

Radzenie sobie ze stresem u chorych na stwardnienie rozsiane

Coping with stress in patients with Multiple Sclerosis

Ewa Rzeszutko¹, Agnieszka Rolińska²

¹Zakład Genetyki Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

²Samodzielna Pracownia Zdrowia Psychicznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

Streszczenie

Stwardnienie rozsiane jest przewlekłą chorobą ośrodkowego układu nerwowego o niejasnej etiologii, postępującym i nieprzewidywalnym rozwojem. Występuje przede wszystkim u pacjentów w wieku od 20-40 lat. Celem tego artykułu jest analiza dotychczasowych badań dotyczących psychologicznego funkcjonowania pacjentów z diagnozą SM. Przytoczone badania wskazują na różnice wstępujące w zakresie radzenia sobie ze stresem u osób chorych z diagnozą SM w porównaniu do osób zdrowych. Strategie radzenia ze stresem używane przez tych pacjentów nie zawsze są na tyle efektywne, aby ułatwiały adaptację do życia z chorobą. W oparciu o aktualne badania trudno jest sformułować jednoznaczne wnioski dotyczące radzenia sobie ze stresem u chorych z diagnozą SM. W przyszłości należy przeprowadzić dalsze badania z uwzględnieniem dotychczasowych ograniczeń metodologicznych.

Słowa kluczowe: stwardnienie rozsiane, radzenie sobie, stres, osobowość

Abstract

Multiple Sclerosis (MS) is a chronic disease of the central nervous system with unclear etiology. It is progressive, has an unpredictable course and is among the most common causes of neurological disability in young and middle-aged adults. The aim of this study is to describe the current studies, which relate to psychological functioning of patients with a diagnosis of MS. This study has showed that MS patients cope differently from normal controls. In addition, patients with MS seem to employ coping strategies that are not optimal for the adaption to their disease. Based on current research, it is difficult to formulate definite conclusions about coping with stress in patients with MS. Future studies are needed to replicate, supplement these findings and should take into account the current methodological limitations.

Keywords: Multiple Sclerosis, coping, stress, personality

Wstęp

Stwardnienie rozsiane to przewlekła choroba ośrodkowego układu nerwowego. Charakteryzuje się ona występowaniem ognisk demielinizacyjnych zarówno w mózgu, jak i w rdzeniu kręgowym, które ciągle zwiększają swoją liczbę oraz wykazują coraz większą ekspansję na różne fragmenty układu nerwowego. Choroba pojawia się dość nagle, występuje przede wszystkim u osób w wieku 20-40 lat. Jest schorzeniem o niejasnej etiologii, nieprzewidywalnej progresji. Do najczęściej pojawiających się objawów możemy zaliczyć: parestezje, osłabienie określonych grup mięśni kończyn górnych lub dolnych, kłopoty z chodzeniem. W późniejszym okresie choroby narasta spastyczność mięśni, dochodzi do przykurczy, mogą wystąpić drżenia kończyn. Występują zaburzenia widzenia, równowagi, funkcjonowania autonomicznego układu nerwowego, związanego z oddawaniem moczu, motoryką jelitową, połykaniem. Na dalszych etapach choroby mogą pojawić się demencja, zaburzenia mowy [1].

Z uwagi na przytoczone powyżej objawy stwardnienia rozsianego istotne wydaje się scharakteryzowanie

procesu radzenia sobie z tą przewlekłą chorobą, która wprowadza tak duże zmiany w dotychczasowej aktywności człowieka. Osoba otrzymująca diagnozę nieuleczalnej choroby doświadcza wielu trudności w obszarze funkcjonowania psychicznego. Nasilające się objawy chorobowe wymuszają wprowadzenie zmian odnośnie własnych dążeń, celów życiowych. Człowiek, aby móc funkcjonować w tak nagle zmienionych warunkach, musi wypracować pewne sposoby, strategie radzenia sobie.

Radzenie sobie ze stresem – definicje i rodzaje

Według współczesnej konceptualizacji termin „radzenie sobie” określa całokształt wysiłków, zarówno poznawczych jak i behawioralnych, podejmowanych przez podmiot, w celu sprostania wymaganiom sytuacji, które jednostka ocenia jako będące na granicy lub przekraczające jej możliwości [2]. Przyjmuje się, że radzenie sobie ze stresem przewlekłej choroby jest przede wszystkim dynamicznym, rozwijającym się w czasie procesem celowego zachowania się człowieka, którego efektem jest

przystosowanie do życia z chorobą. W sytuacjach bardzo obciążających emocjonalnie, człowiek wykazuje także skłonność do odruchowego stosowania obronnych mechanizmów osobowości. Określane są one jako zniekształcenia pojawiające się w trakcie przebiegu procesów poznawczych, których celem jest ochrona „ja” przed rzeczywistym lub antycypowanym zagrożeniem. Zalicza się do nich, np.: racjonalizację, projekcję, zaprzeczanie, wyparcie. [2,3,4].

Każdy człowiek posiada własny indywidualny styl radzenia sobie, który jest zdeterminowany wieloma czynnikami: genetycznymi, środowiskowymi, osobowościowymi, demograficznymi (wiek, płeć, wykształcenie), aktualną kondycją psychofizyczną, specyfiką sytuacji stresowej, posiadanymi zasobami i ograniczeniami. Jest zasadniczym czynnikiem wyznaczającym ludzką aktywność w sytuacji stresowej. Decyduje o względnej stałości procesu radzenia sobie. W sytuacji, gdy przyczyną stresu jest diagnoza nieuleczalnej choroby, czynniki takie jak: obraz własnej choroby, relacje z personelem medycznym mają wpływ na przebieg tego procesu. Człowiek posiada określony repertuar strategii radzenia sobie, które stosuje w zależności od wymogów sytuacji. Ich efektywność zależy od ram czasowych procesu radzenia sobie, gdyż te przynoszące natychmiastową redukcję stresu mogą okazać się niewystarczające w sytuacjach bardziej złożonych, długotrwale obciążających. Wyróżnia się kilka ich typów: konfrontacyjne (wychodzące naprzeciw stresorowi), unikowe (polegające na odwracaniu uwagi od źródła stresu, korzystne w przezwyciężaniu pierwszego szoku), skupione na problemie (podejmowanie bezpośrednich działań, planowanie, szukanie informacyjnego wsparcia), skupione na emocjach (wentylowanie emocji, poszukiwanie emocjonalnego wsparcia, pozytywna reinterpretacja problemu itp.). [3,4,5,6]

Styl radzenia sobie jest uważany za względnie stałą dyspozycję zaradczą, traktowaną jako cecha osobowości [3,7]. Najczęściej weryfikowana empirycznie jest koncepcja stylu radzenia sobie ze stresem stworzona przez Endlera i Parkera, a wywodząca się z poznawczej teorii stresu Lazarusa i Folkmana. Autorzy koncepcji wyróżniają trzy rodzaje stylu radzenia sobie ze stresem: skoncentrowany na zadaniu (problemy rozwiązywane są poprzez poznawcze przekształcenie sytuacji, planowanie aktywności), skoncentrowany na emocjach (koncentrowanie się na wewnętrznych stanach psychicznych, własnych reakcjach emocjonalnych), skoncentrowany na unikaniu (unikanie myślenia o problemie, angażowanie się w czynności zastępcze). Dotychczasowe badania nie wykazały, który z wyróżnionych stylów radzenia sobie jest najskuteczniejszy. Jest to spowodowane także faktem, że proces radzenia sobie jest zjawiskiem dynamicznym, uwarunkowanym wieloczynnikowo [7,8,9].

Psychologia zajmuje się badaniem wpływu różnego rodzaju stresorów na życie i funkcjonowanie człowieka.

Stresory mogą być typu egzogenego (zlokalizowane są w środowisku zewnętrznym), typu endogenego (związane z funkcjonowaniem ciała i psychiki) lub wynikać z relacji zachodzących między człowiekiem a otoczeniem. W centrum zainteresowania psychologii klinicznej znajdują się przede wszystkim stresory szczególnie obciążające mechanizmy adaptacji ze względu na długotrwałe i wieloaspektowe oddziaływanie na stan psychofizyczny. Takim stresorem jest choroba przewlekła – stwardnienie rozsiane. [2,4,7]

Radzenie sobie ze stresem u osób z SM w świetle dotychczasowych badań

Z przeglądu literatury wynika, że w badaniach dotyczących radzenia sobie ze stresem u chorych na SM kontroluje się takie czynniki jak: wiek, płeć, postać choroby (rzutowo-remisyjna, rzutowo-postępująca, wtórnie-postępująca, pierwotnie-postępująca), czas chorowania oraz sprawność fizyczną. Poniżej przytaczam wyniki badań, które opisują strategie radzenia sobie ze stresem u chorych na SM, w powiązaniu z wieloma zmiennymi psychologicznymi i socjodemograficznymi.

Badania przeprowadzone przez Kossakowską [10] przy użyciu kwestionariusza COPE wykazały, że osoby chore w procesie radzenia sobie ze stresem rzadziej wykorzystują strategie skoncentrowane na rozwiązaniu problemu, częściej zwracają się ku religii, szybciej dążą do akceptacji stresora w porównaniu z osobami zdrowymi. Większej niepełnosprawności tych osób towarzyszy większa koncentracja na wewnętrznych stanach emocjonalnych. Do podobnego wniosku doszli Kern i wsp. [11]. Stwierdzili oni, że na poziom doświadczanego dystresu przez osoby z SM ma wpływ głębokość niepełnosprawności wywołanej przewlekłą chorobą [11]. Mohr także sformułował podobne konkluzje. [12] Według niego większej niepełnosprawności spowodowanej chorobą towarzyszy wyższy poziom depresji oraz stosowanie mniej adaptacyjnych sposobów radzenia sobie ze stresem – strategii skoncentrowanych na emocjach oraz na unikaniu. Dennison i wsp. [13,14] przeprowadzili badania w oparciu o model poznawczo-behawioralny. Ich celem było określenie przekonań i zachowań powiązanych z poziomem niepełnosprawności. Przyjęto, że psychologiczny dystres przeżywany przez badanych był silniej związany z negatywnymi przekonaniami na temat siebie, swojego funkcjonowania emocjonalnego. Okazało się, że pogorszenie funkcjonowania psychologicznego było związane z ostrością choroby, jej negatywną percepcją, postępującą i rzutowo-remisyjną postacią choroby, co miało także wpływ na ogólne przekonania na temat schorzenia oraz swoich możliwości behawioralnego funkcjonowania. W opozycji do tych wniosków można przytoczyć badania Montela i Bungendera [15], którzy przebadali grupę 135 osób z diagnozą SM. Według autorów tych badań czynniki

takie, jak: wiek pacjentów, ich wiek w czasie postawienia diagnozy choroby, termin ostatniego nawrotu, wskaźnik postępu choroby (EDSS) nie miały wpływu na stosowane strategie radzenia sobie. Jedynie czas trwania choroby okazał się czynnikiem determinującym częstość stosowania strategii instrumentalnych, co oznacza, że wraz z postępowaniem choroby spada ich używanie w grupie chorych z SM [15]. Lynch [16] także nie znalazł istotnych związków między poziomem niepełnosprawności a różnymi czynnikami psychologicznymi, jednakże zaobserwował wyższy poziom depresji u pacjentów z SM, którzy używali strategii skupionych na emocjach.

Zainteresowania badaczy [17,18,19] koncentrowały się także na określaniu relacji pomiędzy funkcjonowaniem poznawczym, emocjonalnym oraz stosowaniem określonych strategii radzenia sobie ze stresem. Nie znaleziono jednak istotnych różnic w stylach radzenia sobie pomiędzy grupą osób o pogorszonej na skutek choroby funkcjonowaniu poznawczym (36% pacjentów) a grupą osób nie wykazujących w tym zakresie deficytów. W badaniach uczestniczyły 63 osoby: 55 z rzutowo-remisywną postacią choroby i 8 z wtórnie postępującą. Średnie nasilenie depresji w badanej grupie wynosiło 12.1 ± 9.7 – według kwestionariusza BDI. 44 osoby nie miały depresji lub przejawiały jej łagodne nasilenie. 19 pacjentów miało średnie lub wysokie nasilenie depresji. Nie znaleziono znaczących relacji między nasileniem depresji a używanymi strategiami radzenia sobie. Przyczyną tego mogła być mała liczba badanych, duża różnica w zakresie doboru badanych pod względem zdiagnozowanej postaci choroby. W tej grupie badanych pacjenci z SM byli mniej skłonni do używania strategii skoncentrowanych na problemie, częściej stosowali strategie skoncentrowane na unikaniu w porównaniu z populacją ogólną. Mohr [12] wraz z zespołem przebadali 101 pacjentów z diagnozą SM. Depresja była znacząco wyższa u osób z bardziej zaawansowaną chorobą w porównaniu z grupą z mniejszą ilością objawów. Strategie unikowe oraz strategie skoncentrowane na emocjach były pozytywnie związane z poziomem depresji. Strategie skoncentrowane na problemie i poznawczym, pozytywnym przekształceniu oceny sytuacji były negatywnie związane z poziomem depresji. Interakcja między strategiami unikowymi i emocjonalnymi a depresją i poziomem zaawansowania choroby nie wykazały istotnych korelacji. W innym badaniu [20] symptomy depresyjne były związane ze stosowaniem strategii polegających na emocjonalnym wyładowaniu, używaniu strategii unikowych – zaprzeczania, wyparcia.

Im dłużej trwa choroba, tym chorzy mniej chętnie poszukują emocjonalnego wsparcia. Płeć badanych także ma wpływ na wybór strategii. Kobiety z diagnozą SM częściej korzystają ze strategii poszukiwania emocjonal-

nego wsparcia i zwracania się ku religii w porównaniu z chorymi mężczyznami. [21]. Do podobnych wniosków doszedł McCabe [22] wraz z zespołem. Badali oni zastosowanie do choroby u pacjentów z SM. Przebadano 381 pacjentów (141 mężczyzn i 237 kobiet) i 291 osób zdrowych (101 mężczyzn, 190 kobiet). Okazało się, że osoby z SM w porównaniu do osób zdrowych w mniejszym stopniu stosują strategie skupione na rozwiązywaniu problemu i poszukiwaniu wsparcia. Wykazują słabe zastosowanie do choroby. Myślenie życzeniowe, niepowodzenia w szukaniu społecznego wsparcia, brak stosowania strategii skupionych na rozwiązywaniu problemu współwystępowały z gorszym przystosowaniem do radzenia sobie z chorobą zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Poszukując różnic w funkcjonowaniu pomiędzy kobietami a mężczyznami odnośnie stosowanych strategii zaradczych okazało się, że kobiety bardziej niż mężczyźni poszukują społecznego wsparcia, w większym stopniu skupiają się na pozytywnych aspektach życia, jednakże zmęczenie wywołane chorobą występowało u nich w większym nasileniu niż u mężczyzn. Chorzy z diagnozą SM częściej jako strategię radzenia sobie wykorzystują dystansowanie w porównaniu do populacji generalnej [12].

W badaniach przeprowadzonych przez Vickie'go [23] poziom psychologicznego dystresu był pozytywnie skorelowany ze stylem radzenia sobie skoncentrowanym na emocjach. Do tych samych wniosków doszli Beatty i wsp. [24], którzy przebadali 43 pacjentów z diagnozą SM. W oparciu o wyniki badań, autorzy [24] stwierdzili, że nie ma istotnych związków między stresem a radzeniem sobie skoncentrowanym na zadaniu. Akcentuje się fakt, że w okresach podwyższonego dystresu dochodzi do częstszego używania strategii skoncentrowanych na emocjach mających na celu zmianę znaczenia lub interpretacji sytuacji. Te wnioski częściowo potwierdzają wcześniejsze doniesienia, że depresja jest pozytywnie skorelowana z używaniem strategii skoncentrowanych na emocjach przez osoby z SM. Badacze nie znaleźli negatywnych związków między depresją a strategiami skoncentrowanymi na problemie [24]. Podobne wyniki uzyskali Jean i wsp. [25]. Zbadani pacjenci w radzeniu sobie ze stresorami związanymi z chorobą wykorzystywali strategie skoncentrowane na emocjach. Nie znaleziono istotnej zależności pomiędzy dystresem a używaniem strategii skoncentrowanych na problemie. Zdaniem autora badań, większość osób z diagnozą SM ujawnia zdolność do modyfikowania swoich strategii radzenia sobie w stosunku do zmieniających się rodzajów stresorów [25]. Lode i wsp. [20] skupili się na scharakteryzowaniu strategii radzenia sobie ze stresem choroby przewlekłej oraz na określeniu nasilenia symptomów depresyjnych u 86 pacjentów z diagnozą SM. W oparciu o przeprowadzone analizy stwierdzono, że osoby chore w mniejszym stopniu radzą sobie ze stresem

wykorzystując strategie skoncentrowane na problemie i emocjach w porównaniu z grupą osób zdrowych. Zaistniałe różnice między tymi dwiema grupami próbowano tłumaczyć nasileniem objawów depresji. Średni wynik nasilenia objawów depresji u chorych na SM wynosił 10.8 (SD 8.8) a w grupie kontrolnej 4.7 (SD 6.7). 64% pacjentów oraz 84.9 % osób z grupy kontrolnej uzyskało wynik w Kwestionariuszu BDI mniejszy niż 13 punktów. Średnie nasilenie objawów depresji (BDI = 13-19 pkt.) występowało u 20.2% pacjentów i 10.7% osób zdrowych. Wyniki 15.1% pacjentów i 4.3% osób z grupy kontrolnej wskazywały na występowanie dotkliwych objawów depresji. Na podstawie tych danych oraz przeprowadzonych korelacji między wynikami uzyskanymi w Kwestionariuszu BDI diagnozującym nasilenie objawów depresyjnych a stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem (kwestionariusz COPE) stwierdzono, że pacjenci z diagnozą SM są bardziej depresyjni w porównaniu do grupy kontrolnej, ale nasilenie objawów depresji nie tłumaczy różnic w stylach radzenia sobie ze stresem choroby. Analizując uzyskane wyniki, należy wziąć pod uwagę fakt, że badanymi byli pacjenci, którzy znajdowali się we wczesnej fazie choroby. Ponadto nie znaleziono istotnych różnic między tymi dwiema grupami odnośnie stosowania strategii unikowych.

W kręgu zainteresowań badaczy znajduje się także określanie wpływu różnych metod leczenia na psychologiczne funkcjonowanie pacjentów z SM – szczególnie dotyczy to terapii interferonem-beta. Morau i wsp. [26] przeanalizowali występowanie lęku, depresji oraz strategii radzenia sobie ze stresem u pacjentów z postacią rzutowo-remisyjną choroby leczonych interferonem-beta. Okazało się, że pacjenci wykorzystujący strategie skoncentrowane na emocjach są bardziej lękowi i depresyjni niż pacjenci wykorzystujący strategie skoncentrowane na zadaniu i unikaniu. Przez pierwsze 3 miesiące leczenia poziom lęku nieznacznie zmniejszył się wśród ogółu pacjentów, szczególnie w grupie wykorzystującej styl radzenia sobie skoncentrowany na emocjach. Z kolei poziom depresji nie uległ istotnej zmianie. Lęk i depresja pozostały stabilne lub zmniejszały się w trakcie trwania pierwszych 3 miesięcy terapii.

W literaturze opisywane są także badania uwzględniające zależności między postacią stwardnienia rozsianego a określonym stylem radzenia sobie. Montel i Bungenier [15] przebadali 135 pacjentów z następującymi postaciami choroby: rzutowo-remisyjną (41% pacjentów), pierwotnie-postępującą (21% chorych), wtórnie-postępującą (38% pacjentów). Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na częstsze stosowanie strategii skoncentrowanych na emocjach przez pacjentów z wtórnie-postępującą postacią choroby niż postacią pierwotnie-postępującą. Pacjenci z postępującą postacią choroby

uzyskiwali mniejsze wsparcie społeczne w porównaniu z pacjentami z postacią rzutowo-remisyjną. Z kolei kobiety chore na SM w większym stopniu korzystały ze społecznego wsparcia, częściej stosowały strategie związane z planowaniem własnej aktywności, ze zwracaniem się ku religii w porównaniu z mężczyznami. Strategie unikowe radzenia sobie ze stresem współwystępowały z postacią rzutowo-remisyjną oraz wyższym poziomem depresji. W tej grupie badawczej pacjenci z postacią rzutowo-remisyjną byli młodszy, mniej niepełnosprawni niż pacjenci z postępującą postacią choroby.

Ze względu na fakt, że radzenie sobie z chorobą przewlekłą jest procesem dynamicznym, zajmowano się także określaniem zmian pojawiających się w funkcjonowaniu osób z SM w dłuższym okresie czasu. Przeprowadzono badania [27,28], których celem było określenie dynamiki zmian w zachowaniu chorych na przestrzeni 5 lat. Zbadano 76 pacjentów, których wyniki porównano z grupą kontrolną - 94 osoby. Postać rzutowo-remisyjną stwardnienia rozsianego miało 79% badanych, 13% miało wtórnie postępującą, a 7% pierwotnie postępującą. Po pięciu latach 64% pacjentów miało postać rzutowo-remisyjną, 27% miało wtórnie postępującą a 7% pierwotnie postępującą. Wyniki pacjentów dotyczące stosowania strategii skoncentrowanych na problemie i na emocjach w pierwszym badaniu były niższe niż w grupie kontrolnej. Po pięciu latach wyniki badanych dotyczące strategii skoncentrowanych na problemie i na emocjach wykazały tendencję do obniżania się w grupie osób chorych na SM. Wyniki te były znacząco niższe niż w grupie osób zdrowych (grupie kontrolnej). Strategie skoncentrowane na unikaniu nie zmieniały się w badanej grupie na przestrzeni 5 lat. Były na podobnym poziomie jak w grupie kontrolnej. Pacjenci z SM są bardziej pasywni w radzeniu sobie ze stresem w porównaniu z grupą osób zdrowych [20,28]. Stabilność stylów radzenia sobie ze stresem jest oparta na wielu czynnikach psychologicznych oraz społecznych. Z tego względu przeprowadzono badania mające na celu określenie zależności między pięcioma wymiarami osobowości: neurotyzmem, ekstrawersją, ugodowością, sumiennością, otwartością na doświadczenie, a używanymi stylami radzenia sobie ze stresem. Przyjęto, że: ekstrawersja jest związana z interpersonalną aktywnością, poszukiwaniem społecznego wsparcia i z radzeniem sobie skoncentrowanym na problemie. Otwartość na doświadczenie związana jest prawdopodobnie z wyobraźnią, elastycznością. Ugodowość jest słabo związana z procesem radzenia sobie ze stresem. Mniej sprzyjający w adekwatnym radzeniu jest neurotyzm, który współwystępuje z unikowymi i skupionymi na emocjach strategiami radzenia sobie ze stresem. Sumienność jest silnym wskaźnikiem strategii skoncentrowanych na zadaniu. Badacze stwierdzili, że związki pomiędzy czynnikami osobowości a stylami radzenia

sobie są inne w grupie osób z SM niż w populacji ogólnej. Ekstrawersja i otwartość na doświadczenie u osób z SM nie były związane z radzeniem sobie skoncentrowanym na zadaniu, jak w grupie osób zdrowych. Specyfikę uzyskanych wyników może tłumaczyć fakt, że sposób radzenia sobie jest uzależniony od rodzaju stresora - czy podlega on naszej kontroli, czy też nie [29]. Badania związane z osobowościowym funkcjonowaniem chorych na SM z wykorzystaniem modelu Wielkiej Piątki autorstwa Costy i McCree przeprowadzili także Bruce i Lynch [30]. Rezultaty ich badań pokazują znaczący związek między depresją, lękiem a cechami osobowości. Pacjenci z diagnozą SM, u których zdiagnozowano zaburzenia nastroju (DSM-IV) prezentują wyższy poziom neurotyzmu, mniejszy sumienności niż pacjenci bez tych zaburzeń z diagnozą SM i osoby z grupy kontrolnej. Pacjenci z podwyższonym poziomem depresji i lęku zgłaszają większy poziom neurotyzmu, mniejszy ekstrawersji, ugodowości oraz sumienności w porównaniu z grupą kontrolną. Osoby niezgłaszające objawów lęku, depresji nie różniły się w tych zakresach od osób zdrowych.

Obraz siebie jest także istotnym czynnikiem, który w dużym stopniu wpływa na funkcjonowanie psychiczne, społeczne człowieka. Stanowi on względnie stały element osobowości, którego zadanie polega na integrowaniu i stabilizowaniu osobowości. Choroba wpływa na pojawienie się zmian w samoocenie, samoakceptacji. Często te modyfikacje zmierzają w kierunku niesprzyjającym dalszemu rozwojowi w różnych sferach życia. W wyniku tego pojawia się większa skrytość, nieufność, skłonność do narzekania, dochodzą do tego przekonania o swojej niższości, tendencja do koncentrowania się na sobie, nie zrównoważenie emocjonalne [31]. Pacjenci z SM mają tendencję do negatywnej samooceny, cechuje ich pesymistyczna postawa do życia, mniejsze zaufanie do siebie, własnych możliwości. Mają trudności z realizowaniem pożądanej koncepcji siebie. Skłonni do uciekania w świat marzeń, fantazji, które polepszają ich samopoczucie. To, jak duże zmiany w zakresie samooceny wywołuje choroba, zależy od ukształtowanej osobowości przedchorobowej, posiadanych zasobów indywidualnych i społecznych [32]. Potwierdzają to także badania przeprowadzone przez Maritę McCabe [33]. Zbadano 243 osoby (80 mężczyzn i 163 kobiety) z diagnozą SM i 184 z populacji ogólnej. Z przeprowadzonych analiz wynika, że osoby z SM relacjonują gorsze funkcjonowanie emocjonalne i niższą samoocenę niż osoby z populacji ogólnej. Zarówno osoby z nasileniem objawów choroby jak i w remisji wskazywały na wyższy poziom depresji, niższą samoocenę w porównaniu do populacji ogólnej. W grupie osób znajdującej się w fazie rzutu choroby występuje wyższy poziom lęku w porównaniu z grupą osób w remisji i w populacji ogólnej. Wyniki badań potwierdzają wcześniejsze doniesienia

z literatury. Osoby z SM wykazują gorszy poziom przystosowania, a nasilenie objawów choroby powoduje wzrost poziomu lęku. Nasilenie depresji i samoocena wydają się być bardziej odporne na zmiany. Występuje mała zmienność w zakresie tych czynników na przestrzeni czasu (18 miesięcy). Nie znaleziono istotnych związków między stosowaniem określonych strategii radzenia sobie ze stresem a funkcjonowaniem emocjonalnym [25]. O'Brien [34] badał związek między obrazem siebie, społecznym wsparciem i radzeniem sobie. Otrzymane wyniki wspierają przypuszczenia o istnieniu związku między pozytywnym obrazem siebie a stosowaniem stylu skoncentrowanego na zadaniu. Nie znaleziono istotnych związków między tym stylem a poszukiwaniem społecznego wsparcia. Ponadto lepiej wykształceni chorzy częściej stosowali zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem.

Oprócz czynników osobowościowych na efektywność, z jaką chorzy radzą sobie z chorobą ma wpływ otoczenie zewnętrzne – personel medyczny. Jakość przekazywanych informacji pacjentom z diagnozą SM wpływa na wykorzystywane przez nich style radzenia sobie ze stresem. W oparciu o badania przeprowadzone przez Lode i wsp. [35] sformułowano następujące wnioski: 56% pacjentów było zadowolonych lub bardzo zadowolonych z przekazanych im informacji, natomiast 43% pacjentów z SM było niezadowolonych lub bardzo niezadowolonych. Przeprowadzone korelacje między jakością przekazanych informacji a stylami radzenia sobie ze stresem wykazały, że im bardziej pacjenci byli usatysfakcjonowani z przekazanych informacji, tym częściej stosowali strategie radzenia sobie skoncentrowane na zadaniu (planowanie i poszukiwanie społecznego wsparcia związanego z instrumentalnym radzeniem sobie ze stresem), bardziej aktywnie korzystali ze strategii, które pomagają im oderwać się od myślenia o chorobie, byli mniej powściągliwi w ukazywaniu swoich doświadczeń, emocji związanych z chorobą. Według autorów badań optymalizacja procesu informowania o chorobie w pierwszych jej fazach może wpłynąć na stosowanie bardziej adaptacyjnych strategii radzenia sobie ze stresem [35].

Dennison, Moss-Morris i Chalder [14] przeprowadziły analizę opublikowanych dotychczas wyników badań dotyczących relacji zachodzących między depresją, stresem, lękiem, jakością życia, satysfakcją z relacji społecznych w grupie chorych z diagnozą SM. Na ich podstawie sformułowaly następujące wnioski: strategie skoncentrowane na emocjach, takie jak: myślenie życzeniowe oraz strategie polegające na unikaniu stresora, zaprzeczaniu, są silnymi czynnikami skorelowanymi z gorszym przystosowaniem. Z kolei strategie skoncentrowane na problemie, poszukiwaniu społecznego wsparcia, poznawczym, pozytywnym przekształceniu sytuacji sprzyjają lepszemu przystosowaniu. Okazało się jednak, że wystę-

powanie relacji między tymi czynnikami nie jest tak silne jak w przypadku czynników związanych z gorszym przystosowaniem do choroby (strategii skoncentrowanych na emocjach). Ważnym czynnikiem determinującym poziom przeżywanego lęku depresji, zmęczenia jest obraz choroby. Negatywne przekonania na temat stwardnienia rozsianego współwystępują z psychicznym zmęczeniem, depresją, niższą samooceną [14,36,37,38].

Podsumowanie

Pojawienie się przewlekłej choroby wywołuje zaburzenia w funkcjonowaniu biologicznym i psychicznym człowieka. To, w jaki sposób chory ustosunkuje się do własnego schorzenia jest wynikiem interakcji między takimi czynnikami, jak: otoczenie społeczne, szeroko rozumiana osobowość chorego, właściwości choroby.

W literaturze polskiej problem radzenia sobie ze stresem u osób chorych na SM jest podejmowany dość rzadko. Brakuje wszechstronnych analiz, które ukazywałyby proces radzenia sobie ze stresem w powiązaniu z wieloma zmiennymi osobowościowymi oraz socjodemograficznymi. Zwykle badania przeprowadzane na tej grupie osób koncentrują się na jakości życia, czynnikach emocjonalnych, zapotrzebowaniu na wsparcie. Stwardnienie rozsiane najczęściej dotyczy osób w wieku 20-40 lat, dlatego tak ważne jest poznanie ich funkcjonowania z diagnozą tej nieuleczalnej choroby. U tych chorych stres wywołuje nie tylko diagnoza choroby, ale przede wszystkim jej następstwa, które wraz z postępem schorzenia coraz bardziej uwidaczniają się we wszystkich sferach funkcjonowania człowieka.

Dotychczasowe badania ukazują silny związek między stosowaniem strategii skoncentrowanych na emocjach i słabszym przystosowaniem do choroby. Ponadto wskazuje się na umiarkowany związek między stosowaniem stylu skoncentrowanego na problemie a lepszą adaptacją do funkcjonowania z diagnozą przewlekłej choroby. Pacjenci relacjonujący doświadczanie wysokiego psychologicznego dystresu, wysokiego poziomu niepewności i będący w fazie nasilenia objawów, używają w większym stopniu strategii skoncentrowanych na emocjach [39,40]. Pacjenci z rzutowo-remisywną postacią choroby wydają się być bardziej skłonni do używania strategii unikowych w porównaniu z pacjentami z postacią pierwotnie i wtórnie postępującą, którzy częściej wykorzystują strategie skoncentrowane na emocjach. Ponadto chorzy z diagnozą SM są w mniejszym stopniu skłonni do używania strategii skoncentrowanych na problemie w porównaniu do populacji osób zdrowych. Rzadsze używanie aktywnych strategii radzenia sobie ze stresem w tej grupie osób zwiększa ryzyko pojawienia się depresji. Występujące u chorych z SM symptomy depresyjne mogą być następstwem choroby (jej objawów, narzucanych

przez nią ograniczeń), doświadczanego stresu i prawdopodobnie używania strategii skoncentrowanych na unikaniu i emocjach. Wydaje się, że depresja pojawiająca się u pacjentów z SM wzmacnia stosowanie strategii skoncentrowanych na emocjach i unikaniu. Rola depresji w determinowaniu strategii radzenia sobie ze stresem skupionych na emocjach jest ciągle dyskutowana [28,40]. Ponadto pacjenci z SM wykazują wyższy poziom lęku i depresji w porównaniu do populacji osób zdrowych [17,18,19].

Warunkiem inicjacji procesu radzenia sobie z chorobą jest dostrzeżenie jej objawów. Na dalszych etapach tego procesu dochodzi do konfrontowania otrzymywanych informacji z własnym systemem przekonań zdrowotnych. Silna tendencja do poszukiwania informacji może powodować wyolbrzymianie, przesadne zaabsorbowanie symptomami, co z kolei może nasilać lęk. Unikanie informacji może prowadzić w konsekwencji nawet do zaprzeczania chorobie, zaniechania leczenia. Umiarkowane stosowanie strategii unikowych chroni przed przesadnym koncentrowaniem się na własnym zdrowiu i związanym z tym lękiem. Może być skuteczną techniką adaptacyjną, jeśli symptomy choroby są mało nasilone oraz przemijające. Strategie unikowe są korzystne także w stanach terminalnych, gdy unikanie konfrontacji z własną chorobą nie zmniejsza już szans na wyleczenie, a może chronić przed panicznym lękiem i rozpaczą [4,7].

Ogólnie uważa się, że lepsze przystosowanie do choroby jest związane z mniejszą niepełnosprawnością, większym skupieniem się na strategiach skoncentrowanych na zadaniu a mniejszym na strategiach skoncentrowanych na emocjach i unikaniu [8,15,26,29,37,41].

Podkreśla się fakt, że różne aspekty choroby mogą wymagać różnych strategii radzenia sobie. Strategie skupione na emocjach i unikowe są użyteczne, gdy przyczyna stresu jest niejasna, a obecny stan wiedzy nie zapewnia skutecznego wyjaśnienia przyczyn danej choroby, w związku z czym choremu trudno podejmować zaplanowane, skuteczne działania w celu jej pokonania [15,39,40].

Na pierwszych etapach choroby stres może wynikać z przeżywania niepewności związanej z diagnozą nieuleczalnej choroby o nieustalonej etiologii. Później pacjent uczy się żyć z chorobą, radzić sobie z jej objawami, skutkami. Efektywność radzenia sobie ze stwardnieniem rozsianym jest związana z indywidualną oceną stresora, z dostępem do społecznej sieci wsparcia, zdolnościami w zakresie radzenia sobie, które są uwarunkowane wieloczynnikowo.

W dotychczas przeprowadzonych badaniach obecne są także pewne ograniczenia metodologiczne, które wpływają na formułowane wnioski. Zalicza się do nich:

- występowanie dużej różnorodności w zakresie wielkości badanych grup,
- używanie różnorodnych metod do badania strategii radzenia sobie ze stresem,

- kontrolowanie tylko wybranych czynników, które mogą wpływać na funkcjonowanie psychospołeczne osób chorych na SM. Te czynniki to, np.: płeć, wiek, postać choroby, czas trwania choroby. Wymienione ograniczenia metodologiczne mogą tłumaczyć różnice pojawiające się w wynikach badań.

Piśmiennictwo

1. Selmaj K. Stwardnienie rozsiane. Poznań: Wydawnictwo Medyczne Termedia; 2006.
2. Makowska H., Poprawa R. Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia. W: Dolińska-Zygmunt G. red., Podstawy psychologii zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 2001, s. 71-100.
3. Heszen-Niejodek I. Styl radzenia sobie ze stresem: fakty i kontrowersje. *Czas. Psychol.*, 1997; 3 (1): 7-21.
4. Heszen-Niejodek I. Radzenie sobie z chorobą – przegląd zagadnień. W: Heszen-Niejodek I. red., Jak żyć z chorobą a jak ją pokonać. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2000, s. 15-33.
5. Bishop G. Psychologia zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Astrum; 2000.
6. Heszen-Niejodek I. Styl radzenia sobie ze stresem jako indywidualna zmienna wpływająca na funkcjonowanie w sytuacji stresowej. W: Strelau J. red., Osobowość a ekstremalny stres. Gdańsk: GWP; 2004, s. 238-261.
7. Terelak J. Człowiek i stres. Bydgoszcz-Warszawa: Oficyna Wydawnicza Branta; 2008.
8. Sęk H. Wprowadzenie do psychologii klinicznej. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2003.
9. Sęk H. Orientacja patogenetyczna i salutogenetyczna w psychologii klinicznej. W: Sęk H. red., Psychologia kliniczna. Warszawa: Wydawnictwo PWN; 2010, s. 47-48.
10. Kossakowska M. Strategie radzenia sobie z chorobą przewlekłą w stwardnieniu rozsianym. *Postępy Psychiatr., Neurol.*, 2008; 17 (1): 15-21.
11. Kern S., Schrempf W., Schneider H., Schultheiß T., Reichmann H., Ziemssen T. Neurological disability, psychological distress and health-related quality of life in MS patients within the first three years after diagnosis. *Mult. Scler.*, 2009; 15: 752-758.
12. Mohr DC, Goodkin DE, Gatto N, Van der Wende J. Depression, coping and level of neurological impairment in multiple sclerosis. *Mult. Scler.*, 1997; 3 (4): 254-258.
13. Dennison L., Moss-Morris R., Silber E., Galea I, Chalder T. Cognitive and behavioural correlates of different domains of psychological adjustment in early-stage multiple sclerosis. *J. Psychosom. Res.*, 2010; 69: 353-361.
14. Dennison L., Moss-Morris R., Chalder T. A review of psychological correlates of adjustment in patients with multiple sclerosis. *Clin. Psychol. Rev.*, 2009; 29: 141-153.
15. 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.
16. Lynch S. G., Kroencke D. C., Denney D. R. The relationship between disability and depression in multiple sclerosis: the role of uncertainty, coping, and hope. *Mult. Scler.*, 2001; 7: 411-416.
17. Goretti B., Portaccio E., Zipoli V., Hakiki B., Siracusa G., Sorbi S., Pia Amato M. Coping strategies, psychological variables and their relationship with quality of life in multiple sclerosis. *Neurol. Sci.*, 2009; 30: 15-20.
18. Goretti B., Portaccio E., Zipoli V., L. Hakiki B., Gianfranco Siracusa, Sandro Sorbi, Amato M.P. Impact of cognitive impairment on coping strategies in multiple sclerosis. *Clin. Neurol. Neurosurg.*, 2010; 112: 127-130.
19. Goretti B., Portaccio E., Zipoli V., L. Razzolini, M. P. Amato. Coping strategies, cognitive impairment, psychological variables and their relationship with quality of life in multiple sclerosis. *Neurol. Sci.*, 2010; 31 (Suppl. 2): 227-230.
20. Lode K., Bru E., Klevan G., Myhr K. M., Nyland H., Larsen J. P. Depressive symptoms and coping in newly diagnosed patients with multiple sclerosis. *Mult. Scler.*, 2009; 15: 638-643.
21. Kroencke D.C., Denney R. D. Stress and coping in multiple sclerosis: exacerbation, remission and chronic subgroups. *Mult. Scler.*, 1999; 5: 89-93.
22. McCabe M.P., McKern S., McDonald E. Coping and psychological adjustment among people with multiple sclerosis. *J. Psychosom. Res.*, 2004; 56: 355-361.
23. Vickie M. J., Robert H. P., William W. B.: Psychological and neuropsychological predictors of coping patterns by patients with multiple sclerosis. *J. Clin. Psychol.*, 1999; 55 (1): 21-26.
24. Beatty W. W., Hames K. A., Blanco C. R., Williamson S. J., Susan L. Wilbanks, Olson K. A. Correlates of coping style in patients with multiple sclerosis. *Mult. Scler.*, 1998; 4: 440-443.
25. Jean VM, Beatty WW, Paul RH, Mullins L. Coping with general and disease-related stressors by patients with multiple sclerosis: relationships to psychological distress. *Mult. Scler.*, 1997; 3 (3): 191-196.
26. Moreau T, Schmidt N, Joyeux O, Bungener C, Souvignat V. Coping strategy and anxiety evolution in multiple sclerosis patients initiating interferon-beta treatment. *Eur. Neurol.*, 2009; 62 (2): 79-85.
27. Lode K, Bru E, Klevan G, Myhr KM, Nyland H, Larsen JP. Coping with multiple sclerosis: a 5-year follow-up study. *Acta Neurol. Scand.*, 2010; 122: 336-342.
28. Lode K. Coping with multiple sclerosis. Dissertation for the degree philosophiae doctor (PhD) at the University of Bergen, 2010. [online] [dostęp 9.08.2011] <https://bora.uib.no/handle/1956/4090>
29. 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.
30. Bruce J. M., Lynch S. G. Personality traits in multiple sclerosis: association with mood and anxiety disorders. *J. Psychosom. Res.*, 2011; 70: 479-485.
31. Palak Z. Samoakceptacja jako jeden z czynników warunkujących funkcjonowanie jednostki. *Ann. UMCS. Sect. J.*, 1995; vol. VIII: 23-31.
32. Ledwoch M., Borys D. Poczucie zmiany własnej osobowości u osób z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego. W: Steuden S., Ledwoch M. red., Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości: problemy człowieka chorego. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL; 2005, s. 7-13.
33. MacCabe M. Mood and self-esteem of persons with multiple sclerosis following an exacerbation. *J. Psychosom. Res.*, 2005; 59: 161-166.
34. O'Brien MT. Multiple sclerosis: the relationship among self-esteem, social support, and coping behavior. *Appl. Nurs. Res.*, 1993; 6 (2): 54-63.
35. Lode K., Larsen J. P., Bru E., Klevan G., Myhr K. M., Nyland H. Patient information and coping styles in multiple sclerosis. *Mult. Scler.*, 2007; 13: 792-799.
36. Jopson N. M., Moss-Morris R. The role of illness severity and illness representations in adjusting to multiple sclerosis. *J. Psychosom. Res.*, 2003; 54: 503-511.
37. Pakenham K. I. Relations between coping and positive and negative outcomes in carers of persons with multiple sclerosis. *J. Clin. Psychol. Med. Settings.*, 2005; 12: 25-38.

38. Ritter G. Psychosocial aspects of multiple sclerosis--course and coping with a chronic disease. *Wien. Med. Wochenschr.*, 1985; 31: 135 (1-2): 48-52.
39. Warren S., Cockerill W. Emotional stress and coping in multiple sclerosis (MS) exacerbations. *J. Psychosom. Res.*, 1991; 35 (1): 37-47.
40. Beatty. W. W., Hames K. A., Blanco C. R., Williamson S. J., Wilbanks S. L., Olson K. A. Correlates of coping style in patients with multiple sclerosis. *Mult. Scler.*, 1998; 4: 440-443.
41. Mohr C.D., Cox D. Multiple Sclerosis: Empirical Literature for the Clinical Health Psychologist. *J. Clin. Psychol.*, 2001; 57 (4): 479-499.

Correspondence address

Ewa Rzeszutko
Zakład Genetyki Klinicznej
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
ul. Radziwiłłowska 11; 20-080 Lublin
Tel: 81 528 84 08
e-mail: rzeszutko.ewa@wp.pl