



Strategie radzenia sobie z chorobą przewlekłą w stwardnieniu rozsianym

Strategies of coping with chronic illness in patients with multiple sclerosis

MARLENA KOSSAKOWSKA

Z Zakładu Psychologii Klinicznej i Zdrowia Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej,
Wydział Zamiejscowy w Sopocie

STRESZCZENIE

Cel. Celem badania było poznanie strategii zaradczych stosowanych w sytuacji radzenia sobie ze stresem choroby przewlekłej tj. ze stwardnieniem rozsianym (SM).

Metoda. W badaniu uczestniczyło 60 osób chorych na stwardnienie rozsiane oraz 60 osób zdrowych dobranych do chorych pod względem płci, wieku i wykształcenia. Chorzy i zdrowi wypełniali kwestionariusz „Kierunki radzenia sobie z aktualnymi problemami” COPE w polskiej adaptacji Wrześniewskiego [1, 2]. Ponadto, u osób chorych kontrolowano dodatkowo zmienne: płeć, wiek, wykształcenie, czas chorowania, wiek zachorowania, postać stwardnienia rozsianego oraz sprawność fizyczną (wg EDSS).

Wyniki. Z badania wynika, że chorzy na stwardnienie rozsiane różnią się stosowaniem niektórych strategii zaradczych w radzeniu sobie ze stresem swojej choroby. Przede wszystkim rzadziej mogą koncentrować się na problemie i jego rozwiązaniu. Częściej natomiast (zwłaszcza kobiety) zwracają się ku religii i chętniej poszukują emocjonalnego wsparcia u bliskich i znajomych. Również łatwiej w porównaniu ze zdrowymi akceptują swoją sytuację stresującą, jaką jest choroba. W stwardnieniu rozsianym niektóre strategie zaradcze są związane nie tylko z płcią (tak jak zwracanie się ku religii oraz poszukiwanie emocjonalnego wsparcia), ale także ze sprawnością fizyczną i postacią SM (związek ten dotyczy strategii koncentracji na emocjach i wyładowaniu), wiekiem zachorowania (w strategii zwracania się ku religii) i czasem chorowania (w poszukiwaniu emocjonalnego wsparcia).

Wnioski. Poznanie związków korelacyjnych strategii zaradczych z czynnikami psychospołecznymi może przyczynić się do tworzenia interwencji terapeutycznych wspomagających chorych na stwardnienie rozsiane w przystosowywaniu się do choroby przewlekłej.

SUMMARY

Objectives. The aims of the study were: (1) to examine coping strategies among multiple sclerosis (MS) patients and healthy individuals, and (2) to assess correlation of coping strategies with socio-demographic factors and clinical parameters in MS patients.

Method. The research sample consisted of 60 patients with multiple sclerosis, while the homogeneous control group – of 60 healthy individuals. Both groups were asked to complete the ‘Coping Orientations to Problems Experienced’ (COPE) questionnaire by Carver, Scheier & Weintraub, in the Polish adaptation by Wrześniewski [1, 2]. Moreover, in MS patients further socio-demographic variables, such as age, gender, education level, as well as clinical characteristics regarding the duration of illness, age at onset and type of MS, disability level (assessed using the EDSS) were controlled.

Results. Significant differences in coping strategies were found between MS patients and healthy controls. MS patients, especially women suffering from MS, used the strategies of turning to religion and seeking emotional social support more frequently than did the controls. MS patients were also more inclined to accept stressful situations, including their illness. In contrast to the healthy controls, MS patients were not able to apply the problem-solving strategy. Furthermore, in multiple sclerosis some statistically significant correlations of coping strategies were noted, namely with gender (turning to religion and seeking emotional support was more frequent in women) and with clinical data (the patient’s disability level, MS type, age at onset, and duration of illness).

Conclusions. The research findings concerning correlation of coping strategies with psychosocial factors may contribute to the development of psychotherapeutic interventions helping MS patients to adapt to their illness.

Słowa kluczowe: strategie radzenia sobie / stres choroby przewlekłej / stwardnienie rozsiane

Key words: coping strategies / coping with chronic illness / multiple sclerosis

Chorobę przewlekłą psychologowie kliniczni i psycholodzy zdrowia mogą traktować jako stres o charakterze długotrwałym, który trwa w czasie i przebiega według charakterystycznych dla siebie etapów. Ze swej natury ten rodzaj stresu jest dynamiczny i ulega częstym zmianom wynikającym z transakcji, jaka zachodzi pomiędzy jednostką (chorym) a szeroko pojmowanym otoczeniem. Transakcję tę najlepiej opisuje relacyjna koncepcja stresu Lazarusa i Folkmana [3]. W teorii tej stres (wydarzenie stresujące, a w tym artykule choroba przewlekła) jest negatywnym pod względem emocjonalnym doświadczeniem, któremu towa-

rzyszą zmiany biochemiczne, fizjologiczne, poznawcze i behawioralne. Zmiany te w rezultacie prowadzą do modyfikacji stresora albo do przystosowania się przez jednostkę do skutków przez niego wywoływanych. W przypadku, kiedy stresorem jest choroba przewlekła, modyfikowanie stresora jest znacznie utrudnione. Jeżeli pacjent ma poczucie kontroli nad przebiegiem choroby, stosuje się do zaleceń lekarskich, dostrzega efekty leczenia, wówczas ma poczucie skuteczności własnych działań i jednocześnie ma poczucie wpływu na przebieg własnej choroby. Takie działania skutkują lepszym przystosowaniem, bo modyfikowanie stresora

jest możliwe, sensowne i skuteczne (tak może być w sytuacji cukrzycy II typu). Jednak jeżeli choroba przebiega ze zmienną, nieprzewidywalną dynamiką, a przyczyny jej nie są do końca poznane, przez co leczenie nie przynosi oczekiwanych rezultatów (tak jak to ma miejsce w chorobach autoimmunologicznych), wówczas chory nie ma poczucia wpływu, czy kontroli nad własną chorobą, a tym samym nad własnym życiem. Stąd przystosowanie do takiego stresora jest znacznie utrudnione i wymaga ze strony pacjenta wielu wysiłków. Przykładem takiego rodzaju stresora może być właśnie stwardnienie rozsiane.

Poznanie istoty stresora, czy jest to stresor prosty, krótkotrwały, jak na przykład egzamin, czy bardziej złożony, jak chociażby choroba przewlekła we wspomnianej koncepcji Lazarusa i Folkmana, stanowi klucz do rozumienia i przewidywania kierunku adaptacji. Ponadto, autorzy zwracają szczególną uwagę na znaczenie subiektywnej oceny stresora w procesie przystosowania do choroby przewlekłej. Pacjent nie zawsze orientuje się w wiedzy medycznej na temat swojej choroby, która i tak może ulegać zmianom w dobie technicznego i medycznego postępu, ale może mieć swoje zdanie na jej temat, może na przykład nadawać jej indywidualne znaczenie, czy też posiadać osobisty pogląd na temat przyczyn, czy skuteczności leczenia. Lazarus i Folkman zwracają uwagę na ocenę pierwotną i wtórną, którą posługuje się osoba poddana stresującym okolicznościom. Ocena pierwotna dokonywana jest w początkowym etapie procesu radzenia sobie, przez co determinuje jego kolejne etapy, następuje bardzo szybko, ma charakter poznawczy i niekiedy przebiega w sposób nieuświadomiony. Choroba przewlekła jako stresor może być na tym etapie oceniana negatywnie jako obciążenie czy strata, lub pozytywnie jako wyzwanie [3, 4].

Wtórna ocena stresora dotyczy natomiast zasobów psychologicznych i społecznych oraz ich możliwości wykorzystania w nowej sytuacji stresowej. Jeżeli zasoby jednostki są wystarczające, aby poradzić sobie z sytuacją trudną, odczuwany poziom stresu jest niewielki. Jeżeli jednostka postrzega swoje zasoby jako wystarczające do poradzenia sobie z sytuacją trudną, ale szacuje, że będzie to wymagało dużego wysiłku z jej strony, może odczuwać jego poziom jako umiarkowany. Jeśli jednak postrzegany stres wydaje się zbyt duży, co często występuje w sytuacji choroby przewlekłej (zwłaszcza o niskim stopniu kontroli), a zasoby zdecydowanie niewystarczające, aby poradzić sobie z wymaganiami otoczenia, wówczas jednostka może odczuwać wysoki poziom stresu (tzw. dystres).

W relacyjnej teorii stresu ocena pierwotna oraz wtórna wpływają na stan emocjonalny jednostki i regulują jej przystosowanie na poziomie poznawczym i behawioralnym poprzez dobór właściwych strategii zaradczych. Odpowiedni repertuar zachowań behawioralnych jest uzależniony nie tylko od subiektywnej oceny ciężkości stresora, ale także od zasobów, którymi dysponuje jednostka oraz od ewentualnych utrudnień, które przeszkadzają w przystosowaniu się do sytuacji stresującej. Do zasobów zaliczamy między innymi predyspozycje osobowościowe jednostki (np. samoocena, poczucie koherencji, twardość), jej indywidualne style radzenia sobie ze stresem (skoncentrowane na emocjach lub zadaniu) oraz zasoby społeczne w postaci np. wsparcia społecznego, czy czynników socjo-ekonomicznych. One także w dużej mierze wyznaczają kierunek przystoso-

wania na poziomie behawioralnym, emocjonalnym, czy społecznym oraz na jakość tego przystosowania [3, 4].

Celem procesu radzenia sobie ze stresem jest redukcja szkodliwych warunków, wywołujących sytuację stresującą albo nabycie umiejętności tolerowania przykrew sytuacji. Bardzo ważnym zagadnieniem w koncepcji Lazarusa i Folkmana jest ocena efektywności procesu radzenia sobie (*coping*). Efektywne przystosowanie się do sytuacji stresującej przejawia się w mechanizmach zaradczych. Zadaniem ich jest utrzymanie równowagi emocjonalnej, zachowanie pozytywnej samooceny lub kontynuowanie zadowalających związków z innymi ludźmi (m.in. bliskimi osobami, ale także z personelem medycznym) [3]. W wyniku procesów zaradczych jednostka uzyskuje powrót do satysfakcjonującego funkcjonowania psychologicznego, kontynuowania dotychczasowej aktywności albo, w przeciwnym przypadku, trwa w dyskomforcie, który może spowodować poważne szkody zdrowotne dla organizmu, a w przypadku chorowania, może utrudniać proces zdrowienia. Powrót do równowagi w wyniku zmagania się ze stresem zależy zatem od wielu czynników, które mają charakter interakcyjny i dynamiczny, które nie łatwo jest uchwycić w badaniach empirycznych. Same strategie zaradcze są jedynie behawioralnym aspektem całościowych wysiłków jednostki, jej zasobów i zasobów środowiskowych, które wpływają na rezultat przystosowania się do stresora. W sposób szczególnie jest to widoczne w przypadku choroby przewlekłej. Poznanie strategii zaradczych stosowanych przez chorych przewlekłe w sytuacji zmagania się ze swoją chorobą, może przyczynić się, co prawda w ograniczonej, ale znaczącej, mierze do zrozumienia kierunku przystosowania się do choroby, zwłaszcza, kiedy porówna się je ze strategiami stosowanymi przez osoby, które nie muszą doświadczać tak traumatycznego stresora, jak choroba przewlekła.

Badanie strategii zaradczych w chorobach przewlekłych ma dość długą tradycję. Jest wiele badań poszukujących odpowiedzi na pytanie, czy istnieją strategie zaradcze pomagające bądź utrudniające przystosowanie się do choroby przewlekłej. Stwardnienie rozsiane (SM) posiada niewiele takich badań. Już w latach 70. Matson i Brooks zbadali zależności pomiędzy obrazem Ja a preferowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem. O strategii pytano tutaj wprost. Z badania wynikało, że w opinii chorych na SM, w radzeniu sobie z chorobą najbardziej pomagały: religia, rodzina, akceptacja choroby. A z pozytywnym obrazem Ja najlepiej korelowały strategie: wiara w siebie, strategia porównywania się z innymi „w górę” (*Mogło być gorzej*) oraz „zapominanie o sobie” [5].

Okazuje się również, że takie strategie zaradcze jak: wsparcie społeczne oraz myślenie pozytywne wraz z myśleniem życzeniowym mogą być dobrymi predyktorami jakości życia w SM, zwłaszcza w aspektach fizycznym, psychologicznym i środowiskowym [6]. Warren i in. zauważyli, że stosowanie strategii może ulec zmianie w sytuacji rzutu choroby w porównaniu z sytuacją remisji SM [7]. Chorzy, zwłaszcza ci o osobowości neurotycznej, częściej wówczas stosują techniki radzenia sobie ze stresem zorientowane na emocje [8]. Ponadto, emocjonalną strategię radzenia sobie wybierały częściej osoby, które charakteryzowały swoją sytuację jako niepewną lub nieprzewidywalną. Próbując wyjaśnić tę zależność autorzy wskazują, że strategia emo-

cyjonalna pozwala na jakiś czas uciszyć nieprzyjemną rzeczywistość, może więc być efektywna w sytuacji niepewności i nieprzewidywalności, która ma miejsce zwłaszcza zaraz po diagnozie choroby [9].

W badaniu Montela i Bungener wykazano, że strategie zaradcze stosowane w stwardnieniu rozsianym, *de facto* nie różnią się w zależności od postaci SM, poza jednym wyjątkiem. Chorzy na postać wtórnie postępującą stwardnienia rozsianego w porównaniu z postacią rzutowo-remisyjną i pierwotnie postępującą, zdecydowanie częściej stosowali strategie skoncentrowane na emocjach [10]. W tym i w innych badaniach okazało się, że stosowanie strategii zaradczych nie jest dodatkowo związane z takimi zmiennymi, jak: wiek pacjentów, czas zachorowania, czas ostatniego rzutu, progresja choroby, czy też sprawność fizyczna (wg EDSS) [10, 11]. Stosowane strategie ewentualnie mogą korelować ze stylem rozwiązywania problemów w codziennej aktywności i niekoniecznie mogą być związane z faktem chorowania [11]. Trudno w tym momencie rozstrzygnąć ten problem, bowiem autorzy nie porównywali wyników swoich badań z żadną grupą odniesienia.

W innym badaniu longitudinalnym wykazano, że lepsze przystosowanie do stwardnienia rozsianego następuje po upływie danego czasu (tutaj: 12 miesięcy) i jest związane z zaufaniem do strategii opartych na rozwiązywaniu problemów [12]. Już wcześniej w wielu badaniach psychologicznych udowodniono, że ta strategia jest bardzo skuteczna zwłaszcza w sytuacji, która poddaje się kontroli, co w sytuacji przeżywania stwardnienia rozsianego może być utrudnione [13, 14, 15, 16].

CEL

Niniejsze badanie dotyczy strategii zaradczych stosowanych w stwardnieniu rozsianym i obejmuje próbę porównania ich ze strategiami w grupie osób zdrowych, które nie muszą się zmagać z takim wyzwaniem jak SM. Zadano 2 pytania badawcze.

Pierwsze odnosi się do porównania strategii zaradczych w chorobie i zdrowiu. Postawiono hipotezę, że stwardnienie rozsiane jako stresor o charakterze przewlekłym wymusza stosowanie odmiennych strategii zaradczych w porównaniu z sytuacją kontrolną tj. stresem doraźnym, którego doświadczają osoby zdrowe w życiu codziennym, zwanymi kłopotami dnia codziennego (*daily hassles*) [17].

Drugie pytanie badawcze dotyczy korelatów strategii zaradczych w SM. Hipoteza brzmi, że stosowanie strategii zaradczych w sytuacji choroby przewlekłej jest uwarunkowane dodatkowymi czynnikami związanymi z indywidualną specyfiką chorowania (tj. z czasem chorowania, wiekiem zachorowania, postacią choroby, sprawnością fizyczną w chorobie) lub/i w sytuacji socjodemograficzną chorego (płeć, wiek, wykształcenie).

OSOBY BADANE

Badania zostały przeprowadzone indywidualnie po uprzednim uzyskaniu zgody od osób badanych. Wzięło w nim udział 60 pacjentów ze stwardnieniem rozsianym

(38 kobiet i 22 mężczyzn) oraz 60 osób zdrowych (rozkład płci był identyczny) tj. niechorujących na chorobę somatyczną, neurologiczną, bez zaburzeń psychicznych. Zdrowi zostali dobrani do osób chorych pod względem, płci, wieku i wykształcenia.

Chorzy na stwardnienie rozsiane byli hospitalizowani na oddziałach neurologicznych Wojewódzkiego Szpitala im dra J. Bizuela, X Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy, docierano do nich także poprzez Stowarzyszenie Stwardnienia Rozsianego SM w Bydgoszczy i Inowrocławiu, a także w Domach Pomocy Społecznej w Bydgoszczy i w Śremie. Średnia wieku (w badanych latach) wynosiła: 45,4 – dla chorych i 46,2 – dla zdrowych. Średnia lat edukacji badanych wynosiła: 12,8 dla chorych i 13,3 dla zdrowych. Średnia czasu trwania choroby wynosiła dla chorych na SM 16,12 lat. Wśród chorych było 31 osób z postacią rzutowo-remisyjną (podczas badania chorzy byli w okresie względnej remisji choroby) oraz 29 osób z postacią postępującą (pierwotnie lub wtórnie). Chorzy cechowali się różnym stopniem sprawności (zakres od 1 do 8,5 wg skali EDSS). Średnia wartość wyniosła 4,59 (SD = 2,7), chorych podzielono na 2 grupy: jedną grupę stanowiły osoby samodzielnie poruszające się, sprawne ruchowo (do 5,5 stopnia wg skali EDSS – 32 osoby), drugą grupę stanowiły osoby o znacznie ograniczonej sprawności, które pod względem psychologicznym uznane mogą być za niesamodzielne, niemal całkowicie zależne od innych osób (6 i więcej wg skali EDSS – 28 osób). Zdrowi wywodzili się spośród osób czynnych zawodowo, bezrobotnych oraz gospodyń domowych.

METODA

Strategie zaradcze badano kwestionariuszem „Kierunki radzenia sobie z aktualnymi problemami” (COPE, *Coping Orientations to Problems Experienced*) w polskiej adaptacji [1, 2]. Kwestionariusz bada 8 następujących strategii zaradczych: (1) koncentracja na problemie i jego rozwiązaniu, (2) koncentracja na emocjach i ich wyładowaniu, (3) zaprzeczanie, (4) zwracanie się ku religii, (5) poczucie humoru, (6) poszukiwanie emocjonalnego wsparcia społecznego, (7) używanie alkoholu lub innych środków odurzających oraz (8) akceptacja. Dla celów badania zmieniono nieco instrukcję kwestionariusza dla chorych, prosząc ich o podanie, jakich strategii używają radząc sobie ze swoją chorobą, tj. ze stwardnieniem rozsianym. Dodatkowo chorzy wypełniali ankietę, która dostarczyła informacji o płci, wieku, wykształceniu (w latach edukacji), czasie trwania choroby, wieku zachorowania na SM oraz postaci choroby i sprawności wg skali niewydolności ruchowej EDSS, J. Kurtzke’go [18].

WYNIKI

Weryfikując pierwszą hipotezę badawczą posłużono się testem parametrycznym *t* różnic między średnimi. Z analizy statystycznej wynika, że chorzy na stwardnienie rozsiane w porównaniu ze zdrowymi deklarują, że rzadziej mogą skoncentrować się na zadaniu i jego rozwiązaniu w radzeniu sobie ze swoją chorobą ($t = -3,53$; $p < 0,001$).

Tablica 1. Strategie radzenia sobie u chorych na stwardnienie rozsiane i u zdrowych. Test t.
Table 1. Coping strategies in MS patients and in healthy controls compared using t-test.

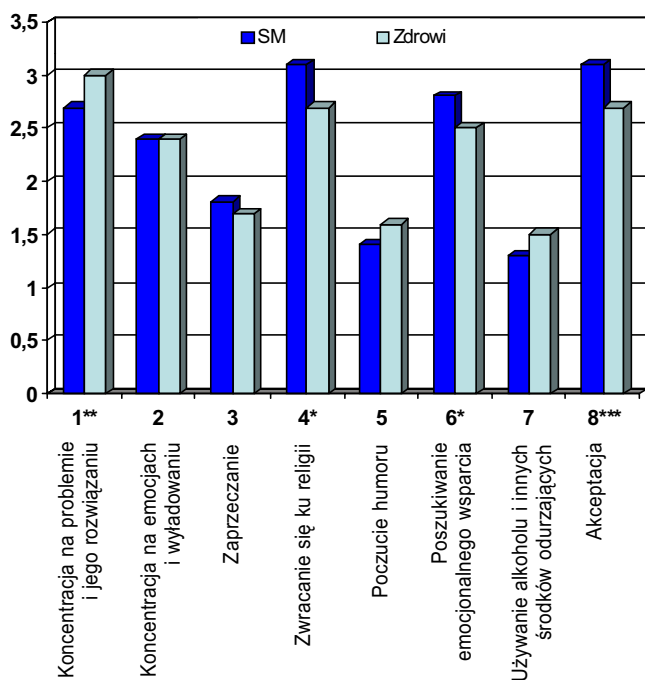
Strategie radzenia sobie	Chorzy na stwardnienie rozsiane (średnia ± odchylenie standardowe)	Zdrowi (średnia ± odchylenie standardowe)	t	p
Koncentracja na problemie i jego rozwiązaniu	2,65 (0,62)	2,98 (0,38)	-3,52	0,001
Koncentracja na emocjach i wyładowaniu	2,35 (0,59)	2,40 (0,52)	-0,44	0,66
Zaprzeczanie	1,81 (0,69)	1,66 (0,50)	1,29	0,20
Zwracanie się ku religii	3,06 (0,80)	2,70 (0,78)	2,48	0,01
Poczucie humoru	1,44 (0,65)	1,58 (0,68)	-1,21	0,23
Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia	2,79 (0,87)	2,48 (0,66)	2,21	0,05
Używanie alkoholu i innych środków odurzających	1,27 (0,49)	1,45 (0,62)	-1,83	0,10
Akceptacja	3,14 (0,55)	2,73 (0,39)	4,74	0,0001

Częściej natomiast modlą się i powierzają swoje sprawy Bogu ($t = 2,48$; $p < 0,05$), chętniej poszukują emocjonalnego wsparcia u znajomych i rodziny ($t = 2,17$; $p < 0,05$) oraz szybciej dążą do akceptacji swojego stresora (tutaj: choroby) i łatwiej im to przychodzi w porównaniu ze zdrowymi ($t = 4,75$; $p < 0,0001$). Zauważono też pewną tendencję do unikania alkoholu i innych używek w stwardnieniu rozsianym, ale różnica ta nie uzyskała statystycznej istotności ($t = -1,83$; $p < 0,10$) (tabl. 1, rys. 1). Powyższą tendencję należałoby zweryfikować na większej próbie badanych. Nie stwierdzono innych różnic pomiędzy chorymi i zdrowymi w zakresie pozostałych strategii zaradczych.

W celu uzyskania pogłębionych informacji na temat uwarunkowań stosowania strategii zaradczych w stwardnie-

niu rozsianym skorelowano strategie zaradcze ze zmiennymi demograficznymi (płcią, wiekiem, wykształceniem) oraz ze zmiennymi związanymi z sytuacją chorowania (czasem chorowania, wiekiem zachorowania, postacią choroby, stopniem niepełnosprawności). W ten sposób weryfikowano drugą hipotezę o związkach pomiędzy strategiami zaradczymi a innymi czynnikami psychospołecznymi w SM. Uzyskane w ten sposób współczynniki korelacji r-Pearsona umieszczono w tabl. 2.

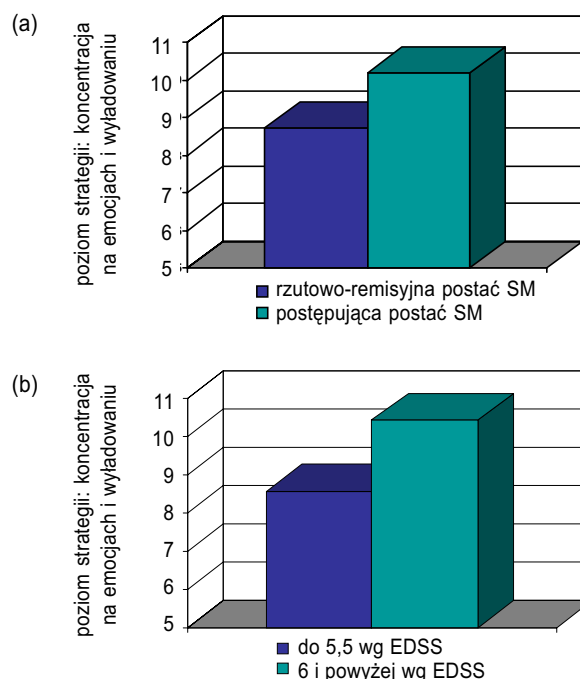
Uzyskane wyniki wskazują, że rzadziej używana przez chorych na SM koncentracja na zadaniu nie jest skorelowana z żadnymi miarami użytymi w niniejszym badaniu. Okazało się jednak, że strategia koncentracji na emocjach i ich wyładowaniu jest skorelowana ze sprawnością ruchową



* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$; *** $p < 0,0001$

Rysunek 1: Strategie Radzenia sobie (1–8) u chorych na stwardnienie rozsiane i u zdrowych. Wykres średnich.

Fig. 1. Coping strategies (1–8) in MS patients and healthy controls – mean profiles.



Rysunek 2. Strategia koncentracji na emocjach i wyładowaniu w postaci rzutowo-remisyjnej i postępującej stwardnienia rozsianego (a) oraz w zależności od sprawności mierzonej skalą EDSS (b).

Fig. 2. The strategy of focusing on and venting of emotions in progressive and relapsing-remitting multiple sclerosis (a), and in relation to the patient's disability level as measured using the EDSS (b).

Tablica 2. Korelaty strategii radzenia sobie i zmiennych demograficzno-klinicznych w stwardnieniu rozsianym. Współczynniki korelacji r-Pearsona.

Table 2. Correlation of coping strategies with demographic and clinical variables. Pearson's *r* correlation coefficients.

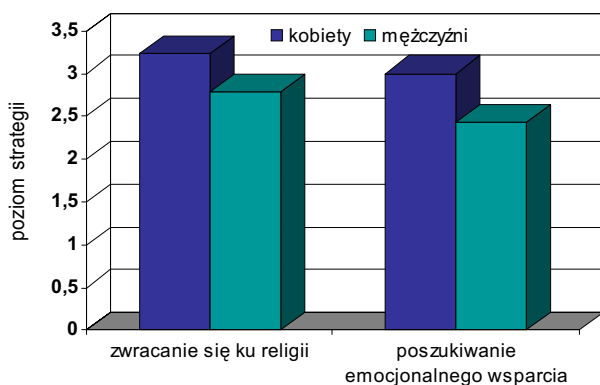
Strategie radzenia sobie	Płeć	Wiek	Wykształcenie	Czas trwania choroby	Wiek zachorowania	Postać SM	Sprawność (EDSS)
Koncentracja na problemie i jego rozwiązaniu	-0,22	-0,04	0,20	-0,19	0,16	-0,08	0,24
Koncentracja na emocjach i wyładowaniu	-0,01	0,11	-0,19	-0,08	0,25	0,31*	0,45*
Zaprzeczanie	0,12	0,19	-0,05	0,20	-0,05	0,11	0,19
Zwracanie się ku religii	-0,27*	0,06	-0,07	0,26	-0,30*	0,08	-0,02
Poczucie humoru	0,16	-0,07	-0,02	0,04	-0,13	0,09	-0,06
Poszukiwanie emocjonalnego wsparcia	-0,32*	-0,22	0,13	-0,28*	0,07	-0,07	0,19
Używanie alkoholu i innych środków odurzających	0,03	0,16	-0,02	0,00	0,17	0,07	-0,16
Akceptacja	-0,11	-0,17	0,13	-0,09	-0,09	-0,06	-0,01

* $p < 0,05$

mierzona skalą EDSS Kurtzkiego ($r = 0,45$) oraz z postacią choroby ($r = 0,31$). Widzimy zatem, że im większa niepełnosprawność w stwardnieniu rozsianym, tym chory bardziej koncentruje się na emocjach, jakie wywołuje choroba. Natomiast chorzy na postać rzutowo-remisyjną stwardnienia rozsianego rzadziej stosują tę strategię w porównaniu z chorymi na postać postępującą (pierwotnie i wtórnie), co uwiadaczniają rys. 2a i 2b.

Zwracanie się ku religii w SM ujemnie koreluje z wiekiem zachorowania ($r = -0,30$). Oznacza to, że im młodszy wiek zachorowania na stwardnienie rozsiane, tym częściej w zmaganiu się ze swoją chorobą osoba zwraca się ku religii. Zaobserwowano także, że czas chorowania na SM ujemnie koreluje ze strategią poszukiwania emocjonalnego wsparcia ($r = -0,28$). Oznacza to, że chętnie poszukują takiego wsparcia osoby chorujące krócej, natomiast ci, którzy chorują długo stosują tę strategię niechętnie.

W stwardnieniu rozsianym płeć okazała się czynnikiem różnicującym stosowanie dwóch strategii: zwracanie się ku religii ($r = -0,27$) oraz poszukiwanie emocjonalnego wsparcia ($r = -0,32$). To kobiety chorujące na SM częściej korzystają z tych dwóch strategii w radzeniu sobie z chorobą w porównaniu z chorymi na stwardnienie rozsiane mężczyznami. Różnice te obrazuje rys. 3.



Rysunek 3. Strategie zwracania się ku religii oraz poszukiwania emocjonalnego wsparcia u kobiet i mężczyzn chorych na stwardnienie rozsiane.

Fig. 3. Strategies of turning to religion and seeking of emotional support in MS patients by gender.

OMÓWIENIE

Przedstawione wyniki wskazują, że stwardnienie rozsiane wymusza, jako stresor o charakterze długoterminowym, stosowanie odmiennych strategii zaradczych. Przede wszystkim utrudnia koncentrowanie się na problemie. Trudno jest podejść do swojej choroby jako zadania, bowiem sami chorzy uznają, że mają niskie poczucie kontroli nad jej przebiegiem [13]. Wynika to najprawdopodobniej ze specyfiki stwardnienia rozsianego, między innymi z dynamiki przebiegu choroby, zwłaszcza w postaci rzutowo-remisyjnej, która jest trudna do kontrolowania przez chorego: nigdy bowiem nie wiadomo, kiedy nastąpi rzut. Co prawda, chorzy sami na własny użytek, szukają przyczyn zaostrzenia objawów swojej choroby, ale nie zawsze mogą przewidzieć kolejny rzut uwzględniając przyjętą przez siebie przyczynę nawrotu choroby. Niniejsze badanie nie znajduje odpowiedzi zadawalającej do końca, z jakiego powodu chorzy nie koncentrują się na zadaniu w radzeniu sobie z SM, zwłaszcza, że nie uzyskano żadnych istotnych korelacji tej strategii z czynnikami demograficznymi i klinicznymi. Jednak z innych badań wynika, że strategia ta jest używana chętnie przez osoby chore na postać rzutowo-remisyjną w sytuacji remisji [8]. Remisja bowiem przywraca poczucie kontroli, a z innych badań wynika, że także zbliża funkcjonowanie chorego do sytuacji osób zdrowych [13].

Pomimo iż omawiane w tym artykule badanie nie wykazało, by chorzy na SM częściej stosowali strategię koncentracji na emocjach i ich wyładowaniu, to jednak pojawiły się związki korelacyjne tej strategii między innymi z postacią choroby oraz ze sprawnością. Chorzy, zwłaszcza niesprawni ruchowo oraz ci, którzy cierpią na postać postępującą SM, częściej deklarowali stosowanie strategii emocjonalnych. Wynik ten został już potwierdzony w poprzednich badaniach innych autorów [10]. Jednak nadal nie mamy wystarczających informacji na temat stosowania tej strategii. Wiadomo natomiast, że w sytuacji braku kontroli i wpływu nad sytuacją stresującą choroby po nią właśnie sięgają częściej, prawdopodobnie dlatego, że w takich właśnie sytuacjach towarzyszą im szczególnie nasilone emocje, z którymi muszą sobie radzić przede wszystkim. Konieczne są dalsze badania nad tą strategią, zwłaszcza, że w psychologii stresu uznawana jest za mało efektywną.

Z rehabilitacyjnego punktu widzenia należałoby objąć szczególną opieką terapeutyczną właśnie tę grupę chorych, u których sytuacja chorowania wymusza stosowanie strategii emocjonalnych.

Jak wcześniej wykazano, chorzy na SM częściej zwracają się ku religii i chętniej poszukują emocjonalnego wsparcia borykając się ze swoją chorobą. Z dalszych analiz wynika jednak, że nie wszyscy chorzy przejawiają takie tendencje. To przede wszystkim chore kobiety częściej modlą się, proszą Boga o pomoc, zawierają mu swoje troski związane z chorowaniem, one też chętniej sięgają po wsparcie od innych osób.

Strategia religijna stosowana przez chorych na SM może mieć charakter unikowy (tak wynika z innych badań), co oznaczałoby, że osoby stosują ją w celu odwracania uwagi od tego, co najtrudniejsze, gdy się jest „skazanym na wyrok SM”. Z drugiej strony trudno się temu dziwić. Stwardnienie rozsiane jest przecież chorobą bardzo obciążającą chorego w życiu codziennym. Nierzadko chorzy nadają jej szczególne znaczenie egzystencjalne, filozoficzne, mistyczne, a oceniając ją przede wszystkim jako cierpienie, nadają chorobie sens religijny [13].

Z analiz korelacyjnych okazało się także, że bardziej skłonni do kierowania się w stronę religii są ci chorzy, którzy zachorowali stosunkowo wcześniej, w młodszym wieku. Zależność ta najprawdopodobniej związana jest z faktem, że młodym osobom szczególnie trudno jest zaakceptować swoją chorobę, a zwłaszcza, jeżeli zapada się na nią w momencie najbardziej produktywnym, kiedy chorzy czują, że całe życie jest przed nimi, a choroba spada niespodziewanie i blokuje rozwój. Młodzi chorzy mogą mieć wówczas szczególnie dużą potrzebę, aby nadać chorowaniu jakiś sens, właśnie religijny. Nadawanie sensu chorowaniu ma ogromne znaczenie w zmaganiu się z chorobą i było już wcześniej podkreślane, także w stwardnieniu rozsianym [19, 20].

Jak wcześniej wspomniano, chorzy na SM chętniej poszukują wsparcia emocjonalnego wśród bliskich i znajomych, a strategia ta jest skorelowana z płcią osób chorych. W porównaniu z mężczyznami, chorym kobietom łatwiej jest prosić o pomoc, zwierzać się z problemów innym, spotykać się w stowarzyszeniach, czy grupach samopomocowych. Wydają się bardziej towarzyskie, bardziej chętne, aby dzielić się swoimi przeżyciami związanymi z chorowaniem. Czerpią dużą satysfakcję z możliwości spotkania się z innymi osobami, nie tylko tymi, które doświadczają podobnego losu. Ta strategia pomaga przetrwać trudne chwile, wiążące się z chorowaniem i dodatkowo spełnia funkcje terapeutyczne, bo stwarza możliwość wyrażania myśli i uczuć.

Wsparcia emocjonalnego poszukują także chętniej chorzy z krótszym czasem chorowania. Dłużej chorujący są mniej skłonni do zwierzania się rodzinie, czy przyjaciołom, trudniej im zwracać się z prośbą o wsparcie emocjonalne. Być może dlatego, że zrozumieli w toku dotychczasowego przystosowywania się do swojej choroby, że strategia ta nie jest mile widziana w ocenie społecznej, przez co nauczyli się nie obarczać swoimi problemami innych. Fakt ten może być spowodowany także tym, że starsi chorzy nie mają prawdopodobnie do kogo zwrócić się o wsparcie, chociażby z racji swojej niepełnosprawności. Trudno w tym momencie definitywnie rozstrzygnąć, dlaczego starsi pacjenci cierpiący z powodu SM nie poszukują wsparcia

u innych osób, zwłaszcza, że strategia ta jest szczególnie adaptacyjna i ułatwia radzenie sobie z SM, na co już wcześniej zwrócono uwagę [13].

Jak wynika z badań chorym na SM łatwiej zaakceptować swoją chorobę w porównaniu ze zdrowymi. Poczynione korelacje ze zmiennymi demograficznymi i czynnikami związanymi z chorobą nie wniosły dodatkowych informacji odnośnie charakteru tej różnicy. Możemy przypuszczać, że fakt ten wynika z konieczności adaptacji do sytuacji nieuniknionej, jaką jest choroba. Ta konieczność wymusza akceptację, bez niej trudno ze względów egzystencjalnych żyć z chorobą, która została „podarowana” na całe życie. Zdrowi nie muszą akceptować stresora, który ma charakter doraźny. Czasami wystarczy, że przeczekają trudną sytuację (np. egzamin) i niejako samoistnie powrócą do równowagi psychicznej, kiedy stres minie. Takiej sytuacji nie mogą oczekiwać chorzy przewlekle. Oni są „skazani” na stresor i zdają sobie sprawę z tego, że muszą włączyć siebie wraz z chorobą w strukturę swojego Ja, a to wymaga akceptacji choroby jako części siebie.

Podsumowując niniejsze badanie możemy zauważyć, że stwardnienie rozsiane z racji swego między innymi zróżnicowanego obrazu klinicznego i dynamiki powoduje stosowanie odmiennych strategii zaradczych w porównaniu z osobami, które nie zmagają się z tą chorobą. W kolejnych badaniach należałoby zwrócić uwagę na inne korelaty, z którymi stosowane strategie mogłyby być powiązane. Należałoby szczegółowo kontrolować aspekty kliniczne związane ze specyfiką sytuacji chorego na SM takie jak: stan psychiczny, leczenie farmakologiczne, czy obraz choroby. Dobrze byłoby uwzględnić także inne czynniki psychologiczne i społeczne, żeby rozstrzygnąć, z jakich powodów faktycznie dana strategia jest używana. Wiedza ta umożliwiłaby stworzenie programów terapeutycznych, które wspomagałyby chorych w zmaganiu się ze stresem stwardnienia rozsianego.

WNIOSKI

1. Stwardnienie rozsiane jako choroba przewlekła przyczynia się do stosowania niektórych odmiennych strategii zaradczych w porównaniu z osobami, które są zdrowe i tym samym nie zmagają się ze stresem choroby przewlekłej.
2. Poznawanie korelatów stosowanych strategii radzenia sobie ze stwardnieniem rozsianym może pomóc w tworzeniu programów psychoterapeutycznych, które skutecznie ułatwiłyby zmaganie się z tą chorobą w codziennym życiu chorego.

PIŚMIENNICTWO

1. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretical based approach. *J Pers Soc Psychol* 1986; 56 (2): 267–283.
2. Wrześniewski K. Pomiar radzenia sobie ze stresem – wybrane zagadnienia. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 1996; 3 (8–9), 34–46.
3. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer; 1984.
4. Taylor SE. *Health psychology*. New York: McGraw-Hill, Inc; 1995.

5. Matson RR, Brooks NA. Adjusting to multiple sclerosis: An exploratory study. *Soc Sci Med* 1977; 11: 245–250.
6. McCabe M. A longitudinal study of coping strategies and quality of life among people with multiple sclerosis. *J Clin Psychol Med Set*. Dec 2006; 13 (4): 369–379.
7. Warren S, Warren KG, Cockerill R. Emotional stress and coping in multiple sclerosis exacerbations. *J Psychosom Res* 1991; 35 (1): 37–47.
8. Rätsep T, Kallasmaa T, Pulver A, Gross-Paju K. Personality as a predictor of coping efforts in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2000; 6: 397–402.
9. Eklund VA, MacDonald ML. Description of persons with multiple sclerosis, with an emphasis on what is needed from psychologists. *Professional Psychology Research and Practice* 1991; 22: 277–284.
10. Montel SR, Bungener C. Coping and quality of life in one hundred and thirty five subjects with multiple sclerosis. *Mult Scler* 2007; 13: 393–401.
11. Beatty WW, Hames KA, Blanco CR, Williamson SJ, Wilbanks SL, Olson KA. Correlates of coping style in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler* 1998; 4: 440–443.
12. Pakenham K. Adjustment to multiple sclerosis: application of stress and coping model. *Health Psychol* 1999; 18 (40): 383–392.
13. Kossakowska M. Psychospołeczne determinanty radzenia sobie z chorobą przewlekłą na przykładzie stwardnienia rozsianego i przewlekłego zapalenia trzustki. (Niepublikowana praca doktorska. AM Bydgoszcz, 2003).
14. Aldwin C. Stress, coping, and development: An integrative perspective. New York: Guilford Press; 1994.
15. Zeidner M, Saklofske D. Adaptive and maladaptive coping. W: Zeidner M, Endler NS. red. *Handbook of coping: Theory research applications*. New York: Wiley, 1996; 505–531.
16. Vitaliano PP, DeWolfe DJ, Maiuro RD, Russo J, Katon W. Appraised changeability of a stressor as a modifier of the relationship between coping and depression: A test of the hypothesis of fit. *J Pers Soc Psycho* 1990; 59 (3): 582–592.
17. Kanner AD, Coyne JC, Schaeffer C, Lazarus RS. Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *J Beh Med* 1981; 4: 1–39.
18. Kurtzke JF. Rating neurological impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). *Neurology* 1983; 33: 1444–1452.
19. Radley A. Making sense of illness. The social psychology of health and disease. London: SAGE Publications; 1994.
20. Kossakowska M, Basińska M. Poczucie koherencji u chorych na stwardnienie rozsiane. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2000; 9 (1): 55–61.

Nadesłano: 27.08.2007. Zrecenzowano: 22.11.2007. Przyjęto: 04.01.2008

Adres: Dr Marlena Kossakowska, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej, Wydział Zamiejscowy w Sopocie, ul. Polna 16/20, 81-745 Sopot, e-mail: mkossakowska@swps.edu.pl