**Streszczenie**

**Ocena znaczenia interocepcji u osób uzależnionych od alkoholu**

1. **Wstęp**

Interocepcja to zdolność organizmu do tworzenia ośrodkowych reprezentacji jego stanów wewnętrznych, która obejmuje procesy fizjologiczne odpowiedzialne za odbieranie, przetwarzanie i integrację ośrodkową sygnałów napływających z wnętrza ciała. Wyodrębnia się różne jej domeny, odnoszące się do oceny indywidualnych umiejętności identyfikowania sygnałów płynących z wnętrza ciała: [1] mierzoną behawioralnie **dokładność interoceptywną** (*interoceptive accuracy*), [2] mierzoną kwestionariuszowo **wrażliwość interoceptywną** (*interoceptive sensibility*) i [3] metapoznawczą **świadomość interoceptywną** (*interoceptive awareness*). Współczesne badania pokazują, że znaczenie interocepcji wykracza poza fizjologiczne mechanizmy homeostazy i jest istotne w procesach poznawczych, emocjonalnych czy regulacji zachowań. Zaburzenia interocepcji powiązano z przebiegiem wielu zaburzeń psychicznych, w tym uzależnień od substancji psychoaktywnych (SPA).

Dostępne w literaturze dane sugerują potencjalne wzajemne związki pomiędzy interocepcją a uzależnieniem od alkoholu (UA), przy czym uzasadnione wydaje się założenie, że zależność jest dwukierunkowa. Zaburzenie w zakresie prawidłowego odczytywania sygnałów napływających z ciała może sprzyjać rozwojowi UA. Alkohol może z kolei niekorzystnie wpływać na zdolności interoceptywne. Dodatkowo uwagę zwracają teoretyczne powiązania pomiędzy interocepcją a innymi, zidentyfikowanymi czynnikami ryzyka uzależnienia od alkoholu, takimi jak aleksytymia czy ból.

Aleksytymia, czyli trudność w nazywaniu własnych stanów emocjonalnych, występuje u 30-67% osób z rozpoznaniem UA. Niektóre teorie emocji zakładają, że prawidłowe odczytywanie sygnałów napływających z wnętrza ciała stanowi podstawę właściwego identyfikowania stanów emocjonalnych, co sugeruje związek aleksytymii z interocepcją. Co interesujące, aleksytymia określana bywa w literaturze jako „ogólny deficyt interocepcji”.

Osoby uzależnione od alkoholu często zgłaszają występowanie przewlekłego bólu. Problem może dotyczyć ponad 30% z nich. Według niektórych konceptualizacji uzależnienie od alkoholu opisać można jako „przewlekłe zaburzenie bólowe”. Ponadto ból wymieniany jest w literaturze przedmiotu wśród odczuć interoceptywnych.

Zarówno aleksytymia, jak i ból są związane z negatywną emocjonalnością (nieprzyjemne odczucia takie jak napięcie czy lęk), która może przyczyniać się do rozwoju UA. Znaczenie negatywnej emocjonalności w tym kontekście określają teorie negatywnego wzmacniania (zakładają one, że alkohol pomaga redukować nieprzyjemne stany emocjonalne).

Ocena zdolności interoceptywnych w populacji pacjentów uzależnionych od alkoholu wydaje się zatem ważnym kierunkiem badawczym i choć modele teoretyczne w przekonujący sposób wskazują na znaczenie tych zdolności w rozwoju i przebiegu UA, tak naprawdę niewiele jest badań w praktyce podejmujących tę tematykę. W szczególnym stopniu dotyczy to złożonych modeli uwzględniających związki interocepcji z innymi zmiennymi w grupie osób z UA, takimi jak: aleksytymia, ból i negatywna emocjonalność. Ponadto warto podkreślić, że dotychczas nie prowadzono badań, które porównywałyby wspomniane powyżej związki pomiędzy kliniczną grupą osób uzależnionych od alkoholu a grupą kontrolną osób zdrowych. Warto podkreślić, że analizy wspomnianych zależności mogą nieść istotne walory kliniczne, a uzyskane wyniki mogą potencjalnie znaleźć zastosowanie w ciągle niewystarczająco skutecznych programach terapeutycznych dla osób uzależnionych od alkoholu.

1. **Cel pracy**

Przedmiotem niniejszej pracy doktorskiej była ocena zależności pomiędzy dokładnością interoceptywną a aleksytymią, negatywną emocjonalnością (lękiem) i wrażliwością na ból u osób z rozpoznaniem UA.

Sformułowano następujące cele szczegółowe:

1. Porównanie dokładności interoceptywnej między grupą osób z rozpoznaniem UA a grupą osób zdrowych.
2. Ocena zależności między dokładnością interoceptywną, aleksytymią i negatywną emocjonalnością (lękiem) w grupie osób z rozpoznaniem UA.
3. Ocena związków między dokładnością interoceptywną i wrażliwością na ból w grupie osób z rozpoznaniem UA i grupie kontrolnej osób zdrowych.
4. **Materiał i metody**

W opracowaniu grupę badawczą stanowili pacjenci całodobowego oddziału terapeutycznego dla osób uzależnionych od alkoholu spełniający kryteria rozpoznania UA zawarte w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10: F10.2 (10th revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Grupa kontrolna składała się z osób, u których wykluczono rozpoznanie uzależnienia od alkoholu i innych zaburzeń psychicznych (zdrowi dorośli). Do badania zrekrutowano łącznie 165 pacjentów z rozpoznaniem UA i 110 zdrowych dorosłych. W celu oceny badanych zmiennych wykorzystano następujące kwestionariusze: [1] Skala Aleksytymii TAS-20 (*Toronto Alexithymia Scale* – najczęściej stosowanie narzędzie oceny nasilenia aleksytymii); [2] Krótki Inwentarz Objawów BSI (*Brief Symptom Inventory* – kwestionariusz służący do oceny objawów lękowych jako miary negatywnej emocjonalności); [3] Skala Wrażliwości na Ból PSQ (*Pain Sensitivity Questionnaire*); [4] Wzrokowo-Analogowa Skala Bólu VAS (*Visual Analogue Scale*); [5] Test Zliczania Uderzeń Serca HCT (*Heartbeat Counting Task* – test behawioralny służący do oceny dokładności interoceptywnej, który polega na zliczaniu uderzeń serca w wyznaczonych interwałach czasowych pod kontrolą EKG).

1. **Wyniki**

W wyniku przeprowadzonych analiz statystycznych stwierdzono, że osoby z UA cechowały się istotnie gorszą dokładnością interoceptywną i wyższą aleksytymią niż osoby zdrowe. W obu grupach gorsze zdolności interoceptywne były związane ze znamiennie wyższym nasileniem lęku. Wykazano dodatkowo ujemną korelację między dokładnością interoceptywną a aleksytymią w obu grupach – badani charakteryzujący się gorszym przetwarzaniem sygnałów napływających z wnętrza ciała mieli istotnie większe trudności w rozpoznawaniu swoich stanów emocjonalnych. W obu grupach wyższa aleksytymia była związana z większym nasileniem lęku, ale zależność ta okazała się istotna statystycznie tylko u osób z rozpoznaniem UA. W wyniku analizy modelu moderowanej mediacji stwierdzono, że aleksytymia pełniła rolę mediatora zależności pomiędzy dokładnością interoceptywną a negatywną emocjonalnością (lękiem). Efekt ten był istotnie większy w grupie osób z rozpoznaniem UA.

W analizach raportowanych w drugiej pracy oryginalnej stwierdzono, że badani z rozpoznaniem UA zgłaszali istotnie większe nasilenie bólu niż osoby zdrowe. W grupie klinicznej obserwowano również znamiennie większą wrażliwość na ból w porównaniu do grupy kontrolnej. W grupie osób uzależnionych od alkoholu mniejsze zdolności interoceptywne mierzone behawioralnie wiązały się z istotnie większą wrażliwością na ból. W grupie kontrolnej osób zdrowych nie obserwowano w tych analizach istotnych statystycznie związków, uwidaczniał się jednak trend sugerujący odwrotną zależność (tj. lepsza dokładność interoceptywna wiązała się z większą wrażliwością na ból).

1. **Wnioski**
2. Osoby z rozpoznaniem UA charakteryzują się istotnie gorszą dokładnością interoceptywną niż osoby zdrowe.
3. (A) U osób z rozpoznaniem UA gorsza dokładność interoceptywna jest istotnie związana z wyższą aleksytymią i większą negatywną emocjonalnością (lękiem). (B) Aleksytymia jest mediatorem zależności między dokładnością interoceptywną a negatywną emocjonalnością (lękiem).
4. U osób z rozpoznaniem UA gorsza dokładność interoceptywna jest istotnie związana z większą wrażliwością na ból, podczas gdy u osób zdrowych obserwowana jest odwrotna zależność.