

Recenzja rozprawy doktorskiej

**Pani Weroniki Kałwak pt. *O poznawaniu cudzego bólu – projekty, metody i praktyki*
opracowanej od kierunkiem dr hab. Małgorzaty Opoczyńskiej – Morasiewicz
w Instytucie Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie**

Przedłożona do recenzji rozprawa doktorska Pani magister Weroniki Kałwak jest nowatorskim studium, w którym Autorka podejmuje się odpowiedzieć na pytanie „o znaczenie bólu, rozumianego jako celowe i metodyczne poznawanie bólu innej osoby, przede wszystkim w kontekście medycznym”(s.8). Problematykę swoich rozważań lokuje Autorka w dziedzinie *medical humanities* oraz w interdyscyplinarnej dziedzinie studiów nad bólem.

Warto w tym miejscu przypomnieć, że nauka o emocjach, a szczególnie nauka o bólu, ma charakter interdyscyplinarny, co utrudnia i wymusza zróżnicowany sposób prowadzenia dyskusji na ten temat. Inaczej to zagadnienie rozumieć będzie zwolennik orientacji fenomenologicznej, inaczej, psychologii osobowościowej, a jeszcze inaczej neuropsycholog, który zawsze będzie pisał o bólu jako emocji w odniesieniu do mózgu. Przy takiej różnorodności ujęć, pojawia się jeden pewnik: ból jest częścią życia, który doświadczany jest przez każdego z nas, ale nie jest odczuwany w równym stopniu. To oznacza, że ogólny poziom bólu jest prawdopodobnie dość stabilną cechą osobowości, zmieniającą się w momencie doświadczania bólu, który narusza wyjściową równowagę, ale zawsze wracającą do punktu wyjściowego w momencie likwidacji źródła doświadczanego bólu. Fakt, iż każdy z nas ma swój własny, indywidualny poziom bólu, spowodowany jest taką, a nie inną strukturą konstytucjonalną, sposobem doświadczania i reagowania na świat, co silnie powiązane jest z indywidualną historią przeżytych doświadczeń bólowych. Dlatego jedni będą bardziej wrażliwi na ból, inni mniej. Neuropsycholog powie, że to, iż każdy z nas jest inny, oznacza, że każdy z nas ma jedyny w swoim rodzaju mózg. Wszystko to sprawia, że mamy do czynienia z niezwykle skomplikowaną materią badawczą, na którą składają się: unikatowa

kombinacja genów, jakie otrzymujemy od naszych rodziców, nasze doświadczenia gromadzone w biegu życia; natura i wychowanie zaś kształtują to, kim jesteśmy i jak doświadczamy to, z czym się stykamy, m.in. także z bólem. Mamy więc, jako badacze, do czynienia z subiektywnie odbieranym, doświadczanym i ocenianym fenomenem. Jak więc go badać? Jest to pytanie, na które – jak dotychczas – nie znaleziono jednoznacznej odpowiedzi. Dlaczego? Na to pytanie i inne stara się znaleźć odpowiedź Autorka dysertacji, która deklaruje: „Moim zamiarem jest po pierwsze przyjrzeć się temu, jakie *przedsięwzięcie* stoi za postulatem badania bólu i metodami proponowanymi, by ten postulat spełniać. Po drugie traktuje metody i narzędzia jak most łączący to przedsięwzięcie z sytuacją, na którą jest projektowane i w której jest *wprowadzane w życie*. Dlatego pragnę rozważyć możliwości badania za ich pomocą- czy raczej drogą, która została zadana – a także relacje pomiędzy badaniem bólu i działaniem w kontekście praktyki medycznej, w którym te metody są aplikowane (na przykład leczeniem przeciwbólowym). Po trzecie, chcę dowiedzieć się, w jaki sposób przebiega i *na czym polega poznawanie bólu* pacjenta przez lekarza – traktuję to jednak jako specyficzny przypadek bardziej uniwersalnego fenomenu poznawania bólu innej osoby – by opierając się na tym, czego się dowiem, na końcu zastanowić się nad możliwością badania bólu” (s.8). Zamierzenia Autorki są bardzo ambitne, ale i charakter bardzo podstawowy, co oznacza, że jeżeli projekt się powiedzie, da asumpt do dalszych, bardziej usystematyzowanych i zaawansowanych badań w tym zakresie. A problem jest, jak słusznie zauważa Autorka „[...] paradygmatycznym przykładem tego, jak zagadnienie filozoficzne sytuuje się w świecie jako kwestia metodologiczna, a nawet okazuje się realnym problemem do rozwiązania w praktyce (w spotkaniu z chorym ze względu na jego zdrowie, w poznawaniu cudzego bólu [...] i palącą życiową kwestią każdego pacjenta, lekarza, pielęgniarki, dentysty i psychologa [...])” (s.9).

Recenzowana praca jest obszerną rozprawą, liczy bowiem wraz z załącznikami 388 stron i zgodnie z przyjętymi standardami składa się z części wstępnej, w której Autorka prezentuje podstawy teoretyczne dla badań własnych oraz metodologiczno-empirycznej, a także bogatego wykazu literatury - 371 pozycji, w tym 290 anglojęzycznej.

Oceniając pracę od względem formalnym należy podkreślić, iż redakcja całego tekstu jest spójna, staranna, praca napisana jest jasnym, poprawnym językiem.

Podstawy teoretyczne badań

Stanowiąca punkt wyjścia dla sformułowania podstaw przyjętego przez Autorkę modelu badań własnych, wstępna, teoretyczna część pracy zatytułowana jest „Projekty i metody” i zawiera cztery części. Prezentuje w nich Doktorantka w sposób wnikliwy problematykę badawczą w literaturze przedmiotu nawiązującej do stanu obecnej wiedzy. Łatwość, z jaką Autorka omawia analizowane kwestie, świadczy o niewątpliwej erudycji w podjętym obszarze badawczym.

W rozdziale pierwszym, ukazując trudności w jednoznacznym definiowaniu badanego fenomenu, omawia sposoby definiowania bólu w kontekście istniejących modeli – biomedycznego i biopsychospołecznego. Wybór takiego kontekstu można uznać za trafny, umożliwiający dokonanie dogłębnej charakterystyki problemu, przy zaznaczeniu jej specyfiki.

Przeprowadzone w tej części pracy analizy, pozwoliły Autorce na wyprowadzenie słusznego wniosku: „Analiza dyskusji [...] ujawniły trzy pozycje, z których zabierany jest głos w ważnych sprawach dziedziny studiów nad bólem: obiektywizującą pozycję naukową, pozycję efektywnego dyskursu (w tym tworzenia polityk medycznych) i pozycję praktyki lekarzy – można traktować je jako pewne rozszerzenie dialektyki teorii i praktyki, lecz bynajmniej nie podziału między nimi, ponieważ powiązane są licznymi zależnościami, stale i dynamicznie się przenikają” (s.39).

Rozdział drugi poświęcony został głównemu problemowi pracy, czyli kwestii badania bólu i jego metod. Zaprezentowana przez Autorkę dyskusja literatury przedmiotu wskazuje na dalsze komplikowanie się problemu, ze względu na fakt, iż ból, część autorów lokuje w układzie nerwowym, a część w świadomości. Pociąga to za sobą określone konsekwencje teoretyczne i metodologiczne. W niniejszym rozdziale Autorka prezentuje genealogię badań bólu, podkreślając, iż badanie bólu z rzadka jest „tematem pogłębionej refleksji” (s.42). Omawia także takie zagadnienia, jak: źródło pytania o badanie bólu, konieczność działania przeciwbólowego, prawa człowieka do eliminowania bólu, skutki nie lezonego bólu. Nie jestem do końca przekonana, czy wszystkie wyżej wymienione treści powinny się znaleźć w dysertacji; często wydają się zbędne, rozbijające spójność rozważań. Prezentowane treści doprowadzają Autorkę do sformułowania definicji bólu, która pozwala poznać przyczynę dotychczasowego niepowodzenia w badaniu fenomenu bólu. Podkreśla ponadto, iż dostęp poznawczy do bólu istnieje wyłącznie z perspektywy pierwszej osoby, poznawany więc może być wyłącznie przez doświadczającego, dlatego, jak postuluje wielu badaczy, ocena bólu powinna być zawsze samoopisowa.

Trzeci rozdział poświęca więc Doktorantka przeglądowi metod badania bólu. Jak zauważa: „Wielowymiarowe metody badania, które przyjmują formę kwestionariuszy, list przymiotników i zestawów skali, również służą kwantyfikacji doświadczania bólu, ale opierają się na koncepcji wieloaspektowości subiektywnego bólu pacjenta, który powinien być trafnie odzwierciedlony przez narzędzie [...]” (s.57). Omawia metody ilościowe, które ocenia głównie pod względem trafności i rzetelności pomiaru dokonywanego za ich pomocą, a także wrażliwości w wykrywaniu zmian intensywności bólu np. pod wpływem leczenia przeciwbólowego, i metody jakościowe, które – jak twierdzi Autorka – nie dopracowały się „testu, który traktowałby o jakościowej metodzie badania bólu” (s.62).

W czwartym rozdziale zaprezentowana została historia pytania o badanie bólu, która pokazała wzrastające zrozumienie badaczy potrzebą posiadania metod umożliwiających poznawanie „tego, co dotyczy ciała w ludzkim doświadczeniu”(s.73).

Podsumowanie

1. Z referowanych przez Autorkę treści wynika, że nie podejmowano dotychczas rozważań nt. znaczenia badania bólu, pojmowanego jako celowe i metodyczne poznawanie bólu innej osoby.
2. Dobór zagadnień w tej części jest prawidłowy, przemyślany i uzasadniony merytorycznie, choć może w niektórych przypadkach zbyt szeroki. Stanowi jednak spójną konstrukcję.
3. Forma prezentacji treści, wykorzystująca ideę koła hermeneutycznego, dookreślona została przez Autorkę w sposób następujący: „[...] zgodnie z którą każde pytanie badawcze (i następująca po nim odpowiedź) poprzedzone jest odpowiedziami (i pytaniami, które je poprzedziły). Ich historia, jako kontekst, z którego wyrosło moje pytanie, dopiero pozwala uzasadnić je i zrozumieć”(s.64), jest konsekwentnie realizowana w całej dysertacji. Pozwoliła ponadto Autorce na zamieszczanie odautorskich komentarzy świadczących o Jej dobrej orientacji w literaturze przedmiotu i badanej problematyce.
4. Zauważalna jest duża samodzielność intelektualna Doktorantki, Jej umiejętność dokonywania z jednej strony analizy treści, z drugiej zaś dokonywania resyntezy, ale już pod kątem omawianej problematyki.
5. Wszystkie rozdziały szeroko uwzględniają najnowszą literaturę przedmiotu, są czytelne i jasno zredagowane.

6. Wątpliwości może budzić decyzja Autorki o umieszczeniu przypisów na końcu pracy, gdyż – w opinii Doktorantki – „by przez swą dygresyjność nie utrudniały lektury”. Trudno mi się zgodzić z tym założeniem. Każdorazowe przerzucanie (dużej ilości) stron, aby znaleźć odpowiedni przypis spowolniało i utrudniało odbiór treści. Poza tym przypisy, szczególnie te, o charakterze technicznym, np. 5, 8, 108 itd., powinny jednak znaleźć się w tekście, aby uprzedzić pojawiające się u czytelnika wątpliwości. Ponadto część przypisów (szczególnie tych reprezentujących wypowiedzi osób badanych) można było zamieścić w aneksie.
7. Prowadzone przez Autorkę w przypisach rozważania, czynione odniesienia stanowią integralną część tekstu zasadniczego, dowodząc ponownie, że Autorka dobrze orientuje się w omawianej problematyce.
8. Część teoretyczna w pełni spełnia swoją rolę; stanowi dobrą podstawę do prezentacji modelu badań własnych, projektowanych problemów badawczych, a także doboru weryfikującej je metody i procedur.

Ocena projektu badań

Projekt badań własnych Doktorantki został szczegółowo i starannie omówiony w części drugiej dysertacji, zatytułowanej „Praktyki”.

Przyjęty przez Autorkę model badawczy jest konstruktem prostym, w wysokim stopniu spójnym, dobrze uzasadnionym naukowo. Można go więc było zastosować w badaniach, które zaplanowała.

Główny problem pracy zawiera się w pytaniu o znaczenie badania bólu, pojmowanego jako ceowe i metodyczne poznawanie bólu innej osoby – przede wszystkim w kontekście medycznym.

Jako metodę, Autorka wykorzystała (dobrze ten fakt uzasadniając) interpretacyjną analizę fenomenologiczną, która wykorzystywana jest szczególnie w jakościowej psychologii zdrowia.

Osobami badanymi była grupa 19 osób (4 kobiety i 15 mężczyzn) w wieku 35 – 86 lat, lekarzy różnych specjalności. Zróżnicowaną strukturę grupy Autorka tak wyjaśnia: „By zachować spójność metody rekrutacji, nie ingerowałam w ich wybory – przyczyna wyraźnej nierównowagi płci wśród osób badanych jest dla mnie zagadką. Zamysłem badania nie jest jednak porównywanie płci, więc nie przekreśla to jego wiarygodności, a wypowiedzi kobiet nie różniły się co do istoty od wypowiedzi mężczyzn” (s.92-93).

Mamy więc do czynienia z małą grupą osób badanych.

Omawiając metodologiczne podstawy i zasady zaplanowania i wykonania tematu badawczego, sposoby i metody realizowania poszczególnych problemów i kroków badawczych, czy też procedury analizy wyników, należy podkreślić ich wysoką rzetelność i konsekwencję. Pod względem standardów badawczych rozprawa została zaplanowana i przeprowadzona poprawnie.

Oceniając metodologiczną poprawność projektu chciałabym poświęcić nieco więcej uwagi specyfice interdyscyplinarnych badań, które powstają na styku psychologii zdrowia, medycyny i filozofii.

1. Chodzi o specyficzny charakter osób badanych. Lekarze różnych specjalizacji, z różnych ośrodków, z różnym wiekiem i stażem zawodowym i miejscu praktyki. I tu rodzą się pytania.

(a) Czy nie lepiej było wyłączyć z grupy osób badanych kobiet, po to, aby mieć do czynienia z grupą homogeniczną? Wprawdzie Autorka zaznacza, że wypowiedzi kobiet nie różniły się od wypowiedzi mężczyzn, ale czy analiza 4 wywiadów upoważnia do takiego w uogólnionego wniosku? Zarówno kobiety, jak i mężczyźni uruchamiają w trakcie kontaktu interpersonalnego, świadomie i nieświadomie, różne mechanizmy psychologiczne, które mogą wpływać np. na sposób oceny bólu pacjenta. Większa liczba badanych kobiet mogła (ale nie musiała) wykazać jednak istnienie jakiś różnic w ocenie poziomu bólu pacjenta.

(b) Kolejny problem dotyczy nieuwzględnienia w analizach takich zmiennych jak: staż pracy lekarzy, który – jak się wydaje – może modyfikować relację pacjent – lekarz i mieć wpływ na ostateczną ocenę stopnia i rodzaju doświadczanego bólu przez pacjenta. W analizach Autorka zauważa, że młodzi stażem lekarze optują za poznawczym, obiektywnym sposobem podejścia do oceny bólu pacjenta, starsi – wykorzystując swoje doświadczenie, koncentrując się na aspektach niewerbalnych, wykorzystują – świadomie lub nie – tzw. *bodylanguage* pacjenta (podrozdz.3.4.1). Czy rzeczywiście zachodzi taka różnica i przesunięcie (uwzględniając staż pracy)? Chyba tak. „ANEST5 doradza młodemu lekarzowi, na co powinien zwracać uwagę (ANEST5: „na wygląd pacjenta, na stan jego ogólny i na jego odczucia”) podczas obserwacji, starając się poznać ból pacjenta” (s.184). Starsi stażem lekarze kierując się przede wszystkim niewerbalnymi wskaźnikami bólu, przekazywanymi przez

pacjentów w trakcie badania, posiadają wiedzę – jak się wydaje - na ich temat, co można by było wykorzystać przy budowaniu np. takiej listy niewerbalnych wskaźników wykorzystywanych przy ocenie bólu (Autorka porządkuje niektóre z nich: oddech, tętno i ciśnienie krwi, sen, „objawy sympatyczne” i wyraz cierpienia na twarzy” (s.185). Ten ostatni – z psychologicznego punktu widzenia - wydaje się być najciekawszy. Nadal jednak nie jest jasne, w jaki sposób lekarz ocenia prototypowość emocji bólu.

© Jest to jednak związane z faktem, że Autorka zrezygnowała także z innych porównań, np. grupy młodszej (30-40 –latków) z grupą starszą (70-86-latków). A przecież doświadczenie, sposób postrzegania świata i pacjenta, postawy życiowe, satysfakcja z życia wpływają na konstruowane oceny, podejmowane decyzje itd. Ponadto, jak zauważa Autorka: „[...] zmienność [sposobu badania bólu –GK] ukazuje się w kontekście upływu czasu – ma określoną, nieszczególnie długą historię, przed rozpoczęciem której ból istniał już w obszarze oddziaływań medycznych, musiało więc mieć miejsce jego poznawanie mimo braku narzędzia (NEONAT „Są skale, dzisiaj skal jest parę. A ponieważ dawniej się nie oceniano tego... Znaczy nie oceniano! Nie oceniano, ale ...[...]). Zróżnicowanie pokazuje również współcześnie wielorakie uwarunkowania poznawania zależne od tego, czyjego bólu dotyczy (ANEST 5: „ Bo to zależy od stopnia rozwoju wiekowego pacjenta i stopnia rozwoju intelektualnego” (s.99-100).

Generalnie zabrakło mi porównań (nawet na tak nielicznej grupie osób badanych), które oczywiście niczego by nie rozstrzygnęły, ale mogły wskazać istnienie (potencjalnie) jakiś prawidłowości, a w konsekwencji kierunki dalszych badań.

2. Inna wątpliwość związana jest z problemami werbalnego przekazania swoich przemyśleń, sposobu rozumienia problemu np. na poziomie definiowania, opisu bólu, i to zarówno przez pacjentów jak i lekarzy. Czy w takim razie, to co uzyskała w wywiadzie Autorka, można traktować jako rzeczywiście trafny przekaz wiedzy i odczuć osób badanych na temat bólu? Należy więc – jak się wydaje - prezentowane wyniki badań traktować jako pilotaż dla dalszych, szeroko zakrojonych badań.

W różnych sytuacjach, różne osoby (uwzględniając powyższe zmienne) uruchamiają, świadomie i nieświadomie, różnego rodzaju mechanizmy i procesy (np. tendencje do przyjęcia różnych kryteriów oceny z uwzględnieniem samooceny), które mogą nie mieć wpływu na wiarygodność uzyskiwanych wyników badań psychologicznych. Problem ten

występuje szczególnie jaskrawo, gdy badania psychologiczne przeprowadzone są za pomocą wywiadu eksperckiego (a więc chcąc nie chcąc przy pomocy samoopisu i samooceny). Proces ten jest trudny do kontrolowania, należy więc uwzględnić powyższe trudności metodologiczne. Chodzi o pewną ostrożność interpretacyjną.

3. Ostatni z problemów dotyczy tego, czy kryteria medyczne (stosowane przez lekarzy) przekładają się wprost na kryteria psychologiczne: „Czy na pewno dokonywali wyboru tematów ze względu na rozmówcę? Być może te kwestie rzeczywiście zajmują centralne miejsce w ich pracy. Nie da się rozstrzygnąć, czy było to wyrazem niechęci i unikania zasadniczego tematu badania bólu, czy trudności w opowiadaniu, jak o oddychaniu, o tym co najbardziej oczywiste we własnej praktyce – łatwiej mówić o tym co niepowседневne. Być może przedrefleksyjne procesy poznawania trudne są do uchwycenia w słowach” (s.92). Uchwycenie omawianego zjawiska jako utrwalonej tendencji, wykorzystywanego przez badaczy sposobu badania bólu, byłoby możliwe w pełni, po uwzględnieniu szczegółowej psychologicznej analizy jeszcze innych czynników (niż te, które w swoich badaniach wykorzystała Autorka).

Badanie bólu, z psychologicznego punktu widzenia, jest zawsze wypadkową zmiennych osobowościowych (lekarza i pacjenta) i sytuacyjnych, które mogą się okazać ważnym wskaźnikiem stałych tendencji oceny bólu pacjenta. Uchwycenie omawianego zjawiska jako bardziej utrwalonej tendencji wymaga – jak się wydaje – dalszych badań.

Wyżej przedstawione uwagi mają głównie charakter polemiczny i nie podważają przy tym ani sensu przedstawionych badań, ani sposobu, w jaki projekt zrealizowano, wskazują jedynie na różnego rodzaju niebezpieczeństwa i problemy, których należy być świadomym podejmując dalsze psychologicznie zorientowane badania bólu.

Na jednoznacznie pozytywną ocenę zasługuje precyzyjne zaplanowanie i przeprowadzenie poszczególnych kroków badawczych i etapów analizy i interpretacji otrzymanych danych, adekwatne, zależne od problemu badawczego. Są one czytelne, konsekwentne i adekwatnie dobrane do charakteru pozyskanego materiału badawczego, pozwalające w efekcie na uzyskanie odpowiedzi na pytania badawcze. Zastosowany model badawczy uwzględnia dużą liczbę informacji, co niesie ze sobą niebezpieczeństwo utraty kontroli nad uzyskanymi danymi, niemożności pełnego wykorzystania bardzo obszernego materiału empirycznego. I te trudności udało się Autorce przezwyciężyć. Autorka panuje nad zgromadzonym materiałem badawczym.

przedmiotu), sposób jego realizacji (trafność i poprawność metodologii badań) oraz stopień, w jakim udało się cel zrealizować (rzeczywistą wartość uzyskanych wyników, ich nowość), należy stwierdzić, iż rozprawa spełnia wszystkie te kryteria. Należy podkreślić, że Doktorantka podjęła się zadania trudnego do realizacji i zrealizowała go w sposób poprawny warsztatowo.

Reasumując, należy stwierdzić, że praca Pani Weroniki Kałwak pt. *„O poznawaniu cudzego bólu – projekty, metody i praktyki”* zasługuje na pozytywną ocenę, stanowi bowiem oryginalne rozwiązanie przez Autorkę zagadnienia naukowego oraz wykazuje jej ogólną wiedzę teoretyczną w wybranej dyscyplinie naukowej, a także umiejętność samodzielnego prowadzenia pracy naukowej. Praca stanowi nowatorski wkład w dotychczasową wiedzę na temat poznawania bólu.

Przedstawiona do oceny rozprawa odpowiada warunkom ustawowym, zatem wnioskuję o dopuszczenie magister Weroniki Kałwak do dalszych etapów przewodu doktorskiego.



Dr hab. Grażyna Kwiatkowska, prof. UMCS