

MEDIACYJNA ROLA STRATEGII RADZENIA SOBIE ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM W RELACJI MIĘDZY POZNAWCZĄ OCENĄ CHOROBY A POTRAUMATYCZNYM WZROSTEM

Nina Ogińska-Bulik, Paulina Michalska

Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki
Institute of Psychology, University of Lodz

THE MEDIATING ROLE OF COPING STRATEGIES WITH SCLEROSIS
MULTIPLEX IN THE RELATIONSHIP BETWEEN COGNITIVE APPRAISAL
OF DISEASE AND POSTTRAUMATIC GROWTH

Summary. The aim of the study was to explore the mediating role of coping strategies with sclerosis multiplex in the relationship between cognitive appraisal of the disease and positive effects of trauma called posttraumatic growth. 105 people struggling with sclerosis multiplex, aged 18-76 ($M = 43.01$; $SD = 13.84$) participated in the research and majority of them were women (75.2%). Cognitive appraisal was assessed with the Disease-Related Appraisal Scale, posttraumatic growth with the Posttraumatic Growth Inventory and coping strategies with the Mental Adjustment to Disease Scale. The results showed an average intensity of posttraumatic growth among subjects. Two out of the four coping strategies (anxious preoccupation and helplessness-hopelessness) play a mediating role in the relationship between cognitive appraisal of the disease (obstacle/loss, harm, value) and posttraumatic growth. The outcomes of the research stress a significant role of cognitive appraisal and coping strategies, in the process of occurring positive changes following trauma. **Key words:** posttraumatic growth, cognitive appraisal of disease, coping strategies, multiple sclerosis

Wprowadzenie

Negatywne i pozytywne następstwa zmagania się ze stwardnieniem rozsianym

Stwardnienie rozsiane (łac. *sclerosis multiplex* – SM), jako choroba przewlekła, pociąga za sobą wiele – głównie negatywnych – następstw, które przejawiają się we

Adres do korespondencji: Paulina Michalska, e-mail, paulina.michalska92@gmail.com

wszystkich sferach funkcjonowania człowieka. Choroba przyczynia się do zmian w wyglądzie, ograniczeń w zakresie funkcjonowania intelektualnego, seksualnego, ale przede wszystkim do ograniczenia sprawności fizycznej, często wywołując długotrwały ból (Lew-Starowicz i in., 2011). Może także prowadzić do poważnych konsekwencji w sferze emocjonalnej, zawodowej, społecznej oraz rodzinnej.

Jednym z następstw, pozwalających traktować chorobę jako wydarzenie o charakterze traumatycznym, jest występowanie objawów stresu pourazowego (*posttraumatic stress disorder* – PTSD). Tego typu objawy zaobserwowano również u osób chorujących na stwardnienie rozsiane (Chalfant, Bryant, Fulcher, 2004; Counsell i in., 2013).

Proces zmagania się z przewlekłą chorobą somatyczną może jednak, oprócz negatywnych konsekwencji, wiązać się również z występowaniem pozytywnych zmian, ujawnianych w postaci wzrostu po traumie. Na potraumatyczny wzrost składają się trzy kategorie zmian. Są to zmiany w percepcji siebie, w relacjach interpersonalnych i filozofii życiowej (Tedeschi, Calhoun, 1996; 2004; 2007; por. także Ogińska-Bulik, 2013; 2015).

Warto podkreślić, że wzrost po traumie nie pojawia się od razu; wymaga czasu i jest związany, zwłaszcza bezpośrednio po zdarzeniu, z poczuciem dyskomfortu oraz występowaniem negatywnych emocji. W dalszym etapie z reguły prowadzi do odkrywania nowych aspektów dotyczących własnego *ja* i swoich relacji z innymi. Staje się to podstawą tworzenia nowej wizji świata, budowania przekonań i poglądów dostosowanych do nowej rzeczywistości. Etap ten można określić jako proces przebudowy własnego życia. Pojawienie się pozytywnych zmian świadczy o „przepracowaniu” traumy i jest przejawem skuteczności poradzenia sobie z nią. Potraumatyczny wzrost może więc być traktowany jako końcowy efekt z reguły bolesnego procesu zmagania się z kryzysem wywołanym doświadczeniem choroby.

Wśród wielu czynników determinujących występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych wymienia się poznawczą ocenę doświadczonego zdarzenia oraz podejmowane strategie radzenia sobie z nim.

Poznawcza ocena choroby i stosowane strategie radzenia sobie a występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych

Poznawcza ocena sytuacji jest nieodłącznym elementem transakcji stresowej. Człowiek poddany działaniu tego złożonego stresora nadaje mu subiektywne znaczenie. Tworzy się wówczas pewien konstrukt poznawczy, który determinuje późniejsze zachowanie, w tym podejmowane strategie radzenia sobie. Koncepcja Lazarusa i Folkman (1984) wyróżnia trzy kategorie oceny stresu (w tym subiektywnego znaczenia nadawanego chorobie), tj. zagrożenie, wyzwanie oraz krzywdę/stratę. Inni autorzy proponują przyjęcie większej liczby kategorii na określenie percepcji choroby. Takie stanowisko przedstawiają Janowski i in. (2009) w swojej koncepcji doświadczania choroby. Autorzy wyróżnili siedem wymiarów percepcji

choroby: zagrożenie, korzyść, przeszkoda/strata, wyzwanie, krzywda, wartość, znaczenie (Janowski i in., 2009). W sytuacji zagrożenia choroba widziana jest jako wydarzenie, które zakłóca aktualny bądź poprzedni stan równowagi i bezpieczeństwa. Choroba jako korzyść wiąże się z uzyskaniem zainteresowania od innych ludzi, a także różnych korzyści materialnych czy prestiżowych. Choroba jako przeszkoda/strata odnosi się do ograniczeń i utrudnień, z jakimi chory spotyka się w codziennym życiu. Owe trudności związane są z pojawieniem się wielu negatywnych emocji, obejmujących m.in. smutek, przygnębienie, oraz z utratą planów czy możliwości realizowania różnych celów życiowych. Z wyzwaniem mamy do czynienia wtedy, kiedy jednostka ma poczucie, iż może wpływać na własną chorobę. Percepcja choroby w postaci krzywdy powoduje, iż choroba postrzegana jest jako coś, na co człowiek nie zasłużył lub jako niesprawiedliwość. Postrzeganie choroby jako wartości pozwala na dokonanie pewnej refleksji odnośnie do własnego życia.

Dostępne w literaturze dane wskazują na istnienie związku między poznawczą oceną doświadczonego zdarzenia a występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych. Przegląd badań przedstawiony przez Linleya i Josepha (2004) potwierdza dodatnie powiązania między oceną poznawczą sytuacji stresowej jako zagrożenia a wzrostem po traumie. Na dodatni związek potraumatycznego wzrostu z subiektywną oceną sytuacji stresowej jako zagrożenia i wyzwania wskazują Dekel i Nuttman-Schwartz (2009). Znaczenie oceny w kategoriach wyzwania potwierdzają Mackay i Pakenham (2012) oraz Yeung i in. (2016).

Rolę oceny poznawczej w występowaniu wzrostu po traumie wykazano także w polskich badaniach, przeprowadzonych wśród strażaków z jednostek ratowniczo-gaśniczych (Ogińska-Bulik, Kobylarczyk, 2016a). Wskazały one, że wzrostowi po traumie sprzyja zarówno ocena w kategoriach wyzwania, jak i zagrożenia. Dodatnią rolę zagrożenia w doświadczaniu pozytywnych zmian po traumie potwierdzają także badania Cordovy i in. (2001) z udziałem osób zmagających się z nowotworem piersi. Pozytywny związek między wyzwaniem a potraumatycznym wzrostem odnotowano w badaniach prowadzonych z udziałem pacjentów onkologicznych (Stanton i in., 2006, za: Rinaldis, Pakenham, Lynch, 2012; Wilson, Morris, Chambers, 2014).

Chalk (2007) wskazuje, iż osoby zmagające się ze stwardnieniem rozsianym, które oceniają chorobę w kategoriach wyzwania, przejawiają wyższy poziom satysfakcji z życia oraz mniej symptomów depresji i niepokoju. Może to w efekcie zwiększać prawdopodobieństwo pojawienia się pozytywnych zmian potraumatycznych u pacjentów z SM.

W literaturze można odnaleźć również badania, które nie potwierdzają związku między odnajdywaniem korzyści a poszczególnymi kategoriami oceny stresu w kontekście trwającego przez dłuższy czas stresora (McCausland, Pakenham, 2003; Thombre, Sherman, Simonton, 2010).

Wśród strategii, które sprzyjają procesowi adaptacji po doznanym zdarzeniu traumatycznym, w tym choroby przewlekłej, wymienia się przede wszystkim reli-

gijne/duchowe radzenie sobie, radzenie sobie skoncentrowane na problemie, pozytywne przewartościowanie (Linley, Joseph, 2004; Helgeson, Reynolds, Tomich, 2006; Lelorain i in., 2012). Takie strategie, jak planowanie, poszukiwanie wsparcia, zarówno emocjonalnego, jak i instrumentalnego, oraz odwoływanie się do religii pozwalały na przewidywanie wystąpienia potraumatycznego wzrostu u osób żyjących z HIV i chorych na AIDS (Taylor, Armor, 1996; Lelorain i in., 2012). Znaczenie religijnego radzenia sobie wykazano także wśród chorych onkologicznie (Rand i in., 2012). Polskie badania przeprowadzone wśród ratowników medycznych, którzy byli narażeni na zdarzenia traumatyczne w związku z pełnioną funkcją zawodową, potwierdziły istotną rolę odwoływania się do religii jako strategii sprzyjającej występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych (Ogińska-Bulik, 2014a).

Występowanie pozytywnych zmian potraumatycznych zależy więc zarówno od poznawczej oceny doświadczonej sytuacji, jak i podejmowanych strategii radzenia sobie z nią. Dlatego też celowe jest badanie złożonych relacji między zmiennymi.

Cel i metoda badań

Celem podjętych badań było ustalenie mediacyjnej roli podejmowanych strategii radzenia sobie w relacji między poznawczą oceną choroby a potraumatycznym wzrostem u osób zmagających się ze stwardnieniem rozsianym. Zakładano, że relacja między poznawczą oceną choroby a wzrostem po traumie będzie mediowana przede wszystkim przez strategie o charakterze przystosowawczym, tj. ułatwiające proces adaptacji do choroby i sprzyjające występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych.

Badaniami objęto 115 osób zmagających się ze stwardnieniem rozsianym. Badania przeprowadzono w oddziałach Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, znajdujących się na terenie województwa łódzkiego i mazowieckiego. Zgodę na jego przeprowadzenie wydała odpowiednia Komisja Bioetyki. Badani zostali poinformowani o poufności i dobrowolności procedury badawczej.

Do analizy włączono wyniki 105 osób, które przyznały, że diagnoza choroby, takiej jak stwardnienie rozsiane, była dla nich sytuacją traumatyczną. Mężczyźni stanowili 24,8% badanych, natomiast kobiety 75,2%. Przewaga kobiet wśród osób z SM jest zgodna z danymi epidemiologicznymi dotyczącymi tej choroby. Średni wiek osób chorych wahał się od 18 do 76 lat ($M = 43,01$; $SD = 13,84$). Większość badanych – 52,4% – posiadała wykształcenie wyższe bądź niepełne wyższe. Chorzy z wykształceniem podstawowym, zawodowym bądź średnim stanowili 47,6% badanej grupy. Wśród osób z SM 56,2% to osoby niepracujące – bezrobotne bądź pobierające emeryturę lub rentę, natomiast 43,8% to osoby pracujące. Większość osób badanych (64,8%) deklarowała, iż pozostaje w relacji partnerskiej, pozostała część (35,2%) to osoby samotne. Średni wiek, w którym osoby badane zachorowały na stwardnienie rozsiane, wyniósł 29,56 lat ($SD = 9,26$), natomiast średni czas trwania

choroby wynosił 13,44 lat ($SD = 11,92$). Wynik ten koresponduje z badaniami epidemiologicznymi, które wskazują, że choroba dotyka ludzi młodych, najczęściej między 20. a 40. rokiem życia (Selmaj, 2005). Wśród badanych zmagających się ze stwardnieniem rozsianym największą grupę stanowiły osoby z rzutowo-remisyjną postacią choroby – 48,6%. Najmniej liczną była grupa osób o typie postępująco-rzutowym – 12,4%. Dwie pozostałe grupy nie różniły się pod względem liczebności (wtórnie postępująca – 20%, pierwotnie-postępująca – 19%). Nieco ponad połowa badanych (51,4%) zmagająca się także z innymi chorobami przewlekłymi, wśród których wymieniano chorobę Hashimoto, łysienie plackowate, łuszczycę, cukrzycę, depresję, chorobę niedokrwinną serca, nowotwory (w trakcie remisji).

W badaniach wykorzystano ankietę, opracowaną na użytek badań, oraz trzy standardowe narzędzia pomiaru, tj. Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju, Skalę Oceny Własnej Choroby oraz Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby – Mini-MAC.

Opracowana na potrzeby prowadzonych badań ankietą składa się z dwóch części. Pierwsza obejmuje pytania o zmienne socjodemograficzne, takie jak: płeć, wiek, wykształcenie, status rodzinny, aktywność zawodowa, druga natomiast – pytania dotyczące medycznych aspektów choroby, takich jak: wiek zachorowania, postać choroby, czas trwania choroby oraz występowanie innych chorób somatycznych.

Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju – IPR (*Posttraumatic Growth Inventory* – PTGI), opracowany przez Tedeschiego i Calhouna (1996) w polskiej adaptacji Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego (2010), służy do opisu pozytywnych zmian, które mogą pojawić się w wyniku doświadczenia jakiegoś wydarzenia traumatycznego. Składa się z 21 twierdzeń i ujmuje 4 aspekty zmian pozytywnych: zmiany w percepcji siebie, zmiany w relacjach z innymi, większe docenianie życia i zmiany duchowe. Badani udzielają odpowiedzi na 5-stopniowej skali od 0 – nie doświadczyłem/am tej zmiany w wyniku kryzysu do 5 – doświadczyłem/am tej zmiany w bardzo dużym stopniu. Oblicza się ogólny wynik oraz wyniki poszczególnych wymiarów. Im wyższy wynik uzyska osoba badana, tym więcej zmian pozytywnych doświadcza wskutek przeżytej traumy. Kwestionariusz posiada zadowalające właściwości psychometryczne: wartość współczynnika α -Cronbacha dla całej skali wynosi 0,93. Uczestniczące w badaniu osoby wskazały, że zdarzeniem o charakterze traumatycznym była dla nich diagnoza stwardnienia rozsianego.

Skala Oceny Własnej Choroby – SOWC (*Disease-Related Appraisals Scale*) opracowana została przez Janowskiego i in. (2009). Opiera się ona na założeniach Lazarusa i Folkmana (1984), dotyczących kategorii oceny sytuacji choroby, i służy do oceny subiektywnego znaczenia, jakie pacjent nadaje chorobie. Skala składa się z 47 pozycji, które pogrupowane są w 7 podskal: zagrożenie, korzyść, przeszkoda/strata, wyzwanie, krzywda, wartość, znaczenie. Badani udzielają odpowiedzi na 5-stopniowej skali: tak, raczej tak, nie wiem, raczej nie, nie. Każde stwierdzenie oceniane jest od 1 (nie) do 5 punktów (tak), za wyjątkiem pozycji 21, 28, 35, które

punktuje się odwrotnie. Im wyższy wynik w danej podskali, tym większe nasilenie subiektywnej oceny choroby. Skala posiada zadowalającą trafność i rzetelność, którą potwierdzają wartości współczynników α -Cronbacha (wahają się one od 0,64 do 0,87 dla poszczególnych podskal).

Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – Mini-MAC (*Mini Mental Adjustment to Cancer Scale*), której autorami są Watson i in. (1994), została zaadaptowana do warunków polskich przez Juczyńskiego (2001). Za zgodą autora skala została dostosowana do osób zmagających się ze stwardnieniem rozsianym. Narzędzie składa się z 29 pozycji i służy do badania 4 strategii radzenia sobie z chorobą: zaabsorbowanie lękowe, duch walki, bezradność/beznadziejność, pozytywne przewartościowanie. Osoba badana udziela odpowiedzi na 4-stopniowej skali, wskazując na stwierdzenie, które najlepiej ją opisuje. Skala posiada zadowalające właściwości psychometryczne: wartości współczynników α -Cronbacha dla poszczególnych wymiarów wahają się od 0,87 do 0,92 (Juczyński, 2001). W badanej grupie uzyskano zbliżone wartości wynoszące od 0,84 do 0,89.

Wyniki badań

W celu weryfikacji danych uzyskanych z przeprowadzonego badania wykorzystano program IBM SPSS, wersja 22. Użyto następujących procedur statystycznych: test Kołmogorowa-Smirnowa w celu sprawdzenia normalności rozkładów badanych zmiennych, test Levene'a, aby zweryfikować hipotezę o jednorodności wariancji w badanych grupach. Rozkład wyników miał charakter normalny, co pozwala na stosowanie testów parametrycznych. W celu sprawdzenia istotności różnic między średnimi wykorzystano test *t*-Studenta lub jednoczynnikową analizę wariancji. Do ustalenia roli strategii radzenia sobie w relacji między poznawczą oceną choroby a potraumatycznym wzrostem wykorzystano analizę mediacji.

Osoby zmagające się ze stwardnieniem rozsianym wykazują średnie nasilenie wzrostu po traumie ($M = 56,53$; $SD = 22,86$). Wynik ten odpowiada wartości 5 stena i nie odbiega znacząco od wyników uzyskanych w badaniu normalizacyjnym (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010). Dodatkowo ustalono procentowy rozkład wyników niskich, przeciętnych i wysokich dla badanej próby. Niski poziom zmian wzrostowych deklarowało 45 osób, co stanowi 42,9% badanej grupy, średni 37 osób (35,2%) i wysoki 23 osoby, tj. 21,9% badanych.

Zmienne socjodemograficzne, tj. płeć, wiek, wykształcenie, aktywność zawodowa, status rodzinny, oraz medyczne, tj. wiek zachorowania, czas trwania choroby, postać choroby, występowanie innych chorób, nie były powiązane z poziomem potraumatycznego wzrostu w badanej grupie osób.

Wyniki otrzymane od osób chorujących na SM w poszczególnych kategoriach poznawczej oceny choroby nie odbiegają znacząco od średnich wyników osób cierpiących na inne choroby (Janowski, 2006). Chorzy na SM uzyskali nieco wyższy

wynik w kategorii przeszkoda/strata ($M = 27,30$; $SD = 7,70$) i nieco niższy w kategorii wyzwanie ($M = 22,29$; $SD = 4,19$) i wartość ($M = 17,42$; $SD = 5,94$) w porównaniu z osobami zmagającymi się z innymi chorobami – odpowiednio: $M = 24,19$; $SD = 9,28$; $M = 23,28$; $SD = 4,81$; $M = 18,28$; $SD = 6,19$.

Średnie wartości strategii radzenia sobie ze stwardnieniem rozsianym (zaabsorbowanie lękowe: $M = 15,98$; $SD = 4,21$, duch walki: $M = 20,32$; $SD = 2,98$, bezradność/beznadziejność: $M = 13,94$; $SD = 4,45$, pozytywne przewartościowanie: $M = 19,27$; $SD = 2,81$) nie różnią się w sposób znaczący od danych dotyczących chorych onkologicznie (Juczyński, 2001).

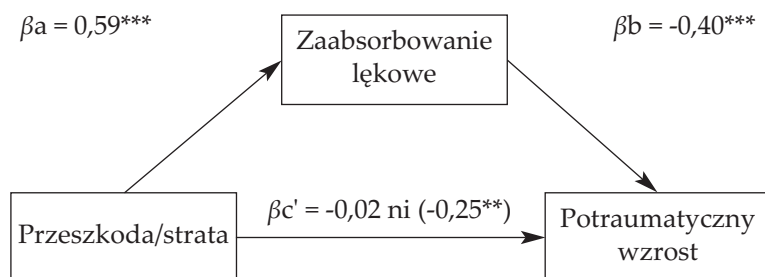
W celu ustalenia mediacyjnej roli strategii radzenia sobie w relacji między poznawczą oceną choroby a wzrostem po traumie posłużono się analizą mediacji. Przeprowadzono ją na podstawie procedury *bootstrappingu*, zaproponowanej przez Preachera i Hayesę (2008; zob. też Cichocka, Bilewicz, 2010), losując 5000 próbek *bootstrap*. Metoda ta jest bardziej przydatna niż dość powszechnie wykorzystywany test Sobela. Ma większą moc wyjaśniającą, nie wymaga założenia o normalności rozkładów zmiennych i może być prowadzona na stosunkowo niewielkich próbach (Cichocka, Bilewicz, 2010). Analiza mediacji pozwala na ustalenie bardziej złożonej struktury modelu, w którym zmienna niezależna, pełniąca funkcję predyktora (w tym przypadku ocena poznawcza choroby), wiąże się ze zmienną zależną (potraumatyczny wzrost) za pośrednictwem trzeciej zmiennej, pełniącej funkcję mediatora (strategie radzenia sobie z chorobą). Efekt mediujący zachodzi wtedy, gdy zmienna pośrednicząca obniża siłę związku między zmienną niezależną a zmienną zależną. Natomiast w sytuacji podwyższenia siły związku między zmiennymi mówimy o supresji (uwypdatnieniu).

Kolejno analizowano związki pomiędzy poznawczymi ocenami sytuacji, które w wyniku wcześniejszych analiz okazały się istotnie powiązane z ogólnym wynikiem potraumatycznego wzrostu (Ogińska-Bulik, Michalska, 2016). Dotyczyły one ocen choroby w kategoriach: korzyści, przeszkody/straty, wyzwania, krzywdy oraz wartości. Jako możliwe mediatory przyjęto cztery strategie radzenia sobie z chorobą. Uzyskano sześć modeli wskazujących na mediującą rolę dwóch strategii radzenia sobie (zaabsorbowania lękowego i bezradności/beznadziejności) w relacji między trzema ocenami choroby (przeszkoda/strata, krzywda i wartość) a potraumatycznym wzrostem (ryciny 1-6).

Wszystkie analizowane efekty pośrednie są istotne, gdyż mieszczą się w przedziale od $-1,37$ do $0,61$ (95% *bias corrected*).

Rycina 1 przedstawia zależności między poznawczą oceną choroby w kategoriach przeszkody/straty, zaabsorbowaniem lękowym (mediator) a ogólnym wynikiem potraumatycznego wzrostu. Początkowo wystąpił bezpośredni związek między oceną choroby w kategoriach przeszkody/straty a potraumatycznym wzrostem ($-0,25$, $p < 0,01$), jednakże wprowadzenie mediatora w postaci strategii radzenia sobie, jaką jest zaabsorbowanie lękowe, spowodowało znaczący spadek wartości *Beta* (do nieistotnej), co świadczy o pełnej mediacji. Oznacza to, że osoby, które oceniają

chorobę jako przeszkodę/stratę wykazują tendencje do radzenia sobie z doznaną sytuacją poprzez zamartwianie się, wyrażanie niepokoju (zaabsorbowanie lękowe), co zmniejsza nasilenie pozytywnych zmian potraumatycznych.

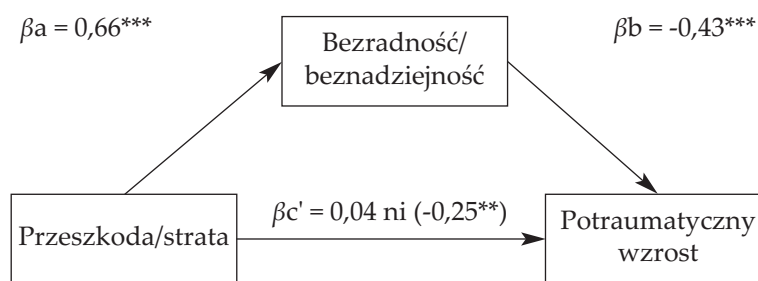


* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

Rycina 1. Model medycyjnej roli strategii zaabsorbowania lękowego pomiędzy oceną choroby w kategorii przeszkody/straty a potraumatycznym wzrostem

Źródło: opracowanie własne.

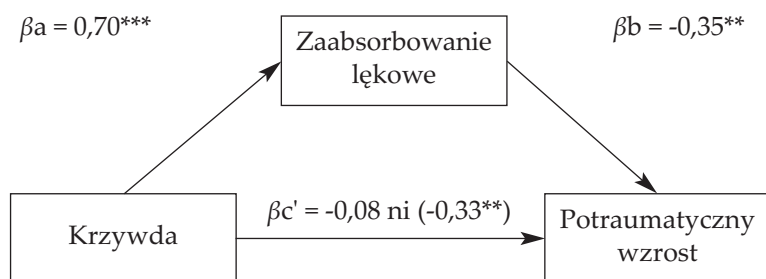
Zbliżoną funkcję zdaje się pełnić strategia bezradności/beznadziejności (rycyna 2). Podobnie jak w poprzednim przypadku początkowa bezpośrednia zależność między oceną choroby w kategoriach przeszkody/straty a wzrostem znika po wprowadzeniu mediatora w postaci strategii bezradność/beznadziejność. Jednostki oceniające własną chorobę jako przeszkodę/stratę są skłonne do radzenia sobie z nią poprzez stosowanie strategii bezradności/beznadziejności, co obniża poziom pozytywnych zmian potraumatycznych.



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

Rycina 2. Model medycyjnej roli strategii bezradności/beznadziejności pomiędzy oceną choroby w kategorii przeszkody/straty a potraumatycznym wzrostem

Źródło: opracowanie własne.

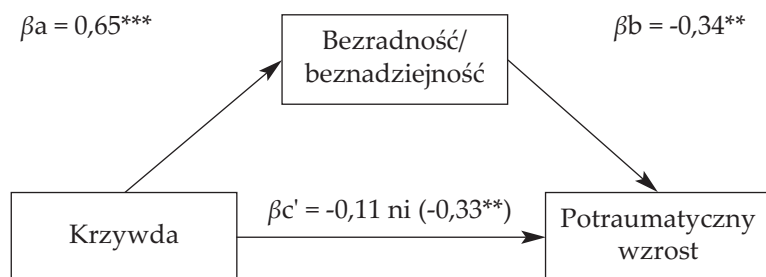


* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

Rycina 3. Model medycyjnej roli strategii zaabsorbowania lękowego pomiędzy oceną choroby w kategorii krzywdy a potraumatycznym wzrostem

Źródło: opracowanie własne.

Strategia, jaką jest zaabsorbowanie lękowe, okazała się pełnić medycyjną funkcję w relacji między oceną choroby w kategoriach krzywdy a wzrostem po traumie (rycina 3). Osoby, które oceniają swoją chorobę jako krzywdę, wykazują skłonność do radzenia sobie poprzez zaabsorbowanie lękowe, co w efekcie obniża poziom wzrostu. Podobną funkcję w relacji między oceną choroby w kategoriach krzywdy a potraumatycznym wzrostem pełni strategia bezradności/beznadziejności (rycina 4).



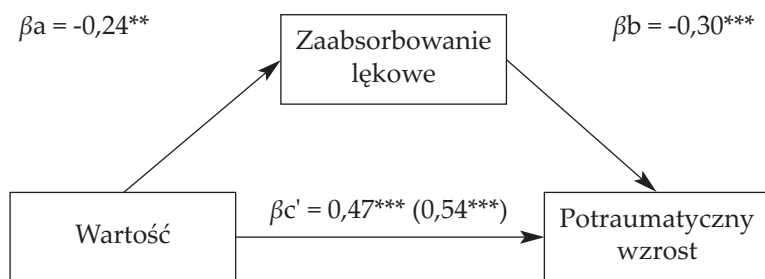
* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

Rycina 4. Model medycyjnej roli strategii bezradności/beznadziejności pomiędzy oceną choroby w kategorii krzywdy a potraumatycznym wzrostem

Źródło: opracowanie własne.

Nieco inne znaczenie należy przypisać powyższym strategiom w relacji między oceną choroby jako wartości a wzrostem po traumie. Bezpośredni związek między oceną choroby jako wartości a potraumatycznym wzrostem utrzymuje się po wprowadzeniu mediatora, jakim jest strategia zaabsorbowania lękowego, choć zmniejsza się wartość współczynnika *Beta*. Świadczy to o częściowej mediacji (rycina 5). W im większym stopniu chorzy na SM oceniają swoją chorobę jako pewnego rodzaju wartość, tym doświadczają większego wzrostu. Jednocześnie takie osoby są mniej

skłonne do radzenia sobie z chorobą poprzez zaabsorbowanie lękowe, które zmniejsza nasilenie pozytywnych zmian potraumatycznych.

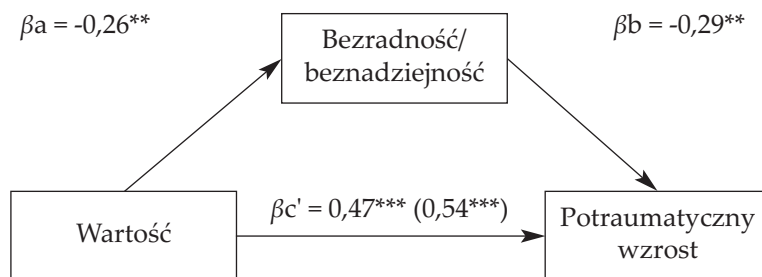


* $p < 0,05$; *** $p < 0,001$

Rycina 5. Model mediacyjnej roli strategii zaabsorbowania lękowego pomiędzy oceną choroby w kategorii wartości a potraumatycznym wzrostem

Źródło: opracowanie własne.

Podobny charakter zależności odnosi się do strategii bezradności/beznadziejności (rycina 6). Ocena choroby w kategoriach wartości sprzyja występowaniu potraumatycznego wzrostu. Jednocześnie tego typu ocena zmniejsza tendencję do radzenia sobie poprzez postawę bezradności/beznadziejności, która to strategia obniża poziom pozytywnych zmian potraumatycznych.



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

Rycina 6. Model mediacyjnej roli strategii bezradności/beznadziejności pomiędzy oceną choroby w kategorii wartości a potraumatycznym wzrostem

Źródło: opracowanie własne.

Omówienie wyników

Z analizy przeprowadzonych badań wynika, iż u osób zmagających się ze stwardnieniem rozsianym występuje zjawisko potraumatycznego wzrostu. Wszystkie bada-

ne osoby doświadczyły pozytywnych zmian, choć w różnym stopniu. Niski poziom zmian wzrostowych zadeklarowało 42,9% badanych, średni – 35,2% i wysoki – 21,9% badanych. Na występowanie wzrostu po traumie w grupie chorych na stwardnienie rozsiane wskazują także badania zagraniczne. Dla przykładu, w badaniach Ackroyd i in. (2011) wykazano, że 97,2% osób chorych na stwardnienie rozsiane doświadczyło pozytywnych zmian w następstwie doznanej traumy.

Zmienne socjodemograficzne, tj. płeć, wiek, wykształcenie, aktywność zawodowa, status rodzinny oraz zmienne medyczne, nie różnicują w sposób istotny poziomu pozytywnych zmian potraumatycznych. Brak znaczenia zmiennych socjodemograficznych dla tego rodzaju zmian jest potwierdzeniem wyników innych badań przeprowadzonych wśród osób zmagających się z chorobami somatycznymi (Kossakowska, Zemła-Sieradzka, 2011; Ogińska-Bulik, 2014b).

Uzyskane wyniki badań wskazały, że mediatorami w relacji między poznawczą oceną choroby a wzrostem po traumie są jedynie nieprzystosowawcze strategie radzenia sobie, do których należą zaabsorbowanie lękowe i bezradność/beznadziejność. Ocena własnej choroby w kategoriach przeszkody/straty oraz krzywdy zmniejsza nasilenie wzrostu, a dodatkowo sprzyja podejmowaniu nieprzystosowawczych strategii radzenia sobie, w postaci zaabsorbowania lękowego oraz bezradności/beznadziejności, które obniżają poziom pozytywnych zmian potraumatycznych. Stosowanie tego typu aktywności zaradczej zwiększa poziom negatywnych emocji, utrudnia głębszą analizę doświadczonej sytuacji oraz nadanie jej sensu i znaczenia. Utrudnia więc proces poznawczego przetwarzania traumy, a co za tym idzie – zmniejsza szanse na wystąpienie zmian o charakterze wzrostowym.

Korzystną rolę dla pojawienia się pozytywnych zmian potraumatycznych odgrywa natomiast ocena choroby w kategoriach wartości. Zmniejsza ona także skłonności do radzenia sobie poprzez nieprzystosowawcze strategie (zaabsorbowanie lękowe i bezradność/beznadziejność), które obniżają zdolność jednostki do czerpania korzyści z choroby. Ocena choroby jako wartości sprzyja refleksji nad własnym życiem i zdaje się sprzyjać nadawaniu znaczenia chorobie, co w połączeniu z mniejszą skłonnością do stosowania nieprzystosowawczych strategii radzenia sobie może przyczynić się do zwiększenia potraumatycznego wzrostu.

Uzyskane wyniki badań nie wykazały mediacyjnej roli strategii przystosowawczych, tj. ducha walki oraz pozytywnego przewartościowania w relacji między poznawczą oceną choroby a potraumatycznym wzrostem. Nie pozostaje to jednak w sprzeczności z wynikami innych badań. Badania przeprowadzone wśród ratowników medycznych (Ogińska-Bulik, Kobylarczyk, 2015) również ujawniły znaczenie nieadaptacyjnych strategii radzenia sobie jako mediatorów, choć odnosiły się one do związku między prężnością a wzrostem po traumie. Mediatorami okazały się przede wszystkim wyładowanie emocji oraz zaprzeczanie.

Z kolei istotną rolę strategii, jaką jest podejmowanie rozwiązania problemu, ale także poszukiwanie zastępczych wzmocnień, wykazano w zależności między prężnością a osobowym wzrostem w grupie młodzieży, która doświadczyła różnych

zdarzeń o charakterze traumatycznym (Ogińska-Bulik, Kobylarczyk, 2016b). Może to sugerować, że rola strategii radzenia sobie jako czynnika mediującego w relacjach między różnymi zmiennymi niezależnymi a potraumatycznym wzrostem zależy nie tylko od tych zmiennych, ale także od typu doświadczonego zdarzenia oraz od wieku i płci badanych. Teza ta jednak wymagałaby potwierdzenia w wynikach badań.

Warto podkreślić, że zarówno sposób, w jaki jednostka ocenia doświadczoną sytuację, jak i podejmowana przez nią aktywność zaradcza są powiązane z poznawczym przetwarzaniem traumy, a głównie z ruminowaniem o doświadczonym zdarzeniu. Szczególne znaczenie przypisuje się tu ruminowaniu o charakterze refleksyjnym, które jest związane z poszukiwaniem sposobów poradzenia sobie z doznaną sytuacją. A jak twierdzą Tedeschi i Calhoun (2004), ruminalacje refleksyjne sprzyjają „przepracowaniu” traumy i w efekcie zwiększają prawdopodobieństwa wystąpienia wzrostu.

Sposób percepcji choroby oraz podejmowane strategie radzenia sobie są również powiązane z jej akceptacją. Akceptacja choroby zdaje się sprzyjać występowaniu pozytywnych zmian wzrostowych. Nie można także pomijać znaczenia cech osobowości oraz posiadanych zasobów osobistych i społecznych, które mogą determinować zarówno ocenę poznawczą choroby, jak i wybór strategii radzenia sobie. Wskazuje na to przegląd badań dotyczących uwarunkowań wzrostu po traumie u chorych onkologicznie (Ogińska-Bulik, 2015).

Przeprowadzone badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami. Nie analizowano negatywnych skutków doświadczonej choroby, np. w postaci objawów PTSD, jak również występowania innych (poza chorobą) zdarzeń o charakterze traumatycznym, jakie mogły pojawić się u badanych osób. Ponadto badania miały charakter przekrojowy, co uniemożliwia orzekanie o zależnościach przyczynowo-skutkowych.

Pomimo przedstawionych ograniczeń przeprowadzone badania wnoszą nowe treści w zakres związku między poznawczą oceną choroby i podejmowaną aktywnością zaradczą a jej pozytywnymi następstwami. W kolejnych badaniach warto byłoby uwzględnić oprócz pozytywnych także negatywne następstwa choroby. Ponadto celowe wydaje się ustalenie roli innych rodzajów aktywności poznawczej jednostki, w tym ruminalacji o doświadczonym zdarzeniu. Warto także zwrócić uwagę na możliwość wykorzystania wyników w praktyce. Zachęcanie ludzi zmagających się z chorobami przewlekłymi do zmiany jej postrzegania, przede wszystkim z poczucia krzywdy na wyzwanie, a także traktowanie choroby jako pewnego rodzaju wartości może przyczynić się do wystąpienia pozytywnych zmian w zakresie funkcjonowania psychospołecznego jednostki. Podobnie kształtowanie u ludzi umiejętności radzenia sobie ze stresem związanym z chorobą nie tylko ułatwi adaptację do choroby, ale także może przyczynić się do wystąpienia wzrostu po traumie.

Literatura cytowana

- Ackroyd, K., Fortune, D.G., Price, S., Howell, S., Sharrack, B., Isaac, C.L. (2011). Adversarial Growth in Patients with Multiple Sclerosis and their Partners: Relationships with Illness Perceptions, Disability and Distress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18, 372-379, doi: 10.1007/s10880-011-9265-0
- Chalfant, A.M., Bryant, R.A., Fulcher, G. (2004). Posttraumatic Stress Disorder Following Diagnosis of Multiple Sclerosis. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 5, 423-428, doi: 10.1023/B:JOTS.0000048955.65891.4c
- Chalk, H.M. (2007). Mind over matter: Cognitive – behavioral determinants of emotional distress in multiple sclerosis patients. *Psychology, Health & Medicine*, 12, 5, 556-566, doi: 10.1080/13548500701244965
- Cichońska, A., Bilewicz, M. (2010). Co się kryje w nieistotnych efektach statystycznych? Możliwości zastosowania analizy supresji w psychologii społecznej. *Psychologia Społeczna*, 5 (14), 191-198.
- Cordova, M.J., Cunningham, L.L.C., Carlson, Ch.R., Andrykowski, M.A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 3, 176-185, doi: 10.1037//0278-6133.20.3.176
- Counsell, A., Hadjistavropoulos, H.D., Kehler, M.D., Asmundson, G.J.G. (2013). Posttraumatic stress disorder symptoms in individuals with multiple sclerosis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 5, 448-452, <http://dx.doi.org/10.1037/a0029338>
- Dekel, R., Nuttman-Schwartz, O. (2009). Posttraumatic Stress and Growth: The Contribution of Cognitive Appraisal and Sense of Belonging to the Country. *Health and Social Work*, 34, 2, 87-96, http://www.racheldekel.com/uploads/4/4/6/5/44658145/pts_growth.pdf
- Helgeson, V., Reynolds, K., Tomich, P. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (5), 797-816, <http://content.apa.org/journals/ccp/74/5/797>
- Janowski, K. (2006). *Osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem w łuszczycy*. Lublin: Polihymnia.
- Janowski, K., Steuden, S., Kuryłowicz, J., Nieśpiałowska-Steuden, M. (2009). The Disease-Related Appraisals Scale: a tool to measure subjective perception of the disease situation. W: K. Janowski, S. Steuden (red.), *Biopsychosocial aspects of health and disease* (t. 1, s. 108-125). Lublin: CPPP Scientific Press.
- Juczyński Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Kossakowska, M., Zemła-Sieradzka, L. (2011). Wybrane pozytywne aspekty zmagania się z przewlekłą chorobą u osób chorych na stwardnienie rozsiane. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 20, 4, 259-267.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lelorain, S., Tessier, P., Florin, A., Bonnaud-Antignac, A. (2012). Posttraumatic growth in long term breast cancer survivors: relation to coping, social support and

- cognitive processing. *Journal of Health Psychology*, 17 (5), 627-639, doi: 10.1177/1359105311427475
- Lew-Starowicz, M., Oksińska, A., Rola, R., Rawska, K. (2011). Seksualność osób chorych na stwardnienie rozsiane. *Przegląd Seksuologiczny*, 26, 13-18.
- Linley, P.A., Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 1, 11-21, doi: 0894-9867/04/0200-0011/1
- Mackay, C., Pakenham, K.I. (2012). A stress and coping model of adjustment to caring for an adult with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 48, 450-462, doi: 10.1007/s10597-011-9435-4
- McCausland, J., Pakenham, K.I. (2003). Investigation of the benefits of HIV/AIDS caregiving and relations among caregiving adjustment, benefit finding, and stress and coping variables. *Aids Care*, 15, 6, 853-869, doi: 10.1080/09540120310001618694
- Ogińska-Bulik, N. (2013). *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy łzy zamieniają się w perły*. Warszawa: Difin.
- Ogińska-Bulik, N. (2014a). Rola duchowości w rozwoju po traumie u osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi. *Psychiatria i Psychoterapia*, 10, 3, 3-16.
- Ogińska-Bulik, N. (2014b). Rola strategii radzenia sobie ze stresem w rozwoju potraumatycznym u ratowników medycznych. *Medycyna Pracy*, 65 (2), 209-217.
- Ogińska-Bulik, N. (2015). Rola zasobów osobistych w rozwoju po traumie u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi. *Psychoonkologia*, 19, 3, 88-96.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010). Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria*, 7, 4, 129-142.
- Ogińska-Bulik, N., Kobylarczyk, M. (2015). Relation between resiliency and post-traumatic growth in a group of medical rescue workers – the mediating role of coping strategies. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 28 (4), 707-719.
- Ogińska-Bulik, N., Kobylarczyk, M. (2016a). Association between resiliency and posttraumatic growth in firefighters – the role of stress appraisal. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 22, 1, 40-48.
- Ogińska-Bulik N., Kobylarczyk M. (2016b). Mediacyjna rola strategii radzenia sobie w relacji między prężnością a osobowym wzrostem u nastolatków, którzy doświadczyli negatywnego zdarzenia życiowego. *Przegląd Psychologiczny*, 59 (1), 35-56.
- Ogińska-Bulik N., Michalska P. (2016). Poznawcza ocena choroby a wzrost po traumie u osób zmagających się ze stwardnieniem rozsianym. *Czasopismo Psychologiczne*, 22 (2), 229-236, doi: 10.14691/CPPJ.22.2.229
- Preacher, K., Hayes, A.F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879-891, <http://dx.doi.org/10.3758/BRM.40.3.879>
- Rand, K.L., Cripe, L.D., Monahan, P.O., Tong, Y., Schmidt, K., Rawl, S.M. (2012). Illness appraisal, religious coping, and psychological responses in men with

- advanced cancer. *Support Care Cancer*, 20 (8), 1719-1728, doi: 10.1007/s00520-011-1265
- Rinaldis, M., Pakenham, K.I., Lynch, B.M. (2012). A structural model of the relationship among stress, coping, benefit-finding and quality of life in persons diagnosed with colorectal cancer. *Psychology and Health*, 27, 2, 159-177, <http://dx.doi.org/10.1080/08870441003768047>
- Selmaj, K. (2005). Stwardnienie rozsiane – kryteria diagnostyczne i naturalny przebieg choroby. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 1, 3, 99-105.
- Taylor, S.E., Armor, D.A. (1996). Positive illusions and coping with adversity. *Journal of Personality*, 64 (4), 873-898, doi: 10.1111/j.1467-6494.1996.tb00947.x
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1996). The Post-Traumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 3, 455-471, doi: 10.1002/jts.2490090305
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-8, doi: 10.1207/s15327965pli1501_01
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2007). Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych. W: P.A. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 230-248). Warszawa: PWN.
- Thombre, A., Sherman, A.C., Simonton, S. (2010). Posttraumatic growth among cancer patients in India. *Journal of Behavioral Medicine*, 33, 15-33, doi: 10.1007/s10865-009-9229-0
- Watson, M., Law, M., Santos, M., Greer, S., Baruch, J., Bliss, J. (1994). The Mini-MAC: further development of the Mental Adjustment to Cancer Scale. *Journal of Psychosocial Oncology*, 12, 3, 33-46, doi: 10.1300/J077V12N03_03
- Wilson, B., Morris, B.A., Chambers, S. (2014). A structural equation model of post-traumatic growth after prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 23, 1212-1219, doi: 10.1002/pon.3546
- Yeung, N.C.Y., Lu, Q., Wong, C.C.Y., Huynh, H.C. (2016). The roles of needs satisfaction, cognitive appraisals, and coping strategies in promoting posttraumatic growth: A stress and coping perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8, 3, 284-292, <http://dx.doi.org/10.1037/tra0000091>

Streszczenie. Celem podjętych badań było ustalenie mediacyjnej roli strategii radzenia sobie ze stwardnieniem rozsianym w relacji między poznawczą oceną choroby a pozytywnymi skutkami traumy, które w literaturze określa się mianem potraumatycznego wzrostu. W badaniu wzięło udział 105 osób chorujących na stwardnienie rozsiane, z tego większość (75,2%) stanowiły kobiety. Wiek osób mieścił się w granicach 18-76 lat ($M = 43,01$; $SD = 13,84$). Do oceny percepcji choroby wykorzystano Skalę Oceny Własnej Choroby, do pomiaru potraumatycznego wzrostu – Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju, a radzenie sobie z chorobą oceniano za pomocą Skali Przystosowania Psychicznego do Choroby – Mini-MAC.

Uzyskane wyniki wskazały, że osoby zmagające się ze stwardnieniem rozsianym wykazują średnie nasilenie wzrostu po traumie. Dwie spośród czterech analizowanych strategii radzenia sobie, tj. zaabsorbowanie lękowe oraz bezradność/beznadziejność pełniły funkcję mediatorów w relacji między poznawczą oceną choroby w kategoriach przeszkody/straty, krzywdy oraz wartości a potraumatycznym wzrostem. Uzyskane wyniki potwierdzają znaczenie zarówno poznawczej oceny własnej choroby, jak i podejmowanych strategii radzenia sobie w procesie występowania pozytywnych zmian potraumatycznych.

Słowa kluczowe: potraumatyczny wzrost, poznawcza ocena choroby, strategie radzenia sobie, stwardnienie rozsiane

Data wpłynięcia: 18.12.2016

Data wpłynięcia po poprawkach: 14.02.2017

Data zatwierdzenia tekstu do druku: 28.02.2017