unikalny dla danego pacjenta i ich uwzględnienie w konceptualizacji jest istotą użycia adekwatnych oddziaływań.

W opisie doznań zmysłowych należy zwrócić uwagę jak fizjologicznie doświadczają bólu pacjenci, jakich używają czasowników by opisać swój stan, jak często doświadczają objawów i jak długo ból trwa, kiedy już się pojawi. Dotyczy to również doznań zmysłowych pozabólowych, które mogą być zależne od emocji. Przykładowo, pacjenci z dodatkowymi objawami o charakterze depresyjnym mogą doświadczać nasilonego zmęczenia, wraz z lękiem wzmożonego napięcia mięśniowego lub zawrotów głowy, a przy złości uderzeń gorąca. Część z tych doznań może w dalszej kolejności nasilać ból (Winterowd i in., 2003).

W aspekcie emocjonalnym należy odkryć z jakimi emocjami pacjent jest w kontakcie, gdy doświadcza bólu, na przykład lękiem, frustracją (złością), rozpaczą lub czy doświadcza odrętwienia afektywnego. Ma to szczególne znaczenie w związku z ogólną trudnością różnicowania ich od doświadczenia bólowego, a zmiany w emocjach często są przyczyną istotnych, wtórnych zmian w procesie myślenia (Winterowd i in., 2003).

Kolejnym krokiem w konceptualizacji i istotą modelu poznawczego, jest odkrycie jakie myśli i przekonania zostają aktywowane w obliczu cierpienia (Winterowd i in., 2003). Pacjenci doświadczający przewlekłego bólu mają specyficzne dla nich myśli i interpretacje dotyczące samego bólu, ale również wpływu jaki ma on na ich życie, co odzwierciedlają ich przekonania kluczowe tj. na temat swój, świata/innych ludzi i przyszłości (Popiel i Pragłowska, 2022). Przykładowo, w obliczu cierpienia ich dystres może się nasilić za sprawą oceny własnych możliwości, to znaczy ich deficytu lub braku, w zakresie wypełniania ról społecznych i

zaangażowania w aktywności i relacje. Proces myślowy takich osób może być zdominowany przez negatywne, nierealistyczne i potencjalnie katastroficzne zniekształcenia poznawcze, z których katastrofizacja dotycząca przyszłości jest szczególnie niebezpieczna, w związku z tym, że wiąże się ze wzrostem nasilenia bólu (Boothby i in., 2004).

1.5.4 Model stres – ocena poznawcza – radzenie sobie

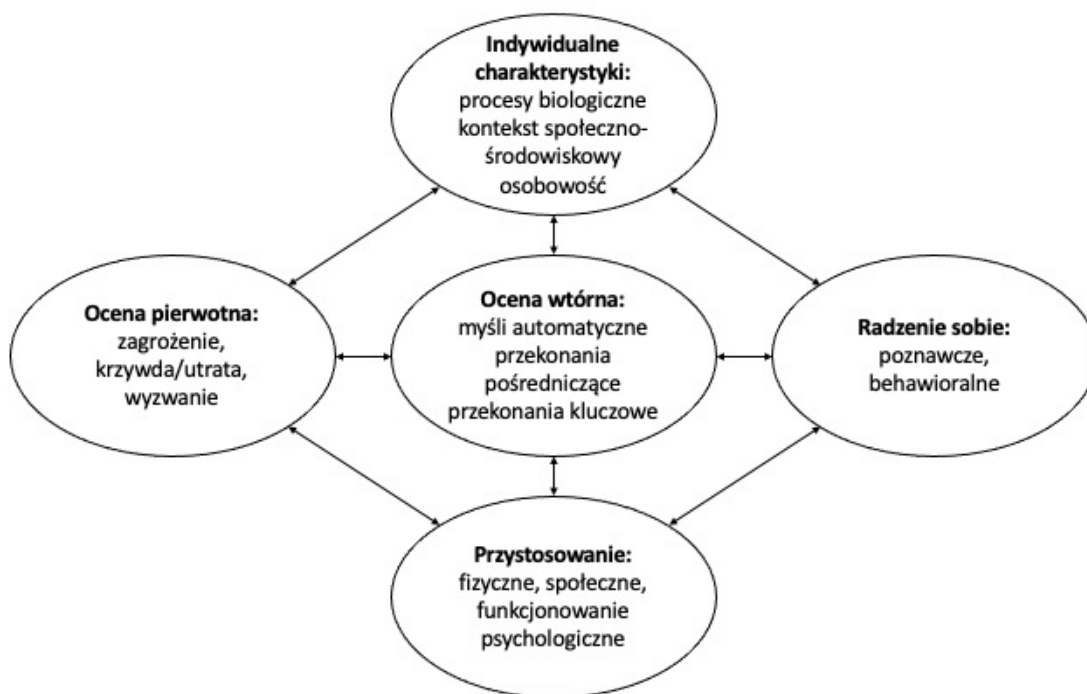
Model stres – ocena poznawcza – radzenie sobie, opracowany przez Thorn (2017) nawiązuje do poprzednio zaprezentowanych koncepcji. Podkreśla jednak, że model biopsychospołeczny w niewystarczający sposób odnosi się do poznawczych mechanizmów, by stanowić kompletny przewodnik w terapii. Samo doświadczenie bólu rozumiane jest tutaj w ramach uproszczonej teorii bramki kontrolnej, która zakłada, że nie jest on prostym skutkiem interpretacji przesyłanych bezpośrednio impulsów nerwowych, a informacje o bólu mogą być modyfikowane przez inne bodźce, zanim dotrą do mózgu. Modulatorem sygnału bólowego ma być „mechanizm bramki kontrolnej” mieszczący się w tylnym rogu rdzenia kręgowego, a bramka ta ma otwierać się lub zamykać w zależności od innych informacji nerwowych, między innymi związanych z myślami lub nastrojem (Otis, 2007). Co najważniejsze, w założeniu bramka ta otwiera się wraz z nasileniem negatywnych myśli lub afektu, przez co przepuszcza więcej impulsów bólowych.

W kontekście modelu terapeutycznego, Thorn proponuje podejście poznawcze, uwzględniające przekonania pacjenta, ale ujęte w ramach transakcyjnych, podobnie jak w koncepcji stresu Lazarusa i Folkman (1984), która zakłada, że pomiędzy człowiekiem a środowiskiem zachodzi szereg transakcji odbywających się w ramach ocen pierwotnej i wtórnej, które dalej implikują wybór strategii radzenia sobie (Biggs i in., 2017). Przekładając tę koncepcję na sytuację osób doświadczających przewlekłego bólu, Thorn zakłada, że przekonania pacjentów mają bezpośredni wpływ na ich przystosowanie do choroby, poprzez ocenę bólu i powiązanych z nim stresorów, przekonania na temat możliwości sprawowania

kontroli nad nimi i dalszy wybór sposobu radzenia sobie. Poniżej przedstawiono model w formie graficznej (rysunek 3).

Rysunek 3

Model stres–ocena poznawcza–radzenie sobie (reprodukcja za zgodą autora; Thorn, 2017)



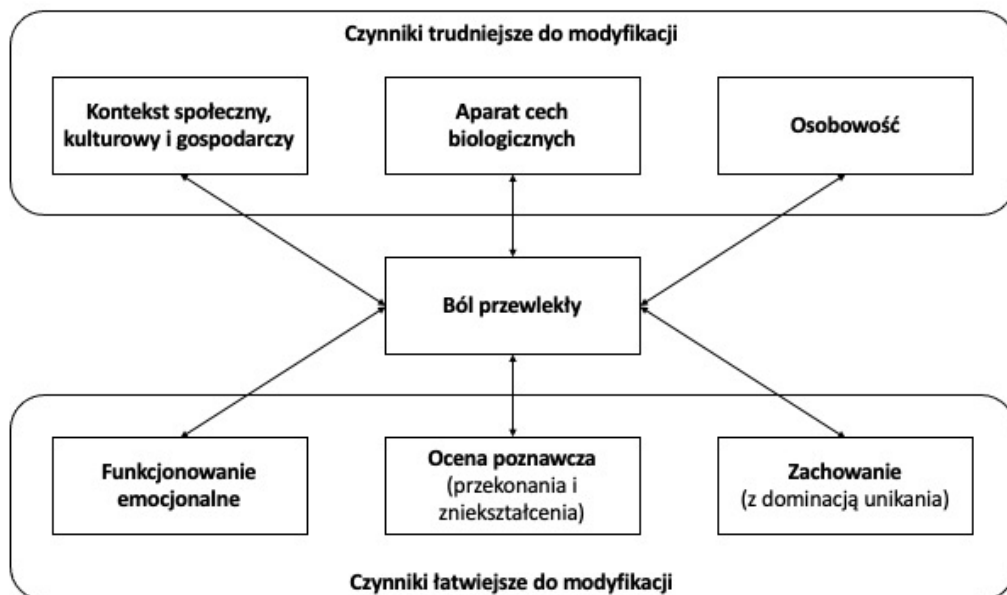
Z perspektywy niniejszej rozprawy, najistotniejszą implikacją modelu są konsekwencje wtórnej oceny poznawczej dla doboru strategii zaradczych. Mianowicie szereg myśli automatycznych aktywowanych na bazie zasad/przekonań pośredniczących i kluczowych (Popiel i Pragłowska, 2022), których treść, obejmująca negatywną ewaluację bólu i współtowarzyszących stresorów (dystres/negatywne emocje), prowadzić może do różnorakiego rodzaju unikania, poznawczego i behawioralnego. Unikanie, na zasadzie krótko trwającej ulgi, wtórnie potwierdzi zasadność przekonań pacjenta, ale w dalszej perspektywie, na drodze różnych procesów fizjologicznych, psychologicznych i społecznych, doprowadzi do utrwalenia lub nasilenia bólu.

1.5.5 Podsumowanie modeli i implikacje dla dalszych rozważań

Badania wskazują, że mechanizmy doświadczenia bólu i powstawania związanych z nim deficytów są niezwykle złożone. Każdy z modeli wnosi istotny wkład w ich rozumienie zjawiska, jednak samodzielnie jest niewystarczający. Podsumowując modele zauważyć możemy powtarzające się czynniki/domeny, których wyróżnienie i ocena możliwości w modyfikacji będzie przydatna w dalszej analizie. Zostały one przedstawione w sposób uproszczony, to znaczy bez uwzględnienia zależności między nimi, na rysunku 4.

Rysunek 4

Podział czynników wspólnych dla różnych modeli bólu przewlekłego ze względu na możliwości modyfikacji (opracowanie własne na podstawie: Bevers i in., 2016; Hooten, 2016; Miaskowski i in., 2020; Thorn, 2017; Vlaeyen i Linton, 2000)



Po pierwsze warto zauważyć, że w ramach każdego modelu omawiane są pewne indywidualne charakterystyki trwałe. Mianowicie, każdy człowiek osadzony jest w jakimś kontekście społeczno-kulturowo-gospodarczym, rodzi się z określonym aparatem cech biologicznych i ma jakąś strukturę osobowości. Z perspektywy choroby istotne jest jak system wspiera zdrowienie, jak widziane są osoby chore lub z niepełnosprawnością przez

społeczeństwo oraz czy wsparcie socjalne jest adekwatne. Zmienne te należy uwzględniać w konceptualizacji pacjenta, jednak są one słabo lub w wąskim zakresie modyfikowalne. Podobnie jest z osobowością czy przyrodzonymi cechami biologicznymi. Przykładowo, świadomość obciążenia genetycznego może stanowić czynnik motywujący do zachowań zdrowotnych, w duchu profilaktyki, ale w znacznym zakresie zapisy genetyczne, specyfika działania układu hormonalnego czy płęć biologiczna będą trudne lub niemożliwe do zmiany.

Kolejnymi domenami wspólnymi dla różnych modeli bólu przewlekłego, a które jednocześnie z perspektywy poznawczo-behawioralnej będą bardziej podatne na modyfikację, są: funkcjonowanie emocjonalne, ocena poznawcza, w tym przekonania i zniekształcenia oraz zachowanie zdominowane przez unikanie. Dotychczas w badaniach dominującą tendencją było odkrywanie przekonań bezpośrednio na temat bólu (na przykład Winterowd i in., 2003). Jednakże, pomimo tego, iż wiele wiodących definicji wskazuje aspekt emocjonalny jako nieodłączny składnik bólu, to w konceptualizacjach ujmowany jest on częściej w kategorii konsekwencji (zobacz Bevers i in., 2016; Hooten, 2016; Miaskowski i in., 2020; Vlaeyen i Linton, 2000). Wartą zastanowienia jest jednak ocena poznawcza towarzyszącego bólowi cierpienia psychicznego (doświadczenia emocji), która potencjalnie może generalizować się na emocje ogółem, nawet te nietowarzyszące bólowi. Istnieją przesłanki świadczące o obecności takiego wzorca u osób doświadczających przewlekłego bólu, co odzwierciedla model lękowego unikania (Vlaeyen i Linton, 2000), czy unikanie złości opisane w modelu terapeutycznym Otisa (2007). Kryterium czasowe doświadczanego cierpienia jest zapewne nie bez znaczenia, gdyż jak wskazują zasady warunkowania, możliwości generalizacji reakcji będą większe w przypadku częstszego doświadczania bólu (na przykład przewlekłe) niż epizodycznego (Dymond i in., 2015). Umieszczenie emocji w kategorii postrzeganego i ocenianego zjawiska nazywane jest przekonaniem na temat emocji i szczegółowo omówione zostanie w kolejnym rozdziale pracy.

2. Przekonania na temat emocji i ich konsekwencje

W niniejszym rozdziale omówiłam zjawisko przekonań na temat emocji w szerszym kontekście czynników związanych z regulacją emocjonalną. Przedstawiłam różne kategorie tych przekonań, genezę oraz cechy świadczące o ich transdiagnostycznym charakterze. Dalej omówiłam związki tych przekonań z różnymi parametrami zdrowotnymi oraz potencjalne czynniki pośredniczące w tym związku.

2.1 Emocje i ich regulacja

Emocje są złożoną reakcją organizmu manifestującą się poprzez systemy fizjologiczne, doświadczeniowe i behawioralne (Mauss i in., 2005). Zwykle mechanizm ich powstawania wyjaśniany jest na łamach dwóch teorii: ewolucyjnej, która traktuje emocje jako tendencje behawioralne sprzyjające adaptacji (Barrett, 2012) i społecznej, znaczeniowej, która związana jest z oceną zdarzeń specyficznych dla gatunku i wyjaśnianiem procesów pośredniczących w powstawaniu emocji (Scherer, 2009). Możemy zauważyć zatem analogię do koncepcji bólu, to znaczy ewolucyjnie mechanizm emocji podobnie rozumiany jest jako niezbędny do adaptacji i przetrwania (Woolf, 2010), jak również służy komunikacji społecznej (Olivier, 2022), na przykład w celu uzyskania wsparcia. Co istotne, elementem centralnym obydwu perspektyw jest ocena poznawcza bieżących lub antycypowanych zdarzeń. Z kolei różnice indywidualne w tej ocenie oraz sposobie dalszego reagowania, potencjalnie przyczyniają się do powstania i podtrzymywania problemów ze zdrowiem psychicznym (Scherer, 2009). W dalszych rozważaniach dotyczących regulacji emocji, poza ich standardowym rozumieniem, korzystam z teorii metapoznawczej, w ramach której przyjęto założenie, że podobnie jak inne bodźce, emocje same w sobie mogą stać się przedmiotem oceny (Leahy, 2002).

Regulacja emocjonalna jest wieloaspektowym procesem, a jej zaburzenia prowadzą do rozwoju psychopatologii i wzrostu kosztów społeczno-gospodarczych (Kaufman i in., 2015). Rozumiana jest jako umiejętność, na początku, identyfikowania, rozumienia i akceptacji

emocji, i dalej, elastycznego zarządzania kontrolą emocjonalną w zależności od kontekstu (Kaufman i in., 2015). Proces ten ma na celu modyfikowanie siły i czasu trwania emocji w celu adekwatnej reakcji na pojawiające się wymagania środowiskowe (Gross, 2002). Przykładem pozytywnych strategii regulacyjnych, szeroko omawianych w literaturze przedmiotu, jest reinterpretacja poznawcza i akceptacja (Aldao i in., 2010). Analogicznie, problemy z regulacją będą wynikać więc z braku elastyczności poznawczej i akceptacji oraz ich następstw behawioralnych, zwykle w postaci unikania (Campbell-Sills i in., 2006). Dysregulacja emocjonalna występuje wśród osób z różnych grup klinicznych, w tym z zaburzeniem osobowości obsesyjno-kompulsywnym lub typu borderline, anoreksją czy bólem przewlekłym (Bowers i in., 2017; Lynch, 2018). Dotyka zatem pacjentów z niską, jak również nadmierną kontrolą emocjonalną. Osoby z niskim jej poziomem wkładają dużo wysiłku w tłumienie uczuć, uniemożliwiając sobie jednocześnie ich wczesne rozładowanie, co może prowadzić do zachowań impulsywnych i niebezpiecznych (Linehan, 1993). Jednakże, osoby o nadmiernej kontroli również mogą odczuwać poważne skutki zdrowotne, tłumienie jest wówczas procesem ciągłym i nie dochodzi u nich zwykle do impulsywnych wyładowań (Lynch, 2018).

Potencjalnie motywem tłumienia czy hamowania uczuć może być przekonanie o słuszności takiej strategii (Hong i Kangas, 2021). Dokładniej mówiąc, osoba z różnych powodów może uważać, że emocje są czymś zagrażającym lub niewłaściwym, czego nie należy okazywać na zewnątrz i w następstwie podejmować działania mające na celu ich niedoświadczanie i nieokazywanie (Bowers i in., 2017). Taki system wierzeń dotyczący doświadczania i okazywania emocji określamy przekonaniami na temat emocji. Istnieją przesłanki świadczące, że są one niespecyficznym konstruktem i wskazane jest bardziej zintegrowane i szersze podejście do ich problematyki, którego obecnie brakuje w przestrzeni badawczej.

2.2 Przekonania na temat emocji

Zgodnie z założeniem metapoznawczym emocje, poza naturalną reakcją organizmu, mogą stać się również przedmiotem poznawczej ewaluacji (Leahy, 2002). Ocena zdarzeń emocjonalnych w przebiegu historii uczenia się może prowadzić do powstania określonych, uświadomionych lub nie, poglądów na ich temat, które określamy właśnie przekonaniami o emocjach (Rimes i Chalder, 2010). Ogółem możemy wyróżnić kilka kategorii tych przekonań: dotyczących natury emocji (Becerra i in., 2020), związanych z oceną własnych kompetencji do ich kontrolowania (Becerra i in., 2020) oraz stanowiących o emocjach jako elemencie tożsamości (Linehan, 2016).

Przekonania dotyczące samej natury emocji odnoszą się zarówno do uznania ich za nieakceptowalne, dowód słabości i przegranej, przyczynę negatywnej oceny społecznej, coś złego czy niszczycielskiego (Rimes i Chalder, 2010). Z drugiej strony, mogą zostać uznane za coś potrzebnego i pomocnego w dążeniu do osobistych celów. Przykładami przekonań o negatywnych właściwościach emocji mogą być bezpośrednie twierdzenia „*Emocje są oznaką słabości*” lub uwzględniające konsekwencje społeczne „*Jeśli okażę smutek, ludzie pomyślą, że jestem słaby*”.

Przekonania o osobistych kompetencjach do sprawowania kontroli emocji dotyczyć mogą oceny bieżących możliwości lub antycypowanych konsekwencji braku kontroli (De Castella i in., 2013). Konsekwencje te mogą być bardziej określone, np. „*Kiedy zacznę się złościć, nie przestanę krzyczeć*” lub mniej np. „*Negatywne emocje będą we mnie narastać aż nie wytrzymam i stracę kontrolę*”. Pozytywne przekonania z kolei mogą odnosić się do poczucia, że nawet w trudnej lub wymagającej sytuacji, osoba będzie w stanie zapanować nad ekspresją oraz podejmować decyzje i działać pomimo wzbudzenia emocjonalnego.

Ostatnia grupa przekonań, dotycząca spostrzegania emocji jako elementu tożsamości, szerzej omawiana jest w konceptualizacji zaburzenia osobowości z pogranicza, z perspektywy

dialektycznej terapii behawioralnej (Linehan, 2016). W tym przypadku przekonania związane są zwykle z doświadczaniem emocji o dużym nasileniu, a przykładowa ich treść to „*Bez mojego gniewu nic nie wskóram*” lub „*Moje emocje to ja*”.

Badacze zagadnienia wskazują, że genezy negatywnych przekonań o emocjach należy upatrywać we wspierającym supresję emocjonalną środowisku rodzinnym, w którym jednocześnie ekspresja uczuć mogła być karana lub nie skutkowała zwróceniem uwagi opiekunów (Rimes i Chalder, 2010). Modele terapeutyczne z nurtu poznawczo-behawioralnego (*cognitive-behavioural therapy*, CBT) są źródłem ciekawych koncepcji odnośnie ich powstawania. Na przykład *unieważniające środowisko* opisane przez Linehan (1993), czyli otoczenie społeczne charakteryzujące się właśnie lekceważącą lub nawet zaniedbującą (przemocową) postawą wobec uczuć dziecka. Jednakże, niezależnie od nazewnictwa, powstawanie i utrzymywanie się negatywnych przekonań o emocjach możemy wyjaśnić posiłkując się teorią uczenia się, na przykład korzystając z dwuczynnikowej teorii Mowrera (1960). Opisuje ona, że reakcje formują się w pierwszej kolejności zgodnie z zasadami warunkowania klasycznego (pierwotnie neutralny bodziec z czasem nabywa możliwości uruchamiania odruchowej reakcji), a następnie, w drodze warunkowania instrumentalnego, podtrzymywane zostają głównie poprzez wzmocnienia negatywne będące źródłem ulgi. Przykładowo osoby, które mają negatywne przekonania na temat emocji w przeszłości mogły skojarzyć emocję złości z krzykiem rodzica, który spowodował silną reakcję awersyjną, a następnie unikać złości rodzica i przynosząc sobie natychmiastową ulgę utwierdzić się w poglądzie, że *złość jest zagrażająca*.

Podobnie proces ten może przebiegać w przypadku doświadczenia bólowego. Możemy założyć, że emocje mogą zostać awersyjnie skojarzone, gdyż poprzez szereg reakcji fizjologicznych mogą przyczyniać się do rozwoju lub zaostrzenia bólu. Zatem, zgodnie z warunkowaniem klasycznym, bodziec bólowy (awersyjny) następuje/nasila się po wystąpieniu

emocji lub może być postrzegany jako konsekwencja zdarzenia emocjonalnego wedle warunkowania instrumentalnego. Osoby doświadczające bólu mogą być również wzmacniane pozytywnie w hamowaniu ekspresji cierpienia, na przykład poprzez pochwały innych za bycie „dzielny” lub „silny”. Owe wzmacniające konsekwencje mogą dotyczyć również modeli (np. rodziców, rodzeństwa), a więc odbywać się na drodze warunkowania zastępczego w teorii społecznego uczenia się (Bandura i Hall, 2018). Zatem, w trakcie rozwoju człowieka, różne (również awersyjne) reakcje i sposoby regulacji emocji mogą zostać zapożyczone od innych osób.

Poza perspektywą behawioralną, warto spojrzeć na przekonania o emocjach z perspektywy teorii poznawczej. Posiłkując się treścią pozycji narzędzia do badania przekonań o nieakceptowalności emocji (tabela 1), możemy dostrzec, że często przyjmują one formę pewnych prawd życiowych lub zdań warunkowych. Spośród rodzajów przekonań wyróżnianych w koncepcji schematu poznawczego (Popiel i Pragłowska, 2022), najbliższe im do zasad i przekonań pośredniczących. Zatem, odnosić się będą do głębszych przekonań podstawowych dotyczących siebie, świata, innych ludzi i przyszłości. Dodatkowo, w treści wskazanych przekonań na temat emocji, odnaleźć możemy szereg poznawczych zniekształceń, to znaczy błędów we wnioskowaniu, które prowadzą do konkluzji niezgodnych z rzeczywistością, a które dalej w konsekwencji wzmacniają lub przyczyniają się do powstania negatywnych reakcji emocjonalnych i behawioralnych (Popiel i Pragłowska, 2022).

Tabela 1

*Odniesienie przekonań o emocjach do przekonań kluczowych i zniekształceń poznawczych-
opracowanie własne*

<i>Wybrane pozycje ze Skali Przekonań o Emocjach (BES-PL)</i>	
	<i>Potencjalne przekonania kluczowe</i>
Jeśli w towarzystwie innych ludzi stracę kontrolę nad swoimi emocjami, to będą gorzej o mnie myśleć.	Ja: nieważny, słaby Inni: odrzucający, oceniający
	<i>Zniekształcenia poznawcze</i>
To głupie mieć przygnębiające myśli. Nie powinienem poddawać się negatywnym emocjom.	Etykietowanie Imperatywy

Przekonania na temat nieakceptowalności odczuwania i ekspresji emocji mogą być rozumiane jako forma nadmiernie wysokich standardów i przestrzeń do realizacji dążeń perfekcjonistycznych (Schmidt i Treasure, 2006). Również w przypadku przekonań o niskich osobistych kompetencjach kontroli emocjonalnej, „perfekcjonizm emocjonalny” może służyć kompensacji postrzeganych deficytów i chronić przed ich konsekwencjami (Linehan, 1993). W wyniku nasilonego lęku przed popełnieniem błędów, nadmiernego przywiązywania wagi do szczegółów, negatywnej ewaluacji osiągnięć (Young i in. 2006), poświęcania zbyt wiele czasu na czynności lub przeciwnie, unikania ich w postaci prokrastynacji (Yosopov, 2020), perfekcjonizm prowadzi może do problemów zarówno ze zdrowiem fizycznym i psychicznym (Rimes i Chalder, 2010).

W tym miejscu chciałabym nadmienić, że spośród różnych rodzajów przekonań na temat emocji, w tej pracy odnoszę się przede wszystkim do przekonań związanych z negatywną ewaluacją samej ich natury (jak w drugim akapicie). Każdorazowo dalej w tekście mam na myśli ten sam zakres znaczeniowy pojęcia, jednakże w celu uniknięcia powtórzeń zamiennie używam różnych określeń takich jak: *przekonania na temat emocji, przekonania o emocjach, negatywne przekonania na temat emocji i przekonania o nieakceptowalności emocji.*

2.2.1 Przekonania na temat emocji jako konstrukt transdiagnostyczny

W podejściu poznawczo-behawioralnym rozwija się podejście bazujące na leczeniu zaburzonych procesów psychologicznych (Hayes i Hofmann, 2018). Obecnie stanowi ono uzupełnienie celowanych protokołów terapeutycznych. Procesy te nazywane są również transdiagnostycznymi, ponieważ nie są specyficzne dla pojedynczych jednostek klinicznych, a problemy w ich obrębie obserwujemy również w nieklinicznych populacjach, gdzie zostały rozpoznane jako czynnik ryzyka rozwoju psychopatologii. W związku z tym, że owe procesy podatne są na modyfikację terapeutyczną, opracowywane protokoły na nich oparte, również zwane są transdiagnostycznymi (Barlow i in., 2017; Leahy i in., 2014). Zaletą podejścia jest integracyjność (Mansell i in. 2009) i duże możliwości aplikacyjne, na przykład w postaci programów profilaktycznych (García-Escalera i in. 2020). Spośród sklasyfikowanych procesów transdiagnostycznych (Harvey i in., 2004), przekonaniom na temat emocji najbliższą jest do kategorii pozytywnych i negatywnych przekonań metapoznawczych.

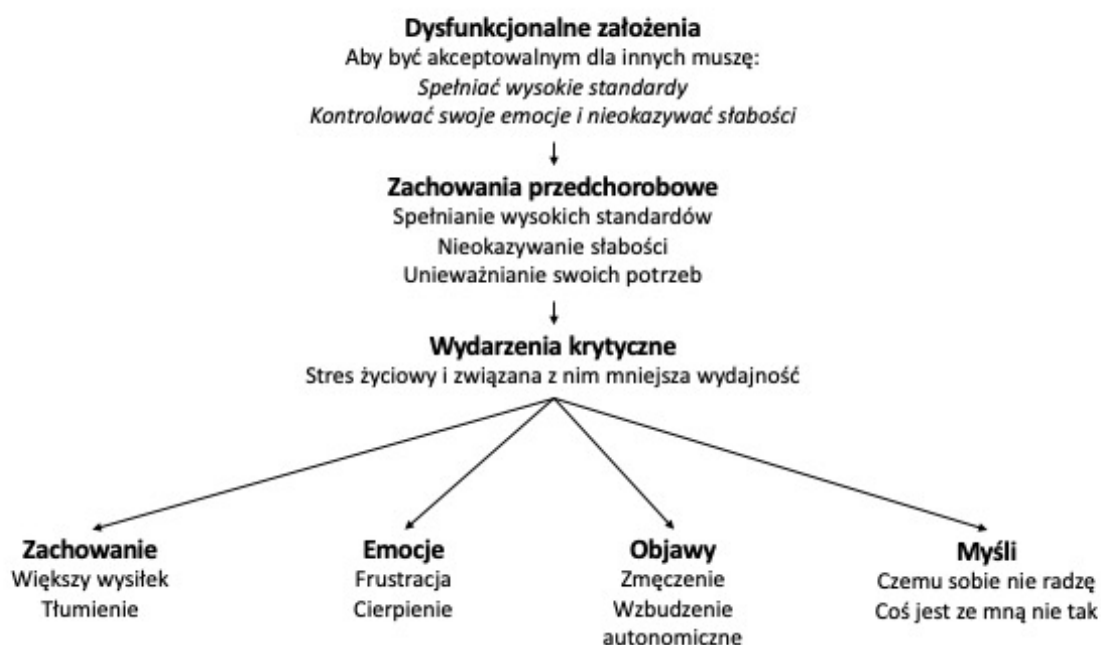
Badania dostarczają wielu dowodów na to, że negatywne przekonania na temat emocji można uznać za konstrukt transdiagnostyczny. Powszechnie występują u osób doświadczających zaburzeń zarówno somatycznych jak i psychicznych (Edwards i Wupperman, 2019). Są one nasilone u osób chorujących na depresję (Leahy, 2002), z zaburzeniem osobowości typu borderline (Linehan, 1993) i innymi zaburzeniami osobowości (Leahy i Napolitano, 2006). Co istotne, są również znaczącym problemem u osób z problemami związanymi z przewlekłym bólem jak zespół jelita drażliwego (Bowers i Wroe, 2016), fibromialgia (Bowers i in, 2017), zaburzenia somatyzacyjne (Woolfolk i Allen, 2010) czy zespół przewlekłego zmęczenia (Rimes i Chalder, 2010).

Przekonania te częściej występują u osób z grup klinicznych niż osób zdrowych (Rimes i Chalder, 2010). Poza ich obecnością w obrazie zaburzeń psychicznych i somatycznych, są również pozytywnie związane z cierpieniem, w tym z depresją, lękiem, zmęczeniem i stresem

(Becerra i in., 2020; Rimes i Chalder, 2010; Sydenham i in., 2017) oraz nasileniem objawów zaburzenia osobowości typu borderline (Manser i in., 2012) w nieklinicznych populacjach. Wspomniane wcześniej opracowania dotyczące obecności przekonań o emocjach u osób doświadczających bólu i zmęczenia opierają się na poznawczym modelu teoretycznym zespołu przewlekłego zmęczenia (Surawy i in., 1995). W przejrzysty sposób przedstawia on mechanizm powstawania objawów psychofizycznych w wyniku tych przekonań (rysunek 5).

Rysunek 5

Teoretyczny model poznawczy zespołu przewlekłego zmęczenia (opracowanie własne na podstawie: Surawy i in., 1995)



Biorąc pod uwagę informacje na temat współwystępowania przewlekłego bólu z różnorodnymi objawami i zaburzeniami psychicznymi można wyciągnąć wniosek, że nie jest możliwym stworzenie specyficznego modelu terapeutycznego, który umożliwiłby redukcję cierpienia u każdego z pacjentów. Z tego powodu zastosowanie leczenia

psychoterapeutycznego w oparciu o procesy transdiagnostyczne może okazać się niezwykle przydatne. Dotyczy to zwłaszcza tych procesów, które, jak wskazują badania, szczególnie dotyczą osób w grupach klinicznych z objawami somatycznymi, jak w przypadku przekonań na temat emocji i ich konsekwencji wskazanych dalej w pracy.

2.3 Czynniki pośredniczące w związku przekonań o emocjach ze zdrowiem

Literatura przedmiotu systematycznie potwierdza związek przekonań na temat emocji ze zdrowiem psychicznym i fizycznym. Jednakże, istnieją istotne przesłanki by uznać, że nie jest on w pełni bezpośredni. Wyniki badań w grupach klinicznych i nieklinicznych jako najczęstszą negatywną konsekwencję przekonań na temat emocji oraz istotny czynnik pośredniczący w ich relacji ze zdrowiem, wskazują różne formy unikania (Bowers i in., 2017; Sydenham i in., 2017). Zakładając zgodnie z teorią metapoznawczą, że emocje mogą być przedmiotem oceny poznawczej (Leahy, 2002), a w drodze rozwoju jednostka nauczyła się je negatywnie kojarzyć lub oceniać (zdarzenia emocjonalne jako zagrażające), można uznać, że unikowe tendencje behawioralne są logiczną reakcją (Rimes i Chalder, 2010). Mimo to w konsekwencji długoterminowej stanowią istotny deficyt w skutecznej regulacji emocjonalnej.

Osoby, które uważają, że emocje są nie do zniesienia lub nie są pomocne, rzadko angażują się w adaptacyjne zachowania samoregulacyjne (Kneeland i in., 2016), a częściej w reakcję unikania (Dennis i Halberstadt, 2013). Badania eksperymentalne wspierają tę zależność pokazując, że osoby, którym zaindukowano negatywne przekonania na temat emocji rzadziej stosują poznawcze przewartościowanie (Kneeland i in., 2016), gorzej oceniają osobiste kompetencje kontroli emocjonalnej oraz ostatecznie doświadczają więcej negatywnych emocji niż osoby indukowane przekonaniem racjonalnymi (związanymi z akceptacją) (Predatu i in., 2020). Negatywne przekonania o emocjach wiążą się z ich tłumieniem w przebiegu zaburzeń lękowych (Campbell-Sills i in., 2006), a także z nasilonym zamartwianiem, będącym formą unikania poznawczego (Mennin i in. 2002). Pozytywny związek tychże przekonań z

zamartwianiem obecny jest również w populacji osób z zaburzeniem osobowości z pogranicza oraz innymi zaburzeniami osobowości (Leahy i Napolitano, 2006). Spostrzeganie emocji jako zagrażających i ich dalsze unikanie wyjaśnia współwystępowanie objawów zaburzeń odżywiania i uzależnień z cechami osobowości typu borderline (Leahy, 2002; Linehan, 1993). Obecność tych negatywnych postaw wobec emocji u osób cierpiących fizycznie potencjalnie nasila u nich supresję emocjonalną, prowadzącą do nierozładowanego pobudzenia fizjologicznego, które nasila cierpienie fizyczne (Bowers, 2017).

Analiza czynników pośredniczących w związku między przekonaniem o emocjach a cierpieniem psychicznym wykazała pośredni związek pozytywny poprzez unikanie emocji i negatywny poprzez współczucie dla siebie i elastyczną regulację emocji (Monsoon i in., 2022; Sydenham i in., 2017). W innym badaniu dowiedziono pośredniej roli unikania doświadczania (*experiential avoidance*) w relacji między tymi przekonaniem a nieadaptacyjnymi strategiami regulacji emocji, jak ruminowanie, przyjmowanie biernej postawy i unikanie (unikanie emocjonalne vs emocjonalne zaangażowanie) (Trincas i in., 2016). Unikanie doświadczania jest jednym z najważniejszych konstruktyw terapii akceptacji i zaangażowania (Hayes i in., 2013), a więc zajmuje również istotne miejsce w szeroko rozumianej koncepcji poznawczo-behawioralnej. Rozumiane jest ogólnie jako niechęć do pozostawania w kontakcie z awersyjnymi doświadczeniami wewnętrznymi (Chawla i Ostafin, 2007). Jest złożonym, wielowymiarowym i transdiagnostycznym konstruktem, który obejmuje różne elementy ludzkiego doświadczenia, takie jak emocje, doznania cielesne, myśli i zachowania (Gámez i in., 2011). Trudno odróżnić go od analogicznych pojęć związanych z unikaniem, takich jak ruminacje, tłumienie czy unikowe radzenie sobie (Chawla i Ostafin, 2007; Trincas i in., 2016), ponieważ w zależności od kontekstu, unikanie doświadczania może przybierać wiele form, a jego ogólną funkcją jest uniknięcie cierpienia. Jednakże, ujęcie go w badaniach jako czynnika o charakterze ogólnym, ale jednocześnie wielowymiarowym, może pozwolić na pełniejszy

obraz mechanizmu unikania w ogóle (Gámez i in., 2011). Badania prowadzone nad tym zjawiskiem w grupie osób z przewlekłym bólem wskazują, że im mniejszą gotowość do pozostania w kontakcie z trudnymi doświadczeniami mają pacjenci, tym wyższy będzie u nich poziom depresji, lęku i stresu (Costa i Pinto-Gouveia, 2013). W badaniach eksperymentalnych z kolei wykazano, że osoby z silnymi tendencjami do unikania doświadczenia mają mniejszą tolerancję na ból, niż osoby cechujące się akceptacją wobec konfrontacji z dystresem (Zettle i in., 2005). Wyniki pokazują, jak ważne jest pomaganie osobom z przewlekłym bólem w zwiększaniu ich gotowości do odczuwania bólu, a nie unikanie go.

Przesłanki dotyczące relacji między przekonaniem na temat emocji a unikaniem doświadczenia i zdrowiem psychicznym są obiecujące. Pochodzą jednak przede wszystkim z badań o ogólnym podejściu do unikania doświadczenia jako przeciwieństwa akceptacji psychologicznej lub dotyczących związku przekonań o emocjach z poszczególnymi aspektami unikania doświadczenia. Przykładowo, zarówno w populacjach klinicznych jak i nieklinicznych zaobserwowano pozytywny związek między przekonaniem na temat emocji a ich tłumieniem (Bowers i in., 2017; Campbell-Sills i in., 2006; Tran i Rimes, 2017). Podobnie wiążą się one z brakiem akceptacji i awersyjną postawą w obliczu cierpienia, trudnościami w podejmowaniu zachowań ukierunkowanych na cel i rozwiązywaniu problemów (Trincas i in., 2016). Te czynniki z kolei wpisują się w obraz wielowymiarowego konceptu unikania doświadczenia (Gámez i in., 2011).

3. Metoda badań własnych

W niniejszym rozdziale prezentuję przyjętą w ramach badań własnych strategię metodologiczną. W pierwszej kolejności przedstawiam cel badania oraz motywację do jego przeprowadzenia. Dalej wprowadzam zaprojektowany przeze mnie model pogładowy, ujmujący badane zależności oraz pytania i hipotezy badawcze wraz z krótkim uzasadnieniem. Omawiam również potencjalne czynniki zakłócające oraz sposoby zapobiegania lub ograniczania ich wpływu na wyniki. Następnie prezentuję badane grupy, procedurę i zmienne ujęte w badaniu wraz z narzędziami użytymi do ich pomiaru, a na koniec przyjętą strategię analityczną.

3.1 Cel badania i motywacja

Celem niniejszej pracy było zbadanie zależności między bólem, przekonaniem na temat emocji i unikaniem doświadczania a wybranymi parametrami zdrowia psychicznego, dokładnie nasileniem stresu, lęku i depresji. Te zależności oraz różnice międzygrupowe analizowałam w populacji ogólnej oraz klinicznej osób doświadczających przewlekłego bólu. Ponadto sprawdziłam zależności między unikaniem doświadczania a parametrami zdrowia psychicznego w ujęciu podłużnym, w grupie klinicznej. By badanie było możliwe, w pierwszej kolejności zaadaptowałam do polskiego kontekstu Skalę Przekonań o Emocjach (BES-PL).

Moją motywację do podjęcia tych zagadnień stanowiły:

- potrzeba rozwoju zagadnienia procesów transdiagnostycznych jako czynników podtrzymujących negatywne objawy psychiczne i fizyczne, ale i ryzyka ich rozwinięcia w różnych grupach,
- mała liczba badań dotycząca aspektów emocjonalnych współtowarzyszących bólowi oraz ich oceny,
- mała liczba badań nad zagadnieniem przekonań o emocjach i brak takich badań w Polsce,

- mała liczba badań nad relacjami unikania i zdrowia psychicznego w ujęciu podłużnym u osób doświadczających przewlekłego bólu,
- brak narzędzi do pomiaru przekonań na temat emocji w polskiej adaptacji,
- przesłanki o istotnej roli przekonań na temat emocji i unikania doświadczania w rozwoju i utrzymywaniu się gorszego funkcjonowania osób doświadczających uporczywych objawów somatycznych, w tym przewlekłego bólu,
- ujęcie problemu w kategoriach pojęć opracowanych na gruncie terapii poznawczo-behawioralnych celem zwiększenia możliwości aplikacyjnych.

3.2 Projekt badań własnych

3.2.1 Model pogładowy

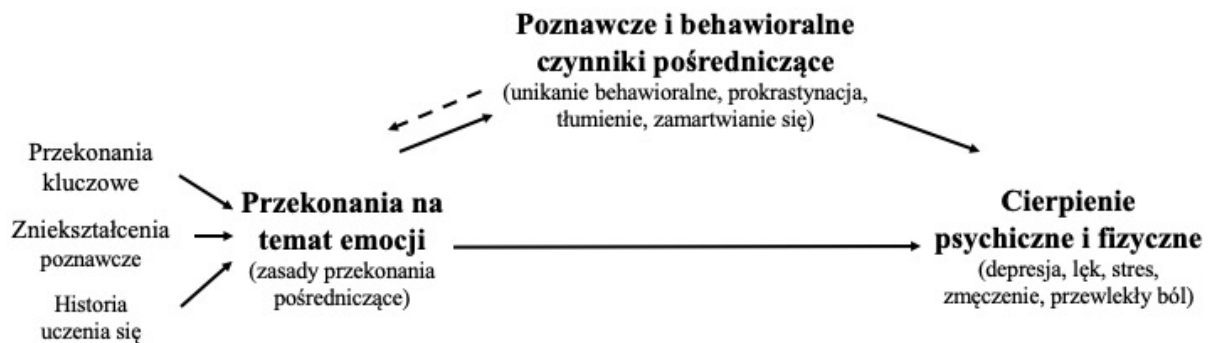
W perspektywie badań psychologicznych z potencjalnymi implikacjami terapeutycznymi należy uwzględnić dynamicznie rozwijającą się koncepcję procesów psychologicznych (Hayes i Hofmann, 2018). To podejście może się również okazać niezwykle przydatne w perspektywie zauważalnego współwystępowania ze sobą objawów i zaburzeń psychicznych oraz symptomów fizycznych, co zostało szerzej opisane w części teoretycznej pracy. Analizując różnorodne modele poznawczo-behawioralne bólu przewlekłego możemy zauważyć szereg procesów transdiagnostycznych, obecnych w innych zaburzeniach. Co więcej, biorąc pod uwagę, że ból przewlekły pojawia się w obrazie wielu chorób somatycznych, jak również jest znacznie rozpowszechniony w populacji ogólnej, jego ogólne modele psychologiczne możemy wstępnie również uznać za transdiagnostyczne.

W niniejszym projekcie koncentruję się na konstruktach transdiagnostycznych, jakimi są przekonania na temat emocji i unikanie doświadczania. Wpisują się one w szerszy proces psychologiczny regulacji emocjonalnej. W celu roboczej syntezy mechanizmów powstawania i utrzymywania się negatywnych przekonań o emocjach oraz ich konsekwencji zaprojektowałam roboczy model pogładowy (rysunek 6). Jego celem nie jest pełne

przedstawienie zależności, a prezentacja ogólnego obrazu, który w bardziej szczegółowej formie przedstawiony zostanie dalej w hipotezach badawczych. Czynniki pośredniczące są szczególnie istotnym elementem modelu, ponieważ jak wspomniano: a) przyjmują różnorodne formy zmiennych poznawczych i behawioralnych b) podtrzymują cierpienie psychiczne i niski dobrostan psychofizyczny c) terapeutyczne oddziaływanie na jeden czynnik może prowadzić do zmiany w sferze przekonań i zwrotnie wpływać na pozostałe czynniki (Rimes i Chalder, 2010).

Rysunek 6

Poglądowy model przekonań na temat emocji (opracowanie własne na podstawie: Bowers i in., 2017; Campbell-Sills i in., 2006; Tran i Rimes, 2017)



3.2.2 *Pytania i hipotezy badawcze*

Pytanie 1 (badanie wstępne): Czy polska adaptacja Skali Przekonań o Emocjach (BES-PL) wykazuje dobre parametry psychometryczne?

W odpowiedzi na brak narzędzi do pomiaru przekonań o emocjach w polskiej przestrzeni badawczej, by umożliwić odpowiedź na pozostałe pytania badawcze, w pierwszej kolejności dokonałam adaptacji kulturowej Skali Przekonań o Emocjach, w oryginalnej wersji *the Beliefs about Emotions Scale*, stworzonej przez Rimes i Chalder (2010). Moją motywacją do wyboru konkretnie tego narzędzia były zadawalające właściwości psychometryczne oryginalnej wersji zarówno w populacji ogólnej, jak również pacjentów chorujących przewlekle. Bazując na wynikach oryginalnej publikacji prezentującej skalę, postawiłam następujące hipotezy:

H1: Polska wersja skali Przekonań o Emocjach (BES-PL) wykazuje podobne właściwości psychometryczne do oryginalnej skali.

H1a: Polska wersja skali Przekonań o Emocjach (BES-PL) jest rzetelnym narzędziem i ma strukturę jednoczynnikową.

H1b: Polska wersja skali Przekonań o Emocjach (BES-PL) jest trafna poprzez związki z kryteriami zewnętrznymi: wyniki na skali pozytywnie wiążą się ze stresem, lękiem, depresją oraz unikaniem doświadczania.

Pytanie 2: Czy nasilenie bólu związane jest z przekonaniami na temat emocji i parametrami zdrowia psychicznego?

Motywacją do postawienia kolejnego pytania badawczego były dane z populacji klinicznych wskazujące na znaczne rozpowszechnienie oraz większe ryzyko wystąpienia zaburzeń psychicznych wśród osób doświadczających bólu przewlekłego (Gialouri i in., 2022; Matcham i in., 2016). Do zbadania zależności nasilenia bólu i zdrowia psychicznego

dodatkowo umotywowały mnie wyniki badań świadczące o tym, że nasilenie lęku i depresji wiąże się z bólem również w kontekście pozaklinicznym, w populacji ogólnej (Ciaramella i Poli, 2015; Currie i Wang, 2005).

Badań nad przekonaniem na temat emocji jest wciąż niewiele, ale prace innych autorów wskazują na pozytywny związek negatywnych przekonań na temat emocji z depresją, lękiem i stresem (Becerra i in., 2020; Rimes i Chalder, 2010; Sydenham i in., 2017) oraz na większe ich rozpowszechnienie u osób z grup klinicznych (Rimes i Chalder, 2010; Bowers i Wroe, 2016). W związku z tymi przesłankami postawiłam następujące hipotezy:

H2: Nasilenie bólu wiąże się z gorszym funkcjonowaniem psychicznym w grupie nieklinicznej.

H2a: Nasilenie bólu wiąże się pozytywnie z poziomem depresji, lęku i stresu.

H2b: Nasilenie bólu wiąże się pozytywnie z negatywnymi przekonaniem na temat emocji.

H3: Nasilenie bólu wiąże się z gorszym funkcjonowaniem psychicznym w grupie klinicznej.

H3a: Nasilenie bólu wiąże się pozytywnie z poziomem depresji, lęku i stresu.

H3b: Nasilenie bólu wiąże się pozytywnie z negatywnymi przekonaniem na temat emocji.

H4: Osoby z grupy klinicznej gorzej funkcjonują psychicznie niż osoby z grupy nieklinicznej.

H4a: Osoby z grupy klinicznej mają wyższy poziom depresji, lęku i stresu niż osoby z grupy nieklinicznej.

H4b: Osoby z grupy klinicznej wykazują bardziej nasilone negatywne przekonania na temat emocji.

Pytanie 3: Czy unikanie doświadczania pośredniczy w relacji przekonań o emocjach z parametrami zdrowia psychicznego?

Wyniki badań jako najczęstszą konsekwencję przekonań na temat emocji i jednocześnie istotny czynnik pośredniczący w ich relacji ze zdrowiem, wskazują różne formy unikania (Bowers i in., 2017; Sydenham i in., 2017). Obecność tych negatywnych przekonań u osób cierpiących fizycznie potencjalnie nasila tendencje do tłumienia, prowadząc do braku możliwości rozładowania pobudzenia fizjologicznego, które dalej nasila cierpienie (Bowers, 2017). Przesłanki dotyczące relacji między przekonaniem na temat emocji a unikaniem doświadczania i zdrowiem są obiecujące. Pochodzą jednak przede wszystkim z badań o ogólnym podejściu do unikania doświadczania jako przeciwieństwa akceptacji psychologicznej lub dotyczących związku przekonań o emocjach z poszczególnymi jego aspektami. W związku z tymi badaniami, zakładam hipotezę:

H5: Unikanie doświadczania pełni funkcję pośredniczącą w relacji przekonań o emocjach i zdrowia psychicznego zarówno w grupie klinicznej osób z doświadczeniem przewlekłego bólu jak i w grupie nieklinicznej.

Pytanie 4: Czy unikanie doświadczania wiąże się z parametrami zdrowia psychicznego w ujęciu podłużnym?

Badania prowadzone nad zjawiskiem unikania doświadczania u osób z chronicznym bólem wskazują, że im mniejszą gotowość ma osoba do pozostania w kontakcie z trudnymi doświadczeniami, tym wyższy będzie u niej poziom depresji, lęku i stresu (Costa i Pinto-Gouveia, 2013). Wykazano również, że silne tendencje do unikania doświadczania zmniejszają tolerancję na ból (Zettle i in., 2005). W związku z tymi danymi zakładam, że:

H6: Zmiana w zakresie unikania doświadczania w ciągu 3 miesięcy jest związana pozytywnie ze zmianą w poziomie stresu, lęku i depresji w grupie klinicznej.

3.3 Potencjalne czynniki zakłócające i sposoby zapobiegania

Przed rozpoczęciem badania rozeznałam kilka potencjalnie zakłócających badanie czynników proceduralnych i podmiotowych.

Przede wszystkim, w badaniach nad osobami o określonych schorzeniach, w trakcie procesu rekrutacyjnego (na przykład przez fora i grupy internetowe) może wystąpić szereg nadużyć związanych z przypisywaniem sobie przez uczestników określonej diagnozy (autodiagnoza). W takich okolicznościach badacz nie ma możliwości weryfikacji czy wobec danego pacjenta rzeczywiście toczy się postępowanie diagnostyczne lub postawiono mu konkretne rozpoznanie. Najlepszym sposobem zapobiegania tego typu nadużyciom jest weryfikacja dokumentacji medycznej, jednak w przypadku tego badania nie było to możliwe. W celu minimalizacji problemu postanowiłam rekrutować pacjentów w trakcie ich pobytu na oddziałach reumatologicznych oraz pytać o rozpoznanie i etap procesu diagnostycznego. Fakt przebywania na tego typu oddziale wynika z uznania przez specjalistę symptomów choroby reumatologicznej i udzielenia skierowania, co stanowi silniejszy dowód niż autodiagnoza.

Czynnikami, które potencjalnie prowadzić mogą do zakłamania wyników są zmienne powodujące krótkotrwałe zmiany w dobrostanie. W przypadku tego badania znowu, rekrutowanie internetowe nie daje nam możliwości weryfikacji kontekstu sytuacyjnego, w którym uczestnicy pozostają w czasie udziału w badaniu. Przebywanie w szpitalu jest kontekstem specyficznym, jednakże ujednoliconym, co umożliwia trafne wewnętrznie wnioskowanie o związkach. Kolejnym czynnikiem potencjalnie zakłócającym wyniki może być bieżący brak bólu i wynikająca z niego chwilowa poprawa dobrostanu. Taka krótkotrwała zmiana, na przykład wynikająca z zastosowania farmaceutyków lub innych czynników, może sprzyjać uczuciu ulgi i w rezultacie przeszacowywania poziomu zdrowia psychicznego. Z tego powodu zdecydowałam, że brak bólu w dniu testowania będzie czynnikiem wyłączającym z analiz.

W badaniach klinicznych bardzo ważne jest by procedura uwzględniała szczególne potrzeby pacjentów. Badanie planowo miało charakter samoopisowy, dlatego z perspektywy osób doświadczających przewlekłego i bieżącego bólu istotne jest możliwie jak najkrótsze testowanie. Odciążającą formą testowania pacjentów z bólem byłoby również wypełnianie kwestionariuszy poprzez tablet, ponieważ wymaga ono najmniej siły i umożliwia dostosowanie widoczności i czcionki. Takie rozwiązanie wymaga jednak znaczących nakładów finansowych, zwłaszcza, by kilka osób mogło wypełniać kwestionariusz w tym samym czasie wymagane byłoby klika urządzeń. Poza tym użycie wersji papierowych miało na celu zminimalizowanie ryzyka zachorowania na COVID-19. Pierwotnie planowałam testowanie z wykorzystaniem trzech metod do oceny dobrostanu (macierz wielu cech wielu metod), jednakże z racji podobnej trafności kryterialnej i rzetelności oraz silnym wzajemnym powiązaniem w innych badaniach postanowiłam skorzystać z jednej metody. Takie rozwiązanie również minimalizuje zmęczenie i ból u badanych i tym samym zmniejsza ryzyko rezygnacji w trakcie wypełniania.

3.4 Badane próby i procedura

Wszystkie procedury wykonywane w badaniach z udziałem ludzi były zgodne ze standardami etycznymi instytucjonalnej komisji badawczej oraz z Deklaracją Helsińską z 1964 roku i jej późniejszymi zmianami. Przed rozpoczęciem projekt został zatwierdzony przez Komisję Etyki Instytutu Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego (nr 2/2021). Udział w badaniach był dobrowolny, a każdy uczestnik miał prawo odmówić udziału bez podania przyczyny. Świadoma, pisemna zgoda była obligatoryjna do wzięcia udziału w procesie i zbierana była oddzielnie od kwestionariuszy z zachowaniem ich anonimowości.

W celu odpowiedzi na poszczególne pytania badawcze, w ciągu trwania całego projektu, dokonałam pomiaru badanych zmiennych w czterech grupach (próba A, próba B, próba C i próba D).

Próba A pochodzi z ogólnej populacji osób w Polsce w wieku między 18 a 40 lat. Dane zostały zebrane przez panel badawczy Ariadna w 2020 roku, w ramach innego projektu, dotyczącego cech osobowości i funkcjonowania w bliskich związkach (0086/DIA/2017/46). Dane pochodzą jedynie od osób zarejestrowanych jako użytkownicy panelu, co uniemożliwia wypełnianie ankiet dwukrotnie przez tą samą osobę. Potencjalne osoby badane otrzymywały informację o badaniu wraz z linkiem do ankiety drogą e-mailową. Wypełnienie ankiety skutkowało przyznaniem punktów, które później (po zebraniu odpowiedniej ich ilości) można było zamieniać na nagrody rzeczowe. Taki sposób gromadzenia danych może skutkować nieuważnym lub zbyt szybkim wypełnianiem kwestionariusza, co odbije się na ich jakości. W związku z tym użyto dwóch polecanych metod „oczyszczania” nieuważnych odpowiedzi (Wood i in., 2017). Pierwsza – (trzy) pytania sprawdzające uważność (np. „To pytanie ma na celu sprawdzenie czy uważnie wypełniasz kwestionariusz. Zaznacz proszę, ile to jest 2+2?”) – została zastosowana już na etapie zbierania danych przez panel. Druga – całkowity czas wypełniania ankiety – została zastosowana już po zebraniu danych. Dane osób, które wypełniały ankietę bardzo szybko (szybciej niż 2 sekundy na pytanie) lub bardzo wolno (wolniej niż 3 odchylenia standardowe) wyłączone ze wszystkich dalszych analiz. Zmniejszyło to próbę z 1425 do 1178 obserwacji (wykluczono 247).

Próba B została dobrana w sposób przypadkowy z populacji studentów trzech polskich uczelni wyższych z województwa pomorskiego i warmińsko-mazurskiego. Planowałam zebrać jak największą liczbę uczestników, ale co najmniej 115 osób. Ich liczbę oszacowałam na podstawie przewidywanych efektów analizy mediacyjnej badanych zmiennych (Fritz i MacKinnon, 2007, Sydenham i in., 2017). Analizując moc statystyczną tego badania przyjąłam następujące kryteria: $\alpha = 0,05$, $\beta = 0,20$, przewidywany efekt ścieżki $a = 0,39$, zaś ścieżki $b = 0,26$. Wielkości tych efektów odpowiadają efektom wykrytym przez Sydenham i

współpracowników (2017). Dane zostały zebrane przy użyciu formularza internetowego, o którym potencjalne osoby były informowane drogą e-mailową.

Próba C została zebrana i oczyszczona w taki sam sposób jak próba A, w 2023 roku. Obejmowała osoby w wieku od 18 do 87 lat. Proces wykluczania nieuważnych obserwacji danych zmniejszył wielkość próby z 1236 do 1069 (wykluczono 167 osób na podstawie czasu wypełniania ankiety).

Próba D zebrana została w populacji klinicznej osób cierpiących z powodu chorób reumatycznych lub będących w trakcie diagnozy w kierunku takich schorzeń. Badanie przeprowadzone zostało na oddziałach reumatologicznych w Pomorskim Centrum Reumatologii w Sopocie (97 badanych) i Specjalistycznym Szpitalu w Kościerzynie (27 badanych) w okresie od 26.03.2022 roku do 19.01.2023 roku. Wszyscy pacjenci zostali zaproszeni przeze mnie do udziału w badaniu z zastrzeżeniem o kryterium wyłączającym w postaci braku bólu związanego z chorobą reumatyczną w dniu badania. Moim celem było wyłączenie braku odczuwania bólu jako czynnika potencjalnie zakłócającego wyniki, to znaczy, że badani, których aktualnie nic nie boli mogą oceniać chwilowo wyżej swój dobrostan. Badanym przedstawiony został ogólny zarys badania w formie wydrukowanej ulotki zawierającej dane kontaktowe do mnie jako kierownika projektu, którą mogli zabrać ze sobą. Otrzymanie danych kontaktowych pozwala chętnym na uzyskanie informacji w przypadku pytań lub niejasności. Po zapoznaniu z procedurą badani uczestniczyli w sposób anonimowy w pierwszej turze. Ci z nich, którzy udostępnili dane osobowe (w postaci adresu e-mail i numeru telefonu) mogli wziąć udział również w drugiej turze projektu. Pacjenci mieli możliwość zadawania pytań w trakcie wypełniania ankiety, jak również zarzucenia go w każdym momencie, co ma szczególne znaczenie ze względu na charakter dolegliwości reumatycznych, to znaczy pacjenci mogą odczuwać nasilony ból lub zmęczenie w trakcie pomiaru typu papier-
ołówki. Ostatecznie udział w pierwszej turze wzięły 124 osoby, wśród których 6 osób

zadeklarowało brak obecności bólu, pomimo iż owe kryterium wyłączające znajdowało się w instrukcji oraz komunikowałam je przy rekrutacji. Dodatkowo 4 ankiety zawierały jedynie część informacji socjodemograficznych lub znaczące braki odpowiedzi na kwestionariusze. W związku z tym do analizy zakwalifikowałam 114 osób.

Zgodę na udział w drugiej turze badania wyraziło 71 osób. Do drugiej tury badania pacjenci zapraszani byli po upływie trzech miesięcy od udziału w pierwszej turze. Poprzez pocztę e-mailową lub SMS otrzymywali informację wraz z linkiem do formularza on-line zawierającego kwestionariusze psychologiczne. By zapobiec brakom odpowiedzi, kontaktowałam się z nimi dwukrotnie. W celu powiązania danych z pierwszego i drugiego badania, uczestnicy wpisywali unikalny kod osobisty, znany tylko im, ale każdorazowo taki sam, składający się z pierwszej litery imienia matki, pierwszej litery nazwiska panińskiego matki, pierwszej litery imienia ojca oraz cyfry określającej dzień urodzenia. Dodatkowo pacjenci mieli możliwość wzięcia udziału w losowaniu 10 kart podarunkowych do księgarni o wysokości 50 złotych, co wymagało przesłania kodu osobistego w celu weryfikacji udziału, zatem wiązało się z utratą anonimowości.

3.5 Zmienne i ich operacjonalizacja

W tym rozdziale opisałam wszystkie zmienne uwzględnione w projekcie wraz z narzędziami użytymi w celu ich operacjonalizacji.

3.5.1 Ból

W celu oszacowania poziomu bólu posłużyłam się trzema autorskimi pytaniami, mającymi na celu oszacowanie bólu obecnego, średniego oraz najsilniejszego w ciągu 24 godzin. Badani oceniali jego poziom na skali Likerta od 0 do 10, gdzie „0” – „Brak bólu”, a „10” – „Ból tak silny jak tylko można sobie wyobrazić”. W grupie klinicznej uczestnicy mieli za zadanie ocenić, czy doświadczany ból nie ma charakteru chwilowego oraz czy jego umiejscowienie odpowiada bólowi charakterystycznym dla chorób reumatycznych (łokcie,

dłonie, kolana, stopy, kręgosłup). Spełniając te kryteria oraz odczuwając ból w dniu badania, kwalifikowani byli do klinicznej grupy osób z bólem przewlekłym.

3.5.2 Parametry zdrowia psychicznego

W tym projekcie jako parametry zdrowia psychicznego przyjęłam nasilenie stresu, lęku i depresji. W celu ich oszacowania skorzystałam z polskich wersji szeroko używanych, narzędzi samoopisowych: Skali Depresji, Lęku i Stresu (*Depression, Anxiety and Stress Scale*; DASS-21) (Henry i Crawford, 2005; Zawislak i in., 2020) oraz Szpitalnej Skali Lęku i Depresji (*Hospital Anxiety and Depression Scale*; HADS) (Zigmond i Snaith, 1983; Nezlek i in., 2021). Oba instrumenty są wykorzystywane głównie w kontekście badawczym, a nie w praktyce psychologicznej.

DASS-21 jest skróconą, 21-pozycyjną wersją oryginalnej 42-pozycyjnej skali. Uczestnicy oceniają trafność twierdzeń na 4-punktowej skali Likerta od 0 – „Nie odnosiło się to do mnie w ogóle” do 3 – „Odnosiło się to do mnie w bardzo dużym stopniu lub przez większość czasu”. Narzędzie składa się z trzech podskal, po siedem pozycji każda. Przykładowe pytanie dla podskali *depresja* brzmi: „*Nie mogłem doświadczać żadnych pozytywnych uczuć*”, dla podskali *lęk*: „*Obawiałem się sytuacji, kiedy mógłbym wpaść w panikę i zrobić z siebie głupca*”, a dla podskali *stres*: „*Używałem dużo nerwowej energii*” (Henry i Crawford, 2005). Rzetelność w tym projekcie wyniosła dla podskali *stres* od 0,83 do 0,91, dla podskali *lęk* od 0,78 do 0,91 oraz od 0,85 do 0,93 dla podskali *depresja*, w zależności od badanej próby (patrz tabela MD7).

HADS jest szeroko stosowaną metodą, składającą się z 14 pozycji, siedmiu dla podskali lęku i siedmiu dla podskali depresji, mierzonych za pomocą 4 - punktowych skal odpowiedzi, różniących się między sobą treścią w zależności od pytania. Przykładowa pozycja dla podskali *lęku* brzmi: "*Mam takie poczucie, jakby miało mi się przydarzyć coś strasznego*", gdzie 0 oznacza "nie mam takiego poczucia", a 3 "tak, i jest to bardzo wyraźne". Przykładowa pozycja

dla podskali *depresja* to "Z góry cieszę się na myśl o możliwości zrobienia czegoś", gdzie 0 oznacza "tak jak przedtem", a 3 "prawie nigdy". W tym projekcie rzetelność dla podskali *lęk* wynosiła 0,87, a dla podskali *depresja* 0,81.

3.5.3 Przekonania na temat emocji

W polskiej przestrzeni badawczej brakuje narzędzi do pomiaru przekonań na temat emocji, które wykazywałyby dobre właściwości psychometryczne i jednocześnie były na tyle krótkie by umożliwić badania na klinicznych populacjach pacjentów doświadczających bólu, bez rezygnowania z pomiaru innych zmiennych. W tym celu w ramach części projektu zaadaptowałam Skalę Przekonań o Emocjach (*the Beliefs about Emotions Scale; BES*) (Rimes i Chalder, 2010). Skala ta opisuje przekonania o nieakceptowalności doświadczania i wyrażania negatywnych stanów emocjonalnych. Wykorzystywana jest głównie w badaniach psychologicznych, jednakże autorki (Rimes i Chalder, 2010) wykazały jej dobrą wrażliwość na zmiany w obrębie przekonań, zachodzące w trakcie terapii poznawczo-behawioralnej, co daje pewne przesłanki do wykorzystywania narzędzia w praktyce klinicznej. Oryginalnie BES ma strukturę jednoczynnikową, jest 12-pozycyjnym narzędziem samoopisowym z siedmioma opcjami odpowiedzi, od 0 – „Całkowicie się nie zgadzam” do 6 – „Całkowicie się zgadzam”. Treść wszystkich pozycji przedstawiona została w tabeli 3. Narzędzie wykazało dobrą rzetelność, mierzoną za pomocą współczynnika alfy Cronbacha, w grupie klinicznej zespołu przewlekłego zmęczenia (CFS) = 0,91 oraz u zdrowych osób z grupy kontrolnej = 0,88. Trafność kryterialna wykazana została na podstawie istotnych korelacji wyników na skali BES z depresją i lękiem, a także poziomem zmęczenia w CFS (Rimes i Chalder, 2010).

Do tej pory przeprowadzono trzy adaptacje kulturowe i prezentują one różną strukturę czynnikową narzędzia. Brazylijska wersja (Mograbi i in., 2018) oraz południowokoreańska (Park i in., 2022) prezentują dwa czynniki, natomiast wersja japońska (Sasaki i in., 2022) jest najbardziej zbliżona do oryginału i wykazuje strukturę jednoczynnikową. Wszystkie adaptacje

mają dobrą rzetelność i trafność kryterialną mierzoną poprzez związki z depresją, lękiem, perfekcjonizmem i trudnościami w regulacji emocji.

Polska wersja przygotowana została zgodnie z zasadami adaptacji kulturowej narzędzi psychologicznych. Najpierw trzy niezależne osoby z wysokim poziomem zarówno języka polskiego, jak i angielskiego, oraz z wykształceniem psychologicznym na poziomie magisterskim, przetłumaczyły narzędzie na język polski. Następnie grupa pięciu innych osób, również z wykształceniem psychologicznym i odpowiednią znajomością języków, dokonała oceny wersji tłumaczeń narzędzia, wybierając ostateczną wersję. Na koniec przeprowadzono tłumaczenie zwrotne, porównano je z wersją oryginalną i zatwierdzono do użytku przez tłumacza językowego. Rzetelność dla polskiej wersji skali w tym projekcie wynosi od 0,81 do 0,89, w zależności od badanej próby (patrz tabela MD7).

3.5.4 Unikanie doświadczania

W tym projekcie unikanie doświadczania ujęte zostało jako czynnik ogólny z wyróżnionymi wymiarami. Do niedawna w badaniach operacjonalizacja unikania doświadczania ograniczała możliwość wnioskowania o jego różnych aspektach, ponieważ było rozumiane prosto jako przeciwieństwo akceptacji psychologicznej (Rochefort i in., 2018). W tym projekcie starałam się uchwycić jego wymiary, to jest takie formy unikania doświadczania jak: a) unikanie behawioralne (unikanie sytuacyjne), awersja na stres (negatywne postawy i oceny wobec cierpienia), prokrastynacja (odkładanie przewidywanego stresu w czasie), odwracanie uwagi i supresja (wysiłki mające na celu odwrócenie uwagi od cierpienia), tłumienie i zaprzeczanie (dystansowanie się i dysocjacja od cierpienia) oraz wytrzymałość na stres (wysiłki mające na celu efektywne działanie pomimo cierpienia) (Gámez i in., 2011).

Uwzględnienie złożoności konstruktów unikania doświadczania w badaniach może pomóc lepiej zrozumieć relację między przekonaniem o emocjach a zdrowiem psychicznym niż np. odniesienie się tylko do unikania behawioralnego, albo ogólnego czynnika akceptacji

psychologicznej. Ma to znaczenie zwłaszcza dlatego, że poszczególne domeny unikania doświadczania wykazują różne powiązania z objawami psychopatologii (Gámez i in., 2011). Na przykład, depresja jest związana z takimi domenami jak unikanie stresu, prokrastynacja i wyparcie, a unikanie behawioralne z drugiej strony jest najsilniej związane z fobiami prostymi (Gámez i in., 2011). Badanie pośredniczącej roli unikania doświadczania w relacji pomiędzy przekonaniami o emocjach a czynnikami zdrowia psychicznego może pozwolić, obok lepszego empirycznego zrozumienia tych relacji, na odpowiednie podejście interwencyjne. Przykładowo na właściwy dobór technik proponowanych przez terapię akceptacji i zaangażowania jak kultywowanie akceptacji psychologicznej (Forsyth i Ritzert, 2018) czy proces defuzji poznawczej (Blackledge, 2018).

Poziom unikania doświadczania uczestnicy oceniali przy pomocy polskiej wersji samoopisowego Wielowymiarowego Kwestionariusza Unikania Doświadczania (MEAQ-30) (Baran i in., 2019; Sahdra i in., 2016), opartego na oryginalnym 62-pozycyjnym narzędziu (Gámez i in., 2011). MEAQ-30 składa się z 30 pozycji i sześciu podskal, po pięć pozycji każda, i jest wykorzystywany zarówno w badaniach psychologicznych, jak i w praktyce psychoterapeutycznej (terapii akceptacji i zaangażowania i terapii poznawczo-behawioralnej). Przykładowe pozycje kwestionariuszowe, wraz z uzyskanymi w tym projekcie rzetelnościami podanymi w nawiasie, w poszczególnych podwymiarach MEAQ brzmią: Unikanie behawioralne (0,60) – *„Nie zrobię czegoś, jeśli myślę, że będę się przez to czuł/czuła niekomfortowo”*; Awersja do stresu (0,73) – *„Jeśli mógłbym/mogłabym magicznie usunąć wszystkie moje bolesne wspomnienia, zrobiłbym/zrobiłabym to”*; Prokrastynacja (0,73) – *„Mam tendencję do odkładania nieprzyjemnych rzeczy, które trzeba zrobić”*; Odwracanie uwagi i supresja (0,79) – *„Kiedy nadchodzą mnie negatywne myśli, staram się wypełnić głowę czymś innym”*; Wyparcie/Zaprzeczenie (0,72) – *„Słyszałem/słyszałam od innych, że tłumię moje uczucia”*; Wytrzymałość na stres (0,77) – *„Nawet kiedy czuję się niekomfortowo, nie poddaję*

się w dążeniu do rzeczy, które cenię”. Pozycje oceniane są na 6-punktowej skali Likerta od 1 – „Zdecydowanie się nie zgadzam” do 6 – „Zdecydowanie się zgadzam”. Dla czynnika ogólnego rzetelność w projekcie wyniosła 0,77.

3.6 Strategia analityczna

Analizy zaczęłam od badania wstępnego – weryfikacji trafności strukturalnej polskiej wersji skali BES. W tym celu wykorzystałam confirmacyjną analizę czynnikową (CFA, ang. *Confirmatory Factor Analysis*). Ze względu na relatywnie niewielkie próby i możliwą skośność rozkładu tej zmiennej w populacji wykorzystałam estymator odporny (MLR, ang. *Robust Maximum Likelihood*, Yuan i Bentler, 2000). Przy ocenie stopnia dopasowania modelu do danych polegałam na standardowych progach (Brown, 2015; Byrne, 1994) wskaźników dopasowania (standardowo używa się angielskich nazw, gdyż nie mają one swoich oficjalnych odpowiedników w języku polskim) Comparative Fit Index (CFI) > 0,90, Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) < 0,08, Standardized Root Mean Square Residual (SRMR) < 0,08. Dane z próby A wykorzystałam do weryfikacji podstawowego modelu zakładanego przez twórców narzędzia (Rimes i Chalder, 2010). Lokalne źródła niedopasowania modelu do danych identyfikowałam przy pomocy wskaźników modyfikacji, na podstawie których te modyfikacje wprowadzałam. Dopasowanie tak zmodyfikowanego modelu sprawdziłam również w próbie B.

Hipotezy dotyczące związku bólu ze zdrowiem psychicznym sprawdzałam przy użyciu analizy korelacji r Pearsona. Do porównań grup nieklinicznych (próba C) i klinicznych (próba D) wykorzystałam test t Welcha (1947), jako alternatywę dla klasycznego testu t Studenta użyteczną w sytuacji nierównych wariancji porównywanych zmiennych w populacjach (Derrick i in. 2016). Do oceny wielkości różnic wykorzystałam współczynnik d Cohena. Hipotezy dotyczące mediacji weryfikowałam przy pomocy analizy ścieżek zarówno w grupie nieklinicznej (próba B) jak i klinicznej (próba D), wyjaśniając stres, lęk i depresję w trzech

oddzielnych modelach. Istotność wszystkich efektów modelu weryfikowałam wykorzystując 95% przedziały ufności ich standaryzowanych wartości. Przedział niezawierający zera był przesłanką do określenia efektu jako istotnego statystycznie. Podobną strategię zastosowałam do porównań efektów między modelami – nakładające się na siebie przedziały ufności efektów były przesłanką do oceny różnicy między efektami jako nieistotnej, nienakładające się na siebie zaś przesłanką do oceny tej różnicy jako istotnej statystycznie. Wielkość efektu mediacji określiłam na podstawie proporcji ogólnej wyjaśnianej wariancji, którą można przypisać efektowi pośredniemu (Fairchild i in., 2009). Hipotezy dotyczące wzajemnych relacji unikania doświadczenia i zdrowia psychicznego w czasie sprawdziłam przy pomocy modelu CLPM (ang. *Cross-Lag Panel Model*), który pozwolił mi na wyciągnięcie trzech informacji: (1) o zmianach (stabilności) w obu tych zmiennych (ang. *autoregressive effects*), (2) o stopniu w jakim te zmiany zależały od drugiej zmiennej (ang. *cross-lag effects*) i (3) o tym w jakim stopniu te zmiany (fluktuacje) współwystępowały. Podobnie jak przy analizach mediacji, podstawą do wnioskowania o istotności efektów były dla mnie ich 95% przedziały ufności.

4. Wyniki

W tym rozdziale w pierwszej kolejności prezentuję strukturę badanych grup, przechodząc następnie do opisu wyników badania wstępnego, dotyczącego weryfikacji psychometrycznych właściwości skali BES-PL i badań właściwych, zgodnie z kolejnością hipotez. Część wyników, do których odnośniki znajdują się dalej w tekście, umieściłam w materiałach dodatkowych, podobnie jak tabelę z wynikami rzetelności dla wszystkich użytych narzędzi, we wszystkich badanych grupach (tabela MD7).

4.1 Struktura badanych grup

Do weryfikacji hipotez posłużyły mi cztery próby (próba A, próba B, próba C i próba D). Szczegóły dotyczące danych demograficznych wszystkich grup znajdują się w tabeli 2.

Tabela 2

Charakterystyka demograficzna badanych prób

	Próba				
	A	B	C	D	D.2
Liczba osób badanych	$N = 1178$	$N = 526$	$N = 1069$	$N = 114$	$N = 21$
Proporcja płci: Kobiety/Mężczyźni/brak odpowiedzi	672/506	459/65/2	568/497	89/25	19/2
Wiek: $M (SD)$	30,7 (5,7)	21,6 (5,3)	47,0 (16,1)	47,7 (14,0)	40,9 (12,5)
Wykształcenie:					
Podstawowe	$n = 19$	$n = 0$	$n = 28$	$n = 1$	$n = 0$
Zasadnicze	$n = 62$	$n = 0$	$n = 112$	$n = 25$	$n = 0$
Średnie	$n = 495$	$n = 502$	$n = 561$	$n = 54$	$n = 10$
Wyższe	$n = 602$	$n = 23$	$n = 368$	$n = 32$	$n = 11$
Miejsce zamieszkania					
Wieś	$n = 261$	$n = 168$	$n = 422$	$n = 37$	$n = 4$
Małe miasto (do 15 tys.)	$n = 145$	$n = 61$	$n = 137$	$n = 18$	$n = 1$
Średnie miasto (do 150 tys.)	$n = 241$	$n = 119$	$n = 214$	$n = 25$	$n = 5$
Duże miasto (powyżej 150 tys.)	$n = 531$	$n = 178$	$n = 296$	$n = 34$	$n = 11$
Subiektywny status socioekonomiczny: $M (SD)$	skala 1-7 4,5 (1,0)	-	skala 1-7 4,1 (1,2)	skala 0-10 5,9 (1,9)	skala 0-10 6,6 (1,6)

Adnotacja. Próba D.2 jest częścią próby D. Są to osoby, których dane zostały zebrane drugi raz.

4.2 Badanie wstępne – trafność skali BES

Odpowiadając na pierwsze pytanie badawcze dotyczące właściwości psychometrycznych polskiej adaptacji Skali Przekonań o Emocjach (BES-PL) do analiz wykorzystałam dwie próby. Pierwsza z nich, ogólnopolska próba A, posłużyła do sprawdzenia podstawowego modelu narzędzia i jego modyfikacji, a druga, studencka próba B była użyta do celu walidacji krzyżowej, weryfikacji struktury, a także weryfikacji trafności kryterialnej wyników narzędzia.

Podstawowy, jednoczynnikowy, model proponowany przez autorki (Rimes i Chalder, 2010) narzędzia nie odtworzył się w polskich danych, $\chi^2(54) = 1075,52$, CFI = 0,739, RMSEA = 0,127 [0,122, 0,132], SRMR = 0,116. Bazując na współczynnikach modyfikacji i wysokości ładunków czynnikowych, w sposób iteracyjny (tzn. testując dopasowanie modelu po każdej jego modyfikacji) usunęłam pozycje 4, 5 i 7. Wszystkie charakteryzowały się słabymi ładunkami czynnikowymi ($< 0,40$), były skorelowane ze sobą, i nieco bardziej lewoskośne (łatwiejsze) od reszty, co może wskazywać na inny latentny konstrukt, który mierzą. Skrócona wersja narzędzia była wystarczająco dobrze dopasowana do danych $\chi^2(27) = 201,07$, CFI = 0,936, RMSEA = 0,074 [0,067, 0,082], SRMR = 0,044. Wynik ten replikował się również w próbie B, $\chi^2(27) = 143,16$, CFI = 0,930, RMSEA = 0,090 [0,077, 0,104], SRMR = 0,049. Treść wszystkich pozycji skali, razem z ich podstawowymi statystykami opisowymi i ładunkami czynnikowymi w obu modelach sprawdzanych w próbie A są przedstawione w tabeli 3.

Tabela 3*Statystyki opisowe pozycji skali BES*

Lp.	Treść	<i>M</i>	<i>SD</i>	Skośność	Kurtoza	Ładunek czynnikowy BES-9	Ładunek czynnikowy BES-12
1	Jeśli mam smutne myśli, to jest to oznaka słabości.	3,6	1,5	0,07	-0,62	0,63	0,61
2	Jeśli mam z czymś trudności, nie powinienem się do tego przyznawać innym.	3,4	1,5	0,20	-0,56	0,70	0,68
3	Jeśli w towarzystwie innych ludzi stracę kontrolę nad swoimi emocjami, to będą gorzej o mnie myśleć.	4,3	1,5	-0,39	-0,27	0,62	0,64
4	<i>Powinienem być w stanie kontrolować swoje emocje.</i>	5,2	1,2	-0,61	0,94	-	0,34
5	<i>Jeśli mam z czymś trudności, ważne jest bym zachował/a zimną krew.</i>	5,2	1,1	-0,48	0,75	-	0,32
6	Jeśli okażę słabość to inni mnie odrzucą.	3,6	1,4	0,08	-0,54	0,80	0,78
7	<i>Nie powinienem poddawać się negatywnym emocjom.</i>	5,0	1,3	-0,61	0,30	-	0,37
8	Powinienem być w stanie poradzić sobie z trudnościami samodzielnie, bez zwracania się do innych o pomoc.	4,5	1,4	-0,32	-0,20	0,57	0,60
9	Żeby inni mnie akceptowali, muszę moje problemy i negatywne emocje zachowywać dla siebie.	3,9	1,5	-0,06	-0,44	0,79	0,78
10	To głupie mieć przygnębiające myśli.	3,7	1,6	0,01	-0,74	0,66	0,65
11	Okazywanie moich emocji publicznie jest oznaką słabości.	3,8	1,5	0,03	-0,62	0,79	0,79
12	Inni oczekują ode mnie, że zawsze będę kontrolować swoje emocje.	4,2	1,4	-0,18	-0,14	0,63	0,65

Wyniki skróconej skali BES-PL silnie (Funder i Ozer, 2019) pozytywnie korelowały z przyjętymi kryteriami zewnętrznymi w postaci nasilenia stresu, lęku, depresji i unikania doświadczania, co wskazuje na dobrą trafność kryterialną narzędzia. Tabela 4 zawiera odpowiednie współczynniki korelacji.

Biorąc pod uwagę wielowymiarowość konstruktów unikania doświadczania sprawdziłam, czy zaobserwowany związek z czynnikiem ogólnym przekłada się na relacje ze wszystkimi jego podwymiarami. Związki te, poza z wymiarem odwracania uwagi i supresji, również okazały się silnie pozytywne. Wyniki na skali BES-PL wiązały się natomiast negatywnie z wytrzymałością na stres, co dodatkowo wspiera trafność różnicową skali. Współczynniki korelacji między wynikami skali BES-PL i poszczególnymi wymiarami unikania doświadczania zamieściłam w tabeli 5.

Tabela 4

Związek wyników skali BES z kryteriami – współczynniki korelacji wraz z 95% przedziałami ufności

Zmienna	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6
1. Przekonania na temat emocji	2,2	1,1						
2. Stres - DASS	1,2	0,7	0,33** [0,25, 0,41]					
3. Lęk - DASS	0,9	0,7	0,35** [0,27, 0,42]	0,70** [0,65, 0,74]				
4. Lęk - HADS	2,6	0,7	0,44** [0,37, 0,51]	0,72** [0,68, 0,76]	0,65** [0,60, 0,70]			
5. Depresja – DASS	0,9	0,7	0,43** [0,36, 0,50]	0,75** [0,71, 0,79]	0,79** [0,76, 0,82]	0,73** [0,69, 0,77]		
6. Depresja – HADS	1,6	0,6	0,45** [0,38, 0,52]	0,60** [0,54, 0,65]	0,56** [0,49, 0,61]	0,71** [0,66, 0,75]	0,68** [0,63, 0,72]	
7. Unikanie doświadczania	2,5	0,6	0,31** [0,21, 0,36]	0,25** [0,13, 0,29]	0,26** [0,15, 0,31]	0,33** [0,20, 0,35]	0,30** [0,18, 0,34]	0,26** [0,16, 0,32]

Adnotacja. $N = 526$ (próba B), * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Tabela 5

Związek wyników skali BES z poszczególnymi wymiarami unikania doświadczenia – współczynniki korelacji wraz z 95% przedziałami ufności

Zmienna	<i>M</i>	<i>SD</i>	1	2	3	4	5	6
1. Przekonania o emocjach	2,2	1,1						
2. Unikanie behawioralne	2,7	0,8	0,19**					
			[0,10, 0,27]					
3. Awersja do stresu	2,6	1,0	0,36**	0,43**				
			[0,29, 0,44]	[0,36, 0,50]				
4. Prokrastynacja	3,1	1,0	0,29**	0,30**	0,28**			
			[0,21, 0,37]	[0,22, 0,37]	[0,20, 0,35]			
5. Odwracanie uwagi i supresja	2,8	1,0	-0,00	0,38**	0,38**	0,02		
			[-0,09, 0,08]	[0,30, 0,45]	[0,31, 0,45]	[-0,07, 0,10]		
6. Wyparcie/ Zaprzeczenie	1,9	1,0	0,41**	0,19**	0,37**	0,34**	0,10*	
			[0,34, 0,48]	[0,11, 0,27]	[0,29, 0,44]	[0,26, 0,42]	[0,02, 0,19]	
7. Wytrzymałość na stres	2,0	0,0	-0,30**	-0,13**	-0,17**	-0,48**	0,24**	-0,21**
			[-0,38,-0,22]	[-0,22,-0,05]	[-0,26,-0,09]	[-0,54,-0,41]	[0,16, 0,32]	[-0,29,-0,13]

*Adnotacja. N = 526 (próba B), * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.*

4.3 Związek bólu ze zdrowiem psychicznym

Odpowiedź na drugie pytanie badawcze dotyczące związków nasilenia bólu z parametrami zdrowia psychicznego składa się z dwóch części: (1) weryfikacji korelacji między nasileniem bólu i zdrowiem psychicznym w próbach ogólnej i klinicznej i (2) porównaniem grupy klinicznej (z przewlekłym bólem) z grupą niekliniczną pod względem parametrów zdrowia psychicznego. Do testowania hipotez wykorzystałam ogólnopolską próbę C ($N = 1069$) i kliniczną próbę D ($N = 114$).

4.3.1 Weryfikacja zależności między nasileniem bólu i parametrami zdrowia psychicznego

Tabela 6 zawiera współczynniki korelacji między nasileniem bólu, a zdrowiem psychicznym w próbach ogólnej i klinicznej. Nie można jednak tych współczynników zestawiać bezpośrednio ze sobą lub porównywać ze względu na odmienny rodzaj bólu oszacowywany przez osoby badane. W populacji ogólnej, biorąc pod uwagę brak informacji o

kryterium czasowym bólu, określamy zmienną jako ból przygodny, gdyż jego ocena odnosi się do ostatnich 24 godzin. W populacji klinicznej osoby badane określały nasilenie bólu w ciągu ostatnich 24 godzin, ale po doprecyzowaniu, że ból ten nie jest przygodny, a jego umiejscowienie jest odpowiednie dla choroby reumatycznej. Korelacje te przedstawiam również w formie graficznej na rysunkach 7 (grupa niekliniczna) i 8 (grupa kliniczna).

Tabela 6

Współczynniki korelacji (wraz z 95% przedziałami ufności) między nasileniem bólu i zdrowiem psychicznym

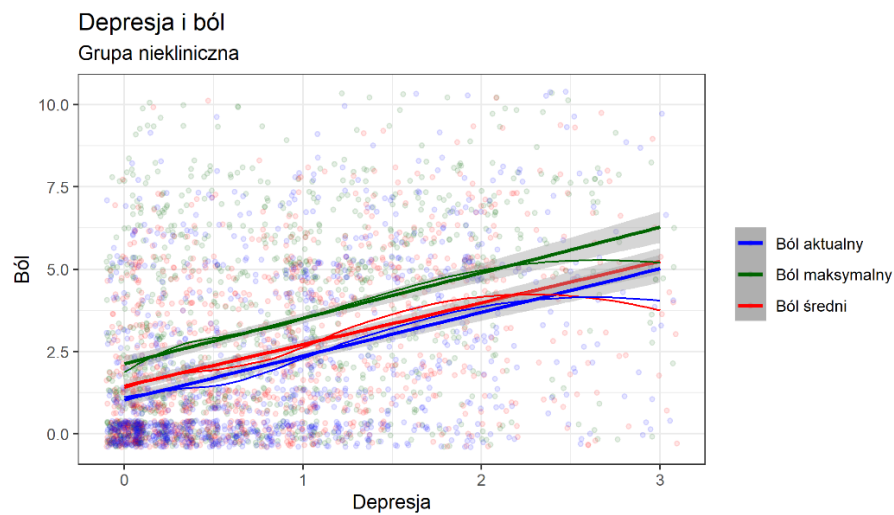
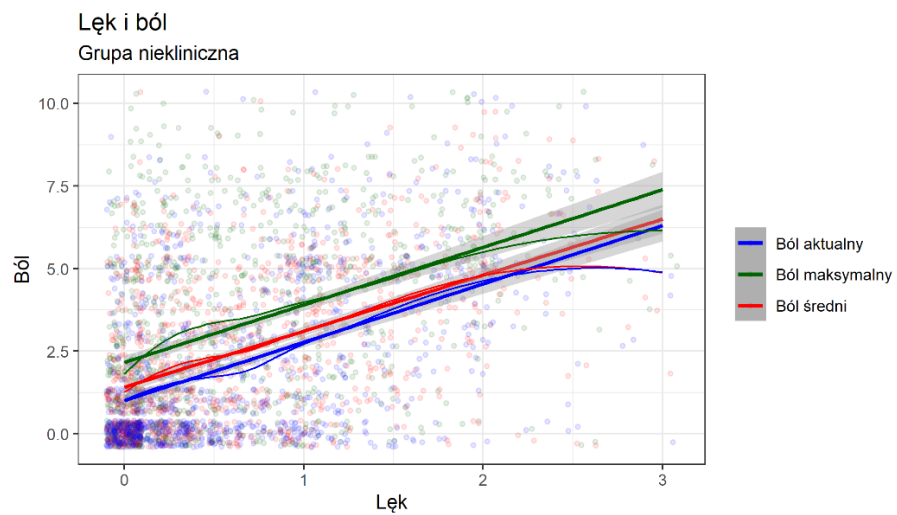
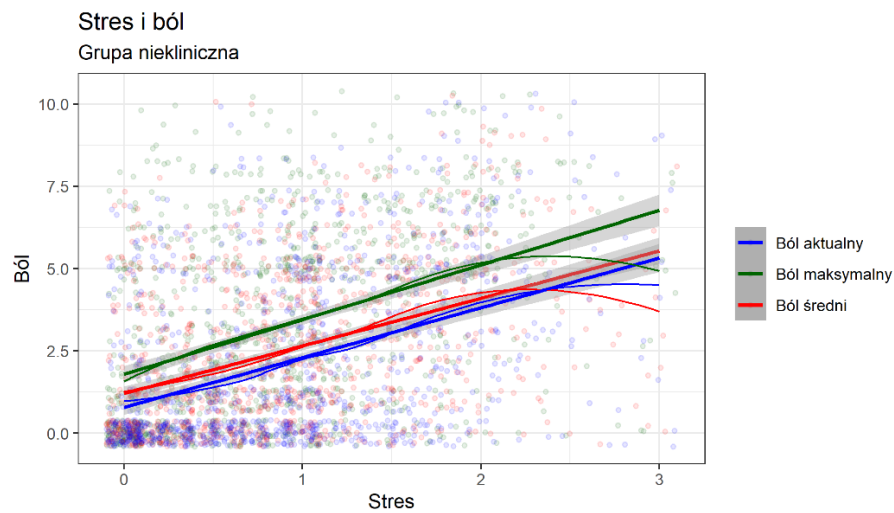
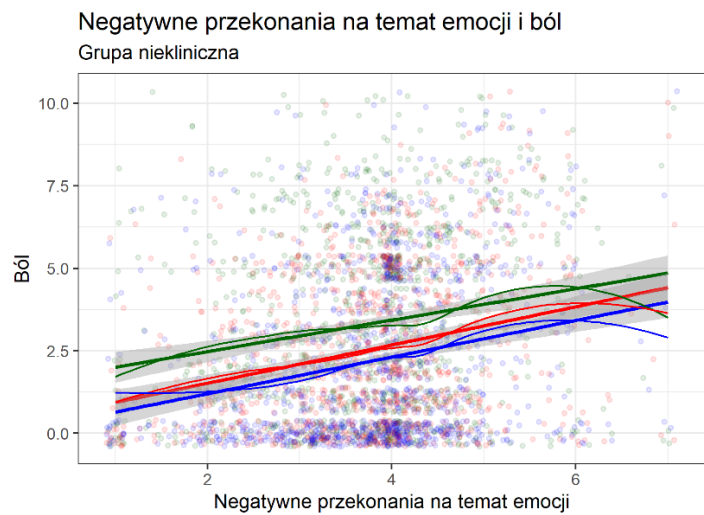
Grupa niekliniczna - Przygodny ból					
Zmienna	<i>M</i>	<i>SD</i>	Ból maksymalny <i>M</i> = 3,3 <i>SD</i> = 2,8	Ból średni <i>M</i> = 2,5 <i>SD</i> = 2,4	Ból w momencie badania <i>M</i> = 2,2 <i>SD</i> = 2,5
Przekonania na temat emocji	3,8	1,1	0,18** [0,12, 0,24]	0,26** [0,20, 0,31]	0,23** [0,17, 0,29]
Stres	0,9	0,7	0,42** [0,37, 0,46]	0,43** [0,38, 0,48]	0,42** [0,37, 0,47]
Lęk	0,7	0,7	0,42** [0,37, 0,47]	0,49** [0,44, 0,53]	0,48** [0,43, 0,52]
Depresja	0,9	0,8	0,37** [0,32, 0,42]	0,40** [0,35, 0,45]	0,39** [0,34, 0,44]
Grupa kliniczna – ból przewlekły					
Zmienna	<i>M</i>	<i>SD</i>	Ból maksymalny <i>M</i> = 5,1 <i>SD</i> = 1,9	Ból średni <i>M</i> = 4,7 <i>SD</i> = 1,9	Ból w momencie badania <i>M</i> = 4,4 <i>SD</i> = 2,2
Przekonania na temat emocji	2,3	1,1	0,04 [-0,15, 0,23]	0,09 [-0,11, 0,28]	0,16 [-0,03, 0,35]
Stres	1,2	0,7	0,04 [-0,15, 0,23]	0,11 [-0,09, 0,29]	0,14 [-0,05, 0,33]
Lęk	0,8	0,6	0,17 [-0,02, 0,34]	0,22* [0,03, 0,40]	0,30** [0,11, 0,46]
Depresja	0,8	0,7	0,14 [-0,06, 0,32]	0,26** [0,07, 0,43]	0,25* [0,06, 0,42]

Adnotacja. Pomiar wszystkich rodzajów bólu dotyczył 24 godzin poprzedzających wypełnianie kwestionariusza. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

Nasilenie przygodnego bólu w grupie nieklinicznej było bardzo wyraźnie związane z niższym zdrowiem psychicznymi i silniejszymi negatywnymi przekonaniem na temat emocji. Warto zauważyć, że związki te były silniejsze w pierwszym przypadku. Stres, lęk i depresja nie różnicowały się, jeśli chodzi o siłę efektów, co może świadczyć o tym, że ból jest powiązany z ogólnie gorszym zdrowiem psychicznym niż specyficznie z którymś jego aspektem. Wyniki dotyczące bólu przewlekłego (grupa kliniczna) były odmienne. Związki bólu z negatywnymi przekonaniem na temat emocji i stresem były słabe i nieistotne statystycznie. Lęk i depresja wiązały się raczej z poziomem średniego bólu w ciągu ostatniej doby i bólu w trakcie wypełniania ankiety niż z najsilniejszym bólem doświadczonym w ciągu ostatniej doby. Wielkość próby, a zarazem szerokość przedziałów ufności nie pozwala jednak na wnioskowanie o ich różnicy. Biorąc pod uwagę idącą za tym niską moc statystyczną – zwiększoną szansę na błąd II rodzaju (wniosek fałszywie negatywny) należy jednak zachować daleko idącą ostrożność we wnioskowaniu o *braku* różnicy.

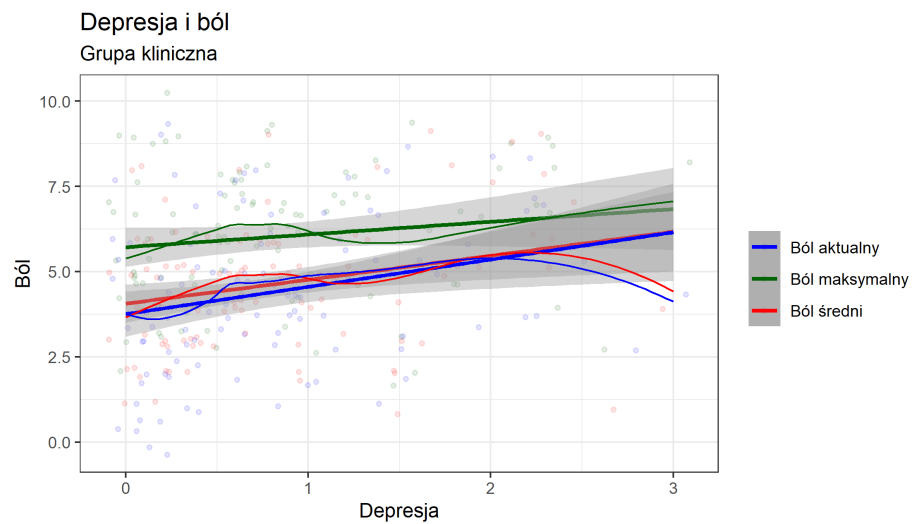
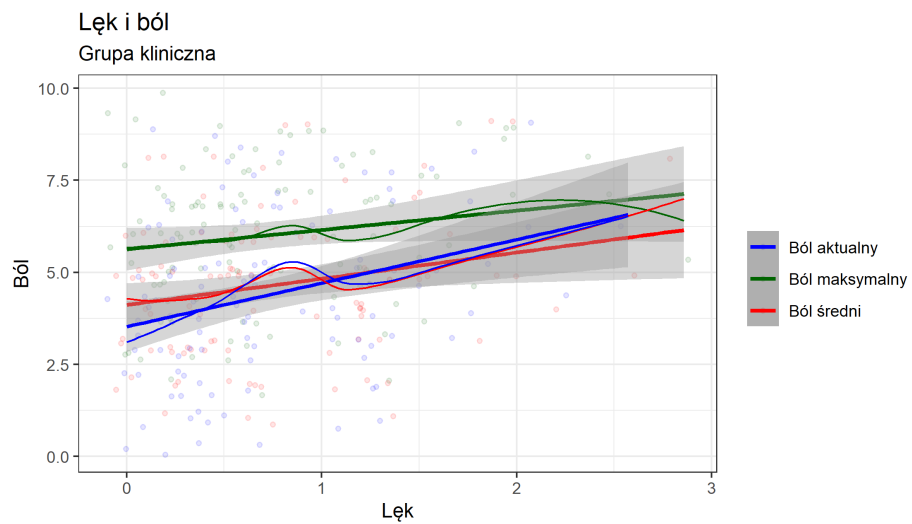
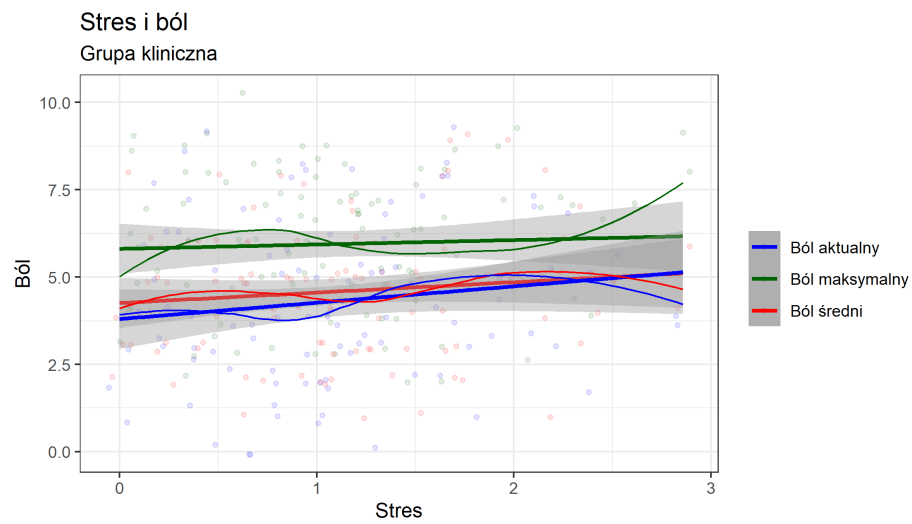
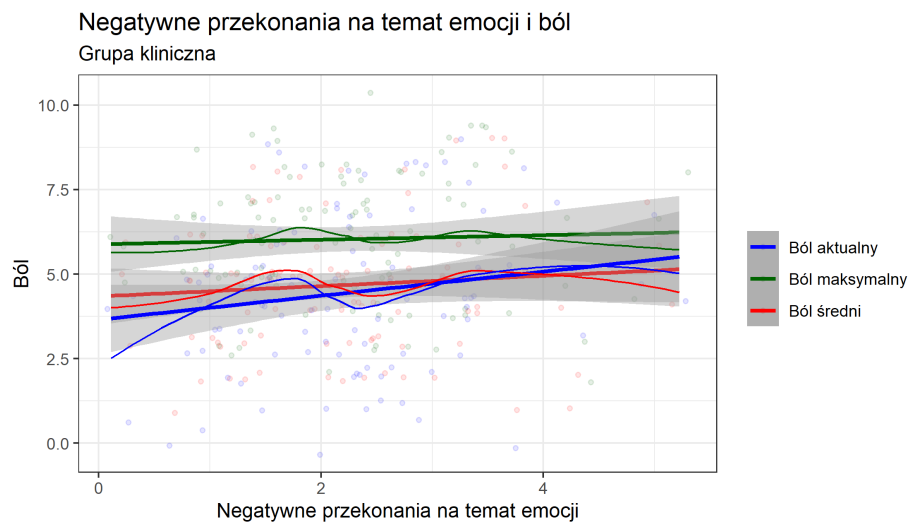
Rysunek 7

Związek między przekonaniami na temat emocji, stresem, lękiem i depresją a bólem – grupa niekliniczna



Rysunek 8

Związek między przekonaniami na temat emocji, stresem, lękiem i depresją a bólem – grupa kliniczna



4.3.2 Porównanie parametrów zdrowia psychicznego i przekonań o emocjach w próbie klinicznej i nieklinicznej

Tabela 7 zawiera wyniki porównań grup nieklinicznej i klinicznej pod względem przekonań na temat emocji i parametrów zdrowia psychicznego.

Tabela 7

Porównanie grup klinicznej i nieklinicznej pod względem badanych zmiennych

Zmienna	Grupa niekliniczna N = 1078		Grupa kliniczna N = 114		t	df	p	d
	M	SD	M	SD				
	Przekonania na temat emocji	2,8	1,1	2,3				
Stres	0,9	0,7	10,2	0,8	-2,85	130,59	0,005	0,32
Lęk	0,7	0,7	0,8	0,6	-1,67	145,56	0,097	0,15
Depresja	0,9	0,8	0,8	0,7	0,43	141,94	0,067	0,04

Grupa kliniczna charakteryzowała się istotnie mniejszym nasileniem negatywnych przekonań na temat emocji, a efekt ten można określić jako silny. Co więcej, w tej grupie poziom stresu był istotnie wyższy, choć siła tego efektu była raczej średnia. Grupy te nie różniły się jednak, jeśli chodzi o poziom lęku i depresji, który był niski zarówno u osób z populacji ogólnej, jak i osób chorujących przewlekle.

Biorąc pod uwagę różnice w strukturze obu prób (zob. tabela 8), porównałam je również w paradygmacie kliniczno-kontrolnym, dobierając do każdej osoby z grupy klinicznej osoby podobne pod względem potencjalnych zmiennych zakłócających. Przyporządkowania osób z grupy klinicznej do kontrolnej dokonałam na podstawie pięciu zmiennych demograficznych: płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania i subiektywnego statusu socjoekonomicznego. Zgodnie z najnowszymi postulatami (Ho i in., 2017), aby uniknąć arbitralności doboru *controls* i pokazania, że możliwe jest znalezienie grupy kontrolnej o profilu zbliżonym do klinicznej, skorzystałam z narzędzi statystycznych pozwalających na taki dobór. Innymi słowy, użyłam iteracyjnych metod statystycznych do znalezienia równoważności zmiennych zakłócających (ang. *covariate balance*) – podobnego ich rozkładu

w obu porównywanych grupach. Cały proces przeprowadziłam przy pomocy paczki „MatchIt” w środowisku R. Przeprowadziłam dopasowanie przy pomocy *optimal matching*, gdzie każdej osobie z grupy klinicznej przypisywana jest najbardziej do niej podobna osoba z grupy kontrolnej. Rozwiązanie to weryfikowałam na podstawie ujednoliconego wskaźnika *propensity score* – bazującego na regresji logistycznej oszacowania prawdopodobieństwa przynależności do grupy klinicznej jedynie na podstawie kryteriów (w tym przypadku płci, wieku, wykształcenia, miejsca zamieszkania i subiektywnego statusu socjoekonomicznego). Wskaźnikiem podobieństwa obu grup była różnica między nimi pod względem *propensity score*. W tabeli 8 znajdują się statystyki opisowe danych przed parowaniem, jak również danych wynikających z procedury parowania opisaną powyżej. Proces dopasowywania grupy kontrolnej do klinicznej wyrównał je demograficznie, co pozwala na trafniejsze porównania.

Tabela 8

Rozkład demografii w grupie klinicznej i kontrolnej

	Grupa kliniczna N = 111	Grupa niekliniczna N = 1069		Grupa kontrolna N = 111	
		statystyki	d	statystyki	d
<i>Propensity score</i>	0,134	0,090	0,581	0,134	0,000
Płeć					
Kobiety	0,775	0,533	0,578	0,811	-0,086
Mężczyźni	0,225	0,467	-0,578	0,189	0,086
Wiek (średnia)	47,2	47,0	0,015	47,21	-0,001
Wykształcenie:					
Podstawowe	0,000	0,026	-0,173	0,000	0,000
Zasadnicze	0,225	0,105	0,287	0,189	0,086
Średnie	0,487	0,526	-0,079	0,505	-0,036
Wyższe	0,288	0,343	-0,120	0,306	-0,040
Miejsce zamieszkania					
Wieś	0,333	0,395	-0,131	0,333	0,000
Małe miasto (do 15 tys)	0,162	0,129	0,091	0,135	0,073
Średnie miasto (do 150 tys)	0,207	0,200	0,018	0,198	0,022
Duże miasto (powyżej 150 tys)	0,297	0,276	0,047	0,333	-0,079

Adnotacja. Wykorzystano jedynie pełne dane. *Propensity score* – prawdopodobieństwo przynależności do grupy klinicznej bazujące jedynie na płci, wieku, wykształceniu i miejscu zamieszkania. *d* = standaryzowane różnice między grupą kliniczną i porównywaną.

Po procesie parowania, w grupie klinicznej, w porównaniu do kontrolnej, mniej nasilone były negatywne przekonania na temat emocji, a różnice w zakresie stresu przestały być istotne. Dokładne wyniki porównań grupy klinicznej z dobraną demograficznie grupą kontrolną nie przyniosło znacząco odmiennych efektów (tabela 9). Graficzne porównanie wyników wraz z ich rozkładami w obu grupach znajduje się na rysunku 9.

Tabela 9

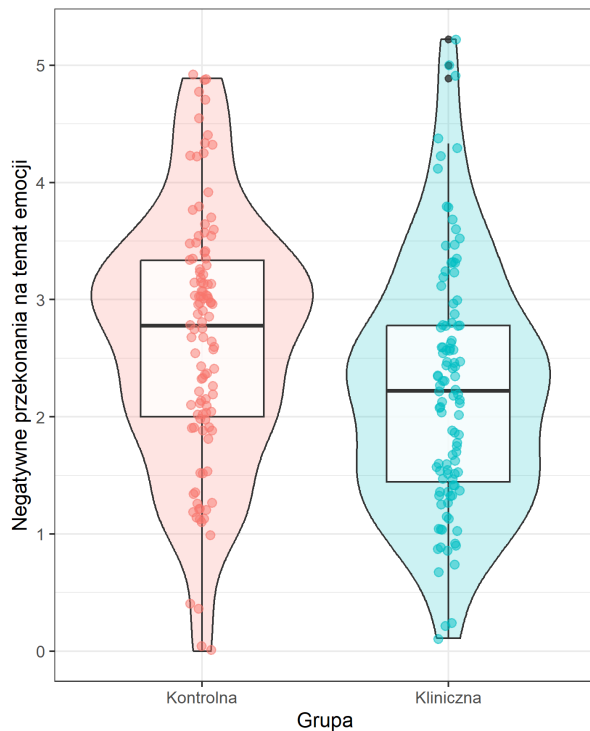
Porównanie grup klinicznej i kontrolnej pod względem badanych zmiennych

Zmienna	Grupa kontrolna N = 111		Grupa kliniczna N = 111		t	df	p	d
	M	SD	M	SD				
	Przekonania na temat emocji	2,7	1,1	2,2				
Stres	0,9	0,7	1,1	0,7	-2,56	105	0,012	-0,32
Lęk	0,6	0,7	0,8	0,6	-1,40	106	0,164	-0,18
Depresja	0,9	0,8	0,8	0,7	-0,33	106	0,749	0,03

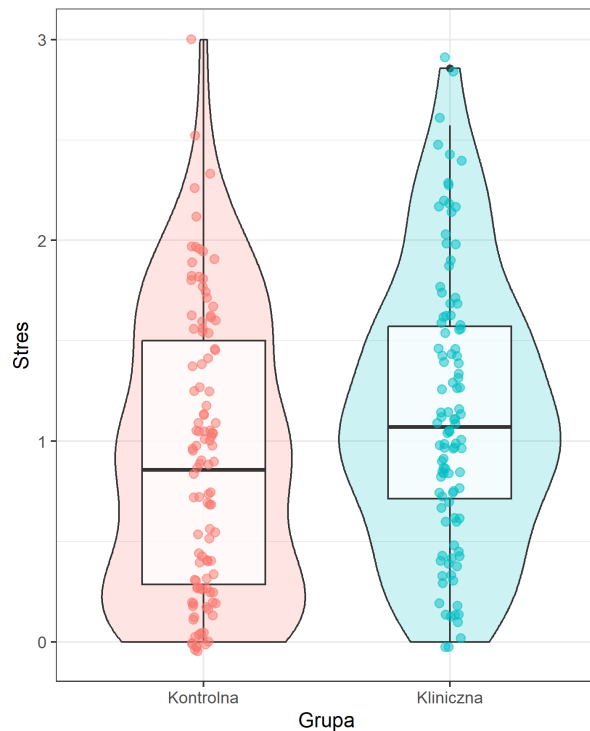
Rysunek 9

Porównania grupy klinicznej i kontrolnej

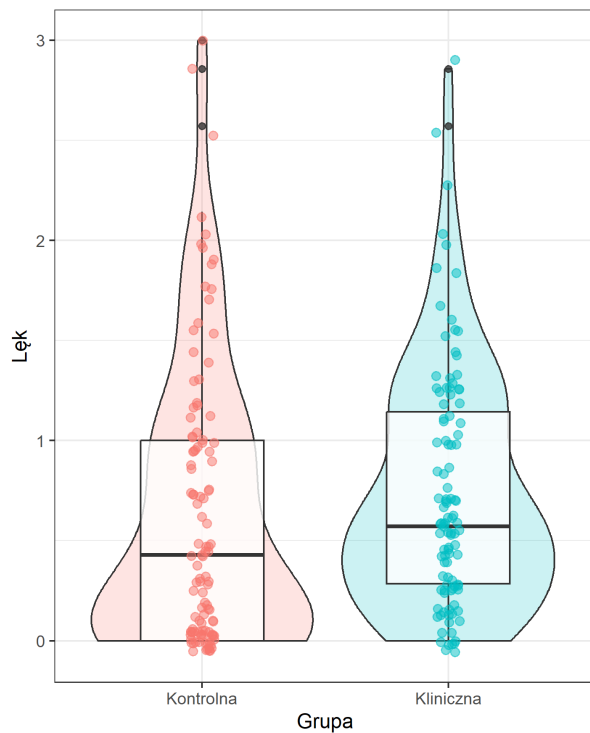
Porównanie grup klinicznej i kontrolnej
nasilenie negatywnych przekonań na temat emocji



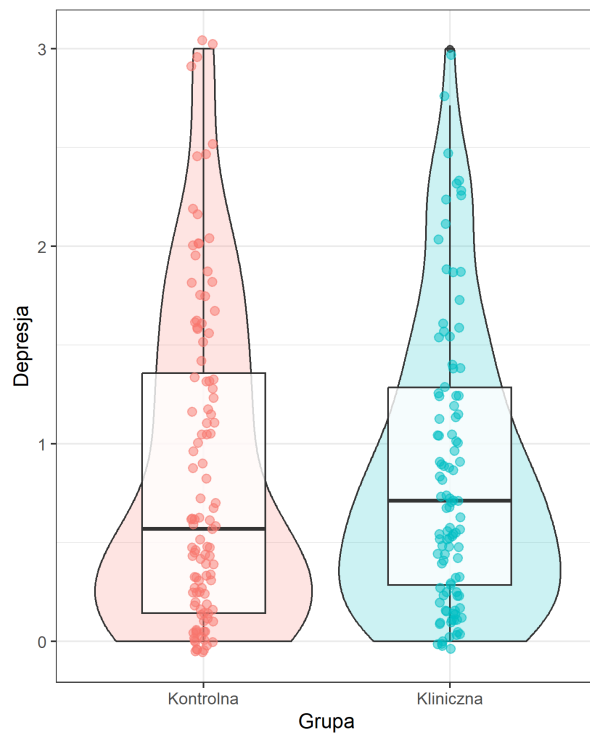
Porównanie grup klinicznej i kontrolnej
nasilenie stresu



Porównanie grup klinicznej i kontrolnej
nasilenie lęku



Porównanie grup klinicznej i kontrolnej
nasilenie depresji



4.4 Unikanie doświadczania jako czynnik pośredniczący między negatywnymi przekonaniami na temat emocji a zdrowiem psychicznym

By odpowiedzieć na trzecie pytanie badawcze, dotyczące pośredniczącej roli unikania doświadczania w związku przekonań o emocjach ze zdrowiem psychicznym, dokonałam analizy danych w próbach B (populacja studencka) i D (populacja kliniczna osób doświadczających przewlekłego bólu). Tabela 10 przedstawia wyniki analiz mediacji w obu grupach. Schemat weryfikowanych modeli przedstawiam na rysunku 10. Warto zwrócić uwagę, że ze względu na wielkość próby przedziały ufności w grupie klinicznej są znacznie szersze niż w grupie nieklinicznej. Obrazuje to niższą pewność z jaką możemy dyskutować o występowaniu badanych efektów, mimo iż sama ich wielkość może być podobna w obu grupach. Podobnie jak we wszystkich innych analizach, zwiększona szansa na popełnienie II błędu we wnioskowaniu skłania ku ostrożnej interpretacji wyników nieistotnych i wnioskowaniu o *braku* efektu. Eksploracyjnie testowałam również pośredniczącą rolę poszczególnych wymiarów unikania doświadczania w badanym związku, w obydwu grupach. Podsumowanie analiz mediacji znajduje się w tabeli 11, a dokładne wyniki zawarłam w materiałach dodatkowych w tabeli MD1, MD2, MD3, MD4, MD5 i MD6.

Rysunek 10

Schemat testowanych analiz mediacji

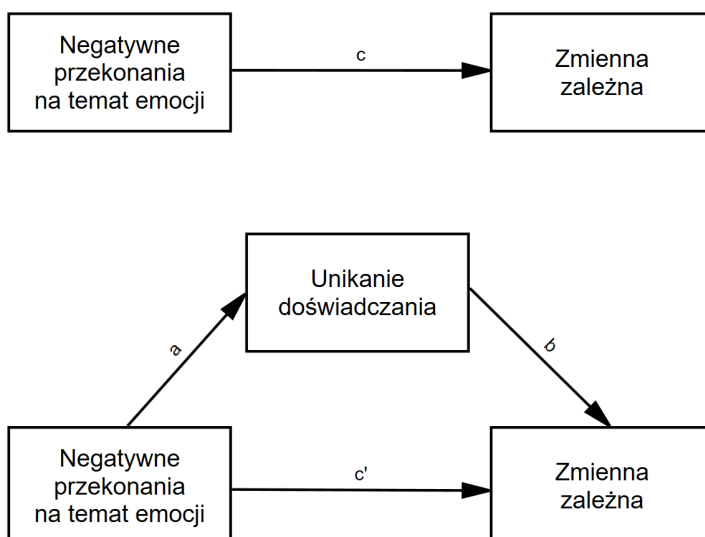


Tabela 10

Standaryzowane efekty w analizach mediacji

Zmienna zależna (ZZ): stres									
Efekt	Symbol	Grupa niekliniczna N = 526				Grupa kliniczna n = 114			
		β	p	LLCI	ULCI	β	p	LLCI	ULCI
BES → unikanie	a	0,31	<0,001	0,24	0,39	0,38	<0,001	0,21	0,55
Unikanie → stres	b	0,17	<0,001	0,08	0,25	0,16	0,123	-0,04	0,35
BES → stres	c'	0,28	<0,001	0,20	0,36	0,38	<0,001	0,19	0,56
Pośredni (mediacji)	ab	0,05	0,005	0,02	0,08	0,06	0,149	-0,02	0,14
Całkowity	c	0,33	<0,001	0,26	0,41	0,43	<0,001	0,27	0,60
Część wariancji wyjaśnianej przez cały model	R ²	0,136				0,209			
Część wariancji wyjaśnianej przez efekt pośredni	-	0,039				0,068			
Część związku BES → stres wyjaśnianej przez efekt pośredni		29%				32%			

Zmienna zależna (ZZ): lęk									
Efekt	Symbol	Grupa niekliniczna N = 526				Grupa kliniczna n = 114			
		β	p	LLCI	ULCI	β	p	LLCI	ULCI
BES → unikanie	a	0,31	<0,001	0,24	0,39	0,36	<0,001	0,19	0,54
Unikanie → lęk	b	0,16	<0,001	0,08	0,25	0,11	0,321	-0,11	0,32
BES → lęk	c'	0,30	<0,001	0,22	0,38	0,21	0,053	-0,003	0,42
Pośredni (mediacji)	ab	0,05	0,001	0,02	0,08	0,04	0,336	-0,04	0,12
Całkowity	c	0,35	<0,001	0,28	0,42	0,25	0,012	0,05	0,44
Część wariancji wyjaśnianej przez cały model	R ²	0,147				0,070			
Część wariancji wyjaśnianej przez efekt pośredni	-	0,042				0,023			
Część związku BES → lęk wyjaśnianej przez efekt pośredni		28%				33%			

Zmienna zależna (ZZ): depresja									
Efekt	Symbol	Grupa niekliniczna N = 526				Grupa kliniczna n = 114			
		β	p	LLCI	ULCI	β	p	LLCI	ULCI
BES → unikanie	a	0,31	<0,001	0,24	0,39	0,39	<0,001	0,22	0,56
Unikanie → depresja	b	0,18	<0,001	0,10	0,26	0,05	0,634	-0,15	0,25
BES → depresja	c'	0,37	<0,001	0,30	0,45	0,45	<0,001	0,27	0,62
Pośredni (mediacji)	ab	0,06	<0,001	0,03	0,09	0,02	0,636	-0,06	0,10
Całkowity	c	0,43	<0,001	0,36	0,50	0,47	<0,001	0,31	0,62
Część wariancji wyjaśnianej przez cały model	R ²	0,214				0,217			
Część wariancji wyjaśnianej przez efekt pośredni	-	0,059				0,048			
Część związku BES → depresja wyjaśnianej przez efekt pośredni		28%				22%			

Adnotacja. Przedstawiono 95% przedziały ufności. Dla wygody istotne efekty zaznaczono pogrubieniem. LLCI = dolna granica przedziału ufności, ULCI = górna granica przedziału ufności. Efekt całkowity jest sumą efektów pośredniego i bezpośredniego: $c = ab + c'$

Tabela 11*Podsumowanie analiz mediacji wymiarów unikania doświadczenia*

Czynnik unikania doświadczenia	Grupa niekliniczna			Grupa kliniczna		
	Stres	Lęk	Depresja	Stres	Lęk	Depresja
Ogólny	x	x	x			
Unikanie behawioralne						
Awersja do stresu	x	x	x			
Prokrastynacja	x	x	x			
Odwracanie uwagi i supresja						
Wyparcie/Zaprzeczanie	x	x	x	x	x	x
Wytrzymałość na stres	x	x	x			

Adnotacja. X oznacza istotny efekt mediacji (efekt ab) poszczególnych wymiarów unikania doświadczenia, to znaczy $p < 0,05$.

We wszystkich analizach (w obu grupach) negatywne przekonania na temat emocji wiązały się z częstszym unikaniem doświadczenia i niższym zdrowiem psychicznym (w przypadku przewidywania lęku w grupie klinicznej szansa na to, że jest to wynik fałszywie pozytywny jest nieco większa niż w innych, $p = .053$). Unikanie doświadczenia, po uwzględnieniu owych negatywnych przekonań wiązało się ze zdrowiem psychicznym zdecydowanie słabiej, co w grupie klinicznej przełożyło się na nieistotne wyniki. Niemniej jednak, efekty pośrednie były średniej wielkości, wyjaśniając od 3.0% do 4.8% wariancji aspektów zdrowia psychicznego w grupie nieklinicznej i od 2.3% do 6.8% wariancji aspektów zdrowia psychicznego w grupie klinicznej. Uwzględnienie tych wartości w kontekście ogólnej proporcji wyjaśnianej wariancji pokazuje jak znaczące są to efekty w tłumaczeniu związku między negatywnymi przekonaniami na temat emocji i zdrowiem psychicznym. Co więcej, zachowując ostrożność wynikającą z niewielkiej próby klinicznej, można wysnuć wniosek, że unikanie jest w tym związku ważniejsze dla osób przewlekle chorych, przynajmniej w przypadku stresu i lęku.

4.5 Związek unikania doświadczania i zdrowia psychicznego w czasie

W celu znalezienia odpowiedzi na czwarte pytanie badawcze, dotyczące związku unikania doświadczania ze zdrowiem psychicznym, dokonałam ponownego pomiaru w grupie klinicznej (próba D.2). Dokładnie, dokonałam weryfikacji hipotezy dotyczącej związku zmian badanych zmiennych w czasie. Tabela 12 przedstawia porównania wyników w pierwszym i drugim pomiarze, przy pomocy testów *t* dla prób zależnych.

Tabela 12

Porównanie badanych zmiennych w trakcie hospitalizacji i po hospitalizacji

Zmienna	Pomiar 1		Pomiar 2		<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
Unikanie doświadczania	3,5	0,6	2,8	0,6	5,99	19	<0,001	1,28
Stres	1,2	0,6	1,0	0,4	1,84	20	0,081	0,42
Lęk	0,8	0,4	0,7	0,5	1,52	20	0,144	0,39
Depresja	1,0	0,8	0,8	0,6	1,44	20	0,164	0,26
Ból maksymalny	6,9	1,7	3,8	2,9	4,40	19	<0,001	2,02
Ból średni	4,9	1,9	2,5	2,0	5,14	19	<0,001	2,35
Ból obecny w trakcie badania	4,5	2,2	2,1	2,4	4,83	19	<0,001	2,22

Wszystkie badane zmienne były na niższym poziomie w drugim pomiarze. Wielkość próby pozwala na wnioskowanie o istotnej zmianie jedynie w przypadku spadku bólu, unikania doświadczania i stresu. Niemniej jednak, wielkości wszystkich efektów psychologicznych można uznać za co najmniej średnie. Spadek bólu można uznać za bardzo duży. Zmiany bólu w formie graficznej przedstawiłam na rysunku 11, zaś zmiany psychologiczne na rysunku 12. Związki unikania doświadczania ze stresem, lękiem i depresją przedstawiłam na rysunkach 13, 14 i 15. Zmiany wszystkich zmiennych współwystępowały, jednak efekty były istotne jedynie w przypadku wspólnych fluktuacji stresu z lękiem i depresją (tabela 13). Rysunek 16 przedstawia wykres rozrzutu zmian w unikaniu doświadczania i zmian w stresie, lęku i depresji.

Tabela 13

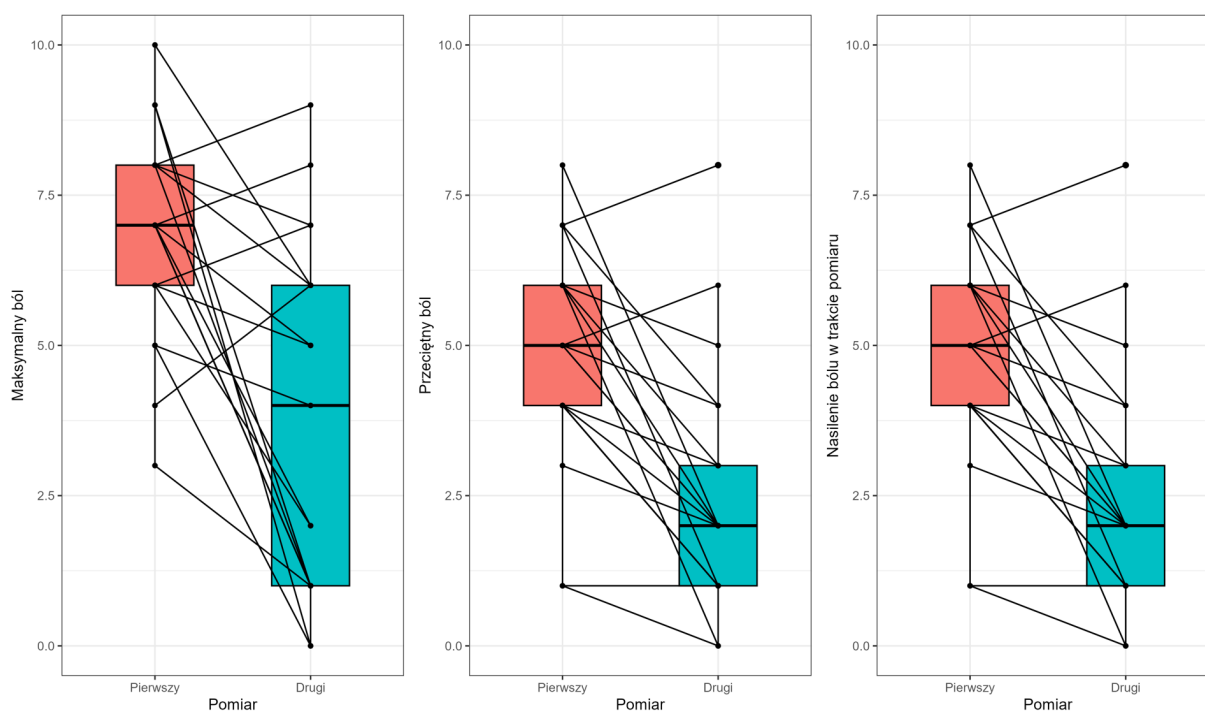
Zmiany w badanych zmiennych na przestrzeni pomiarów i ich współwystępowanie

Zmienna	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Max	1	2	3
1. Unikanie doświadczenia	-0,7	0,6	-1,63	1,10			
2. Stres	-0,2	0,5	-1,29	0,71	0,29 [-0,18, 0,65]		
3. Lęk	-0,2	0,5	-1,00	1,14	0,19 [-0,28, 0,58]	0,61** [0,24, 0,82]	
4. Depresja	-0,2	0,6	-1,43	0,71	0,11 [-0,35, 0,52]	0,73** [0,44, 0,88]	0,37 [-0,07, 0,69]

Adnotacja. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$.

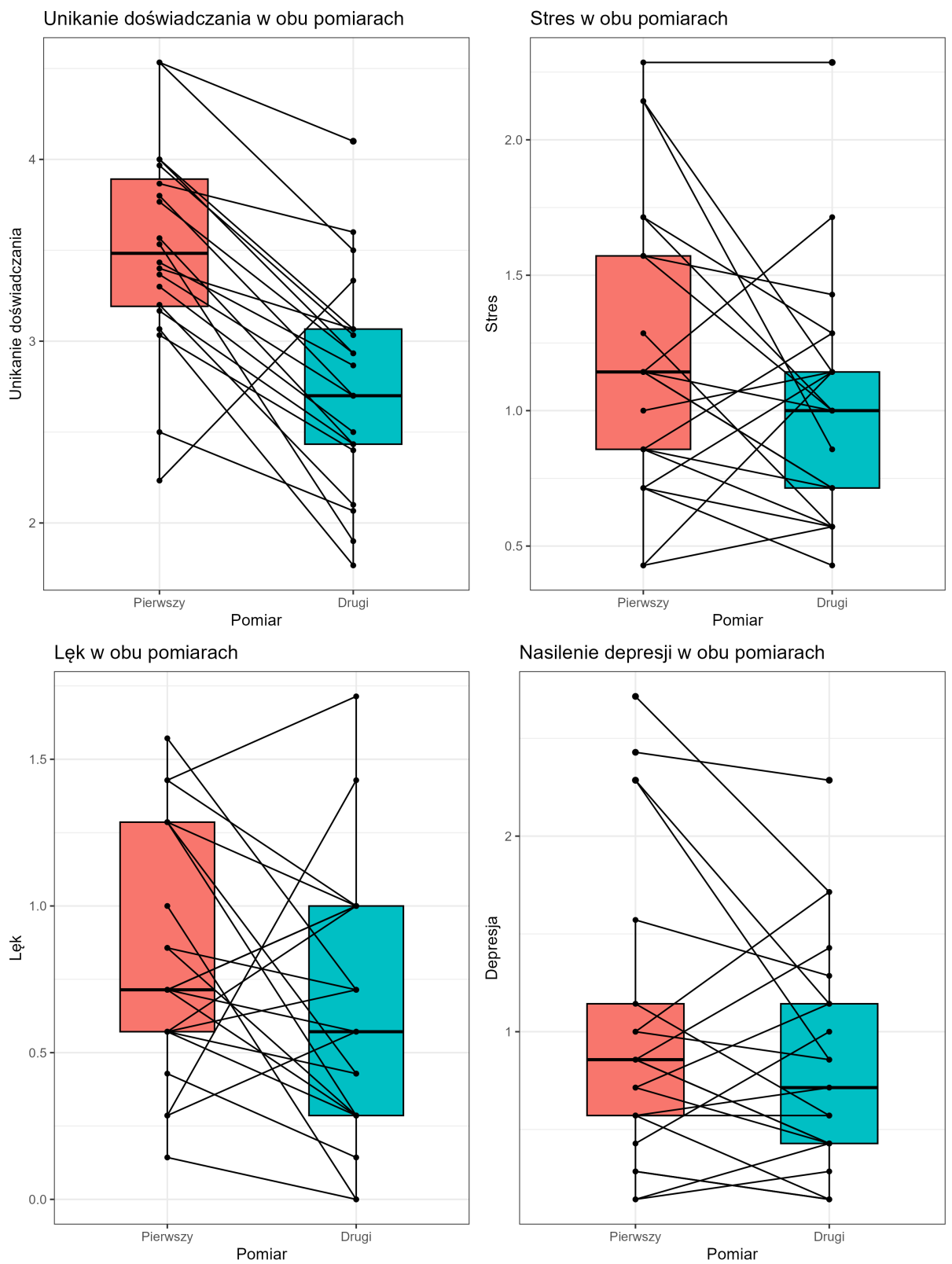
Rysunek 11

Porównanie nasilenia bólu w obu pomiarach



Rysunek 12

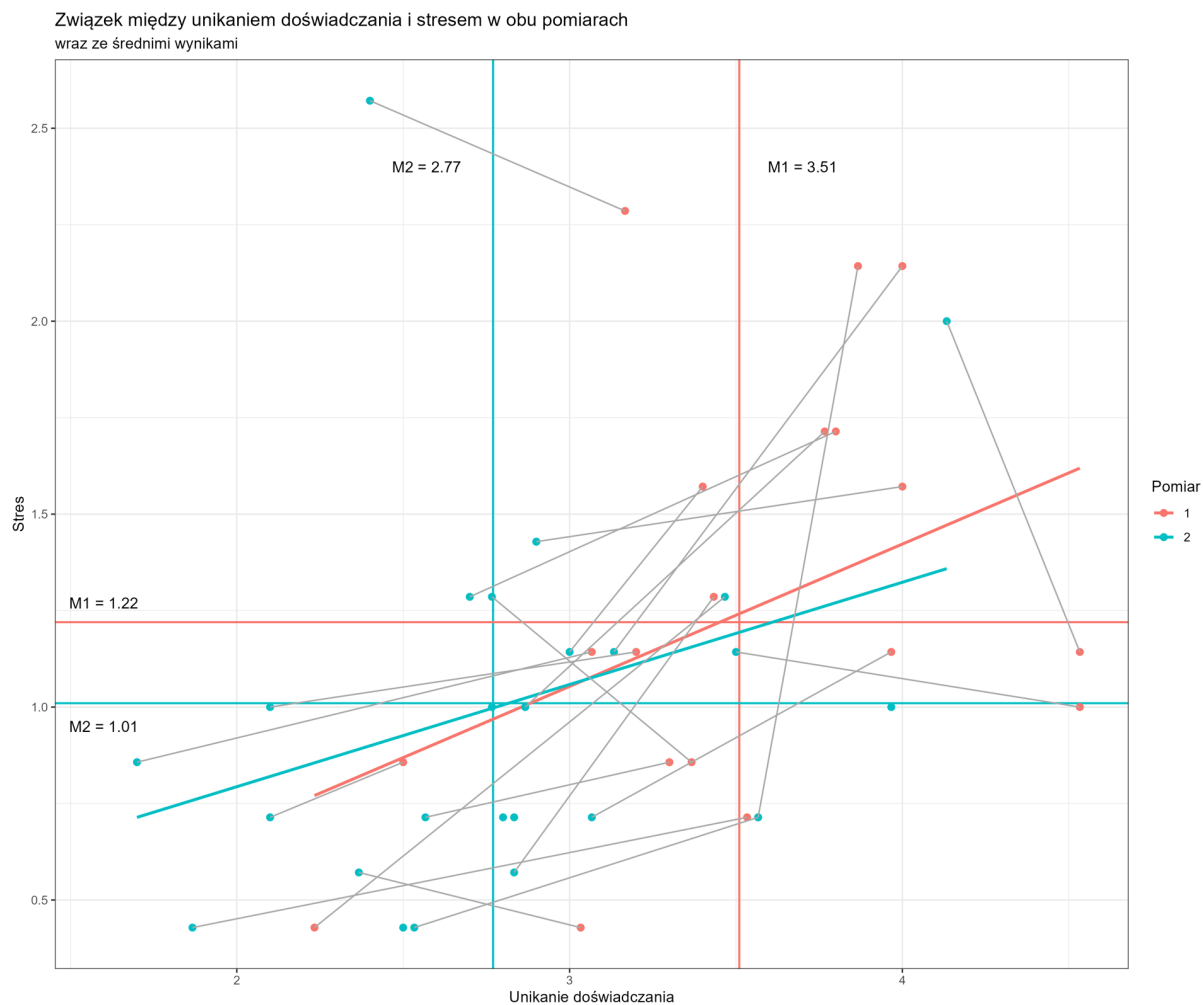
Porównanie wyników w obu pomiarach



Adnotacja. Ciągłymi liniami połączono wyniki tych samych osób.

Rysunek 13

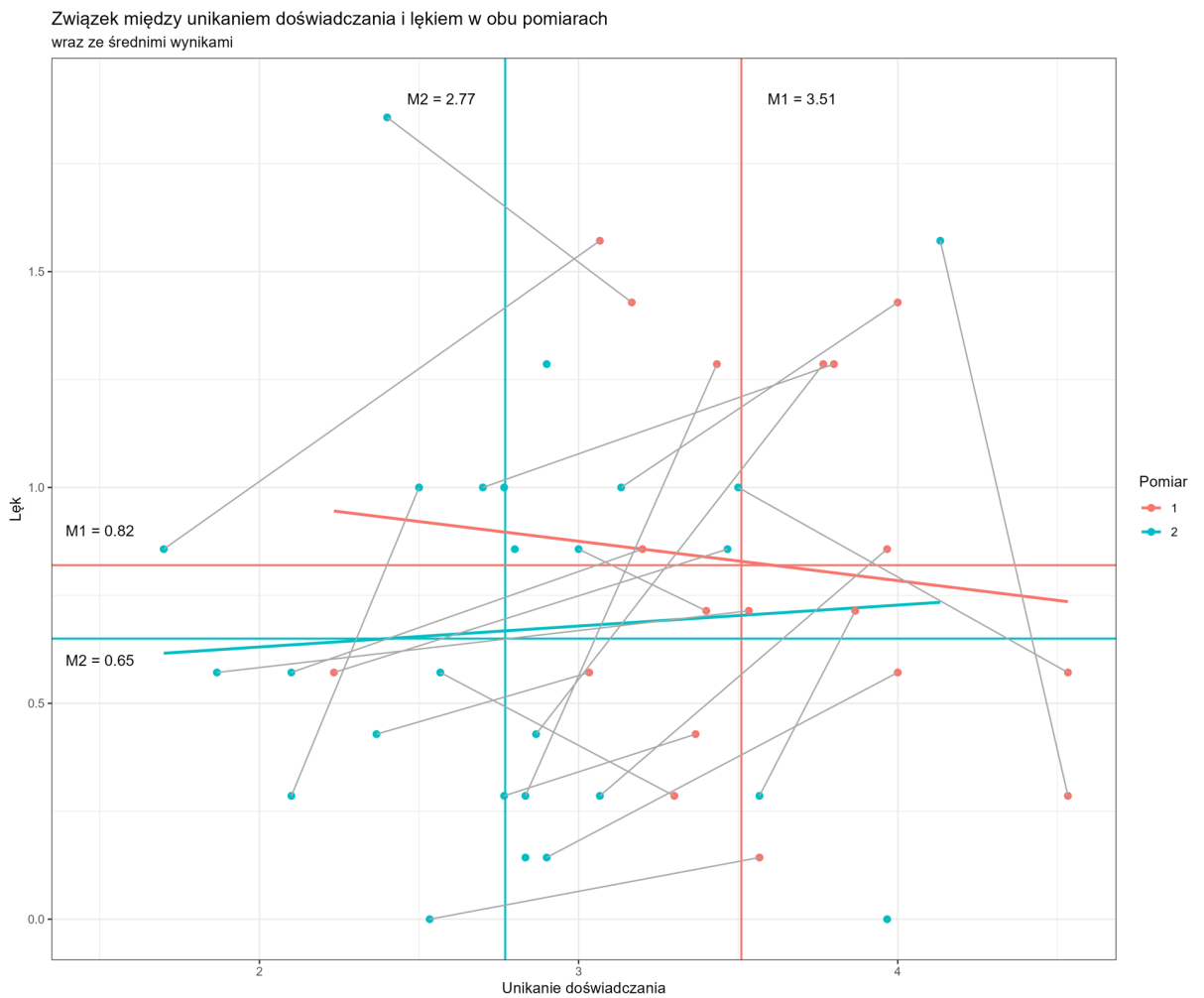
Związek między unikaniem doświadczenia i stresem w obu pomiarach



Adnotacja. Liniami ciągłymi połączono pomiary tych samych osób. Pionowe i poziome linie w kolorze oznaczają średnie badanych zmiennych w obu pomiarach.

Rysunek 14

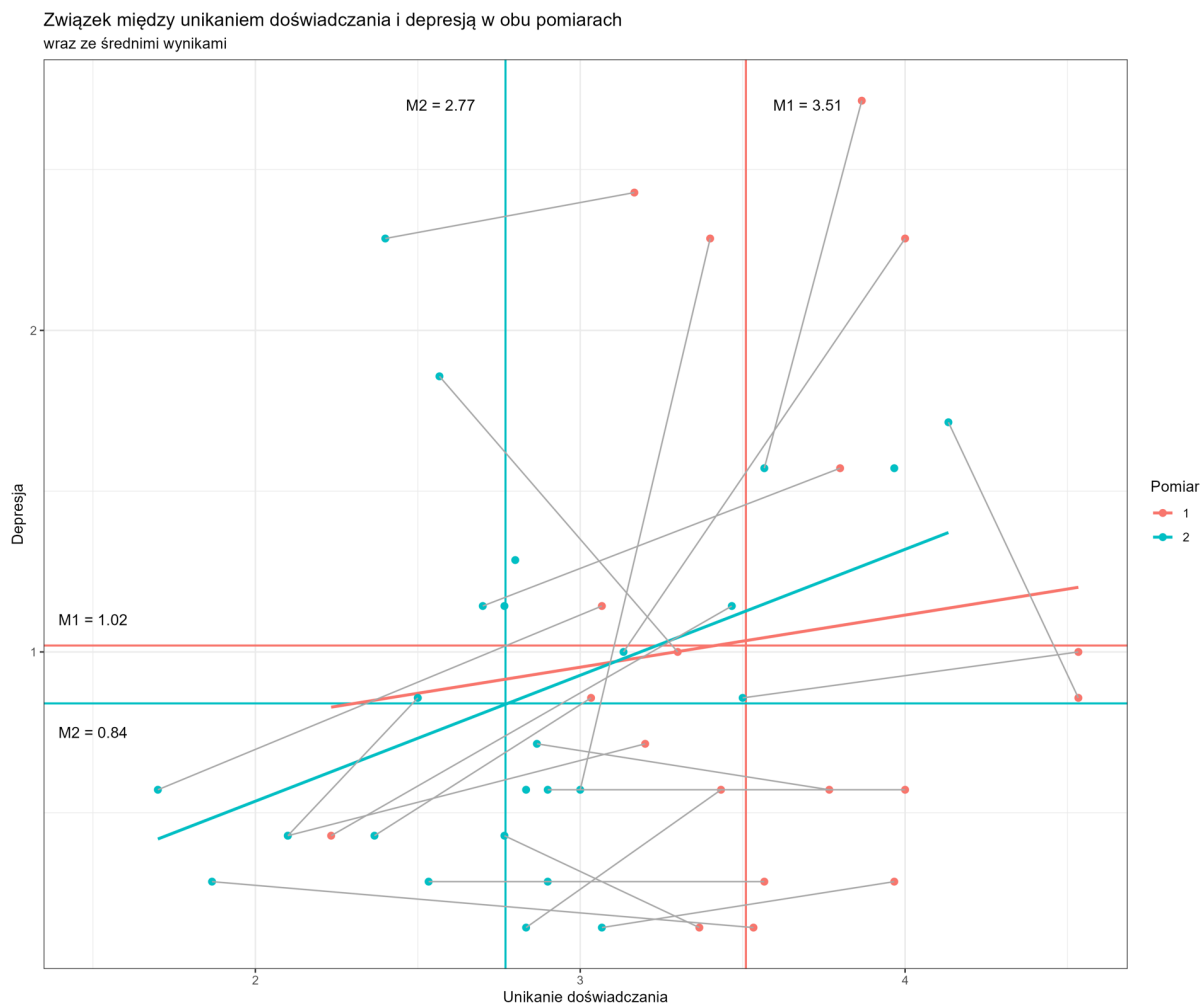
Związek między unikaniem doświadczenia i lękiem w obu pomiarach



Adnotacja. Liniami ciągłymi połączono pomiary tych samych osób. Pionowe i poziome linie w kolorze oznaczają średnie badanych zmiennych w obu pomiarach.

Rysunek 15

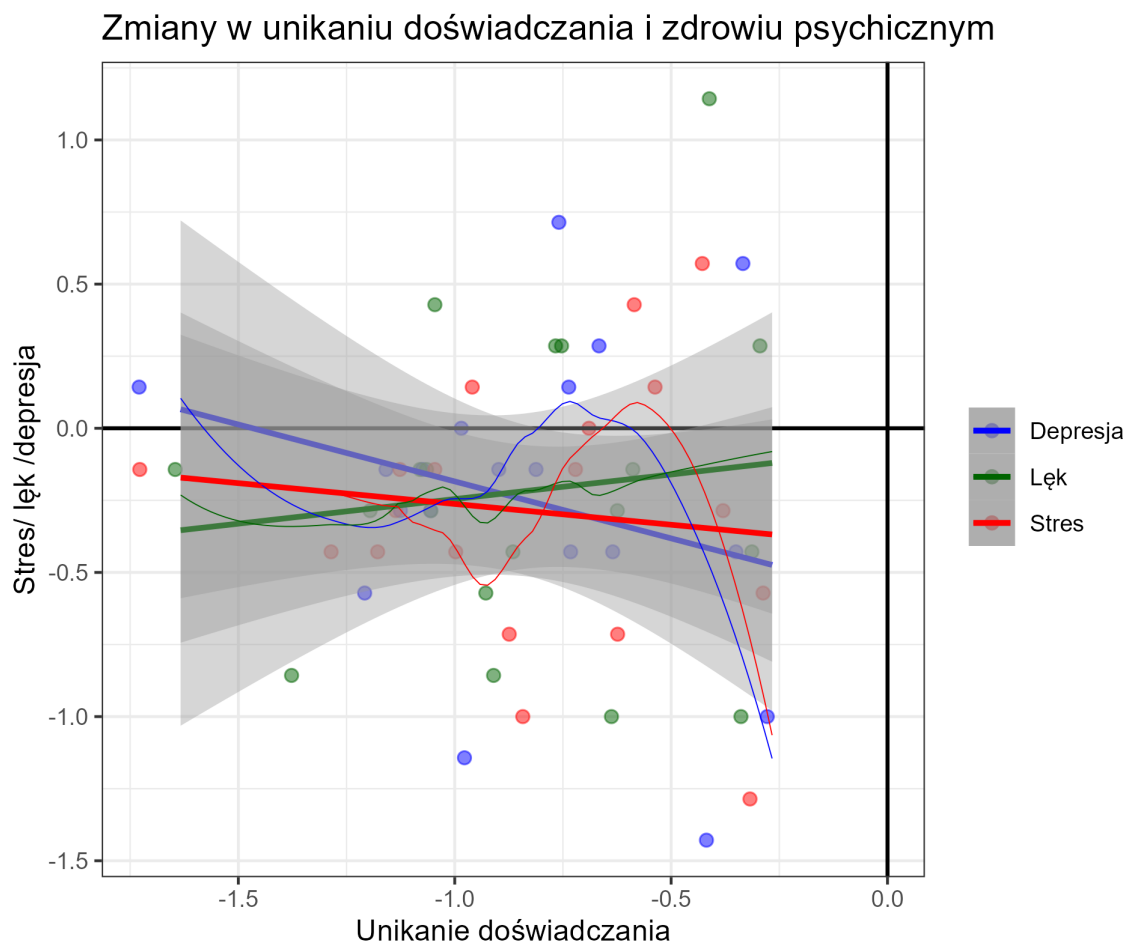
Związek między unikaniem doświadczania i depresją w obu pomiarach



Adnotacja. Liniami ciągłymi połączono pomiary tych samych osób. Pionowe i poziome linie w kolorze oznaczają średnie badanych zmiennych w obu pomiarach.

Rysunek 16

Współwystępowanie zmian w unikaniu doświadczania i zdrowia psychicznego



Adnotacja. Z analiz usunięto jedną obserwację odstającą (unikanie doświadczania nasilone po wyjściu ze szpitala).

5. Dyskusja

W niniejszej części pracy, w ramach pierwszego podrozdziału, omówiłam wyniki w kontekście pytań badawczych. Rozstrzygnęłam ich zgodność z hipotezami i zarazem zbieżność lub jej brak z teorią przedstawioną w pierwszym rozdziale. Omówiłam również potencjalne czynniki wyjaśniające ową niezgodność, związane z innymi, nieuwzględnionymi we wprowadzeniu mechanizmami psychologicznymi. Dalej wyszczególniłam mocne i słabe strony badania. Na koniec dokonałam skrótowego podsumowania projektu, uwzględniając zalecenia dotyczące dalszych badań oraz z należytą ostrożnością wskazałam potencjalne implikacje teoretyczne i praktyczne pracy.

5.1 Omówienie wyników w kontekście hipotez badawczych

5.1.1 *Właściwości psychometryczne Skali Przekonań o Emocjach (BES-PL)*

Badanie wstępne miało na celu weryfikację właściwości psychometrycznych polskiej wersji narzędzia mierzącego przekonania o nieakceptowalności doświadczania i wyrażania emocji - Skali Przekonań Emocjach (BES-PL). Hipotezy badawcze zostały częściowo lub całkowicie potwierdzone. Oryginalny, jednoczynnikowy model skali BES z 12 pozycjami nie był dobrze dopasowany do danych. Jednakże, po wykluczeniu 4., 5. i 7. pozycji, jednoczynnikowy model wykazał dobre dopasowanie (Hipoteza 1a częściowo potwierdzona). Ponadto, BES-PL ma dobrą rzetelność oraz trafność mierzoną przez związki z zewnętrznymi kryteriami, ponieważ wyniki na skali były istotnie pozytywnie związane z depresją, lękiem, stresem i unikaniem doświadczania (Hipoteza 1b potwierdzona).

W odniesieniu do hipotezy H1a, stwierdzono, że po wykluczeniu 4., 5. i 7. pozycji skala BES-PL osiągnęła dobre dopasowanie. Statystyczne przesłanki dla wykluczenia tych pozycji to niskie ładunki czynnikowe, niewielkie wariancje i lewoskośność rozkładu odpowiedzi. Potencjalnie, wynik ten może implikować istnienie innego czynnika lub czynników, których nie uwzględniono w badaniu, a który lepiej tłumaczyłby wariancję tych pozycji. Niski ładunek

czynnikowy 7. pozycji został również zauważony w oryginalnym artykule (Rimes i Chalder, 2010), gdzie badano populację kliniczną pacjentów z zespołem przewlekłego zmęczenia oraz osób zdrowych. Różnica między grupami była najwyższa w tej pozycji, co sugeruje, że 7. pozycja może być mniej diagnostyczna w populacji ogólnej. Przyjrzenie się bliżej treści wykluczonych pozycji (tabela 3) (Rimes i Chalder, 2010) ujawnia, że wszystkie odzwierciedlają przekonania dotyczące normy w zakresie kontroli emocjonalnej, podczas gdy większość pozostałych pozycji odnosi się do antycypowanej, negatywnej oceny przez innych ludzi (emocje jako oznaka słabości). Podobne problemy wystąpiły w adaptacjach brazylijskiej i południowokoreańskiej (Mograbi i in., 2018; Park i in., 2022). Jednak tam zastosowano inne podejście analityczne, głównie eksploracyjną analizę czynnikową (EFA), która wykazała dwa czynniki. W obu przypadkach pozycje 4. i 7. załadowały drugi czynnik, który odnosił się do osobistej oceny vs postrzegania przez innych (Park i in., 2022) lub emocji jako słabości vs kontroli emocjonalnej (Mograbi i in., 2018). W obu przypadkach drugi czynnik nie był związany z kryteriami zewnętrznymi, dlatego jego trafność jest kwestionowana (Mograbi i in., 2018; Park i in., 2022), a w tym badaniu postanowiono pozostać przy jednym czynniku.

Zgodnie z tymi danymi możemy wnioskować, że polska wersja BES wymaga zmian w swoim wykorzystaniu, to znaczy w badaniach na ogólnej, polskiej populacji nieklinicznej narzędzie powinno składać się z dziewięciu pozycji (tabela 3). Ze względu na ograniczenia związane z charakterem badanej populacji, brakuje wystarczających dowodów na stosowanie skróconej wersji BES-PL w badaniach klinicznych i praktyce zdrowia psychicznego. Przyszłe badania powinny zweryfikować właściwości psychometryczne narzędzia w tym kontekście.

Druga hipoteza, która miała na celu określenie trafności narzędzia BES-PL poprzez badanie związku z kryteriami zewnętrznymi, takimi jak stres, lęk, depresja i unikanie doświadczenia, została potwierdzona. Po pierwsze, wyniki na skali BES silnie wiążą się z wybranymi parametrami zdrowia psychicznego. Dane pokazują, że im bardziej ktoś uważa, że

doświadczanie i wyrażanie emocji jest nieakceptowalne, tym bardziej nasilona jest depresja, lęk i stres. Jest to zgodne z poprzednimi badaniami traktującymi przekonania o emocjach jako istotny predyktor objawów psychopatologicznych, w tym z badaniem walidacji BES (Becerra i in., 2020; Manser i in., 2012; Rimes i Chalder, 2010; Sydenham i in., 2017). Po drugie, wyniki na skali BES są pozytywnie związane z ogólnym czynnikiem unikania doświadczania. Najważniejsze, klinicznie istotne odkrycie to fakt, że wyniki są zgodne z założeniem, że bez akceptacji emocji istnieje duża szansa na przeprowadzanie specyficznych, nieskutecznych procesów psychologicznych mających na celu szeroko pojęte unikanie sytuacji stymulujących emocjonalnie (Aldao i in., 2010; Sydenham i in., 2017). Jednakże analiza związku między negatywnymi przekonaniem na temat emocji, a poszczególnymi aspektami unikania doświadczania emocji wykazała, że te przekonania nie są z nimi związane we wszystkich przypadkach. Przekonania te umiarkowanie pozytywnie wiążą się z unikaniem behawioralnym oraz silnie z awersją do stresu, prokrastynacją oraz wyparciem/zaprzeczeniem. Ponadto, są one silnie ujemnie związane z wytrzymałością na stres (działaniem pomimo dyskomfortu). Dane te również wspierają trafność narzędzia (w tym różnicową), ponieważ stoją w zgodzie z innymi badaniami, które pokazały, że przekonania o emocjach są związane z trudnościami w rozwiązywaniu problemów i zachowaniami nakierowanymi na cele, a także z rzeczywistą postawą awersyjną i brakiem akceptacji w obliczu stresu (Trincas i in., 2016). Zaskakująco, czynnik dystrakcji/supresji nie jest istotnie związany z przekonaniem na temat nieakceptowalności emocji. Definiowany jest on przez autorów jako ignorowanie lub tłumienie doświadczeń nieprzyjemnych (Gámez i in., 2011), a więc teoretycznie jest czymś niepożądanym, potencjalnie podtrzymującym cierpienie. Poprzednie badania potwierdzają związek między supresją emocjonalną (mierzoną przy pomocy innych narzędzi) a tymi przekonaniem, a nawet uważają supresję za jeden z częściej stosowanych mechanizmów radzenia sobie z nieakceptowalnymi emocjami (Tran i Rimes, 2017). Poza brakiem związku z

przekonaniami o emocjach, czynnik ten nie był powiązany z depresją, lękiem i stresem, i co więcej powiązany był umiarkowanie pozytywnie ze wskaźnikiem wytrzymałości na stres. W oryginalnym badaniu przedstawiającym wielowymiarową skalę unikania doświadczania (Gámez i in., 2011) uzyskano przeciwne wyniki, zgodne z założeniami teoretycznymi. Jednakże, w adaptacji skróconej przy użyciu algorytmów genetycznych oraz polskiej adaptacji kwestionariusza (Baran i in., 2019), podobnie jak w tym badaniu, pozytywne związki z wytrzymałością na stres i pozytywnymi wskaźnikami zdrowia były istotne, a nawet silniejsze. Poddaje to pod znaczną wątpliwość trafność tej podskali i implikuje nawet potencjalnie korzystne rezultaty stosowania odwracania uwagi i supresji emocjonalnej. Przyglądając się treści pytań wydaje się, że wymiar ten reprezentuje działania mające na celu odwrócenie uwagi i skupienie na czymś innym. Zdecydowanie nie jest to powszechnie znana konceptualizacja supresji, czyli wewnętrznych wysiłków ukrycia i uzyskania pełnej kontroli nad emocjami, które jak wskazuje teoria silnie wiążą się z przekonaniami na temat emocji (Tran i Rimes, 2017).

5.1.2 Ocena zależności nasilenia bólu i funkcjonowania psychicznego

W ramach kolejnego pytania badawczego odkrywałam związek bólu z nasileniem depresji, lęku, stresu i przekonaniami na temat emocji w grupach klinicznej i nieklinicznej oraz różnice międzygrupowe w zakresie tych zmiennych. Nasilenie bólu w badanych grupach mierzone było przy pomocy tych samych pytań, jednakże osoby z grupy klinicznej musiały odnieść się do dodatkowych kryteriów, które określały charakter bólu jako inny niż przygodny, a dokładnie związany z chorobą przewlekłą. W obydwu grupach badani określali trzy rodzaje bólu: najsilniejszy (24 godziny), średni (24 godziny) i aktualny. Traktowane są one jako trzy różne zmienne.

Hipoteza dotycząca pozytywnego związku bólu z negatywnymi przekonaniami o emocjach, depresją, lękiem i stresem potwierdziła się w grupie nieklinicznej. Wszystkie rodzaje bólu były silnie powiązane z przyjętymi wskaźnikami zdrowia psychicznego, co jest spójne z

literaturą przedmiotu. Badanie psychologicznych korelatów bólu, co prawda, koncentruje się na osobach z różnych grup klinicznych, u których ból jest jednym z dominujących objawów, jednakże istnieje szereg badań (z liczebną grupą) weryfikujących te zależności w populacji ogólnej (McWilliams i in., 2003). Zaobserwowane związki są istotnym argumentem do poszukiwania mechanizmów psychologicznych i fizjologicznych stojących za tymi zależnościami, szczególnie przyjmując założenie o dwukierunkowości relacji (Bruffaerts i in., 2015), co potwierdzają badania podłużne. Osoby, które nie doświadczały bólu, a które przeszły duży epizod depresyjny, były trzy razy bardziej narażone na rozwój chronicznego bólu pleców niż osoby bez objawów depresyjnych (Currie i Wang, 2005). Podobnie z drugiej strony, osoby doświadczające przewlekłego bólu pleców były sześć razy bardziej narażone na rozwinięcie depresji niż uczestnicy bez bólu, a częstotliwość jej występowania rosła wraz z nasileniem bólu (Currie i Wang, 2004). Wyniki tej pracy wspierają przedstawione badania, ale na poziomie korelacyjnym, w związku z czym potrzebne są badania podłużne, na przykład z użyciem zbierania próbek doświadczeń, na polskiej populacji ogólnej, które pomogą odkryć mechanizm zmian i zweryfikują założenie o dwukierunkowości związku objawów psychopatologicznych z bólem. Dodatkowo, obecność tak wysokiej zależności w grupie nieklinicznej stanowi istotną przesłankę dla podejmowania profilaktyki ogólnej, dotyczącej radzenia sobie z bólem, jak również pod kątem potencjalnych konsekwencji somatycznych w przebiegu obniżonego nastroju i nasilonego stresu i lęku.

Nasilenie bólu, zarówno najsilniejszego, średniego i w momencie testowania było umiarkowanie pozytywnie związane z przekonaniami na temat emocji w grupie nieklinicznej, a więc ta hipoteza również została potwierdzona. Znowu, przesłanki do występowania tego typu związku pochodzą głównie z badań nad populacjami klinicznymi charakteryzującymi się częstym doświadczaniem bólu, w tym fibromialgii (Bowers i in., 2017), zespołu jelita drażliwego (Bowers i Wroe, 2016) i zaburzenia somatyzacyjnego (Woolfolk i Allen, 2010).

Jednakże, jak przedstawiono w rozdziale wprowadzającym przekonania na temat nieakceptowalności emocji mogą być rozumiane jako konstrukt transdiagnostyczny, a więc wykraczający poza granice pojedynczego rozpoznania i powiązany z negatywnymi wskaźnikami zdrowia w populacjach ogólnych (Becerra i in., 2020; Park i in., 2022; Rimes i Chalder, 2010; Sydenham i in., 2017). Zaobserwowane zależności stanowią istotną przesłankę do uwzględnienia ich jako moderatora, w badaniu mechanizmów psychologicznych stojących za zależnością bólu i zdrowia psychicznego, a zatem być może również ujęcia w ramach działań profilaktycznych w populacji ogólnej. Oznaczałoby to weryfikację, czy u osób początkowo zdrowych (pod kątem niedoświadczania bólu), które poddano by profilaktycznym lub terapeutycznym działaniom pod kątem przekonań na temat emocji możliwe byłoby ograniczenie rozwoju objawów bólowych. W drugą zaś stronę, czy u osób, które już bólu doświadczają i które poddane zostałyby działaniom profilaktyczno-terapeutycznym pod kątem przekonań o emocjach, możliwe byłoby zapobieżenie np. tranzycji bólu do formy przewlekłej lub rozwojowi zaburzeń psychicznych.

Hipotezy dotyczące związku bólu z depresją, lękiem, stresem i przekonaniem na temat emocji w grupie klinicznej, oraz dotyczące różnic pomiędzy grupami kliniczną i kontrolną w zakresie tych zmiennych zostały tylko częściowo potwierdzone.

W grupie osób z doświadczeniem bólu przewlekłego, ból średni i aktualny (w momencie badania), wiązał się pozytywnie z objawami lęku i depresji. Kierunek związku bólu maksymalnego był podobny, jednak okazał się nieistotny statystycznie. Wyniki są zgodne z wcześniej przedstawionymi badaniami dotyczącymi związku nasilenia bólu z tymi przekonaniem w grupach klinicznych (Bowers, 2017; Sasaki i in., 2022). W literaturze przedmiotu brakuje informacji dotyczących dokładnego mechanizmu wyjaśniającego te zależności, jednak należałoby rozważyć uwzględnienie pomiaru nasilenia unikania jako zjawiska związanego z przekonaniem na temat emocji oraz istotnego predyktora gorszego

zdrowia psychicznego u osób z bólem przewlekłym (Costa i Pinto-Gouveia, 2013). Wskazane jest zatem by kolejne badania prowadzone były w formie podłużnej, co zweryfikowałyby czy to negatywne przekonania na temat emocji i ich konsekwencje przyczyniają się do rozwoju symptomów bólowych, czy też osoby doświadczające bólu rozwijają tego typu przekonania z czasem, lub też czy związek jest dwukierunkowy, a symptomy bólowe po prostu podtrzymują te przekonania. Jedyne przesłanki co do tego, która ze zmiennych jest pierwotna, płyną z samej konceptualizacji przekonania o nieakceptowalności emocji, która to zakłada, że ich genezy należy upatrywać w środowisku rodzinnym i wczesnych doświadczeniach życiowych (Rimes i Chalder, 2010). Idąc za tym założeniem przekonania na temat emocji poprzedzałyby w czasie rozwój bólu, a więc były pierwotne w stosunku do niego. Nie wyklucza to jednak, że doświadczanie bólu pełni rolę zwrotnie podtrzymującą negatywne przekonania o emocjach, na przykład właśnie w drodze unikania doświadczania (Costa i Pinto-Gouveia, 2013).

Trudno wyjaśnić brak istotnego związku nasilenia stresu z bólem. Sam kierunek zależności zgodny jest z hipotezą w zakresie bólu średniego i w momencie testowania. Nie należy wnioskować o braku związku, gdyż można podejrzewać, że brak istotności wynika z podstawowego ograniczenia tego badania jakim jest wielkość próby, to znaczy próba jest zbyt mała by uchwycić efekty tej wielkości.

Hipoteza przewidująca wyższe nasilenie stresu, lęku, depresji i przekonań na temat emocji w grupie klinicznej nie została potwierdzona. Co więcej, nasilenie negatywnych przekonań na temat emocji było istotnie wyższe w grupie nieklinicznej, co stoi w sprzeczności z wynikami dotychczasowych badań. Początkowo, w teście prostego porównywania grup, osoby z grupy klinicznej wykazywały istotnie wyższy poziom stresu i niższy negatywnych przekonań na temat emocji niż grupa niekliniczna. Poszukując czynników potencjalnie zakłócających wyniki odnośnie przekonań, przyjrzałam się strukturze demograficznej badanych populacji i zaobserwowałam przede wszystkim znaczną nadreprezentację kobiet w

grupie klinicznej. Co prawda, w większości badań nie wykazywano różnic międzypłciowych w poziomie przekonań o emocjach, ale istnieją również dane wskazujące na wyższy ich poziom u mężczyzn (Mograbi i in., 2018). Badania epidemiologiczne wskazują, że kobiety częściej zapadają na choroby reumatologiczne, jednak były wysoce nadreprezentowane w grupie klinicznej. Nie wynikało to z braku mężczyzn na oddziałach reumatologicznych w trakcie prowadzenia badań, a z tego, że w znacznej większości odmawiali oni udziału w badaniu. W celu przeprowadzenia bardziej adekwatnych analiz postanowiłam porównać grupy w paradygmacie kliniczno-kontrolnym, poprzez dobieranie do każdej osoby z grupy klinicznej osoby najbardziej podobnej pod kątem potencjalnych demograficznych zmiennych zakłócających z grupy nieklinicznej (szczegóły w rozdziale Wyniki). Wprowadzona metoda nie przyniosła przewidywanych zmian. Różnice w nasileniu stresu między grupami przestały być istotne, ale różnica w przekonaniach pozostała.

Zarówno brak istotnych różnic w zakresie zdrowia psychicznego jak i większe nasilenie przekonań o emocjach w grupie nieklinicznej stoją w sprzeczności z większością wcześniejszych badań. Dotychczasowe opracowania wskazywały na znacznie wyższe rozpowszechnienie objawów depresji i lęku u osób doświadczających klinicznych objawów bólowych, bo aż 50% w przypadku fibromialgii (Arnold i in., 2006), przewlekłych bólów brzucha (Van Oudenhove i in., 2016) i kręgosłupa (Demyttenaere i in., 2007) oraz 20% przy RZS (McWilliams i in., 2004) w porównaniu do rozpowszechnienia populacyjnego szacowanego na blisko 4% (Herrman i in., 2019). Zbyt duże ryzyko popełnienia błędu drugiego rodzaju we wnioskowaniu, czyli możliwości odrzucenia prawidłowo postawionej hipotezy, zaobserwowane kierunki efektów i teoria nie upoważniają mnie do przedstawiania alternatywnych wyjaśnień podmiotowych (charakterystyki osób z grup klinicznych). W związku z tym, dalej w tekście rozważając różnice w zakresie badanych przekonań,

postanowiłam odnieść się jedynie do potencjalnych zmiennych zakłócających związanych z kontekstem badania w grupie klinicznej.

Badań nad rozpowszechnieniem negatywnych przekonań o emocjach w klinicznym kontekście chorób somatycznych jest wciąż niewiele. Dotychczasowe w większości wskazują na większe ich nasilenie u osób chorych, jak w przypadku zespołu jelita drażliwego (Bowers i Wroe, 2016) czy zespołu przewlekłego zmęczenia (Rimes i Chalder, 2010). Jednakże, przykładowo w badaniu Sasaki i współpracowników (2022) nie wykazano żadnych różnic w poziomie tych przekonań pomiędzy osobami chorującymi na fibromialgię, a zdrowymi z grupy kontrolnej. Autorzy ci wskazują, że przekonania na temat emocji mogą być konstruktem transdiagnostycznym, co zgodne jest również z moimi rozważaniami przedstawionymi w drugim rozdziale, a więc zamiast na poszukiwaniu różnic, przyszłe badania powinny skupić się na wyjaśnianiu mechanizmów ich powstawania i związku ze zdrowiem (Sasaki i in., 2022).

Jako czynnik potencjalnie zakłócający wyniki należy rozważyć specyficzny kontekst, w którym odbyło się badanie w grupie klinicznej. Mianowicie, wszystkie osoby z tej grupy, niezależnie czy miały już zdiagnozowaną chorobę, czy były w trakcie diagnostyki, były testowane w szpitalu. W związku z tym, że pobyt w szpitalu może znacznie różnić się od codziennego życia, obniża to trafność zewnętrzną wyników, a więc znacznie ogranicza możliwości ich generalizacji. Badania wskazują, że pacjenci z chorobami reumatycznymi wykazują duży poziom osamotnienia i należy zapewnić im więcej wsparcia społecznego i uważania dolegliwości, by poprawić ich dobrostan (Kool i Geenen, 2012; Savelkoul i in., 2000). Pobyt w szpitalu związany jest z przerwą w codziennych obowiązkach, pełną dostępnością personelu medycznego oraz przebywaniem w społeczności, która dobrze rozumie zmagania chorego, bo sama ich doświadcza. Te okoliczności mogą sprzyjać zaspokajaniu potrzeby wsparcia, poczuciu bezpieczeństwa i w rezultacie wyższemu dobrostanowi. W tym miejscu należałoby również wspomnieć, że większość badanych testowana była w Pomorskim

Centrum Reumatologii w Sopocie, które znajduje się w sprzyjających warunkach przyrodniczych. Pacjenci mogą korzystać z wielu udogodnień proponowanych przez placówkę, co może pozytywnie wpływać na dobrostan.

Dotychczasowe i przedstawione wcześniej badania przekonań o emocjach u pacjentów przeprowadzane były zwykle w formule on-line lub w klinikach ambulatoryjnych. Wcześniej w pracy, omówiłam te przekonania, w kontekście zasad i przekonań pośredniczących w modelu schematu poznawczego, co implikuje ich względną stałość w czasie. Jednakże, wiemy, że schemat i związane z nim myśli, aktywowane są przez kontekst (Popiel i Pragłowska, 2022), w związku z tym można podejrzewać, że pacjenci szpitalni, znajdujący się w otoczeniu osób z podobnymi dolegliwościami, mogą wykazywać się większą otwartością na dzielenie się emocjami niż miałyby to miejsce w życiu codziennym.

5.1.3 Weryfikacja modelu czynników pośredniczących w relacji przekonań o emocjach i zdrowia psychicznego w grupach klinicznej i nieklinicznej

Hipoteza dotycząca pośredniczącej roli unikania doświadczania w związku przekonań na temat emocji i parametrów zdrowia psychicznego została częściowo potwierdzona. Efekt mediacji był istotny w grupie nieklinicznej dla wszystkich zmiennych zależnych, tj. stresu, lęku i depresji. Liczebność próby klinicznej nie pozwalała na precyzyjne testowanie takiej wielkości efektów. Zwiększony błąd drugiego rodzaju, czyli wniosek fałszywie pozytywny, powoduje, że badanie nie pozwala na udzielenie jednoznacznej odpowiedzi czy związek występuje czy nie. Uzyskana wielkość efektu mediacji, podobna do tego w grupie nieklinicznej, pozwala jednak podejrzewać, że może on występować, co należałoby zweryfikować w kolejnych badaniach prowadzonych na większą skalę. Kierunek mediacji w obu grupach zgodny jest z badaniami innych autorów oraz teorią poznawczo-behawioralną, zakładającą, że przekonania na temat nieakceptowalności emocji prowadzą do zachowań unikowych i promują tłumienie emocji, co prowadzi do zaostrzenia doświadczanego stresu emocjonalnego (Trincas i in., 2016;

Sydenham i in., 2017; Bowers i in., 2017). Dodatkowo, uznając wielowymiarowość unikania doświadczania, w analizach eksploracyjnych badałam również każdy wymiar jako osobny mediator.

W grupie nieklinicznej cztery spośród sześciu czynników, tj. awersja do stresu, prokrastynacja, wyparcie/zaprzeczenie i wytrzymałość na stres, były istotnymi mediatorami w związku badanych przekonań ze stresem, lękiem i depresją. W grupie klinicznej natomiast, pomimo braku istotnego efektu mediacji dla ogólnego unikania doświadczania, istotnym okazał się wymiar wyparcie/zaprzeczenie. Czynniki unikania behawioralnego oraz odwracania uwagi i supresji nie moderowały badanego związku w żadnej z grup.

Prokrastynacja w koncepcji unikania doświadczania odnosi się do odkładania kontaktu z przewidywanym stresorem na później (Gámez i in., 2011). Jej pośredniczącą rolę w przebiegu badanego związku literatura wspiera pośrednio. Przede wszystkim coraz więcej badań koncentruje się na silnych powiązaniach prokrastynacji z perfekcjonizmem (Yosopov, 2020). Jak przedstawiono w drugim rozdziale teoretycznym, negatywne przekonania na temat emocji mogą być rozumiane właśnie jako forma nadmiernie wysokich standardów, strategia kompensująca postrzegane deficyty lub niestabilność otoczenia (Rimes i Chalder, 2010). Taki emocjonalny perfekcjonizm może wynikać z postrzegania sytuacji emocjonalnych jako zagrażających i tym samym ułatwiać ich unikanie lub, jeśli uniknięcie nie jest możliwe, odkładanie (prokrastynację). Udowodniono również, że negatywne przekonania na temat emocji wiążą się z deficytami w rozwiązywaniu problemów i trudnościami w podejmowaniu zachowań nastawionych na cel (Trincas i in., 2016), co wpisane jest w koncept prokrastynacji (Wieland i in., 2021).

Brak efektu mediacji w przypadku osób z grupy klinicznej może wynikać z tego, że kontrolowanie kontaktu ze stresorem w postaci jego odkładania może być w ich przypadku znacząco utrudnione, a więc niepodjęmowane. Rozumiejąc rolę bólu przewlekłego, założyć

możemy, że ból ten oraz związane z nim aktywności będą kluczowym stresorem dla chorujących. Idąc za tym założeniem, kontakt ze stresem w postaci bólu nie będzie podlegał odłożeniu w czasie, a zwlekanie z aktywnościami z nim związanymi, np. w postaci zabiegów leczniczych czy aktywności prozdrowotnych, może mieć poważne konsekwencje. Co więcej, badani testowani byli w szpitalu, co świadczyć może o tym, że po pierwsze, uczestniczyli w procedurach diagnostycznych i leczniczych zgodnie z przeznaczeniem oddziału i to nie oni ustalali, kiedy się one odbędą, po drugie być może samo znalezienie się w szpitalu wynikało z pewnej gotowości do nieodkładania koniecznych czynności na później.

Pośrednicząca rola wytrzymałości na stres również zgodna jest z literaturą. Rozumiemy ją jako otwartość i gotowość do przeżywania nieprzyjemnych doświadczeń, dyspozycję do działania pomimo wzbudzenia (Gámez i in., 2011). Już na poziomie definicyjnym otwartość, a więc również akceptacja dla doświadczeń stoi w sprzeczności z nieakceptującą postawą wobec emocji. Możemy rozumieć ją jako pewnego rodzaju zasób, odporność umożliwiającą skuteczne działanie. Podejmowanie aktywności pomimo dyskomfortu wiąże się z mniej nasilonymi tendencjami do unikania (Hunt i in., 2017), a więc mniejszego ubytku w aktywności i ogólnym funkcjonowaniu, w tym pełnieniu ról społecznych. Może wykazywać zatem działanie ochronne dla dobrostanu psychologicznego.

Na podstawie wyników badania w grupie klinicznej nie można przyjąć założenia o braku mediacji dla wytrzymałości na stres. Jednakże, pomimo że w ogólnym ujęciu prezentuje się ona jako jednoznacznie pozytywna dyspozycja, w przypadku doświadczania przewlekłego bólu obraz jest bardziej złożony. Model unikania-wytrzymałości w przebiegu bólu (*the avoidance-endurance model of pain*, AEM) odnosi się do przedstawionej w rozdziale wprowadzającym teorii lękowego unikania, ale uwzględnia też inne ścieżki przekształcenia bólu w formę przewlekłą (Hasenbring i Verbunt, 2010). W założeniu modelu AEM, osoby doświadczające bólu zamiast unikania mogą przyjmować postawę wzmożonej aktywności

wynikającą z nadmiernej wytrzymałości. O ile w przypadku osób zdrowych postawa taka może mieć pozytywne skutki, o tyle u doświadczających bólu może prowadzić do dalej idących konsekwencji zdrowotnych, na przykład wynikających z uszkodzenia tkanek, niewystarczającego odpoczynku czy wtórnych urazów. U tych osób nadmierna wytrzymałość może wiązać się z tłumieniem myśli, cierpieniem psychicznym czy usilnym odwracaniem uwagi (Hasenbring i in., 2012). Dane te stanowią przesłankę do ostrożnego interpretowania związku (lub jego braku) wytrzymałości psychicznej z depresją, lękiem i stresem, ze względu na potencjalne moderatory. Przyszłe badania powinny uwzględniać inne warunki podmiotowe, które mogą wpływać na kierunek związku, w tym poziom rzeczywistego uszkodzenia tkanek, nasilenia bólu czy też ujmować kontekst, w którym badani mają odnieść się do pozycji testowych (np. działanie angażujące fizyczne pomimo dyskomfortu vs działanie angażujące emocjonalnie/psychicznie).

W grupie nieklinicznej, spośród wymiarów unikania doświadczania najistotniejszymi mediatorami są awersja do stresu i wyparcie/zaprzeczenie. Wykazują one najsilniejsze związki zarówno z przekonaniami na temat emocji, jak i z nasileniem stresu, lęku i depresji, oraz mają najwyższy poziom wyjaśnianej wariacji w modelu mediacji. Awersja do stresu definiowana jest jako negatywna postawa i brak akceptacji dla jakichkolwiek nieprzyjemnych doświadczeń (Baran i in. 2019). Natomiast wyparcie/zaprzeczenie rozumiane jest jako swego rodzaju dysocjacja, zwiększony dystans lub pełny brak świadomości co do przeżywania nieprzyjemnych doświadczeń (Gámez i in., 2011). Ich istotnie pośrednicząca rola jest spójna z teorią. Przykładowo, negatywne przekonania o emocjach były silnie powiązane z ogólnym unikaniem doświadczania rozumianym jako przeciwieństwo akceptacji psychologicznej (w starszej koncepcji) (Trincas i in., 2016), przede wszystkim odzwierciedlającym treściowo unikanie doświadczania dyskomfortu (awersja do stresu) (Baran i in., 2019). Oba czynniki zdają się reprezentować logiczne konsekwencje behawioralne negatywnych przekonań o

emocjach (bycie odłączonym, niechęć lub niemożność do odczuwania i pozostawiania w kontakcie z emocjami, chęć ich wymazania), w porównaniu na przykład z prokrastynacją, która ma węższy zakres znaczeniowy. Również w innych badaniach wymiary te wykazywały silniejsze od pozostałych związki z psychopatologią (Gámez i in., 2011, Baran i in., 2019).

Jak w przypadku ogólnego unikania doświadczania, nie możemy z całą pewnością odrzucić efektu mediacji pozostałych czynników dla badanego związku w grupie klinicznej, a tym bardziej tych, które okazały się istotne w grupie nieklinicznej. Odwołując się do teorii lękowego unikania bólu (Vlaeyen i Linton, 2000) i jednoczesnego określenia bólu jako jednego z dominujących stresorów życiowych w przypadku jego przewlekłego przebiegu, spodziewalibyśmy się, że awersja do stresu będzie pośredniczyć w badanym związku. Efekt nie był jednak na tyle silny by był istotny w tak małej grupie badanej. Dokonany przeze mnie przegląd teoretyczny nie dostarcza również jakichkolwiek przesłanek o potencjalnym tłumieniu efektu przez zmienne zakłócające. Co natomiast szczególnie istotne, czynnik wyparcie/zaprzeczenie wykazał na tyle wysoki efekt pośredniczący, że nawet przy niewielkiej próbie był istotny. Jest to zgodne z literaturą przedmiotu, jak przedstawiono powyżej. Dodatkowo, warto zauważyć, że u pacjentów doświadczających bólu istnieje znaczące ryzyko rozwinięcia zaburzenia dysocjacyjnego (Fishbain i in., 2001). Stan dysocjacji wiąże się z mniejszą wrażliwością na ból (Ludäscher i in., 2010), a więc może stanowić funkcję obronną i utrwaloną dyspozycję osób go doświadczających. W wyniku kojarzenia negatywnego afektu z doświadczeniem bólowym strategia ta potencjalnie mogłaby zostać zgeneralizowana na inne doświadczenia emocjonalne. Stan dysocjacji, pomimo swoistego znieczulenia, może wiązać się z nierozładowaniem napięcia emocjonalnego i nieprzetworzeniem napięcia. W badaniach z użyciem algorytmów genetycznych czynnik wyparcie/zaprzeczenie niezwykle silnie ($r = 0,81$) wiązał się z aleksytymią (Sahdra i in., 2016), którą rozumiemy jako zaburzoną świadomość emocji sprzyjającą rozwojowi objawów takich jak ból czy zmęczenie (Hogeveen i Grafman,

2021). Nie odnosi się to bezpośrednio do efektu mediacji, jednak ogólny obraz dysocjacji, trwałego braku świadomości emocji i związanych z nimi objawów nasuwa wiele pytań o kierunek dalszych badań w kontekście również przekonań na temat emocji. Przykładowo, czy utrzymywanie negatywnych przekonań na temat emocji i współwystępująca tendencja do dysocjacji może wpłynąć na obniżoną świadomość emocji, lub też czy deficyty w świadomości i rozumieniu emocji mogą sprzyjać rozwinięciu negatywnych przekonań na ich temat (emocje jako coś niezrozumiałego, a więc zagrażającego).

Spośród czynników unikania doświadczania dwa, tj. unikanie behawioralne i odwracanie uwagi i supresja, nie pośredniczyły istotnie w badanym związku w żadnej z grup. W przypadku unikania behawioralnego mediacja była nieistotna z powodu braku związku ze stresem, lękiem i depresją. Wiązało się ono natomiast pozytywnie z przekonaniem na temat emocji co jest spójne z wcześniejszymi badaniami, albowiem wykazano związek potrzeby unikania konkretnych sytuacji wywołujących emocje z negatywnymi przekonaniem na ich temat (Trincas i in., 2016). Jednakże, unikanie behawioralne wydaje się być najbardziej specyficznym czynnikiem unikania doświadczania w kontekście związków ze zdrowiem psychicznym. Związane jest ono zwykle z lękiem (głównie fobią specyficzną i lękiem społecznym), a słabiej z innymi symptomami czy zaburzeniami (Buckner i in., 2014; Gámez i in., 2011). Jest to zgodne z teorią lęku, która zakłada, że bezpośrednie unikanie stresujących sytuacji jest rzeczywistym czynnikiem chroniącym przed stresem, podczas gdy w przebiegu pozostałych problemów emocjonalnych inne czynniki mogą odgrywać większą rolę. Warto pamiętać jednak, że unikanie behawioralne wciąż może przyczyniać się w dalszej perspektywie do uogólnienia lęku i znaczącego upośledzenia aktywności życiowej (Borkovec i in., 2004).

Innym czynnikiem, który okazał się nieistotnym mediatorem, był czynnik odwracania uwagi i supresji. Przy okazji omówienia pierwszej hipotezy przedstawiłam potencjalne źródła wyniku, który na poziomie teoretycznym jest niepoprawny. Prawdopodobnie źródłem tego

braku zgodności są nieprawidłowości metodologiczne, szczególnie w zakresie trafności podskali w kwestionariuszu MEAQ. Jakikolwiek interpretacje wyniku są więc niewskazane.

5.1.4 Ocena zależności unikania doświadczania i zdrowia psychicznego w ujęciu

podłużnym w grupie klinicznej

Hipoteza dotycząca związku zmian w poziomie unikania doświadczania ze zmianami w poziomie depresji, stresu i lęku nie została potwierdzona. Weryfikacja zależności tych zmian miała na celu głębszą analizę relacji między zmiennymi, wykraczającą poza pojedynczy pomiar. Wyniki są niezgodne z założeniami teoretycznymi, gdyż unikanie doświadczania wiąże się pozytywnie z depresją, lękiem i stresem (Costa i Pinto-Gouveia, 2013), ale spójne z danymi korelacyjnymi z pierwszego pomiaru bieżącego badania, które można zaobserwować przy okazji wyników weryfikujących mediację w poprzednim rozdziale. Badanie obarczone jest wieloma ograniczeniami i zakłóceniami, które omawiam dalej, w związku z tym adekwatna analiza danych ilościowych jest niemożliwa.

Po pierwsze, poza niską liczebnością grupy klinicznej już w pierwszym pomiarze, w drugim odnotowano bardzo niski wskaźnik retencji, jedynie 18%. Tak niski wskaźnik odpowiedzi na drugą turę, oprócz niskiej liczebności ogólnej, może wskazywać na homogeniczność uczestników pod kątem potencjalnych zmiennych zakłócających (np. w postaci wyższego dobrostanu i większej chęci do podejścia do drugiej tury), ale nie jest to obecnie możliwe do weryfikacji.

Po drugie, biorąc pod uwagę względnie niskie poziomy i prawoskośność rozkładu wyników w pierwszym pomiarze (zwłaszcza depresji i lęku; patrz rysunek 9), poza ewentualnym wzrostem, można przewidywać, że badani nie mogą znacznie obniżyć swoich wyników na skalach. W związku z tym istnieje duża rozbieżność pomiędzy potencjałem zmiany w zakresie paramentów zdrowia psychicznego (efekt podłogi), a potencjałem zmiany w zakresie unikania doświadczania. Może to stanowić przesłankę by w przyszłych badaniach

zastosować łatwiejsze narzędzie do pomiaru stresu, lęku i depresji, czyli takie, które umożliwią weryfikację większego zróżnicowania na niższych poziomach tych zmiennych.

Mimo niewielkiej próby warto zwrócić uwagę na efekty wyłonione przy okazji weryfikacji hipotezy. Wszystkie zbadane w dwóch pomiarach zmienne uległy obniżeniu, to znaczy nasilenie bólu maksymalnego, średniego i obecnego, unikania doświadczania, stresu, lęku i depresji, choć dla parametrów zdrowia psychicznego efekt był nieistotny. Pobyt w szpitalu zwykle dotyczy diagnozy klinicznej lub funkcjonalnej i wiąże się z zaplanowaniem odpowiedniego leczenia, a spadek bólu wydaje się jego logiczną konsekwencją.

Co ciekawe, efekt obniżenia unikania doświadczania był na tyle duży, że pomimo małej próby został uchwycony w analizie różnic. Hipoteza zakładała związek zmian w zakresie unikania doświadczania i parametrów zdrowia psychicznego, jednak nie określała jego kierunku, to znaczy przewidywałam, że jeśli zmniejszy się unikanie to zdrowie się poprawi, a jeśli wzrośnie to pogorszy. Przewidywania odnosiły się więc wprost do kryterium czasowego. Potencjalnego źródła zmienności upatrywałam więc w zmianie kontekstu (ze szpitalnego na domowy), lub co bardziej prawdopodobne, w zmianie w poziomie bólu. Kolejne badania powinny koncentrować się na weryfikacji tego mechanizmu przy użyciu wielu pomiarów, najlepiej z użyciem metody dziennikowej lub zbierania próbek doświadczeń, gdyż dane z tego badania nie upoważniają do wyciągania jakichkolwiek wniosków przyczynowo skutkowych.

5.2 Mocne strony badania i ograniczenia

Część słabszych stron przeprowadzonych badań wskazana została przy okazji dyskusji wyników. W tym podrozdziale w zwięzły sposób podsumowałam mocne strony projektu badawczego i zaobserwowane prze mnie ograniczenia.

5.2.1 *Mocne strony badania*

Jedną z mocniejszych stron projektu badawczego jest adaptacja narzędzia do pomiaru negatywnych przekonań na temat emocji BES-PL (Rimes, Chalder, 2010) w dość dużej grupie ogólnej. Był to kluczowy krok dla dalszego postępowania badawczego. Istnieje niewiele narzędzi mierzących przekonania o emocjach, zwłaszcza o krótkiej formie i dobrych właściwościach psychometrycznych, które umożliwiałyby badania na szerszą skalę. Tym bardziej brakuje narzędzi zaadaptowanych do warunków polskich. Poza kwestionariuszem BES w badaniach wykorzystuje się również *Kwestionariusz przekonań o emocjach* BAEQ (tłumaczenie własne, w oryginale *Beliefs about Emotions Questionnaire*, Manser i in. 2012), *Kwestionariusz przekonań dotyczących emocji* EBQ (w oryginale *Emotion Beliefs Questionnaire*) (Becerra i in., 2020) lub *Skalę Schematów Emocjonalnych* LESS (*Leahy Emotional Schema Scale*) (Leahy, 2002). Zarówno EBQ, jak i LESS dostępne są w polskiej wersji językowej (Larionow i Mudło-Głagolska, 2022; Leahy i in., 2014), jednak brakuje informacji o ich właściwościach psychometrycznych i procedurze przygotowania. Postanowiłam zaadaptować skalę BES, ponieważ wykazywała dobre właściwości psychometryczne w wersji oryginalnej, zarówno w populacji ogólnej jak i w grupach pacjentów z chorobami somatycznymi (Mograbi i in., 2018; Park i in., 2022; Rimes i Chalder, 2010; Sasaki i in., 2022), co szczególnie istotne z perspektywy tej pracy. Adaptacja ta stanowi punkt wyjścia i umożliwia dalsze badania psychologicznych mechanizmów podtrzymujących cierpienie psychiczne w kontekście ogólnym i klinicznym.

Kolejną mocną stroną badania jest ujęcie przekonań o emocjach jako konstruktu transdiagnostycznego. Konsekwencją takiego podejścia jest wyjście ponad proste porównywanie grup klinicznych i kontrolnych. Po pierwsze, weryfikacja modelu mediacji, z unikaniem doświadczenia jako mediatorem relacji przekonań o emocjach ze zdrowiem psychicznym, dostarcza wskazówek, co do kierunków dalszego poszukiwania mechanizmów

stojących za tym związkiem. Po drugie zaś, ujęcie zjawisk takich jak unikanie doświadczania oraz omówienie konstruktów przekonań o emocjach w ramach teorii poznawczych i uczenia się, zwiększa szanse na aplikacyjność wyników, jako że praktykujący terapeuci poznawczo-behawioralni z łatwością odnajdą się w przyjętej terminologii.

Wraz z rozwojem technologii zauważyć można wzrost liczby badań, w których grupa kliniczna bierze udział on-line, co zwykle odbywa się poprzez zaproszenia zamieszczane na forach lub internetowych grupach zainteresowań. Takie postępowanie niesie ze sobą poważne ryzyko uczestnictwa osób, które nie otrzymały profesjonalnej diagnozy lub nie znajdują się w takim procesie. Chcąc badać jedynie związki nasilenia bólu lub rolę autodiagnozy mogłabym pozostać na badaniu populacji ogólnej i dopiero na poziomie analizy danych dokonać izolacji części grupy i dalej ją porównywać. Zależało mi jednak, by pierwsze badanie dotyczące przekonań o emocjach i unikania doświadczania w Polsce, uwzględniało grupę kliniczną testowaną we właściwych ramach metodologicznych, co uważam co dużą zaletę tego badania. Trudno było przewidzieć dokładnie liczbę uczestników ze względu na rozwój pandemii COVID-19. Na każdym etapie procesu, pozostając w stałym kontakcie z personelem medycznym szpitala, zachowywałam pełen rygor epidemiologiczny, mając na względzie przede wszystkim dobro pacjentów. Cała grupa była zbadana na oddziałach szpitalnych również dlatego, żeby ograniczyć możliwy wpływ zmiennej zakłócającej w postaci kontekstu. Częściowo trafność tej decyzji potwierdzona została przez zaobserwowanie kierunku różnic w zakresie bólu, unikania i parametrów zdrowia psychicznego (ostatnie nieistotne) w pomiarze podłużnym. Dodatkowo, by ograniczyć potencjalnie negatywny wpływ procedury na dobrostan badanych, w związku z charakterem ich dolegliwości (w tym przede wszystkim bólu rąk) oraz tym samym możliwość zarzucenia uczestnictwa, skorzystałam z trafnych i rzetelnych, ale krótkich skal do pomiaru zmiennych psychologicznych.

5.2.2 *Ograniczenia badania*

Poza mocnymi stronami, badanie obarczone jest również kilkoma ograniczeniami. Przede wszystkim, co wielokrotnie podkreślone zostało przy okazji omawiania wyników w poprzednich podrozdziałach, badanie charakteryzuje się niewielką próbą kliniczną. Dotyczy to zwłaszcza liczby osób, które wzięły udział w drugiej turze, a która to uniemożliwia interpretację pod kątem ilościowym. Taki stan rzeczy wynika z tego, że badania rozpoczęte zostały dość późno w ramach całego projektu doktorskiego, ze względu na zamknięcie oddziałów z powodu pandemii COVID-19. Nawet pomimo późniejszej zgody szpitali, w trakcie trwania procesu, każdorazowo okazywało się, że część pacjentów ma wynik dodatni testu na koronawirusa, co skutkowało wyłączeniem z badania jednego lub kilku oddziałów. W rezultacie przy każdym pomiarze uzyskiwałam jedynie kilka ankiet, spośród których część nie mogła zostać poddana weryfikacji ze względu na brak bólu w momencie pomiaru. Co więcej, badani na oddziałach przebywali zwykle dwa tygodnie, więc by zbadać różne osoby, również w takim układzie musieli być testowani, a to znacznie wydłużyło całą procedurę. Moje badania nie były finansowane ze źródeł zewnętrznych, co potencjalnie umożliwiłoby ich przeprowadzenie w większej liczbie placówek w różnych regionach kraju, a to zwiększyłoby grupę badaną.

Kontekst testowania, ze względu na chęć ograniczenia zmiennych zakłócających wyniki, wymieniony został jako zaleta badania, jednak ma to zastosowanie w odniesieniu do trafności wewnętrznej. Sam pobyt w szpitalu jest specyficznym momentem w życiu, nawet wśród pacjentów chorujących przewlekle. Hospitalizacja może sprzyjać innemu niż zwykle (potencjalnie wyższemu) poziomowi stresu, lęku i depresji, ale również unikaniu doświadczenia, jak zaobserwowano w tym badaniu. Tak wyizolowane warunki, bez uwzględnienia kontekstu życia codziennego, znacząco ograniczają możliwości generalizacji wyników, tj. trafność zewnętrzną badania.

Kolejnym ograniczeniem jest brak informacji odnośnie rozpoznania, pozyskanej z dokumentacji medycznej. Pomimo, że na oddziale znajdują się osoby, które wykazują rzeczywiste przesłanki do rozpoznania choroby reumatycznej, to kwalifikacja do grupy badanej odbywała się jedynie na bazie samopisu dotyczącego diagnozy i poziomu bólu. Ryzyko zniekształceń (potencjalny brak choroby) jest jednak znacznie niższe niż w przypadku badań on-line. Można uznać, że pod tym kątem grupa kliniczna jest homogeniczna. Uczestnicy są jednak zróżnicowani pod kątem konkretnego rozpoznania i momentu w procesie diagnostycznym w jakim się znajdują. Część pacjentów w momencie pomiaru znajdowała się na początku drogi diagnostycznej, i choć zwykle byli w stanie określić podejrzewaną chorobę, to prawdopodobnie u niektórych diagnoza została wykluczona. Druga część pacjentów z kolei, która miała już postawione rozpoznanie, bardzo różniła się pod kątem długości trwania choroby, a zatem być może i negatywnym jej wpływem na życie. Dane te powinny zostać uwzględnione w kolejnych badaniach na przykład w postaci potencjalnego moderatora związków zdrowia psychicznego z innymi zmiennymi psychologicznymi.

Idąc dalej, znacznym ograniczeniem odnośnie wnioskowania jest przyjęta konceptualizacja bólu. Grupie klinicznej i nieklinicznej zadane były te same pytania mające na celu oszacowanie maksymalnego, średniego i obecnego bólu, a badani pacjenci dodatkowo mieli odnieść się do pytań dotyczących choroby, charakteru bólu (czy jest on inny niż przygodny) i oznaczyć jego lokalizację, gdzie we wszystkich przypadkach był to kręgosłup lub symetryczne stawy stóp, kolan, łokci lub rąk. Na tej podstawie wnioskowałam o obecności bólu przewlekłego (bo związanego z chorobą przewlekłą). W ankiecie zabrakło jednak pytania o czas trwania, co musi być uwzględnione przy interpretacji wyników i potencjalnych dalszych analizach. Przyszłe badania powinny uwzględniać ten aspekt, jak również, jeśli odbywałyby się z wielokrotnym pomiarem, średni poziom bólu na przestrzeni czasu i jego trajektorię.

5.3 Podsumowanie

Wydarzenia ostatnich lat, w tym pandemia COVID-19, postępujący kryzys klimatyczny i gospodarczy, kolejne konflikty zbrojne i niebywały postęp technologiczny, przyczyniły się do wzrostu izolacji społecznej, zagrożenia dla podstawowych potrzeb i rozwoju chorób związanych ze stresem. Stan psychiczny współczesnego człowieka staje się alarmującym problemem, zwłaszcza wśród krajów wysoko rozwiniętych, a poszukiwanie mechanizmów stojących za jego pogorszeniem coraz częściej zajmuje badaczy z różnych dziedzin nauki, w tym głównie psychologii i medycyny.

Niniejsza praca powstała z zamierzeniem choć częściowego wzbogacenia wiedzy na temat potencjalnych czynników związanych ze zdrowiem psychicznym. Przede wszystkim, chciałam przedstawić, dość słabo znany na gruncie polskim, konstrukt przekonań na temat nieakceptowalności emocji w ujęciu transdiagnostycznym. Implikacją uznania takiej charakterystyki jest ujęcie go w badaniach zakrojonych na szeroką skalę pod kątem grupy badanej, nieograniczonej do pojedynczego rozpoznania, czy nawet do kontekstu wąsko klinicznego. Z tego powodu dalsze zależności tych przekonań postanowiłam weryfikować zarówno w grupie nieklinicznej, jak i osób chorujących reumatologicznie, jako grupy charakteryzującej się doświadczeniem bólu przewlekłego.

Głównym celem badawczym projektu była weryfikacja zależności przekonań na temat emocji i unikania doświadczenia z parametrami zdrowia psychicznego, a dokładnie stresu, lęku i depresji, zarówno w pomiarze przekrojowym jak i podłużnym. Aby go zrealizować, z racji braku dostępnych narzędzi mierzących przekonania na temat emocji o zadowalających właściwościach psychometrycznych, postanowiłam na początku zaadaptować brytyjską *the Beliefs about Emotions Scale*- Skalę Przekonań o Emocjach stworzoną przez Rimes i Chalder (2010). Po wprowadzeniu pewnych modyfikacji, powstała polska wersja, o krótkiej formie, jednoczynnikowej strukturze oraz dobrej rzetelności i trafności.

W odpowiedzi na główny cel badania, porównałam między sobą grupy kliniczną i niekliniczną, z czego najbardziej zaskakującym, bo niezgodnym z założeniami i istotnym efektem, był niższy poziom przekonań o emocjach w grupie klinicznej. W drodze dalszej weryfikacji zależności, testowałam model mediacji, w którym unikanie doświadczania miało pośredniczyć w związku przekonań o emocjach ze stresem, lękiem i depresją. Dla czynnika głównego unikania doświadczania model mediacji był dopasowany jedynie w populacji nieklinicznej. Ujmując z kolei wielowymiarowość unikania doświadczania, model mediacji dopasowany był w populacji nieklinicznej dla czynnika awersji do stresu, prokrastynacji, wyparcia/zaprzeczenia i wytrzymałości na stres. W grupie klinicznej model odtworzył się jedynie dla wyparcia/zaprzeczenia. Kolejne badania powinny koncentrować się na próbie wyjaśnienia potencjalnego mechanizmu stojącego za zaobserwowanymi różnicami, ale przede wszystkim na próbie odkrycia konsekwencji wyparcia/zaprzeczenia dla zdrowia psychicznego osób z przewlekłym bólem. Należy rozważyć, jakie możliwości rzeczywistego rozładowania napięcia emocjonalnego mają pacjenci, gdy są one przez nich wypierane. Istnieją pewne przesłanki świadczące o ironicznym efekcie wzrostu pobudzenia, w odpowiedzi na unikanie jego rozładowania i supresję (Bowers i Wroe, 2016).

W ramach dyskusji, przedstawiłam również mocne i słabe strony badania, spośród których największym ograniczeniem jest niewielka próba kliniczna w obydwu pomiarach w grupie osób z chorobami reumatycznymi, a największą zaletą testowanie hipotez z ujęciem różnych grup i umożliwienie badania przekonań o emocjach w Polsce poprzez adaptację odpowiedniej skali. Wskazane jest, by ze względu na specyficzny kontekst w jakim testowani byli pacjenci, zachować należyłą ostrożność w interpretacji wyników przedstawionego badania, ponieważ o ile sprzyjał on trafności wewnętrznej, o tyle znacznie obniżył trafność zewnętrzną i tym samym możliwości generalizacji wniosków.

Na koniec warto wspomnieć, że badanie ma kilka istotnych implikacji teoretycznych i praktycznych. Po pierwsze, ujęcie przekonań o emocjach w kategoriach transdiagnostycznych, co wspierają wyniki przedstawionych badań, implikuje by przyszłe badania koncentrowały się raczej na wyjaśnianiu mechanizmu stojącego za związkami tych przekonań ze zdrowiem psychicznym i fizycznym, a nie na prostych porównaniach międzygrupowych. Po drugie analizy psychometryczne skali BES-PL, wskazują by w polskiej populacji ogólnej była ona używana w zmodyfikowanej formie i zamiast z 12 pytań powinna składać się z 9. Po trzecie, otrzymane wyniki w zakresie testowanych mediacji potwierdzają, że wielowymiarowość konstruktów unikania doświadczania powinna każdorazowo być uwzględniona w badaniach, ponieważ jego czynniki mogą wykazywać zróżnicowane związki ze zmiennymi psychologicznymi.

Wyniki niosą również pewne implikacje praktyczne. Przede wszystkim, w związku z transdiagnostycznym charakterem przekonań o emocjach, oddziaływania na nie nakierowane powinny zostać uwzględnione w terapii osób z szerokiego grona zaburzeń psychicznych i chorób somatycznych, jak również w programach profilaktycznych w populacji ogólnej. Charakter tych przekonań, w ujęciu schematu poznawczego odpowiadający zasadom i przekonaniom pośredniczącym, implikuje, że metody poznawcze takie jak psychoedukacja na temat emocji, restrukturyzacja poznawcza, defuzja, poszukiwanie dowodów słuszności tezy czy dysputa (bezpośredni spór), mogą okazać się pomocne w leczeniu (Barlow i in., 2017; Popiel i Pragłowska, 2022). Co więcej, biorąc pod uwagę silne związki tych negatywnych przekonań z unikaniem doświadczania, oddziaływania behawioralne, w tym ekspozycja na sytuacje emocjonalne, modelowanie, aktywizacja i eksperymenty behawioralne (Barlow i in., 2017; Popiel i Pragłowska, 2022), zwrócić należy również uwagę na przyczynienie się do modyfikacji przekonań o emocjach.

Przedstawiona teoria oraz przeprowadzone badania i płynące z nich wnioski stanowią cenne źródło informacji odnośnie zależności przekonań na temat emocji, unikania doświadczania i parametrów zdrowia psychicznego. Pozostawiają jednak jeszcze więcej pytań i inspiracji do rozważań. Potrzeba dalszych i szerzej zakrojonych badań, najlepiej w modelu podłużnym, na przykład w formie dziennikowej lub zbierania próbki doświadczeń.

6. Bibliografia

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Aletaha, D., Smolen, J. S. (2006). The definition and measurement of disease modification in inflammatory rheumatic diseases. *Rheumatic Disease Clinics*, 32(1), 9-44. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.04.029>
- Almutairi, K. B., Nossent, J. C., Preen, D. B., Keen, H. I., Inderjeeth, C. A. (2021). The prevalence of rheumatoid arthritis: a systematic review of population-based studies. *The Journal of Rheumatology*, 48(5), 669-676. <https://doi.org/10.3899/jrheum.200367>
- Arnold, L. M., Hudson, J. I., Keck, P. E., Auchenbach, M. B., Javaras, K. N., Hess, E. V. (2006). Comorbidity of fibromyalgia and psychiatric disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(8), 1219-1225. DOI: 10.4088/jcp.v67n0807.
- Bandura, A., Hall, P. (2018). Albert Bandura and social learning theory. *Learning theories for early years practice*, 63-65.
- Baran, L., Hyla, M., Kleszcz, B. (2019). *Elastyczność psychologiczna*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Barham, L. (2012). Economic burden of chronic pain across Europe. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 26(1), 70-72. <https://doi.org/10.3109/15360288.2011.650364>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 74(9), 875-884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>

- Barrett, L. F. (2012). Emotions are real. *Emotion*, 12(3), 413. <https://doi.org/10.1037/a0027555>
- Batko, B., Stajszczyk, M., Świerkot, J., Urbański, K., Raciborski, F., Jędrzejewski, M., Wiland, P. (2019). Prevalence and clinical characteristics of rheumatoid arthritis in Poland: a nationwide study. *Archives of Medical Science*, 15(1), 134-140. <https://doi.org/10.5114/aoms.2017.71371>
- Becerra, R., Preece, D. A., Gross, J. J. (2020). Assessing beliefs about emotions: Development and validation of the Emotion Beliefs Questionnaire. *PLoS One*, 15(4), e0231395. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231395>
- Bevers, K., Watts, L., Kishino, N. D., Gatchel, R. J. (2016). The biopsychosocial model of the assessment, prevention, and treatment of chronic pain. *US Neurology*, 12(2), 98-104. <https://doi.org/10.17925/USN.2016.12.02.98>
- Biggs, A., Brough, P., Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. *The handbook of stress and health: A guide to research and practice*, 349-364.
- Bidzan, M., Aponowicz, I., Szulman-Wardal, A., Bidzan, L. (2011). Personal and family resources in persons disabled by rheumatoid arthritis. W: A. Ratajska i M. Basińska (red.), *Current issues of psychosomatics: theory and practice* (s.13-40). Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Bidzan, M. (2011). Jakość życia dzieci i młodzieży z chorobą przewlekłą i niepełnosprawnością ruchową oraz ich rodzin. W: M. Bidzan i W. Budziński (red.), *Rozwój poprzez terapię: interdyscyplinarne aspekty pedagogiki leczniczej: monografia zbiorowa* (s.126-159). Wydawnictwo Gdańskiej Wyższej Szkoły Humanistycznej.
- Blackledge, J.T. (2018). Defuzja poznawcza. *Process-Based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy*, 362-373.

- Boersma, P., Black, L. I., Ward, B. W. (2020). Peer reviewed: prevalence of multiple chronic conditions among US adults, 2018. *Preventing Chronic Disease*, 17. <https://doi.org/10.5888%2Fpcd17.200130>
- Boothby, J. L., Thorn, B. E., Overduin, L. Y., Ward, L. C. (2004). Catastrophizing and perceived partner responses to pain. *Pain*, 109(3), 500-506. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.02.030>
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M., Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder.
- Bowers, H. (2017). *Exploring beliefs about emotions, emotional expression and support-seeking in persistent physical symptoms*. Doctoral dissertation, Royal Holloway, University of London.
- Bowers, H., Wroe, A. (2016). Beliefs about emotions mediate the relationship between emotional suppression and quality of life in irritable bowel syndrome. *Journal of Mental Health*, 25(2), 154-158. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1101414>
- Bowers, H., Wroe, A. L., Pincus, T. (2017). 'Isn't it ironic?' Beliefs about the unacceptability of emotions and emotional suppression relate to worse outcomes in fibromyalgia. *Clinical Rheumatology*, 36(5), 1121-1128. <https://doi.org/10.1007/s10067-017-3590-0>
- Brekke, M., Hjortdahl, P., Kvien, T. K. (2003). Changes in self-efficacy and health status over 5 years: a longitudinal observational study of 306 patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 49(3), 342-348. <https://doi.org/10.1002/art.11112>
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford publications.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Kessler, R. C., Tachimori, H., Bunting, B., Hu, C., Scott, K. M. (2015). The associations between preexisting mental disorders and subsequent onset of chronic headaches: a worldwide epidemiologic perspective. *The Journal of Pain*, 16(1), 42-52. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2014.10.002>

- Buckner, J. D., Zvolensky, M. J., Farris, S. G., Hogan, J. (2014). Social anxiety and coping motives for cannabis use: The impact of experiential avoidance. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(2), 568. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0034545>
- Byrne, B. M. (1994). *Structural equation modeling with EQS and EQS/Windows: Basic concepts, applications, and programming*. Sage.
- Byrne, Z. S., Hochwarter, W. A. (2006). I get by with a little help from my friends: the interaction of chronic pain and organizational support on performance. *Journal of Occupational Health Psychology*, 11(3), 215. <https://doi/10.1037/1076-8998.11.3.215>
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.4.587>
- Chang, E. S., Kanno, S., Levy, S., Wang, S. Y., Lee, J. E., Levy, B. R. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PloS One*, 15(1), e0220857. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220857>
- Chawla, N., Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871-890. <https://doi.org/10.1002/jclp.20400>
- Ciaramella, A., Poli, P. (2015). Chronic low back pain: perception and coping with pain in the presence of psychiatric comorbidity. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(8), 632-640. DOI: 10.1097/NMD.0000000000000340
- Classification and Response Criteria Subcommittee of the American College of Rheumatology Committee on Quality Measures. (2006). Development of classification and response criteria for rheumatic diseases. *Arthritis Care & Research*, 55(3), 348-352.

- Colloca, L., Ludman, T., Bouhassira, D., Baron, R., Dickenson, A. H., Yarnitsky, D., Raja, S. N. (2017). Neuropathic pain. *Nature Reviews Disease Primers*, 3(1), 1-19. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.2>
- Costa, J., Pinto-Gouveia, J. (2013). Experiential avoidance and self-compassion in chronic pain. *Journal of Applied Social Psychology*, 43(8), 1578-1591. <https://doi.org/10.1111/jasp.12107>
- Currie, S. R., Wang, J. (2004). Chronic back pain and major depression in the general Canadian population. *Pain*, 107(1-2), 54-60. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2003.09.015>
- Currie, S. R., Wang, J. (2005). More data on major depression as an antecedent risk factor for first onset of chronic back pain. *Psychological Medicine*, 35(9), 1275-1282. <https://doi.org/10.1017/S0033291705004952>
- Dagenais, S., Caro, J., Haldeman, S. (2008). A systematic review of low back pain cost of illness studies in the United States and internationally. *The Spine Journal*, 8(1), 8-20. <https://doi.org/10.1016/j.spinee.2007.10.005>
- De Castella, K., Goldin, P., Jazaieri, H., Ziv, M., Dweck, C. S., Gross, J. J. (2013). Beliefs about emotion: Links to emotion regulation, well-being, and psychological distress. *Basic and Applied Social Psychology*, 35(6), 497-505. <https://doi.org/10.1080/01973533.2013.840632>
- de Heer, E. W., Gerrits, M. M., Beekman, A. T., Dekker, J., Van Marwijk, H. W., De Waal, M. W., Van Der Feltz-Cornelis, C. M. (2014). The association of depression and anxiety with pain: a study from NESDA. *PloS One*, 9(10), e106907. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115077>
- Demyttenaere, K., Bruffaerts, R., Lee, S., Posada-Villa, J., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Von Korff, M. (2007). Mental disorders among persons with chronic back or neck pain:

- results from the World Mental Health Surveys. *Pain*, 129(3), 332-342.
<https://doi.org/10.1016/j.pain.2007.01.022>
- Dennis, P. A., Halberstadt, A. G. (2013). Czy wierząc widzimy? The role of emotion-related beliefs in selective attention to affective cues. *Cognition & Emotion*, 27(1), 3-20.
<https://doi.org/10.1080/02699931.2012.680578>
- Derrick, B., Toher, D., White, P. (2016). Why Welch's test is Type I error robust. *The Quantitative Methods in Psychology*, 12(1).
- Domenichiello, A. F., Ramsden, C. E. (2019). The silent epidemic of chronic pain in older adults. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 93, 284-290.
<https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.04.006>
- Dymond, S., Dunsmoor, J. E., Vervliet, B., Roche, B., Hermans, D. (2015). Fear generalization in humans: systematic review and implications for anxiety disorder research. *Behavior Therapy*, 46(5), 561-582. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.10.001>
- Edwards, E. R., Wupperman, P. (2019). Badania nad schematami emocjonalnymi: Przegląd ustaleń i wyzwań. *Clinical Psychologist*, 23(1), 3-14. <https://doi.org/10.1111/cp.12171>
- Egli, M., Koob, G. F., Edwards, S. (2012). Alcohol dependence as a chronic pain disorder. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 36(10), 2179-2192.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.07.010>
- Fairchild, A. J., MacKinnon, D. P., Taborga, M. P., Taylor, A. B. (2009). R 2 effect-size measures for mediation analysis. *Behavior Research Methods*, 41(2), 486-498.
<https://doi.org/10.3758/BRM.41.2.486>
- Fernández-de-las-Peñas, C., Hernández-Barrera, V., Alonso-Blanco, C., Palacios-Ceña, D., Carrasco-Garrido, P., Jiménez-Sánchez, S., Jiménez-García, R. (2011). Prevalence of neck and low back pain in community-dwelling adults in Spain: a population-based national study. *Spine*, 36(3), E213-E219. DOI: 10.1097/BRS.0b013e3181d952c2

- Fishbain, D. A., Cutler, R. B., Rosomoff, H. L., Rosomoff, R. S. (2001). Pain-determined dissociation episodes. *Pain Medicine*, 2(3), 216-224. <https://doi.org/10.1046/j.1526-4637.2001.01034.x>
- Forsyth, J. P., Ritzert, T. R. (2018). Cultivating psychological acceptance. *Process-Based CBT: The Science and Core Clinical Competencies of Cognitive Behavioral Therapy*, 363-74.
- Fritz, M. S., MacKinnon, D. P. (2007). Required sample size to detect the mediated effect. *Psychological Science*, 18(3), 233-239. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01882.x>
- Funder, D. C., Ozer, D. J. (2019). Evaluating effect size in psychological research: Sense and nonsense. *Advances in Methods and Practices in Psychological Science*, 2(2), 156-168. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/2515245920979282>
- Gámez, W., Chmielewski, M., Kotov, R., Ruggero, C., Watson, D. (2011). Development of a measure of experiential avoidance: the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, 23(3), 692. <https://doi.org/10.1037/a0023242>
- García-Escalera, J., Valiente, R. M., Sandín, B., Ehrenreich-May, J., Prieto, A., Chorot, P. (2020). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in adolescents (UP-A) adapted as a school-based anxiety and depression prevention program: an initial cluster randomized wait-list-controlled trial. *Behavior Therapy*, 51(3), 461-473. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.08.003>
- Gaskin, D. J., Richard, P. (2012). The economic costs of pain in the United States. *The Journal of Pain*, 13(8), 715-724. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.03.009>
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N., Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133(4), 581. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.133.4.581>

- Gerdle, B., Björk, J., Cöster, L., Henriksson, K. G., Henriksson, C., Bengtsson, A. (2008). Prevalence of widespread pain and associations with work status: a population study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 9(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/1471-2474-9-102>
- Gialouri, C., Evangelatos, G., Zhao, S. S., Kouna, K., Karamanakos, A., Iliopoulos, A., Fragoulis, G. E. (2022). Depression and anxiety in a real-world psoriatic arthritis longitudinal study: should we focus more on patients' perception?. *Clinical and Experimental Rheumatology*. <https://doi.org/10.55563/clinexprheumatol/8qxo80>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291. <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>
- Harris, R. E. (2019). *Epidemiology of chronic disease: global perspectives*. Jones & Bartlett Learning.
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W. (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press, USA.
- Hasenbring, M. I., Hallner, D., Klasen, B., Streitlein-Böhme, I., Willburger, R., Rusche, H. (2012). Pain-related avoidance versus endurance in primary care patients with subacute back pain: psychological characteristics and outcome at a 6-month follow-up. *Pain*, 153(1), 211-217. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2011.10.019>
- Hasenbring, M. I., Verbunt, J. A. (2010). Fear-avoidance and endurance-related responses to pain: new models of behavior and their consequences for clinical practice. *The Clinical Journal of Pain*, 26(9), 747-753. DOI: 10.1097/AJP.0b013e3181e104f2
- Hassett, A. L., Aquino, J. K., Ilgen, M. A. (2014). The risk of suicide mortality in chronic pain patients. *Current Pain and Headache Reports*, 18, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11916-014-0436-1>

- Hayes, S. C., Hofmann, S. G. (Eds.). (2018). *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*. New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Kapera, M. (2013). *Terapia akceptacji i zaangażowania: Proces i praktyka uważnej zmiany*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Henn, L., Schier, K., Brian, T., Hardt, J. (2014). Back pain in Poland and Germany: a survey of prevalence and association with demographic characters. *BioMed Research International*, 2014. <https://doi.org/10.1155/2014/901341>
- Henry, J. D., Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (Dass-21): Construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(2), 227-239. <https://doi.org/10.1348/014466505X29657>
- Herrman, H., Kieling, C., McGorry, P., Horton, R., Sargent, J., Patel, V. (2019). Reducing the global burden of depression: a Lancet–World Psychiatric Association Commission. *The Lancet*, 393(10189), e42-e43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32408-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32408-5)
- Heszen-Celińska, I., Sęk, H. (2020). *Psychologia zdrowia. Wydanie nowe*. Wydawnictwo PWN, Warszawa.
- Hogeveen, J., Grafman, J. (2021). Alexithymia. *Handbook of Clinical Neurology*, 183, 47-62. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-822290-4.00004-9>
- Hong, E. J., Kangas, M. (2021). The Relationship between Beliefs about Emotions and Emotion Regulation: A Systematic Review. *Behaviour Change*, 1-30. <https://doi.org/10.1017/bec.2021.23>
- Ho, D., Imai, K., King, G., Stuart, E. (2007). Matching as Nonparametric Preprocessing for Reducing Model Dependence in Parametric Causal Inference. *Political Analysis*, 15(3), 199-236. doi:10.1093/pan/mpi013

- Hooten, W. M. (2016). Chronic pain and mental health disorders: shared neural mechanisms, epidemiology, and treatment. In *Mayo Clinic Proceedings* (Vol. 91, No. 7, pp. 955-970). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.04.029>
- Hunt, C., Cooper, S. E., Hartnell, M. P., Lissek, S. (2017). Distraction/suppression and distress endurance diminish the extent to which generalized conditioned fear is associated with maladaptive behavioral avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 96, 90-105. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.04.013>
- Karimi, R., Mallah, N., Nedjat, S., Beasley, M. J., Takkouche, B. (2022). Association between alcohol consumption and chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia*. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2022.03.010>
- Kaufman, E. A., Xia, M., Fosco, G., Yaptangco, M., Skidmore, C. R., Crowell, S. E. (2016). The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF): Validation and replication in adolescent and adult samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(3), 443-455. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9529-3>
- Kędra, A., Kolwicz-Gańko, A., Sitarski, D., Kędra, P., Czaprowski, D. (2019). Prevalence of back pain and the knowledge of preventive measures in a cohort of 11619 Polish school-age children and youth—an epidemiological study. *Medicine*, 98(22). <https://doi.org/10.1097%2FMD.00000000000015729>
- Kneeland, E. T., Nolen-Hoeksema, S., Dovidio, J. F., Gruber, J. (2016). Beliefs about emotion's malleability influence state emotion regulation. *Motivation and Emotion*, 40(5), 740-749. <https://doi.org/10.1007/s11031-016-9566-6>
- Kool, M. B., Geenen, R. (2012). *Loneliness in patients with rheumatic diseases: the significance of invalidation and lack of social support*. Loneliness updated (pp. 247-259). Routledge.

- Kozak-Szkopek, E., Broczek, K., Slusarczyk, P., Wieczorowska-Tobis, K., Klich-Raczka, A., Szybalska, A., Mossakowska, M. (2017). Prevalence of chronic pain in the elderly Polish population—results of the PolSenior study. *Archives of Medical Science*, 13(5), 1197-1206. DOI: 10.5114/aoms.2015.55270
- Kushner, M. G., Abrams, K., Borchardt, C. (2000). The relationship between anxiety disorders and alcohol use disorders: a review of major perspectives and findings. *Clinical Psychology Review*, 20(2), 149-171. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00027-6](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00027-6)
- Larionow, P., Mudło-Głagolska, K. (2022). The Polish translation of the Emotion Beliefs Questionnaire (EBQ): copy of questionnaire.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Ludäscher, P., Valerius, G., Stiglmayr, C., Mauchnik, J., Lanius, R. A., Bohus, M., Schmahl, C. (2010). Pain sensitivity and neural processing during dissociative states in patients with borderline personality disorder with and without comorbid posttraumatic stress disorder: a pilot study. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 35(3), 177-184. <https://doi.org/10.1503/jpn.090022>
- Leadley, R. M., Armstrong, N., Lee, Y. C., Allen, A., Kleijnen, J. (2012). Chronic diseases in the European Union: the prevalence and health cost implications of chronic pain. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy*, 26(4), 310-325. <https://doi.org/10.3109/15360288.2012.736933>
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 177-190. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80048-7](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80048-7)

- Leahy, R. L., Napolitano, L. (2006). Do metacognitive beliefs about worry differ across the personality disorders. In: *Meetings of Anxiety Disorders Association of America, Miami, FL*.
- Leahy, R. L., Tirsch, D., Napolitano, L. A. (2014). *Regulacja emocji w psychoterapii. Podręcznik praktyka*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Leppert, W., Majkowicz, M. (2022). *Ból przewlekły. Ujęcie kliniczne i psychologiczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2016). *Terapia dialektyczno-behawioralna (DBT): trening umiejętności: materiały i ćwiczenia dla pacjentów*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Linton, S. J., Shaw, W. S. (2011). Impact of psychological factors in the experience of pain. *Physical Therapy, 91(5)*, 700-711. <https://doi.org/10.2522/ptj.20100330>
- Lynch, T. R. (2018). *Radically open dialectical behavior therapy: Theory and practice for treating disorders of overcontrol*. New Harbinger Publications.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. D., Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23(1)*, 6-19. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- Manser, R., Cooper, M., Trefusis, J. (2012). Beliefs about emotions as a metacognitive construct: Initial development of a self-report questionnaire measure and preliminary investigation in relation to emotion regulation. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 19(3)*, 235-246. <https://doi.org/10.1002/cpp.745>
- Masajtis-Zagajewska, A., Pietrasik, P., Krawczyk, J., Krakowska, M., Jarzębski, T., Pietrasiewicz, B., Zbróg, Z., Nowicki, M. (2011). Similar prevalence but different characteristics of pain in kidney transplant recipients and chronic hemodialysis patients.

Clinical Transplantation, 25(2), E144-E151.

<https://doi.org/10.1111/j.1399-0012.2010.01359.x>

Matcham, F., Norton, S., Scott, D. L., Steer, S., Hotopf, M. (2016). Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Rheumatology*, 55(2), 268-278. <https://doi.org/10.1093/rheumatology/kev306>

Mauss, I. B., Levenson, R. W., McCarter, L., Wilhelm, F. H., Gross, J. J. (2005). The tie that binds? Coherence among emotion experience, behavior, and physiology. *Emotion*, 5(2), 175. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.5.2.175>

McWilliams, L. A., Cox, B. J., Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: an examination in a nationally representative sample. *Pain*, 106(1-2), 127-133. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(03\)00301-4](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(03)00301-4)

McWilliams, L. A., Goodwin, R. D., Cox, B. J. (2004). Depression and anxiety associated with three pain conditions: results from a nationally representative sample. *Pain*, 111(1-2), 77-83. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2004.06.002>

Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 85-90.

Miaskowski, C., Blyth, F., Nicosia, F., Haan, M., Keefe, F., Smith, A., Ritchie, C. (2020). A biopsychosocial model of chronic pain for older adults. *Pain Medicine*, 21(9), 1793-1805. <https://doi.org/10.1093/pm/pnz329>

Mograbi, D. C., Indelli, P., Lage, C. A., Tebyriça, V., Landeira-Fernandez, J., Rimes, K. A. (2018). Cross-cultural adaptation and validation of the Brazilian version of the Beliefs about Emotions Scale. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 40, 21-28. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0064>

- Monsoon, A. D., Preece, D. A., Becerra, R. (2022). Control and acceptance beliefs about emotions: Associations with psychological distress and the mediating role of emotion regulation flexibility. *Australian Psychologist*, 57(4), 236-248. <https://doi.org/10.1080/00050067.2022.2089542>
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. John Wiley & Sons Inc. <https://doi.org/10.1037/10802-000>
- Nezlek, J. B., Rusanowska, M., Holas, P., Krejtz, I. (2021). The factor structure of a Polish language version of the hospital anxiety depression scale (HADS). *Current Psychology*, 40, 2318-2326. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-0164-0>
- Olivier, A. (2022). The social dimension of pain. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 1-34. <https://doi.org/10.1007/s11097-022-09879-7>
- Otis, J. D. (2007). *Przewlekły ból. Terapia poznawczo-behawioralna. Podręcznik terapeuty*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Otis, J. D., Macdonald, A., Dobscha, S. K. (2006). Integration and coordination of pain management in primary care. *Journal of Clinical Psychology*, 62(11), 1333-1343. <https://doi.org/10.1002/jclp.20313>
- Paras, M. L., Murad, M. H., Chen, L. P., Goranson, E. N., Sattler, A. L., Colbenson, K. M., Zirakzadeh, A. (2009). Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*, 302(5), 550-561. DOI: 10.1001/jama.2009.1091
- Park, G., Kim, J. H., Lee, D. H. (2022). Validation of the South Korean Version of the Beliefs about Emotions Scale. *BMC Psychology*, 10(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00713-4>
- Popiel, A., Pragłowska, E. (2022). *Psychoterapia poznawczo-behawioralna– teoria i praktyka. Wydanie II rozszerzone*. Wydawnictwo PWN, Warszawa.

- Predatu, R., David, D. O., Maffei, A. (2020). The effects of irrational, rational, and acceptance beliefs about emotions on the emotional response and perceived control of emotions. *Personality and Individual Differences*, 155, 109712.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109712>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Vader, K. (2020). The revised IASP definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976. <https://doi.org/10.1097%2Fj.pain.0000000000001939>
- Ramírez-Maestre, C., Martínez, A. E. L., Zarazaga, R. E. (2004). Personality characteristics as differential variables of the pain experience. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, 147-165. <https://doi.org/10.1023/B:JOBM.0000019849.21524.70>
- Raphael, K. G., Janal, M. N., Nayak, S., Schwartz, J. E., Gallagher, R. M. (2006). Psychiatric comorbidities in a community sample of women with fibromyalgia. *Pain*, 124(1-2), 117-125. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2006.04.004>
- Reid, K. J., Harker, J., Bala, M. M., Truysers, C., Kellen, E., Bekkering, G. E., Kleijnen, J. (2011). Epidemiology of chronic non-cancer pain in Europe: narrative review of prevalence, pain treatments and pain impact. *Current Medical Research and Opinion*, 27(2), 449-462. <https://doi.org/10.1185/03007995.2010.545813>
- Rimes, K. A., Chalder, T. (2010). The Beliefs about Emotions Scale: validity, reliability and sensitivity to change. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(3), 285-292.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.09.014>
- Ritchie, H., Spooner, F., Roser, M. (2018). Causes of death. *Our world in data*.
- Rocheffort, C., Baldwin, A. S., Chmielewski, M. (2018). Experiential avoidance: An examination of the construct validity of the AAQ-II and MEAQ. *Behavior Therapy*, 49(3), 435-449. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.08.008>

- Sabatowski, R., Schafer, D., Kasper, S. M., Brunsch, H., Radbruch, L. (2004). Pain treatment: a historical overview. *Current Pharmaceutical Design*, 10(7), 701-716.
<https://doi.org/10.2174/1381612043452974>
- Sahdra, B. K., Ciarrochi, J., Parker, P., Scrucca, L. (2016). Using genetic algorithms in a large nationally representative American sample to abbreviate the Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 7, 189.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00189>
- Samborski, W. (2007). Niefarmakologiczne metody leczenia bólu w reumatologii. *Przewodnik Lekarza*, 3(20), 55-59.
- Samborski, W., Ponikowska, I. (2005). Rheumatic diseases—medical standards in health resort therapy. *Balneologia Polska*.
- Sasaki, Y., Oe, Y., Horikoshi, M., Rimes, K. (2022). Development of the Japanese Version of the Beliefs about Emotions Scale 1. *Japanese Psychological Research*.
<https://doi.org/10.1111/jpr.12434>
- Saunders, K., Merikangas, K., Low, N. C. P., Von Korff, M., Kessler, R. C. (2008). Impact of comorbidity on headache-related disability. *Neurology*, 70(7), 538-547.
<https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000297192.84581.21>
- Savelkoul, M., Post, M. W. M., De Witte, L. P., Van Den Borne, H. B. (2000). Social support, coping and subjective well-being in patients with rheumatic diseases. *Patient Education and Counseling*, 39(2-3), 205-218. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(99\)00033-6](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(99)00033-6)
- Scherer, K. R. (2009). The dynamic architecture of emotion: Evidence for the component process model. *Cognition and Emotion*, 23(7), 1307-1351.
<https://doi.org/10.1080/02699930902928969>
- Schmidt, U., Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive-interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British*

Journal of Clinical Psychology, 45(3), 343-366.

<https://doi.org/10.1348/014466505X53902>

Siddall, P. J., Cousins, M. J. (2004). Persistent pain as a disease entity: implications for clinical management. *Anesthesia & Analgesia*, 99(2), 510-520.

Stang, P., Brandenburg, N., Lane, M., Merikangas, K. R., Von Korff, M., Kessler, R. (2006).

Mental and physical comorbid conditions and days in role among persons with arthritis.

Psychosomatic Medicine, 68(1), 152.

DOI: <https://doi.org/10.1097%2F01.psy.0000195821.25811.b4>

Stompór, M., Grodzicki, T., Stompór, T. P., Wordliczek, J., Dubiel, M., Kurowska, I. (2019).

Prevalence of chronic pain, particularly with neuropathic component, and its effect on overall functioning of elderly patients. *Medical Science Monitor*, 25.

DOI: 10.12659/MSM.911260

Suchocka, L. (2008). *Psychologia bólu*. Wydawnictwo Difin, Warszawa.

Surawy, C., Hackmann, A., Hawton, K., Sharpe, M. (1995). Chronic fatigue syndrome: a cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 33(5), 535-544.

[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00077-W](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00077-W)

Sydenham, M., Beardwood, J., Rimes, K. A. (2017). Beliefs about emotions, depression, anxiety and fatigue: A mediational analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*,

45(1), 73-78. <https://doi.org/10.1017/S1352465816000199>

Thorn, B. E. (2017). *Cognitive therapy for chronic pain: a step-by-step guide*. Guilford Publications.

Thustołowicz, W., Brzosko, M., Filipowicz-Sosnowska, A., Głuszko, P., Kucharz, E. J., Maśliński, W., Samborski, W., Szechiński, J., Wiland, P. (2008). Stanowisko Zespołu Ekspertów Konsultanta Krajowego ds. Reumatologii w sprawie diagnostyki i terapii reumatoidalnego zapalenia stawów. *Rheumatologia*, 46(3).

- Tran, L., Rimes, K. A. (2017). Unhealthy perfectionism, negative beliefs about emotions, emotional suppression, and depression in students: A mediational analysis. *Personality and Individual Differences, 110*, 144-147. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.01.042>
- Trincas, R., Bilotta, E., Mancini, F. (2016). Specific beliefs about emotions are associated with different emotion-regulation strategies. *Psychology, 7*(13), 1682. <https://doi.org/10.4236/psych.2016.713159>
- Turk, D. C., Fillingim, R. B., Ohrbach, R., Patel, K. V. (2016). Assessment of psychosocial and functional impact of chronic pain. *The Journal of Pain, 17*(9), T21-T49. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2016.02.006>
- van der Woude, D., van der Helm-van, A. H. (2018). Update on the epidemiology, risk factors, and disease outcomes of rheumatoid arthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology, 32*(2), 174-187. <https://doi.org/10.1016/j.berh.2018.10.005>
- Van Oudenhove, L., Törnblom, H., Störsrud, S., Tack, J., Simrén, M. (2016). Depression and somatization are associated with increased postprandial symptoms in patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology, 150*(4), 866-874. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2015.11.010>
- Vlaeyen, J. W., Linton, S. J. (2000). Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain, 85*(3), 317-332. [https://doi.org/10.1016/S0304-3959\(99\)00242-0](https://doi.org/10.1016/S0304-3959(99)00242-0)
- Weisberg, J. N. (2000). Personality and personality disorders in chronic pain. *Current Review of Pain, 4*(1), 60-70. <https://doi.org/10.1007/s11916-000-0011-9>
- Welch, B. L. (1947). The generalization of 'STUDENT'S' problem when several different population variances are involved. *Biometrika, 34*(1-2), 28-35.
- Wieland, L. M., Ebner-Priemer, U. W., Limberger, M. F., Nett, U. E. (2021). Predicting delay in goal-directed action: An experience sampling approach uncovering within-person

- determinants involved in the onset of academic procrastination behavior. *Frontiers in Psychology*, 12, 695927. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.695927>
- Williams, A. C., Craig, K. D. (2016). Updating the definition of pain. *Pain*, 157(11), 2420-2423. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000000613
- Winterowd, C., Beck, A. T., Gruener, D. (2003). *Cognitive therapy with chronic pain patients*. Springer publishing company.
- Wood, D., Harms, P. D., Lowman, G. H., DeSimone, J. A. (2017). Response speed and response consistency as mutually validating indicators of data quality in online samples. *Social Psychological and Personality Science*, 8(4), 454-464. <https://doi.org/10.1177/1948550617703168>
- Woolf, C. J. (2010). What is this thing called pain?. *The Journal of Clinical Investigation*, 120(11), 3742-3744. DOI:10.1172/JCI45178
- Woolfolk, R. L., Allen, L. A. (2010). Affective-cognitive behavioral therapy for somatization disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 24(2), 116. DOI: 10.1891/0889-8391.24.2.116
- Wylie, G. R., Pra Sisto, A. J., Genova, H. M., DeLuca, J. (2022). Fatigue across the lifespan in men and women: State vs. trait. *Frontiers in Human Neuroscience*, 16, 790006. doi: 10.3389/fnhum.2022.790006
- Yong, R. J., Mullins, P. M., Bhattacharyya, N. (2022). Prevalence of chronic pain among adults in the United States. *Pain*, 163(2), e328-e332. DOI: 10.1097/j.pain.0000000000002291
- Yosopov, L. (2020). *The Relationship between Perfectionism and Procrastination: Examining Trait and Cognitive Conceptualizations, and the Mediating Roles of Fear of Failure and Overgeneralization of Failure*. Electronic Thesis and Dissertation Repository, London, Kanada. <https://ir.lib.uwo.ca/etd/7267>

- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. E. (2006). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford press.
- Yuan, K. H., Bentler, P. M. (2000). 5. Three likelihood-based methods for mean and covariance structure analysis with nonnormal missing data. *Sociological Methodology*, 30(1), 165-200. <https://doi.org/10.1111/0081-1750.00078>
- Zawislak, D., Zur-Wyrozumska, K., Habera, M., Skrzypiec, K., Pac, A., Cebula, G. (2020). *Evaluation of a polish version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)*. *J. Neurosci. Cogn. Stud*, 4, 101.
- Zettle, R. D., Hocker, T. R., Mick, K. A., Scofield, B. E., Petersen, C. L., Song, H., Sudarijanto, R. P. (2005). Differential strategies in coping with pain as a function of level of experiential avoidance. *The Psychological Record*, 55, 511-524. <https://doi.org/10.1007/BF03395524>
- Ziarko, M. (2014). *Zmaganie się ze stresem choroby przewlekłej*. Wydawnictwo Naukowe Wydziału Nauk Społecznych, Poznań.
- Ziarko, M., Mojs, E., Piasecki, B., Samborski, W. (2014). The mediating role of dysfunctional coping in the relationship between beliefs about the disease and the level of depression in patients with rheumatoid arthritis. *The Scientific World Journal*. <https://doi.org/10.1155/2014/585063>
- Ziarko, M., Siemiątkowska, K., Sieński, M., Samborski, W., Samborska, J., Mojs, E. (2019). Mental health and rheumatoid arthritis: toward understanding the emotional status of people with chronic disease. *BioMed Research International*. <https://doi.org/10.1155/2019/1473925>
- Zigmond, A. S., Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>

Zimmermann-Górska, I. (2008). *Reumatologia kliniczna*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.

Zimmermann-Górska, I. (2014). *Postępy reumatologii klinicznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.

Spis tabel

Tabela 1.	Odniesienie przekonań o emocjach do przekonań kluczowych i zniekształceń poznawczych- opracowanie własne	36
Tabela 2.	Charakterystyka demograficzna badanych prób	61
Tabela 3.	Statystyki opisowe pozycji skali BES	63
Tabela 4.	Związek wyników skali BES z kryteriami – współczynniki korelacji wraz z 95% przedziałami ufności	64
Tabela 5.	Związek wyników skali BES z poszczególnymi wymiarami unikania doświadczenia – współczynniki korelacji wraz z 95% przedziałami ufności	65
Tabela 6.	Współczynniki korelacji (wraz z 95% przedziałami ufności) między nasileniem bólu i zdrowiem psychicznym	66
Tabela 7.	Porównanie grup klinicznej i nieklinicznej pod względem badanych zmiennych	70
Tabela 8.	Rozkład demografii w grupie klinicznej i kontrolnej	71
Tabela 9.	Porównanie grup klinicznej i kontrolnej pod względem badanych zmiennych	72
Tabela 10.	Standaryzowane efekty w analizach mediacji	75
Tabela 11.	Podsumowanie analiz mediacji wymiarów unikania doświadczenia	76
Tabela 12.	Porównanie badanych zmiennych w trakcie hospitalizacji i po hospitalizacji	77
Tabela 13.	Zmiany w badanych zmiennych na przestrzeni pomiarów i ich współwystępowanie	78
Tabela MD1.	Standaryzowane efekty w analizach mediacji – unikanie behawioralne	137
Tabela MD2.	Standaryzowane efekty w analizach mediacji – awersja do stresu	138
Tabela MD3.	Standaryzowane efekty w analizach mediacji – prokrastynacja	139
Tabela MD4.	Standaryzowane efekty w analizach mediacji – odwracanie uwagi i supresja	140
Tabela MD5.	Standaryzowane efekty w analizach mediacji – wyparcie/zaprzeczenie	141
Tabela MD6.	Standaryzowane efekty w analizach mediacji – wytrzymałość na stres	142
Tabela MD7.	Rzetelność pomiaru (alfa Cronbacha) w przeprowadzonych	143

Spis rysunków

Rysunek 1.	Schemat modelu biopsychospołecznego bólu przewlekłego	24
Rysunek 2.	Model lękowego unikania w przebiegu przewlekłego bólu	25
Rysunek 3.	Model stres–ocena poznawcza–radzenie sobie	28
Rysunek 4.	Podział czynników wspólnych dla różnych modeli bólu przewlekłego ze względu na możliwości modyfikacji	29
Rysunek 5.	Teoretyczny model poznawczy zespołu przewlekłego zmęczenia	38
Rysunek 6.	Poglądowy model przekonań na temat emocji	45
Rysunek 7.	Związek między przekonaniami na temat emocji, stresem, lękiem i depresją a bólem – grupa niekliniczna	68
Rysunek 8.	Związek między przekonaniami na temat emocji, stresem, lękiem i depresją a bólem – grupa kliniczna	69
Rysunek 9.	Porównania grupy klinicznej i kontrolnej	73
Rysunek 10.	Schemat testowanych analiz mediacji	74
Rysunek 11.	Porównanie nasilenia bólu w obu	78
Rysunek 12.	Porównanie wyników w obu pomiarach	79
Rysunek 13.	Związek między unikaniem doświadczania i stresem w obu pomiarach	80
Rysunek 14.	Związek między unikaniem doświadczania i lękiem w obu pomiarach	81
Rysunek 15.	Związek między unikaniem doświadczania i depresją w obu pomiarach	82
Rysunek 16.	Współwystępowanie zmian w unikaniu doświadczania i zdrowia psychicznego	83

Materiały dodatkowe

Tabele wyników mediacji dla wymiarów unikania doświadczenia w badanych grupach.

Tabela MD1

Standaryzowane efekty w analizach mediacji –unikanie behawioralne (UB)

Zmienna zależna (ZZ): stres									
Efekt	Symbol	Grupa niekliniczna N = 526				Grupa kliniczna n = 114			
		β	p	LLCI	ULCI	β	p	LLCI	ULCI
BES → UB	a	0,19	<0,001	0,10	0,27	0,21	0,025	0,03	0,40
UB → stres	b	0,03	0,420	-0,05	0,12	-0,01	0,925	-0,19	0,17
BES → stres	c'	0,33	<0,001	0,25	0,40	0,43	<0,001	0,27	0,59
Pośredni (mediacji)	ab	0,01	0,428	-0,01	0,02	0,00	0,925	-0,04	0,04
Całkowity	c	0,33	<0,001	0,26	0,41	0,43	<0,001	0,27	0,58
Część wariancji wyjaśnianej przez cały model	R ²	0,112				0,181			
Część wariancji wyjaśnianej przez efekt pośredni	-	0,008				0,007			
Część związku BES → stres wyjaśnianej przez efekt pośredni		6,97%				3,66%			

Zmienna zależna (ZZ): lęk									
Efekt	Symbol	Grupa niekliniczna N = 526				Grupa kliniczna n = 114			
		β	p	LLCI	ULCI	β	p	LLCI	ULCI
BES → UB	a	0,19	<0,001	0,10	0,27	0,20	0,035	0,01	0,39
UB → lęk	b	0,05	0,237	-0,03	0,13	0,00	0,964	-0,20	0,19
BES → lęk	c'	0,34	<0,001	0,27	0,42	0,27	0,004	0,09	0,45
Pośredni (mediacji)	ab	0,01	0,254	-0,01	0,03	0,00	0,964	-0,04	0,04
Całkowity	c	0,35	<0,001	0,28	0,42	0,27	0,003	0,09	0,45
Część wariancji wyjaśnianej przez cały model	R ²	0,126				0,073			
Część wariancji wyjaśnianej przez efekt pośredni	-	0,010				0,002			
Część związku BES → lęk wyjaśnianej przez efekt pośredni		8,22%				3,37%			

Zmienna zależna (ZZ): depresja									
Efekt	Symbol	Grupa niekliniczna N = 526				Grupa kliniczna n = 114			
		β	p	LLCI	ULCI	β	p	LLCI	ULCI
BES → UB	a	0,19	<0,001	0,10	0,27	0,22	0,023	0,03	0,40
UB → depresja	b	0,03	0,390	-0,04	0,11	-0,03	0,754	-0,21	0,15
BES → depresja	c'	0,42	<0,001	0,35	0,49	0,50	<0,001	0,35	0,64
Pośredni (mediacji)	ab	0,01	0,399	-0,01	0,02	-0,01	0,757	-0,05	0,03
Całkowity	c	0,43	<0,001	0,36	0,50	0,49	<0,001	0,35	0,63
Część wariancji wyjaśnianej przez cały model	R ²	0,185				0,242			
Część wariancji wyjaśnianej przez efekt pośredni	-	0,012				0,006			
Część związku BES → depresja wyjaśnianej przez efekt pośredni		6,26%				2,32%			

Tabela MD2

Standaryzowane efekty w analizach mediacji – awersja do stresu (ADS)

Zmienna zależna (ZZ): stres									
Efekt	Symbol	Grupa niekliniczna N = 526				Grupa kliniczna n = 114			
		β	p	LLCI	ULCI	β	p	LLCI	ULCI
BES → ADS	a	0,36	<0,001	0,29	0,44	0,18	0,065	-0,01	0,37
ADS → stres	b	0,18	<0,001	0,09	0,26	0,15	0,097	-0,03	0,33
BES → stres	c'	0,27	<0,001	0,19	0,35	0,40	<0,001	0,24	0,56
Pośredni (mediacji)	ab	0,07	<0,001	0,03	0,10	0,03	0,218	-0,02	0,07
Całkowity	c	0,33	<0,001	0,26	0,41	0,43	<0,001	0,27	0,58
Część wariacji wyjaśnianej przez cały model	R ²	0,138				0,203			
Część wariacji wyjaśnianej przez efekt pośredni	-	0,049				0,027			
Część związku BES → stres wyjaśnianej przez efekt pośredni		35,07%				13,34%			

Zmienna zależna (ZZ): lęk									
Efekt	Symbol	Grupa niekliniczna N = 526				Grupa kliniczna n = 114			
		β	p	LLCI	ULCI	β	p	LLCI	ULCI
BES → ADS	a	0,36	<0,001	0,29	0,44	0,18	0,065	-0,01	0,37
ADS → lęk	b	0,15	<0,001	0,07	0,24	0,18	0,052	0,00	0,37
BES → lęk	c'	0,30	<0,001	0,22	0,38	0,24	0,010	0,06	0,42
Pośredni (mediacji)	ab	0,06	<0,001	0,02	0,09	0,03	0,183	-0,02	0,08
Całkowity	c	0,35	<0,001	0,28	0,42	0,27	0,003	0,09	0,45
Część wariacji wyjaśnianej przez cały model	R ²	0,144				0,105			
Część wariacji wyjaśnianej przez efekt pośredni	-	0,048				0,018			
Część związku BES → lęk wyjaśnianej przez efekt pośredni		33,23%				17,35%			

Zmienna zależna (ZZ): depresja									
Efekt	Symbol	Grupa niekliniczna N = 526				Grupa kliniczna n = 114			
		β	p	LLCI	ULCI	β	p	LLCI	ULCI
BES → ADS	a	0,36	<0,001	0,29	0,44	0,19	0,046	0,00	0,38
ADS → depresja	b	0,21	<0,001	0,13	0,29	0,15	0,084	-0,02	0,32
BES → depresja	c'	0,35	<0,001	0,28	0,43	0,46	<0,001	0,31	0,61
Pośredni (mediacji)	ab	0,08	<0,001	0,04	0,11	0,03	0,192	-0,02	0,07
Całkowity	c	0,43	<0,001	0,36	0,50	0,49	<0,001	0,35	0,63
Część wariacji wyjaśnianej przez cały model	R ²	0,222				0,260			
Część wariacji wyjaśnianej przez efekt pośredni	-	0,076				0,036			
Część związku BES → depresja wyjaśnianej przez efekt pośredni		340,29%				13,64%			

Tabela MD3*Standaryzowane efekty w analizach mediacji – prokrastynacja (PRO)*

Zmienna zależna (ZZ): stres									
Efekt	Symbol	Grupa niekliniczna N = 526				Grupa kliniczna n = 114			
		β	<i>p</i>	LLCI	ULCI	β	<i>p</i>	LLCI	ULCI
BES → PRO	a	0,29	<0,001	0,22	0,27	0,10	0,297	-0,09	0,30
PRO → stres	b	0,27	<0,001	0,19	0,35	0,15	0,096	-0,03	0,33
BES → stres	c'	0,25	<0,001	0,18	0,33	0,41	<0,001	0,25	0,57
Pośredni (mediacji)	ab	0,08	<0,001	0,05	0,11	0,02	0,376	-0,02	0,05
Całkowity	c	0,33	<0,001	0,26	0,41	0,42	<0,001	0,27	0,58
Część wariancji wyjaśnianej przez cały model	R^2	0,177				0,202			
Część wariancji wyjaśnianej przez efekt pośredni	-	0,052				0,015			
Część związku BES → stres wyjaśnianej przez efekt pośredni		29,21%				7,31%			

Zmienna zależna (ZZ): lęk									
Efekt	Symbol	Grupa niekliniczna N = 526				Grupa kliniczna n = 114			
		β	<i>p</i>	LLCI	ULCI	β	<i>p</i>	LLCI	ULCI
BES → PRO	a	0,29	<0,001	0,22	0,37	0,09	0,363	-0,10	0,29
PRO → lęk	b	0,33	<0,001	0,25	0,40	0,14	0,132	-0,04	0,33
BES → lęk	c'	0,26	<0,001	0,18	0,33	0,27	0,003	0,10	0,45
Pośredni (mediacji)	ab	0,10	<0,001	0,06	0,13	0,01	0,436	-0,02	0,05
Całkowity	c	0,35	<0,001	0,28	0,42	0,29	0,002	0,11	0,46
Część wariancji wyjaśnianej przez cały model	R^2	0,223				0,101			
Część wariancji wyjaśnianej przez efekt pośredni	-	0,064				0,008			
Część związku BES → lęk wyjaśnianej przez efekt pośredni		28,73%				7,70%			

Zmienna zależna (ZZ): depresja									
Efekt	Symbol	Grupa niekliniczna N = 526				Grupa kliniczna n = 114			
		β	<i>p</i>	LLCI	ULCI	β	<i>p</i>	LLCI	ULCI
BES → PRO	a	0,29	<0,001	0,22	0,37	0,10	0,299	-0,09	0,30
PRO → depresja	b	0,32	<0,001	0,24	0,39	0,10	0,260	-0,07	0,27
BES → depresja	c'	0,34	<0,001	0,27	0,41	0,47	<0,001	0,33	0,62
Pośredni (mediacji)	ab	0,09	<0,001	0,06	0,12	0,01	0,445	-0,02	0,04
Całkowity	c	0,43	<0,001	0,36	0,50	0,48	<0,001	0,34	0,63
Część wariancji wyjaśnianej przez cały model	R^2	0,275				0,242			
Część wariancji wyjaśnianej przez efekt pośredni	-	0,080				0,012			
Część związku BES → depresja wyjaśnianej przez efekt pośredni		29,20%				5,08%			

Tabela MD4

Standaryzowane efekty w analizach mediacji – odwracanie uwagi i supresja (OUS)

Zmienna zależna (ZZ): stres									
Efekt	Symbol	Grupa niekliniczna N = 526				Grupa kliniczna n = 114			
		β	<i>p</i>	LLCI	ULCI	β	<i>p</i>	LLCI	ULCI
BES → OUS	a	-0,01	0,915	-0,09	0,08	0,21	0,024	0,03	0,40
OUS → stres	b	-0,02	0,633	-0,10	0,06	-0,10	0,273	-0,28	0,08
BES → stres	c'	0,33	<0,001	0,26	0,41	0,46	<0,001	0,30	0,61
Pośredni (mediacji)	ab	0,00	0,917	0,00	0,00	-0,02	0,327	-0,06	0,02
Całkowity	c	0,33	<0,001	0,26	0,41	0,44	<0,001	0,28	0,59
Część wariacji wyjaśnianej przez cały model	R^2	0,111				0,199			
Część wariacji wyjaśnianej przez efekt pośredni	-	0,000				0,001			
Część związku BES → stres wyjaśnianej przez efekt pośredni		0,06%				4,78%			

Zmienna zależna (ZZ): lęk									
Efekt	Symbol	Grupa niekliniczna N = 526				Grupa kliniczna n = 114			
		β	<i>p</i>	LLCI	ULCI	β	<i>p</i>	LLCI	ULCI
BES → OUS	a	-0,01	0,915	-0,09	0,08	0,21	0,025	0,03	0,39
OUS → lęk	b	-0,05	0,217	-0,13	0,03	-0,18	0,053	-0,37	0,00
BES → lęk	c'	0,35	<0,001	0,28	0,42	0,33	<0,001	0,16	0,50
Pośredni (mediacji)	ab	0,00	0,915	0,00	0,01	-0,04	0,149	-0,09	0,01
Całkowity	c	0,35	<0,001	0,28	0,42	0,29	0,001	0,12	0,47
Część wariacji wyjaśnianej przez cały model	R^2	0,126				0,118			
Część wariacji wyjaśnianej przez efekt pośredni	-	0,000				0,019			
Część związku BES → lęk wyjaśnianej przez efekt pośredni		0,13%				16,10%			

Zmienna zależna (ZZ): depresja									
Efekt	Symbol	Grupa niekliniczna N = 526				Grupa kliniczna n = 114			
		β	<i>p</i>	LLCI	ULCI	β	<i>p</i>	LLCI	ULCI
BES → OUS	a	-0,01	0,915	-0,09	0,08	0,22	0,021	0,03	0,40
OUS → depresja	b	-0,06	0,109	-0,14	0,01	-0,22	0,009	-0,39	-0,06
BES → depresja	c'	0,43	<0,001	0,36	0,50	0,54	<0,001	0,41	0,67
Pośredni (mediacji)	ab	0,00	0,915	-0,01	0,01	-0,05	0,092	-0,11	0,01
Całkowity	c	0,43	<0,001	0,36	0,50	0,49	<0,001	0,35	0,63
Część wariacji wyjaśnianej przez cały model	R^2	0,188				0,288			
Część wariacji wyjaśnianej przez efekt pośredni	-	0,000				0,036			
Część związku BES → depresja wyjaśnianej przez efekt pośredni		0,14%				12,56%			

Tabela MD5*Standaryzowane efekty w analizach mediacji – wyparcie/zaprzeczenie (WZ)*

Zmienna zależna (ZZ): stres									
Efekt	Symbol	Grupa niekliniczna N = 526				Grupa kliniczna n = 114			
		β	<i>p</i>	LLCI	ULCI	β	<i>p</i>	LLCI	ULCI
BES → WZ	a	0,41	<0,001	0,35	0,48	0,57	<0,001	0,45	0,70
WZ → stres	b	0,29	<0,001	0,21	0,38	0,38	<0,001	0,19	0,57
BES → stres	c'	0,21	<0,001	0,13	0,29	0,24	0,019	0,04	0,44
Pośredni (mediacji)	ab	0,12	<0,001	0,08	0,16	0,22	<0,001	0,10	0,34
Całkowity	c	0,33	<0,001	0,36	0,41	0,45	<0,001	0,30	0,61
Część wariancji wyjaśnianej przez cały model	R^2	0,182				0,304			
Część wariancji wyjaśnianej przez efekt pośredni	-	0,074				0,169			
Część związku BES → stres wyjaśnianej przez efekt pośredni		40,52%				55,45%			

Zmienna zależna (ZZ): lęk									
Efekt	Symbol	Grupa niekliniczna N = 526				Grupa kliniczna n = 114			
		β	<i>p</i>	LLCI	ULCI	β	<i>p</i>	LLCI	ULCI
BES → WZ	a	0,41	<0,001	0,35	0,48	0,55	<0,001	0,42	0,68
WZ → lęk	b	0,27	<0,001	0,19	0,36	0,33	0,002	0,12	0,54
BES → lęk	c'	0,24	<0,001	0,16	0,32	0,11	0,336	-0,11	0,32
Pośredni (mediacji)	ab	0,11	<0,001	0,07	0,15	0,18	0,004	0,06	0,31
Całkowity	c	0,35	<0,001	0,28	0,42	0,29	0,002	0,11	0,47
Część wariancji wyjaśnianej przez cały model	R^2	0,186				0,160			
Część wariancji wyjaśnianej przez efekt pośredni	-	0,077				0,075			
Część związku BES → lęk wyjaśnianej przez efekt pośredni		41,24%				46,60%			

Zmienna zależna (ZZ): depresja									
Efekt	Symbol	Grupa niekliniczna N = 526				Grupa kliniczna n = 114			
		β	<i>p</i>	LLCI	ULCI	β	<i>p</i>	LLCI	ULCI
BES → WZ	a	0,41	<0,001	0,35	0,48	0,58	<0,001	0,46	0,70
WZ → depresja	b	0,35	<0,001	0,27	0,42	0,37	<0,001	0,18	0,57
BES → depresja	c'	0,29	<0,001	0,21	0,36	0,26	0,010	0,06	0,46
Pośredni (mediacji)	ab	0,14	<0,001	0,10	0,18	0,22	0,001	0,09	0,34
Całkowity	c	0,43	<0,001	0,36	0,50	0,48	<0,001	0,33	0,62
Część wariancji wyjaśnianej przez cały model	R^2	0,284				0,320			
Część wariancji wyjaśnianej przez efekt pośredni	-	0,117				0,182			
Część związku BES → depresja wyjaśnianej przez efekt pośredni		41,10%				57,08%			

Tabela MD6

Standaryzowane efekty w analizach mediacji – wytrzymałość na stres (WNS)

Zmienna zależna (ZZ): stres									
Efekt	Symbol	Grupa niekliniczna N = 526				Grupa kliniczna n = 114			
		β	p	LLCI	ULCI	β	p	LLCI	ULCI
BES → WNS	a	-0,30	<0,001	-0,38	-0,23	0,02	0,830	-0,17	0,22
WNS → stres	b	-0,23	<0,001	-0,31	-0,15	-0,01	0,916	-0,19	0,17
BES → stres	c'	0,26	<0,001	0,18	0,34	0,44	<0,001	0,29	0,59
Pośredni (mediacji)	ab	0,07	<0,001	0,04	0,10	0,00	0,924	0,00	0,00
Całkowity	c	0,33	<0,001	0,26	0,41	0,44	<0,001	0,29	0,59
Część wariancji wyjaśnianej przez cały model	R ²	0,160				0,192			
Część wariancji wyjaśnianej przez efekt pośredni	-	0,048				0,000			
Część związku BES → stres wyjaśnianej przez efekt pośredni		30,11%				0,05%			

Zmienna zależna (ZZ): lęk									
Efekt	Symbol	Grupa niekliniczna N = 526				Grupa kliniczna n = 114			
		β	p	LLCI	ULCI	β	p	LLCI	ULCI
BES → WNS	a	-0,30	<0,001	-0,38	-0,23	0,03	0,760	-0,16	0,23
WNS → lęk	b	-0,24	<0,001	-0,32	-0,16	-0,07	0,437	0,-26	0,11
BES → lęk	c'	0,28	<0,001	0,20	0,36	0,30	0,001	0,13	0,47
Pośredni (mediacji)	ab	0,07	<0,001	0,04	0,10	0,00	0,777	-0,02	0,01
Całkowity	c	0,35	<0,001	0,28	0,42	0,30	0,001	0,12	0,47
Część wariancji wyjaśnianej przez cały model	R ²	0,177				0,094			
Część wariancji wyjaśnianej przez efekt pośredni	-	0,053				0,001			
Część związku BES → lęk wyjaśnianej przez efekt pośredni		30,06%				1,33%			

Zmienna zależna (ZZ): depresja									
Efekt	Symbol	Grupa niekliniczna N = 526				Grupa kliniczna n = 114			
		β	p	LLCI	ULCI	β	p	LLCI	ULCI
BES → WNS	a	-0,30	<0,001	-0,38	-0,23	0,01	0,902	-0,19	0,21
WNS → depresja	b	-0,27	<0,001	-0,34	-0,19	-0,13	0,138	-0,30	0,04
BES → depresja	c'	0,35	<0,001	0,28	0,42	0,50	<0,001	0,36	0,63
Pośredni (mediacji)	ab	0,08	<0,001	0,05	0,11	0,00	0,902	-0,03	0,02
Całkowity	c	0,43	<0,001	0,36	0,50	0,49	<0,001	0,36	0,64
Część wariancji wyjaśnianej przez cały model	R ²	0,249				0,261			
Część wariancji wyjaśnianej przez efekt pośredni	-	0,074				0,002			
Część związku BES → depresja wyjaśnianej przez efekt pośredni		29,66%				0,59%			

Tabela MD7*Rzetelność pomiaru (alfa Cronbacha) w przeprowadzonych badaniach*

Mierzony konstrukt	Próba				
	A	B	C	D	D.2
BES	0,89	0,88	0,89	0,81	-
Stres - DASS	-	0,89	0,91	0,83	0,77
Lęk - DASS	-	0,84	0,91	0,78	0,70
Lęk - HADS	-	0,87	-	-	-
Depresja – DASS	-	0,85	0,93	0,88	0,85
Depresja – HADS	-	0,81	-	-	-
Unikanie doświadczania	-	0,77	-	0,83	0,86
Unikanie behawioralne	-	0,60	-	0,54	0,74
Awersja do stresu	-	0,73	-	0,66	0,70
Prokrastynacja	-	0,73	-	0,62	0,75
Odwracanie uwagi i supresja	-	0,79	-	0,69	0,74
Wyparcie/zaprzeczenie	-	0,72	-	0,71	0,78
Wytrzymałość na stres	-	0,77	-	0,77	0,81

Arkusz Skali Przekonań o Emocjach BES-PL

Instrukcja: Wybierz odpowiedź, która najlepiej opisuje to jak myślisz. Ludzie są różni, nie ma tu odpowiedzi dobrych i złych. Decydując się na odpowiedź, zaznacz to, jak myślisz przez większość czasu.

Zaznaczając odpowiedź kieruj się następującymi kategoriami:

- 0 – Całkowicie się nie zgadzam
- 1 – Nie zgadzam się
- 2 – Raczej się nie zgadzam
- 3 – Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam
- 4 – Raczej się zgadzam
- 5 – Zgadzam się
- 6 – Całkowicie się zgadzam

1.	Jeśli mam smutne myśli, to jest to oznaka słabości	0	1	2	3	4	5	6
2.	Jeśli mam z czymś trudności, nie powinienem się do tego przyznawać innym.	0	1	2	3	4	5	6
3.	Jeśli w towarzystwie innych ludzi stracę kontrolę nad swoimi emocjami, to będą gorzej o mnie myśleć.	0	1	2	3	4	5	6
4.	Jeśli okażę słabość to inni mnie odrzucą.	0	1	2	3	4	5	6
5.	Powinienem być w stanie poradzić sobie z trudnościami samodzielnie, bez zwracania się do innych o pomoc.	0	1	2	3	4	5	6
6.	Żeby inni mnie akceptowali, muszę moje problemy i negatywne emocje zachowywać dla siebie.	0	1	2	3	4	5	6
7.	To głupie mieć przygnębiające myśli.	0	1	2	3	4	5	6
8.	Okazywanie moich emocji publicznie jest oznaką słabości	0	1	2	3	4	5	6
9.	Inni oczekują ode mnie, że zawsze będę kontrolować swoje emocje.	0	1	2	3	4	5	6

Zgoda Komisji Etyki



Komisja Etyki
Ds. Projektów badawczych
przy Instytucie Psychologii UG

Gdańsk, 20.05.2021 r.

Opinia Komisji Etyki w sprawie wniosku nr 2/2021

Komisja Etyki ds. Projektów badawczych przy Instytucie Psychologii UG po zapoznaniu się z dokumentacją projektu badań

Pani Moniki Sawickiej

pt. *Poznawcze i behawioralne czynniki związane z regulacją emocjonalną u osób chorujących przewlekle ze współwystępującym bólem*

prowadzonych pod kierunkiem

prof. dr hab. Marioli Bidzan

(tj. wnioskiem do KE, projektem badawczym, narzędziami badawczymi, zobowiązaniem badacza do uzyskania świadomej zgody osób badanych uczestnictwa w badaniu, formularza zgody na uczestnictwo w badaniu, spodziewanymi korzyściami z badania)

wydaje opinię pozytywną.

Zaprezentowany przez Panią

Monikę Sawicką

projekt badawczy przy zachowaniu zaprezentowanej procedury, przy przestrzeganiu zobowiązania do uzyskiwania świadomej zgody badanych osób na udział w badaniu jest etycznie poprawny.

Komisja Etyki w składzie:

dr hab. Krystyna Adamska, prof. UG - *przewodnicząca*

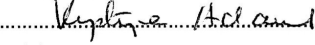
dr hab. Małgorzata Lipowska, prof. UG - *członkini*

dr hab. Natasza Kosakowska-Berezecka, prof. UG - *członkini*

 **UNIWERSYTET GDAŃSKI**
Instytut Psychologii
ul. Jana Bażyńskiego 4, 80-309 Gdańsk
T/F 58 523 43 24
e-mail: ipug@ug.edu.pl

Przewodnicząca Komisji Etyki

Przewodnicząca Komisji Etyki
ds. Projektów Badawczych
przy Instytucie Psychologii UG


.....
dr hab. Krystyna Adamska, prof. UG

ul. Bażyńskiego 4, 80-309 Gdańsk
tel. +48 58 523 43 24, e-mail: ipug@ug.edu.pl