

AGNIESZKA TURKIEWICZ-MALIGRANDA<sup>1</sup>, JOANNA RYMASZEWSKA<sup>2</sup>

## Lęk i depresja a odczuwany ból u osób z chorobą dyskową odcinka krzyżowo-lędźwiowego charakteryzujących się różnym stylem przywiązania

### The Influence of Different Attachment Styles on the Anxiety, Depression and Tolerance of Pain in Patients Suffering from Lumbosacral Disc Disorder

<sup>1</sup> Zakład Medycznych Nauk Społecznych Katedry Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

<sup>2</sup> Pracownia Psychiatrii Konsultacyjnej i Medycyny Behawioralnej, Katedra i Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

#### Streszczenie

**Wprowadzenie.** Choroba dyskowa odcinka krzyżowo-lędźwiowego jest częstym schorzeniem mającym znamiona choroby przewlekłej, której jednym z zasadniczych objawów jest ból. Towarzyszy temu często odczuwanie lęku i obniżonego nastroju. Jednocześnie literatura przedmiotu i doświadczenie kliniczne wskazują, że na odczuwanie bólu i różnych emocji w przebiegu choroby przewlekłej mają wpływ czynniki natury osobowościowej. Jednym z przejawów tych czynników jest wzorzec przywiązania, który jest traktowany jako zasób ochronny pomagający radzić sobie w stresujących sytuacjach, a do takich należy choroba. Wyróżnia się trzy główne style przywiązania: ufny, lękowo-ambiwalentny oraz unikowy.

**Cel pracy.** Artykuł jest próbą scharakteryzowania związków między doświadczanym lękiem, depresją a bólem u osób z chorobą dyskową odcinka krzyżowo-lędźwiowego w zależności od przejawianego przez nich stylu przywiązania.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 97 osób z chorobą dyskową odcinka krzyżowo-lędźwiowego o różnym okresie trwania choroby (od ok. 15 do ok. 2 lat). Wśród badanych było 58 kobiet i 39 mężczyzn w wieku 18–66 lat. Kryterium kwalifikacji do badań było potwierdzone badaniem diagnostycznym metodą rezonansu magnetycznego, rozpoznanie choroby dyskowej w odcinku krzyżowo-lędźwiowym lub diagnoza lekarska wskazująca na to rozpoznanie. Dominujący styl przywiązania badano za pomocą Kwestionariusza Stylów Przywiązania M. Plopy. Ocenę poziomu nasilenia lęku i depresji u badanych dokonano za pomocą kwestionariusza samooceny nasilenia lęku i depresji u pacjentów z chorobami somatycznymi HADS (Hospitality Anxiety and Depression Scale). Do oceny poziomu bólu posłużono się 10-punktową skalą subiektywnej oceny nasilenia bólu.

**Wyniki.** W grupie osób o wysokich wynikach stylu ufego uzyskano dodatnią korelację między odczuwanym bólem a lękiem ( $r = 0,25$ ,  $p < 0,05$ ) oraz między lękiem a depresją ( $r = 0,71$ ,  $p < 0,05$ ). W grupie osób o wysokich wynikach stylu lękowo-ambiwalentnego nie uzyskano istotnych statystycznie wyników dotyczących związku między subiektywnie odczuwanym bólem, lękiem i depresją. Jedynie w grupie kobiet ( $r = 0,59$ ,  $p < 0,05$ ) oraz w grupie osób poniżej 42. r.ż. ( $r = 0,67$ ,  $p < 0,05$ ) o stylu lękowo-ambiwalentnym stwierdzono dodatnią korelację między lękiem a depresją. Ze względu na niewielką liczbę osób, które charakteryzowały się wysokim wynikiem stylu unikowego ( $N = 10$ ) dokonano jakościowej analizy zaobserwowanych związków między doświadczanym lękiem, depresją a bólem u tych osób. Średni wynik w skali depresji wynosił 7,4, w skali lęku – 9,4, co świadczy o podwyższonym poziomie lęku. Średni poziom odczuwanego przez nich bólu wynosił 4,3 – był więc niski.

**Wnioski.** Wśród zbadanych 97 osób 80 charakteryzowało się ufnym stylem przywiązania, 29 osób dominacją stylu lękowo-ambiwalentnego, a jedynie 10 dominacją stylu unikowego. U osób cierpiących na dyskopatię odcinka krzy-

zowo-łędźwiowego o stylu ufnym uzyskano dodatnią zależność między lękiem a odczuwanym bólem. Wynik taki może świadczyć o adekwatnym emocjonalnym reagowaniu u tych chorych. Odczuwany przez tych chorych ból prowadzi do podwyższonego lęku. Wyniki analiz potwierdzają dużą zależność między lękiem a depresyjnym obniżeniem nastroju u osób z ufnym stylem przywiązania niezależnie od wieku i płci osób badanych. Analiza związków pomiędzy bólem, lękiem i depresją u chorych o lękowo-ambiwalentnym stylu przywiązania daje wyniki istotne statystycznie jedynie w przypadku zależności między lękiem i depresją w grupie kobiet oraz w grupie osób poniżej 42. r.ż. Być może jednak wiek i płeć mają większe znaczenie niż styl przywiązania dla przeżywanej depresji i lęku u osób cierpiących na dyskopatię odcinka krzyżowo-łędźwiowego. U osób z unikowym stylem przywiązania stwierdzono podwyższony poziom odczuwanego lęku, mimo że średni odczuwany przez nich ból był mały. Być może osoby o unikowym stylu przywiązania reagują wyższym lękiem nawet w sytuacji niewielkiego odczuwania bólu w przeciwieństwie do osób z ufnym stylem przywiązania, gdzie wysoki poziom lęku istotnie i pozytywnie korelował z wysokim nasileniem odczuwanych dolegliwości bólowych (Piel. Zdr. Publ. 2012, 2, 4, 277–286).

**Słowa kluczowe:** choroba dyskowa odcinka krzyżowo-łędźwiowego, ból przewlekły, styl przywiązania, lęk, depresja.

## Abstract

**Background.** The lumbosacral disc disorder is a common condition showing signs of a chronic disease with the main symptom being the experiencing of pain. It is often accompanied by feelings of anxiety and depressed mood. At the same time literature and clinical experience indicate that the perception of pain and different emotions in the course of chronic illness are influenced by the factors of the personality. One of the manifestations of these factors is the pattern of attachment which is regarded as a protective resource helping to cope in stressful situations such as the hitherto discussed disease. There are three main attachment styles: secure style (confident), anxiety-ambivalent style and avoidant style.

**Objectives.** This article is an attempt to characterize the relationship between anxiety, depression and pain experienced by these individuals and their style of attachment.

**Material and Methods.** The study included 97 people suffering from a lumbosacral disorder over various lengths of time (between 2 and 15 years). The subjects were 58 women and 39 men aged 18 to 66. The criterion of eligibility for the study was confirmed by histopathological diagnostic magnetic resonance or medical diagnosis indicating lumbosacral disc disease. The predominant attachment style was tested using M. Płopy's attachment style questionnaire. The level of participants' anxiety and depression was assessed using self-assessment questionnaire HADS (Hospitality Anxiety and Depression Scale) created for measuring anxiety and depression in patients with somatic illnesses. To assess the level of pain a 10-point scale of subjective pain assessment was used.

**Results.** In the group of people with high score in secure style there has been observed a positive correlation between perceived pain and anxiety ( $r = 0.25$ ,  $p < 0.05$ ) also a positive correlation between anxiety and depression ( $r = 0.71$ ,  $p < 0.05$ ). In the group with high score for style of anxiety-ambivalence there were no statistically significant results indicating a relationship between subjectively perceived pain, anxiety and depression. Only for women ( $r = 0.59$ ,  $p < 0.05$ ) and in the group of younger than 42 ( $r = 0.67$ ,  $p < 0.05$ ) with anxiety-ambivalent attachment style a positive statistically significant correlation between perceived anxiety and depression was observed. Because of the small number of individuals who characterized by avoidant style ( $N = 10$ ) made a qualitative analysis a relationship between subjectively perceived pain, anxiety and depression. The average score on a scale of depression was 7.4 and 9.4 on a scale of anxiety implying the presence of raised level of anxiety. The average level of pain was 4.3 – low.

**Conclusions.** Among the examined 97 people – 80 were characterized by a secure attachment style, 29-anxiety-ambivalent style and only 10 by avoidant style domination. Lumbosacral disc disorder patients with a secure style exhibited a positive correlation between anxiety and perceived pain. This result may indicate their adequate emotional response. That pain experienced by these patients leads to increased anxiety. The results of the analyses confirm the high correlation between anxiety and depressed mood in people with a secure style of attachment regardless of age and gender of the subjects. The analysis of the relationship between pain, anxiety and depression in lumbosacral disc disorder patients with anxiety-ambivalent attachment style provided statistically significant results only with the link between anxiety and depression for women's group and patients below 42 years of age. This result might suggest that age and sex are more important factors in lumbosacral disc disorder patients than attachment style when experiencing depression and anxiety. The respondents with avoidant attachment style revealed raised level of perceived anxiety even though their average experienced pain was low. Maybe people with avoidant style respond with higher anxiety even in the slight pain situation. It is opposite to the group with secure style where high level of anxiety significantly and positively correlated with high intensity of pain (Piel. Zdr. Publ. 2012, 2, 4, 277–286).

**Key words:** lumbosacral disc disorder, chronic pain, attachment style, anxiety, depression.

Bóle dolnego odcinka kręgosłupa są jedną z najczęstszych przyczyn zgłaszania się do lekarza, a także jedną z głównych przyczyn absencji w pracy. Przynajmniej raz w życiu doświadcza ich ok. 70% dorosłych ludzi z krajów uprzemysłowionych [3]. Inni badacze donoszą, że aż 80–100% osób do-

świadcza przynajmniej raz w życiu incydentu bólowego w tej okolicy ciała [26]. Najczęstszą przyczyną tzw. bólów krzyża jest choroba zwyrodnieniowa dysku w odcinku krzyżowo-łędźwiowym powstająca w wyniku degeneracji krążka międzykręgowego i zmian patologicznych spowo-

dowanych jego przeciążeniem [26]. Dolegliwości bólowe wynikające z tego uszkodzenia mogą mieć charakter zarówno ostry, jak i przewlekły. Umieszczenie bólu dotyczy odcinka krzyżowo-lędźwiowego, ale może on także promieniować do kończyn dolnych [3].

Na przewlekłe utrzymywanie się dolegliwości bólowych w odcinku krzyżowo-lędźwiowym mają wpływ czynniki genetyczne i środowiskowe. Wśród tych ostatnich wymienia się: wyczerpanie psychiczne, zły stan zdrowia w ocenie własnej, depresja, mała aktywność fizyczna, niezadowolenie z pracy, stopień ruchomości kręgosłupa, otyłość, niskie wykształcenie [19]. Niektóre z nich wydają się przejawami ogólnego stylu życia lub nawet nadrzędnej struktury osobowości. Wydaje się więc ważne, aby w podejściu do osób z chorobą dyskową, której towarzyszy przewlekłe doświadczanie bólu rozpatrywać nie tylko aspekt fizycznego cierpienia, ale także uwarunkowania psychologiczne, które współdeterminują sytuację chorego.

Psychologiczne aspekty bólu przewlekłego były przez wiele lat rozumiane jedynie jako emocjonalna reakcja na fizyczną dolegliwość, która świadczyła o poziomie przystosowania się do chorobowej sytuacji. Obecnie wymiar psychologiczny bólu przewlekłego rozumie się w szerszym kontekście. W literaturze przedmiotu funkcjonują trzy modele wyjaśniające wzajemne relacje między psychiką a ciałem w doświadczaniu bólu przewlekłego: 1) bio-psycho-społeczny, 2) oparty na założeniu uwarunkowań osobowościowych i charakterologicznych, 3) społecznego uczenia się [21].

W modelu osobowościowym zakłada się, że sposób, w jaki człowiek będzie przeżywał doświadczany ból, jak będzie sobie z nim radził i jakie zachowania bólowe będzie prezentował zależą od uwarunkowań charakterologicznych i osobowościowych. Struktura osobowości danego człowieka i jego dominujące cechy kształtują się we wczesnym dzieciństwie, w wyniku świadomego i nieświadomego oddziaływania ważnych dla niego osób. Ukształtowany w ten sposób charakter modeluje zachowanie człowieka w różnych sytuacjach życiowych.

Jednym z przejawów charakteru, czyli stałego wzorca reagowania w relacjach społecznych i interpersonalnych jest typ przywiązania, jaki posiada osoba. Koncepcja więzi została stworzona przez Johna Bowlby'ego, który uważa, że zachowania związane z poszukiwaniem i tworzeniem więzi są inicjowane i regulowane przez wrodzony, biologiczny system motywacyjny. System ten, podobny do instynktu, ma charakter samosterowalnego układu, którego głównym celem jest utrzymanie więzi z obiektem [13]. Przez więź rozumie się związek uczuciowy, którego pierwotnym wzorem

jest relacja dziecka z matką bądź innym pierwotnym obiektem, a powtórzeniem związek romantyczno-małżeński osób dorosłych [13].

Dziecko tworzy wraz z matką (opiekunem) diadę, która stanowi samoorganizujący się system oddziaływania na te dwie osoby. Czynniki funkcjonalne, czyli jakość tej relacji: wrażliwość matki na sygnały dziecka, umiejętność odzwierciedlenia i kontenerowania uczuć dziecka przez matkę [11], zachowania przywiązaniowe dziecka wywierają istotny wpływ na rozwój struktury ośrodkowego układu nerwowego. Modele zwierzęce pokazują, że istnieje zależność między więzią i dobrą opieką macierzyńską a fizjologiczną odpowiedzią na stres. Wykazano także wpływ więzi na aktywność układu serotoninowego, dopaminergicznego i noradrenergicznego. Badania prowadzone w obszarze psychopatologii rozwojowej wskazują, że przywiązanie typu lękowego stanowi istotny czynnik ryzyka depresji [25].

Mary Ainsworth, uczennica Bowlby'ego, wyodrębniła trzy podstawowe typy przywiązania: styl bezpieczny (ufny), styl lękowo-ambivalentny oraz styl unikowy.

Osoby o stylu bezpiecznym potrafią nawiązywać bliskie i trwałe relacje, przejawiają zdolność do regulacji własnych emocji. Osoby takie są refleksyjne i zdolne do widzenia siebie i innych jako odrębnych istot. Są świadome swoich emocji – przeżywają je i poddają oglądowi. Jeśli mają jakieś trudne doświadczenia życiowe, potrafią o nich mówić z adekwatnym obrazem uczuciom [12, 20].

Przywiązanie lękowo-ambivalentne charakteryzuje się przeżywaniem ciągłego napięcia i niepokojem. Często osoby takie raczej zajmują się innymi, zaniedbując emocjonalnie siebie. Przejawiają zaniżony poziom umiejętności regulacji swoich emocji oraz niską tolerancję lęku. Są skupione na relacji i przeżywają w niej dużo sprzecznych uczuć [12, 20].

Osoby o stylu unikowym minimalizują swoją potrzebę bliskości i więzi, ale czynią to nieświadomie z lęku przed kolejnym odrzuceniem. Osoby takie trzymają się na dystans – chronią się przed zranieniem, ale jednocześnie nie doświadczają ewentualnego wsparcia. Stosują tzw. strategię obronnego wykluczenia. Nadmiernie regulują swoje emocje i unikają sytuacji, które mogą skutkować wewnętrznym pobudzeniem [12, 20].

Wzory uwewnętrzniają się i przenoszą na ważne relacje w życiu dorosłym, charakteryzują się pewną sztywnością, najprawdopodobniej z powodu biologicznego podłoża pierwotnych doświadczeń [12, 13].

Poznawcze komponenty typów przywiązania działają jako wewnętrzne struktury organizujące

sposób myślenia, przeżywania i działania. Teoria przywiązania jest przede wszystkim teorią regulacji emocji, poznawcze składniki typów przywiązania pełnią funkcję różnicowania zakresu i intensywności doświadczanych przykrych emocji oraz sposobów zmagania się ze stresem [11]. Bezpieczny (ufny) styl przywiązania wydaje się zwiększać prawdopodobieństwo stosowania skutecznych strategii regulowania własnych emocji oraz stosowania strategii radzenia sobie ze stresem polegających na rozwiązywaniu problemów i poszukiwaniu wsparcia.

Więź bezpieczna współwystępuje z brakiem zaburzeń psychicznych, zaburzone typy więzi korelują natomiast z różnego rodzaju niespecyficznymi zaburzeniami [13, 14]. Wydaje się bardzo prawdopodobne, że typ przywiązania może wpływać na sposób przeżywania stresorów i traum w ciągu życia, a także warunkować dojrzałość mechanizmów obronnych. Stabilna i bezpieczna więź, skutkująca wytworzeniem się ufego wzorca przywiązania może mieć więc działanie ochronne [14]. Z dużą dozą pewności można przypuszczać, że ufna więź bierze udział w tworzeniu zasobów zdrowia i tworzeniu się silnego poczucia koherencji opisywanego przez Antonowsky'ego [13]. Poczucie koherencji jest ujmowane jako megazasób odpornościowy, zarządzający pozostałymi uogólnionymi zasobami zdrowotnymi człowieka [7].

Ból przewlekły jest doświadczeniem subiektywnym, na jego percepcję wpływa także próg czucia bólu oraz próg tolerancji na ból. Próg czucia bólu oznacza takie natężenie bodźca zmysłowego, które człowiek odczuwa jako ból. Jego poziom jest względnie stały i charakterystyczny dla danego człowieka. Próg czucia bólu jest zależny od czynników somatycznych. Próg tolerancji na ból natomiast określa maksymalne natężenie bólu, który człowiek jest w stanie znieść. Jest zmienny i zależy od czynników o charakterze psychologicznym, np. od poziomu lękowości jako cechy lub lęku przeżywanego w danej sytuacji [21, 22]. Próg tolerancji na ból zależy też od uwagi, na którą mają wpływ stany emocjonalne. Stwierdzono na przykład, że osoby lękające się bólu wykazują skłonność do kierowania uwagi na informacje związane z bólem [23].

Lęk jest jednym z głównych czynników modyfikujących doświadczenie bólu przewlekłego. Jest zarówno reakcją na ból, jak i czynnikiem zwiększającym jego odczuwanie. Trudność w określeniu tych zależności między lękiem a bólem jest spowodowana dużym podobieństwem wzorów reakcji fizjologicznych i emocjonalnych obu doznań. Badania wskazują jednak na istotną statystycznie korelację między doświadczanym lękiem a nasileniem doznań bólowych [5].

Współwystępowanie bólu przewlekłego i depresji jest zjawiskiem dobrze znanym klinicytom zajmującym się chorymi z bólem przewlekłym. Ból o charakterze przewlekłym jest sytuacją stresową dla chorego, zmagając się z nim przez długi czas, pacjenci często przeżywają stany bezradności, co nieuchronnie może prowadzić do stanów depresyjnych i rozdrażnienia. Nie ma zgodności wśród badaczy tematu, czy to przewlekły ból prowadzi do depresji, czy też skłonność do depresyjności i pesymizmu powoduje zmniejszoną tolerancję na ból i utrudnia konstruktywne radzenie sobie z nim [6]. W literaturze przedmiotu pojawia się kilka hipotez próbujących wyjaśnić związku bólu przewlekłego z depresją [6, 9, 17].

W 17 krajach przeprowadzono badania przekrojowe, które wskazują, że u 20 do 45% pacjentów z bólem kręgosłupa występują objawy depresyjne, a u 25% objawy niepokoju. W populacji kanadyjskiej uzyskano podobne wyniki – objawy depresji rozpoznano u 20% pacjentów z zespołami bólowymi w dolnym odcinku kręgosłupa. Wraz z nasileniem dolegliwości bólowych rośnie ryzyko pojawienia się objawów depresyjnych [6, 8, 10, 18].

Celem prezentowanego badania jest ocena emocjonalnego funkcjonowania (lęk, depresja) i doświadczanego subiektywnie bólu w zależności od posiadanego przez osoby cierpiące na dyskopatię odcinka krzyżowo-lędźwiowego (w różnym wieku i płci) stylu przywiązania (ufnego, lękowo-ambivalentnego oraz unikowego).

## Material i metody

Badaniem objęto 97 osób z chorobą dyskową odcinka krzyżowo-lędźwiowego o różnym stażu chorowania od ok. 15 do ok. 2 lat. Wśród badanych było 58 kobiet i 39 mężczyzn w wieku 18–66 lat. Wszyscy byli czynni zawodowo. 15 osób żyło w stanie wolnym, 73 osoby żyły ze współmałżonkiem w małżeństwie, 1 osoba była w separacji, 5 było rozwiedzionych i 3 osoby były wdowcami bądź wdowami.

Kryterium kwalifikacji do badań było potwierdzone badaniem diagnostycznym metodą rezonansu magnetycznego rozpoznanie choroby dyskowej w odcinku krzyżowo-lędźwiowym lub diagnoza lekarska wskazująca na to rozpoznanie.

Dominujący styl przywiązania badano za pomocą Kwestionariusza Stylów Przywiązania M. Plopy. Kwestionariusz składa się z 24 pytań. Służy do badania kobiet i mężczyzn, mających doświadczenie bycia w bliskim związku bądź związkach. Osoba badana ustosunkowuje się do pytań na 7-stopniowej skali. Cyfra 1 oznacza, że osoba zdecydowanie nie zgadza się z danym stwierdzeniem, 7 – że

zdecydowanie zgadza się z danym stwierdzeniem. Wyniki są przedstawione w skali stenowej osobno dla każdego z trzech wzorów przywiązania: bezpiecznego (ufnego), lękowo-ambivalentnego oraz unikowego. Wynik na poziomie 1–2 stena świadczy o bardzo niskich wynikach, 3–4 oznacza niskie wyniki, 5–6 – przeciętne, 7–8 to wyniki wysokie, 9–10 – bardzo wysokie. Wyniki każdego wymiaru (stylu) należy rozpatrywać odrębnie [15].

Ocenę poziomu nasilenia lęku i depresji u badanych dokonano za pomocą kwestionariusza samooceny nasilenia lęku i depresji u pacjentów z chorobami somatycznymi HADS (Hospitality Anxiety and Depression Scale) [1]. Kwestionariusz składa się z 14 pytań, 7 dotyczy lęku, 7 depresji. Każde pytanie jest oceniane od 0 do 3 punktów. Maksymalna ocena w każdej z podskal wynosi 21 punktów. U osób otrzymujących w każdej podskali 8 i więcej punktów należy wziąć pod uwagę występowanie podwyższonego poziomu objawów lękowych i depresyjnych.

Do oceny poziomu bólu posłużono się 10-punktową skalą subiektywnej oceny nasilenia bólu, gdzie 0 oznaczało brak bólu, a 10 – najsilniejszy ból, jaki można było sobie wyobrazić. Osoby badane proszono o wyrażenie stopnia odczuwanego bólu w ciągu ostatnich dwóch, trzech miesięcy.

## Wyniki

W badaniach Kwestionariuszem Stylów Przywiązania można uzyskać różną konstelację stylów, gdyż wyniki każdego wymiaru należy rozpatrywać oddzielnie. Wyniki powyżej 7 stena są interpretowane jako wysoki wynik, dlatego wzięto pod uwagę wyniki równe i powyżej tego stena jako wyniki świadczące o silnym zaznaczeniu się danego stylu u badanych. W badanej grupie 80 osób (82,47%) uzyskało wysoki poziom w zakresie stylu ufego, 29 osób (29,90%) wysoki poziom w zakresie stylu lękowo-ambivalentnego, a 10 (10,30%) stylu unikowego. Ze względu na małą liczebność grupy styl unikowy nie został włączony do analiz ilościowych. W przypadku tego stylu zostanie dokonana analiza jakościowa wyników. Na podstawie liczebności w poszczególnych grupach (stylach) należy uznać, że u części osób żaden styl nie był stylem dominującym.

Podwyższone objawy lękowe (wynik równy i wyższy niż 8) stwierdzono u 59 osób na 97 badanych, co stanowi 60,82%. Objawy depresyjne na podwyższonym poziomie przejawiały 22 osoby, czyli 22,68% badanej grupy. Objawy lękowe stwierdzono u 43 kobiet (72,88%) i 16 mężczyzn (27,12%). Poziom podwyższonego lęku był wyższy

w grupie osób starszych (wiek równy lub powyżej 41 lat) – uzyskało go 38 osób (64,40%). Kobiety w porównaniu z mężczyznami stanowiły liczniejszą grupę osób z objawami depresji (15 osób, co stanowi 68,18% badanej grupy). Podwyższony poziom depresji zaobserwowano u osób starszych, tj. w wieku 41 lat i starszym (16 osób, to jest 72,72%).

Za podwyższony poziom odczuwanego bólu uznano wynik 6 i powyżej (opis w skali: „ból dość silny”). Wśród 97 badanych osób podwyższony poziom subiektywnie odczuwanego bólu stwierdzono u 37 osób, co stanowi 38,14% wszystkich badanych. Wyższy poziom bólu zaobserwowano u 25 kobiet (67,57%) w porównaniu z mężczyznami (12 osób). Na wyższy poziom bólu uskarżały się także osoby powyżej 41. roku życia – 24 osoby, co stanowi 64,86% osób z podwyższonym poziomem percepcji bólu.

Głównym przedmiotem zainteresowania niniejszej pracy była analiza porównawcza związku odczuwanego bólu z lękiem i depresją u osób z różnym stylem przywiązania w zależności od wieku. Dokonano podziału grupy osób z ufnym i lękowo-ambivalentnym stylem przywiązania, biorąc pod uwagę wiek 40 lat dla stylu ufego oraz 42 lata dla stylu lękowo-ambivalentnego. Podziału takiego dokonano, chcąc uzyskać w miarę równe liczebności grupy, a także korzystając z wiedzy na temat tego, że okres około 40 lat stanowi swoistego rodzaju przełom w życiu każdego człowieka (kryzys wieku średniego) i jakościową zmianę w życiu.

W grupie osób o wysokich wynikach w zakresie stylu ufego (bezpiecznego) (tab. 1) uzyskano niewielką, dodatnią, ale istotną statystycznie korelację między odczuwanym bólem a lękiem ( $r = 0,25$ ,  $p < 0,05$ ) oraz wysoką, dodatnią korelację między lękiem a depresją ( $r = 0,71$ ,  $p < 0,05$ ). Oznacza to, że istnieje związek między odczuwanym lękiem a subiektywnie odczuwaną intensywnością bólu u osób z ufnym stylem przywiązania, a także między obniżonym nastrojem a odczuwanym przez te osoby lękiem.

**Tabela 1.** Współczynnik korelacji r-Spearmana między odczuwanym bólem, lękiem i depresją dla osób, które charakteryzują się ufnym stylem przywiązania (N = 80, dla kobiet i mężczyzn)

**Table 1.** The r-Spearman's correlation coefficient between perceived pain, anxiety and depression for people with secure attachment style (N = 80, for men and women)

Zmienna	Lęk	Depresja	Ból średni
Lęk	–	0,71	0,25
Depresja	0,71	–	0,16
Ból średni	0,25	0,16	–

W grupie badanych kobiet o ufnym stylu przywiązania uzyskano istotny statystycznie wynik świadczący o dużym związku odczuwanego lęku z obniżonym nastrojem ( $r = 0,73$ ,  $p < 0,05$ ) (tab. 2). Kobiety o ufnym stylu przywiązania uzyskują najwyższy poziom korelacji w zakresie związku lęku z depresją w porównaniu z mężczyznami i osobami powyżej i poniżej 40. roku życia.

**Tabela 2.** Współczynnik korelacji r-Spearmana między odczuwanym bólem, lękiem i depresją dla osób, które charakteryzują się ufnym stylem przywiązania (N = 46, dla kobiet)

**Table 2.** The r-Spearman's correlation coefficient between perceived pain, anxiety and depression for people with secure attachment style (N = 46, for women)

Zmienna	Lęk	Depresja	Ból średni
Lęk	–	0,73	0,21
Depresja	0,73	–	0,14
Ból średni	0,21	0,14	–

Wśród badanych mężczyzn o ufnym stylu przywiązania istotny statystycznie okazał się podobnie jak u kobiet, ale na nieco niższym poziomie, związek między odczuwanym przez nich stanem depresyjnym a lękiem ( $r = 0,51$ ,  $p < 0,05$ ) (tab. 3). Związek między subiektywnie odczuwanym bólem a lękiem nie uzyskał poziomu istotności statystycznej, ale jest wyższy ( $r = 0,35$ ) od istotnego statystycznie wyniku dla kobiet i mężczyzn o ufnym stylu przywiązania ( $r = 0,25$ ,  $p < 0,05$ ). Wynik taki sugeruje, że to u mężczyzn związek bólu z lękiem może mieć większe znaczenie.

**Tabela 3.** Współczynnik korelacji r-Spearmana między odczuwanym bólem, lękiem i depresją dla osób, które charakteryzują się ufnym stylem przywiązania (N = 34, dla mężczyzn)

**Table 3.** The r-Spearman's correlation coefficient between perceived pain, anxiety and depression for people with secure attachment style (N = 34, for men)

Zmienna	Lęk	Depresja	Ból średni
Lęk	–	0,51	0,35
Depresja	0,51	–	0,15
Ból średni	0,35	0,15	–

U osób poniżej 40. roku życia charakteryzujących się ufnym stylem przywiązania uzyskano istotnie statystyczną wysoką, dodatnią korelację między odczuwanym lękiem a obniżonym nastrojem ( $r = 0,68$ ,  $p < 0,05$ ) (tab. 4). Korelacja między odczuwanym bólem a lękiem nie uzyskała poziomu istotności statystycznej, ale jest wyższa ( $r = 0,31$ ) od wyniku dla wszystkich osób

badanych z ufnym stylem przywiązania ( $r = 0,25$ ,  $p < 0,05$ ). Wydaje się więc, że to u mężczyzn i osób poniżej 40. roku życia charakteryzujących się ufnym stylem przywiązania związek między lękiem a odczuwanym bólem może być ważniejszy niż u kobiet i osób po 40. roku życia charakteryzujących się tym stylem.

**Tabela 4.** Współczynnik korelacji r-Spearmana między odczuwanym bólem, lękiem i depresją dla osób, które charakteryzują się ufnym stylem przywiązania (N = 37, dla osób poniżej 40. roku życia)

**Table 4.** The r-Spearman's correlation coefficient between perceived pain, anxiety and depression for people with secure attachment style (N = 37, for people under 40 years of age)

Zmienna	Lęk	Depresja	Ból średni
Lęk	–	0,68	0,31
Depresja	0,68	–	0,21
Ból średni	0,31	0,21	–

W grupie osób z ufnym stylem przywiązania powyżej 40. roku życia istotny statystycznie okazał się również związek między odczuwanym lękiem i depresją ( $r = 0,69$ ,  $p < 0,05$ ) (tab. 5). Wynik ten jest zbliżony do wyniku dla wszystkich osób badanych charakteryzujących się ufnym stylem przywiązania ( $r = 0,71$ ,  $p < 0,05$ ).

**Tabela 5.** Współczynnik korelacji r-Spearmana między odczuwanym bólem, lękiem i depresją dla osób, które charakteryzują się ufnym stylem przywiązania (N = 43, dla osób powyżej 40. roku życia)

**Table 5.** The r-Spearman's correlation coefficient between perceived pain, anxiety and depression for people with secure attachment style (N = 43, for people over 40 years of age)

Zmienna	Lęk	Depresja	Ból średni
Lęk	–	0,69	0,18
Depresja	0,69	–	0,13
Ból średni	0,18	0,13	–

W grupie osób o wysokich wynikach w zakresie stylu lękowo-ambiwalentnego nie uzyskano istotnych statystycznie wyników dotyczących związku między subiektywnie odczuwanym bólem, lękiem i depresją (tab. 6). Uwagę zwraca jedynie ujemny związek między bólem a lękiem, co może świadczyć o odwrotnej zależności między tymi zjawiskami w porównaniu z badanymi charakteryzującymi się ufnym stylem przywiązania. Tam zanotowano dodatnią i statystycznie istotną korelację.

**Tabela 6.** Współczynnik korelacji r-Spearmana między odczuwanym bólem, lękiem i depresją dla osób, które charakteryzują się lękowo-ambiwalentnym stylem przywiązania (N = 29, dla kobiet i mężczyzn)

**Table 6.** The r-Spearman's correlation coefficient between perceived pain, anxiety and depression for people with anxiety-ambivalent attachment style (N = 29, for men and women)

Zmienna	Lęk	Depresja	Ból średni
Lęk	–	0,26	–0,02
Depresja	0,26	–	0,23
Ból średni	–0,02	0,23	–

Wśród kobiet o lękowo-ambiwalentnym stylu przywiązania analizy ukazały dodatnią, istotną statystycznie korelację między lękiem a obniżonym nastrojem ( $r = 0,59$ ,  $p < 0,05$ ) (tab. 7). Zaznaczył się nieistotny statystycznie ujemny związek między depresją a bólem.

**Tabela 7.** Współczynnik korelacji r-Spearmana między odczuwanym bólem, lękiem i depresją dla osób, które charakteryzują się lękowo-ambiwalentnym stylem przywiązania (N = 19, dla kobiet)

**Table 7.** The r-Spearman's correlation coefficient between perceived pain, anxiety and depression for people with anxiety-ambivalent attachment style (N = 19, for women)

Zmienna	Lęk	Depresja	Ból średni
Lęk	–	0,59	0,15
Depresja	0,59	–	–0,08
Ból średni	0,15	–0,08	–

Nie uzyskano istotnych statystycznie wyników u mężczyzn o lękowo-ambiwalentnym stylu przywiązania (tab. 8). Uwagę zwraca ujemna korelacja między lękiem a depresją, która może sugerować odwrotną tendencję niż u mężczyzn z ufnym stylem przywiązania. U nich związek między lękiem i depresją był dodatni i istotny statystycznie. Ciekawym wynikiem, choć nieistotnym statystycznie, który może być wart dalszej eksploracji jest dość

**Tabela 8.** Współczynnik korelacji r-Spearmana między odczuwanym bólem, lękiem i depresją dla osób, które charakteryzują się lękowo-ambiwalentnym stylem przywiązania (N = 10, dla mężczyzn)

**Table 8.** The r-Spearman's correlation coefficient between perceived pain, anxiety and depression for people with anxiety-ambivalent attachment style (N = 10 for men)

Zmienna	Lęk	Depresja	Ból średni
Lęk	–	–0,03	0,35
Depresja	–0,03	–	0,16
Ból średni	0,35	0,16	–

duża korelacja ( $r = 0,35$ ) między lękiem a subiektywnie odczuwanym bólem u mężczyzn z lękowo-ambiwalentnym stylem przywiązania.

W grupie osób charakteryzujących się lękowo-ambiwalentnym stylem przywiązania poniżej 42. roku życia uzyskano dodatnią, istotną statystycznie korelację między odczuwanym lękiem a depresją ( $r = 0,67$ ,  $p < 0,05$ ) (tab. 9). Podobnie jak w grupie mężczyzn o tym stylu zaznacza się wysoki ( $r = 0,44$ ), choć nieistotny statystycznie związek między bólem a lękiem.

**Tabela 9.** Współczynnik korelacji r-Spearmana między odczuwanym bólem, lękiem i depresją dla osób, które charakteryzują się lękowo-ambiwalentnym stylem przywiązania (N = 14, dla osób poniżej 42. roku życia)

**Table 9.** The r-Spearman's correlation coefficient between perceived pain, anxiety and depression for people with anxiety-ambivalent attachment style (N = 14, for people under 42 years of age)

Zmienna	Lęk	Depresja	Ból średni
Lęk	–	0,67	0,44
Depresja	0,67	–	0,17
Ból średni	0,44	0,17	–

Analiza związku bólu, lęku i depresji u osób poniżej 42. roku życia charakteryzujących się lękowo-ambiwalentnym stylem przywiązania nie wykazała istotnych statystycznie korelacji (tab. 10). Uwagę zwraca ujemna korelacja między lękiem a odczuwanym bólem. Wynik jest jednak bardzo niski.

**Tabela 10.** Współczynnik korelacji r-Spearmana między odczuwanym bólem, lękiem i depresją dla osób, które charakteryzują się lękowo-ambiwalentnym stylem przywiązania (N = 15, dla osób powyżej 42. roku życia)

**Table 10.** The r-Spearman's correlation coefficient between perceived pain, anxiety and depression for people with anxiety-ambivalent attachment style (N = 15, for people over 42 years of age)

Zmienna	Lęk	Depresja	Ból średni
Lęk	–	0,26	–0,02
Depresja	0,26	–	0,23
Ból średni	–0,02	0,23	–

W tabeli 11 przedstawiono jakościową charakterystykę i analizę wyników uzyskanych przez osoby z chorobą dyskową odcinka krzyżowo-lędźwiowego charakteryzujących się stylem uniko-owym. W grupie tej znalazło się 10 osób, dlatego niemożliwa była ilościowa analiza statystyczna otrzymanych przez nich wyników.

Sześć z pośród tych osób oprócz stylu uniko-owego charakteryzowało się również wysokim wynikiem w stylu lękowo-ambiwalentnym, trzy oso-

**Tabela 11.** Zestawienie wyników dla osób z chorobą dyskową odcinka krzyżowo-lędźwiowego, które charakteryzują się stylem unikowym przywiązania (N = 10)

**Table 11.** Summary of the results for lumbosacral disc disorder patients with avoidant style (N = 10)

Lp.	Płeć	Wiek	Stan cywilny	Styl ufny	Styl lękowo-ambiwalentny	Styl unikowy	Lęk	Depresja	Ból
1	k	55	mężatka	0	1	1	12	11	7
2	m	53	żonaty	0	1	1	13	12	6
3	m	30	żonaty	1	1	1	8	9	4
4	k	51	mężatka	1	1	1	10	11	1
5	m	59	żonaty	1	1	1	10	3	6
6	k	47	panna	0	1	1	8	7	4
7	m	51	żonaty	0	1	1	5	4	1
8	k	30	mężatka	0	1	1	12	7	7
9	m	41	żonaty	0	1	1	13	10	5
10	m	37	żonaty	1	0	1	3	0	2

by uzyskały wysokie wyniki we wszystkich trzech skalach, a jedna oprócz wysokiego wyniku dla stylu unikowego uzyskała również wysoki wynik w stylu ufnym. Dziewięć z nich żyło w związku małżeńskim, jedna osoba (kobieta) nie była w stałym związku. Ta 47-letnia kobieta uzyskała wysoki wynik zarówno dla stylu unikowego, jak i lękowo-ambiwalentnego. Wysoki wynik zarówno dla stylu ufnego, jak i unikowego otrzymał mężczyzna w wieku 37 lat, żyjący w małżeństwie. Średni wynik w skali depresji wynosił 7,4, w skali lęku – 9,4, co świadczyłoby o występowaniu podwyższonego poziomu lęku u osób z unikowym stylem przywiązania (świadczy o tym wynik powyżej 8 punktów). Średni poziom odczuwanego przez nich bólu wynosił 4,3, był więc niski (za wysoki przyjęto wynik 6 i powyżej).

## Omówienie

Celem niniejszego artykułu była próba scharakteryzowania emocjonalnego funkcjonowania (lęk, depresja) i doświadczanego subiektywnie bólu w zależności od posiadanego przez osoby cierpiące na dyskopatię odcinka krzyżowo-lędźwiowego, stylu przywiązania.

Związki stanów depresyjnych i lękowych z bólem były przedmiotem wielu opracowań i badań [2, 9, 24]. W badaniach Jodzio et al. [9] stwierdzono statystycznie istotny wyższy poziom depresji w grupie osób z zespołem bólowym okolicy lędźwiowo-krzyżowej w porównaniu z grupą osób zdrowych. Wnikliwa lektura doniesień na temat związków depresji i lęku z bólem wskazuje na wpływ czynników osobowościowych na doświadczanie tych stanów u osób z bólem przewlekłym [6, 9, 17, 21]. W psychologii zdrowia znaczącą rolę

w utrzymywaniu się przy zdrowiu lub radzeniu sobie z chorobą przypisuje się poczuciu koherencji [7] oraz prężności osobowej [7, 14]. Na ukształtowanie się tych predyspozycji osobowościowych, z dużym prawdopodobieństwem, mają wpływ między innymi warunki wychowawcze w pierwszych latach życia człowieka, podobnie jak na wzorzec przywiązania (typ więzi) u człowieka dorosłego. Wśród badaczy zajmujących się zdrowym i zaburzonym funkcjonowaniem człowieka zwiększa się zainteresowanie wpływem typu przywiązania na regulację emocji oraz zdrowie psychiczne i fizyczne [13, 14, 25]. Dlatego autorzy niniejszego opracowania podjęli próbę zbadania emocjonalnego funkcjonowania (stan lęku i depresji) osób cierpiących z powodu bólu przewlekłego wynikającego z choroby dyskowej odcinka krzyżowo-lędźwiowego w zależności od dominującego u nich stylu przywiązania.

Analizie statystycznej poddano dwa style: ufny i lękowo-ambiwalentny. Należy podkreślić, że wśród zbadanych 97 osób 80 charakteryzowało się ufnym stylem przywiązania, 29 osób dominacją stylu lękowo-ambiwalentnego, a jedynie 10 dominacją stylu unikowego.

U osób cierpiących na dyskopatię odcinka krzyżowo-lędźwiowego o stylu ufnym uzyskano pozytywną zależność między lękiem a odczuwanym bólem. Wynik taki może świadczyć o adekwatnym emocjonalnym reagowaniu u tych chorych. Na podstawie przedstawionej w powyższym opracowaniu wiedzy dotyczącej funkcjonowania osób z ufnym stylem przywiązania należałoby przypuszczać, że odczuwany przez tych chorych ból prowadzi do zwiększonego lęku. Może stać się przez to sygnałem o zagrożeniu dobrostanu tych osób, być może motywującym ich do usunięcia zespołu bólowego.



Wyniki analiz potwierdzają dużą zależność między lękiem a depresyjnym obniżeniem nastroju u osób z ufnym stylem przywiązania, niezależnie od wieku i płci osób badanych. Związek ten jest jednak największy w grupie kobiet o ufnym stylu przywiązania. Wynik taki wydaje się potwierdzać charakterystykę osób z ufnym stylem przywiązania mówiącą o adekwatnym przeżywaniu emocji w sytuacji choroby.

Analiza związków między bólem, lękiem i depresją u osób z chorobą dyskową odcinka krzyżowo-lędźwiowego o lękowo-ambiwalentnym stylu przywiązania daje wyniki istotne statystycznie jedynie w przypadku zależności między lękiem i depresją w grupie kobiet oraz w grupie osób poniżej 42. roku życia. W tych dwóch grupach zachodzi podobieństwo korelacji do grupy kobiet i osób poniżej 40. r.ż. z ufnym stylem przywiązania oraz do całej grupy osób z ufnym stylem przywiązania. Być może jednak wiek i płeć (osoby młodsze i kobiety) mają większe znaczenie niż styl przywiązania dla przeżywanej depresji i lęku u osób cierpiących na dyskopatię odcinka krzyżowo-lędźwiowego.

W badaniach Jodzio et al. [9] stwierdzono, podobnie jak w analizie funkcjonowania stylu ufnego, że obniżenie nastroju u chorych z dolegliwościami bólowymi było związane z ich gotowością do reagowania lękiem. Nie stwierdzono natomiast, jak w przypadku rezultatów badania dla stylu ufnego, że wzmożona gotowość do reagowania lękiem sprzyja nasileniu się odczuć bólowych. Być może wynika to z różnicy zastosowanych metod. W badaniu Jodzio zastosowano badanie lęku jako stałej predyspozycji, w niniejszym badaniu pytano o odczuwanie objawów lękowych w ciągu ostatniego tygodnia. Istotne dla przedstawionych badań jest to, że badana reakcja lękowa była związana z predyspozycją tych osób do lękowego reagowania w ogóle (lęk jako cecha), a więc z pewnego rodzaju predyspozycją osobowościową.

Warte wspomnienia wydaje się to, że pojawiła się ujemna korelacja, choć bardzo mała i nieistotna statystycznie między odczuwanym bólem a lękiem w grupie wszystkich badanych o lękowo-ambiwalentnym stylu przywiązania oraz w grupie osób powyżej 42. roku życia charakteryzujących się tym stylem. Tendencja ta jest odwrotna do uzyskanej dodatniej i istotnej statystycznie korelacji między lękiem a subiektywnie odczuwanym bólem u osób z ufnym stylem przywiązania. Wydaje się więc ważne, aby zbadać, czy zarysowana tendencja będzie istotna statystycznie przy porównywalnych ilościowo grupach badanych w zakresie obu stylów.

Również nieistotny statystycznie, ale warty wspomnienia i dalszej eksploracji jest wysoki wynik dotyczący związku lęku z bólem u mężczyzn i osób poniżej 42. roku życia z lękowo-ambiwalentnym stylem przywiązania.

Grupa osób z lękowo-ambiwalentnym stylem przywiązania była znacząco mniejsza w porównaniu z grupą osób o ufnym stylu przywiązania, być może dlatego uzyskano niewiele wyników istotnych statystycznie w tej grupie osób z chorobą dyskową odcinka krzyżowo-lędźwiowego.

Na podstawie jakościowej analizy badanych z unikowym stylem przywiązania stwierdzono zwiększony poziom odczuwanego lęku u tych osób, mimo że średni odczuwany przez nich ból był słaby. Wynik taki może sugerować, że osoby o unikowym stylu przywiązania reagują większym lękiem nawet w sytuacji niewielkiego odczuwania bólu w przeciwieństwie do osób z ufnym stylem przywiązania, gdzie wysoki poziom lęku istotnie i pozytywnie korelował z wysokim nasileniem odczuwanych dolegliwości bólowych.

Badania Carroll et al. [2] również potwierdziły związki depresji z bólem. Autorzy stwierdzają, że stan depresyjny mający związek z pasywnym stylem radzenia sobie z trudnymi sytuacjami w życiu oraz negatywnymi schematami rozumienia siebie i świata może mieć wpływ na rozwój dolegliwości bólowych. Taki sposób poznawczego i emocjonalnego funkcjonowania charakteryzujący osoby ze skłonnościami do depresji jest przejawem predyspozycji osobowościowych.

Depresja i neurotyzm (lęk jako cecha) wpływają na percepcję bólu w danej chwili, a także na ocenę bólu z przeszłości. Te dwa czynniki natury osobowościowej i emocjonalnej mogą wpływać na brak spostrzegania zmian w doświadczaniu bólu przewlekłego mimo wdrożenia leczenia [16].

Wydaje się więc niezwykle ważne, aby badać i poznawać wzajemne związki między uwarunkowaniami osobowościowymi, funkcjonowaniem emocjonalnym a doświadczanym bólem w różnych chorobach somatycznych. Choroba dyskowa odcinka krzyżowo-lędźwiowego kręgosłupa (najczęściej występującego schorzenia tego typu), jako zaburzenie zarówno czynnościowe, jak i biologiczne, wydaje się szczególnie ważnym obszarem badań z tego zakresu. Odkrycie wpływu i wzajemnych zależności między osobowością, tendencją do emocjonalnego reagowania w chorobowych sytuacjach oraz wpływem tych zmiennych na percepcję bólu może przynieść konkretne wskazówki dotyczące całościowego leczenia i pomocy osobom z zespołami bólowymi kręgosłupa.

Przedstawiony w niniejszym artykule materiał jest inspiracją do kolejnych pytań badawczych, eksploracji i badań. Zaznaczone tendencje i kierunki zależności wymagałyby zwiększenia próby badanych osób tak, aby można było odpowiedzieć na pytanie, czy rodzaj posiadanego stylu przywiązania może pełnić funkcję zasobu zdrowotnego u osób z chorobą dyskową odcinka krzyżowo-lędźwiowego.

## Piśmiennictwo

- [1] **Allsup S.J., Gosney M.A.:** Anxiety and depression in an older research population and their impact on clinical outcomes in randomized controlled trial. *Postgrad. Med. J.* 2002, 78, 674–677.
- [2] **Carroll L.J., Cassidy J.D., Cote P.:** Depression as a risk factor for onset of an episode of troublesome neck and low back pain. *Pain* 107 (2004), 134–139.
- [3] **Chaitow L., Fritz S.:** Masaż leczniczy. Bóle dolnego odcinka kręgosłupa i miednicy. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2007, 1–24.
- [4] **Cierpiałkowska L., Sęk H.:** Zdrowie i zaburzenia z perspektywy rozwojowej i procesualnej. Próba integracji podejścia salutogenetycznego i patogenetycznego. [W:] *Psychologia Zdrowia: teoria, metodologia i empiria*. Red.: Pasikowski T., Sęk H. Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2006, 21–39.
- [5] **Dobrogowski J.:** Ból i jego leczenie. Springer PWN, Warszawa 1996.
- [6] **Golec A., Dobrogowski J.:** Zaburzenia depresyjne i ból przewlekły. *Ból* 2004, 5, 35–43.
- [7] **Heszen I., Sęk H.:** Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007, 10, 160–176.
- [8] **Jaracz J., Rybakowski J.:** Depresja a ból: nowe dane kliniczne, neurobiologiczne i psychofarmakologiczne. *Psychiatr. Pol.* 2005, 5, 937–950.
- [9] **Jodzio K., Nyka W., Tomczak H.:** Depresja u pacjentów z zespołami bólowymi okolicy lędźwiowo-krzyżowej leczonych ambulatoryjnie. *Psychiatr. Pol.* 1995, 29, 6, 809–818.
- [10] **Karels C., Bierma-Zeinstra S., Burdorf A., Verhagen A., Koes B.:** Social and psychological factors influence the course of arm, neck and shoulder complaints. *J. Clin. Epidemiol.* 2007, 60, 839–848.
- [11] **Kozińska B.:** Typ przywiązania a zdrowie psychiczne. *Psychoter.* 2006, 3 (138), 5–20.
- [12] **Król-Kuczkowska A.:** Teoria przywiązania jako sposób rozumienia wewnętrznego świata pacjenta. [W:] *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*. Red.: Józefik B., Iniewicz G. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008.
- [13] **Łazowski J.:** Nowa teoria więzi, *Sztuka Leczenia* 2002, 3, 9–21.
- [14] **Pilecki M.:** Teoria więzi – zarysowanie kontekstu. [W:] *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*. Red.: Józefik B., Iniewicz G. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008.
- [15] **Plopa M.:** Kwestionariusz Stylów Przywiązaniowych (KSP). Podręcznik. Wizja Press & IT, Warszawa 2008.
- [16] **Raselli C., Broderick J.E.:** The association of depression and neuroticism with pain reports: A comparison of momentary and recalled pain assessment. *J. Psychosom. Res.* 2007, 62, 313–320.
- [17] **Rebe-Jabłońska J., Miller A.:** Związki między bólem a depresją. *Psychiatr. Pol.* 2005, 39, 1, 7–20.
- [18] **Szczygieł E., Krzanik B., Golec J., Szot P.:** Rola czynników psychologicznych w przewlekłych zespołach bólowych kręgosłupa szyjnego. *Fizjoter. Pol.* 2009, 9, 312–320.
- [19] **Świerkot J.:** Bóle krzyża – etiologia, diagnostyka i leczenie. *Przewodnik Lekarza*, 2006, 2, 86–98.
- [20] **Tryjarska B.:** Style przywiązania partnerów a tworzenie bliskich związków w dorosłości. [W:] *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*. Red.: Tryjarska B. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2010.
- [21] **de Walden-Gałuszko K., Mankowicz M.:** Psychologiczno-kliniczna ocena bólu przewlekłego. Wskazania dla lekarzy pierwszego kontaktu oraz poradni przeciwbólowych paliatywnych. Zakład Medycyny Paliatywnej, Akademia Medyczna, Gdańsk 2003, 3–22.
- [22] **de Walden-Gałuszko K.:** U kresu. Opieka psychopaliatywna, czyli jak pomóc choremu, rodzinie i personelowi medycznemu środkami psychologicznymi. Wydawnictwo Medyczne MAKmed, Gdańsk 2000, 46–51.
- [23] **Villemure Ch., Bushnell M.C.:** Kognitywna modulacja bólu – w jaki sposób uwaga i emocje wpływają na przetwarzanie bólu? *Ból* 2004, 5, 22–26.
- [24] **Wrodycka B., Chmielewski H., Gruszczyński W., Żytkowski A., Chudzik W.:** Depresja maskowana (atypowa) u chorych z zespołem bólowym kręgosłupa w praktyce ambulatoryjnej neurologa. *Pol. Med. Lek.* 2006, 21, 121, 38.
- [25] **Żechowski C., Namysłowska I.:** Teoria przywiązania a rozwój zaburzeń psychicznych. [W:] *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*. Red.: Józefik B., Iniewicz G. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2008.
- [26] **Żytkowski A., Sosnowski S., Wrodycka B.:** Etiopatogeneza choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa. *Pol. Merk. Lek.* 2006, 21, 125, 498.

### Adres do korespondencji:

Agnieszka Turkiewicz-Maligranda  
Zakład Medycznych Nauk Społecznych Katedry Zdrowia Publicznego  
ul. Bartła 5  
51-618 Wrocław  
tel.: 604 20 95 64  
e-mail: aturkiewicz@op.pl

Konflikt interesów: nie występuje

Praca wpłynęła do Redakcji: 17.10.2012 r.  
Po recenzji: 13.11.2012 r.  
Zaakceptowano do druku: 13.11.2012 r.

Received: 17.10.2012  
Revised: 13.11.2012  
Accepted: 13.11.2012