

STYLE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM W CHOROBIE REUMATYCZNEJ

JAN BRZEZICKI, MIECZYŚLAW PLOPA*

Instytut Psychologii
Uniwersytet Gdański

STYLES OF COPING IN RHEUMATIC ILLNESS

Summary. Rheumatic pain syndroms are widely met, but rarely studied in psychological-medical orientation. Rheumatic pain syndroms could appear due to mechanic overload but even more often by experiencing chronic stress in different periods of one's life. This thesis explains the need of interdisciplinary studies (medical as well as psychological) which would several various conditions of pains. The paper presents the results of the study on styles of coping with stress of 80 patients from Out-Patients' Department of Rheumatology in Elbląg. The Endlers and Parker's CISS inventory measuring styles of coping with stress consists of 3 scales: Task-Oriented Coping, Emotion-Oriented Coping, and Avoidance-Oriented Coping (composed of 2 subscales: Distraction and Social Diversion) was used. The results indicated that patients experienced high level of stress in their lives and used inefficient coping styles more often than healthy individuals (control samples).

WPROWADZENIE

Współczesna medycyna coraz bardziej rozumie potrzebę rozpoznawania istoty wielu chorób, które w jej paradygmacie badawczym mają niejasne podłoże etiologiczne. Coraz bardziej wzrasta świadomość przedstawicieli nauk medycznych, że „poczucie bycia chorym”, czy też „ciężkość choroby pacjenta” zależy również od czynników psychospołecznych. Liczne badania wskazują, że w różnych kulturach dosyć powszechną formą komunikowania swojego cierpienia innym osobom są dolegliwości somatyczne (Hadler, 1999). Stąd też zasadniczy postęp może nastąpić jedynie wówczas, gdy współpraca przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych stanie się czymś oczywistym (Juczyński, 1989; Sęk, 1991; Lis-Turlejska, 1992; Lundberg, 1993; Krzezińska-Dąbrowska, 1994; Sheridan, Radmacher, 1998).

Fakt, że układ immunologiczny i mózg tworzą sieć wzajemnie powiązanych procesów oddziaływających na siebie budzi nadzieję na lepsze rozumienie mechanizmu utrzymania zdrowia czy powstawania choroby. Różnorodne doświadczenia mogą oddziaływać na tę sieć i jednocześnie same podlegać zmianom. Każde wydarzenie psychiczne zmienia-

*Korespondencję kierować pod adresem: Mieczysław Plopa, Instytut Psychologii, Uniwersytet Gdański, ul. Pomorska 68, 80-343 Gdańsk. E-mail:psymp@univ.gda.pl

jące stan układu nerwowego i hormonalnego może powodować zmiany w systemie immunologicznym i odwrotnie. Wpływy te mają charakter wybiórczy, wręcz specyficzny. Na przykład w wyniku działania różnych stresorów mogą pojawiać się różne konfiguracje pobudzenia układu autonomicznego i hormonalnego. Jeden stresor w przeciwieństwie do innego (różniącego się chociażby intensywnością czy czasem trwania) może silnie uaktywniać układ autonomiczny i doprowadzić do uwolnienia katecholamin i jednocześnie w niewielkim stopniu pobudzać przysadkę, nadnercza i ich hormony. Złożoność, zasięg i różnorodność tych interakcji wymagają dalszych badań (Maier, Watkins, Fleshner, 1997). Niemniej rosnąca świadomość badaczy, że nie można zrozumieć każdego systemu z osobna, inspirowane do integracji badań immunologii na poziomie komórkowym, neurologii na poziomie układu nerwowego i psychologii na poziomie zachowań (Cohen, Tyrrell, Smith, 1993; Maier, Watkins, Fleshner, 1997).

Coraz częstsze są dyskusje o roli czynników emocjonalno-społecznych w patogenezie różnych chorób, w tym choroby reumatycznej. Bo jeżeli na obecnym poziomie wiedzy medycznej nie daje się stwierdzić jednoznacznie przyczyny na podłożu immunologicznym, endokrynologicznym czy neurofizjologicznym, to w jaki sposób należy prowadzić proces leczenia pacjenta odczuwającego wyraźne bóle? Można wysunąć hipotezę, że na ten typ choroby są narażeni ludzie o specyficznej osobowości, o określonym doświadczeniu życiowym, być może preferujących mechanizm ucieczki w chorobę. Ten typ rozumowania kwestionuje linearną zależność między czynnikiem etiologicznym a objawami choroby i jej rozpoznaniem. Na powstawanie i przebieg choroby mogą mieć wpływ nie tylko czynniki natury psychologicznej czy społecznej, ale także system opieki zdrowotnej (Hadler, 1999)

Zasady działania służb medycznych mogą wzmacniać poczucie choroby. Pacjent skarży się głównie na dolegliwości fizyczne, a lekarz jest nastawiony na to, aby łagodzić cierpienie fizyczne. Pacjenci przekonani o fizycznym podłożu ich bólu z widoczną determinacją domagają się ponawiania różnorodnych badań specjalistycznych. Pacjent może uczyć się w procesie leczenia zwracania uwagi na te objawy, które wiążą się z jego złym samopoczuciem, nie dopuszczając myśli, że mogą one mieć podłoże psychogenne. Pacjent może być dobrym obserwatorem swojej „bolesnej fizyczności”, a lekarz może te obserwacje odpowiednio ukierunkowywać. Leczenie specjalistyczne, zazwyczaj w takich przypadkach mało skuteczne, utwierdza w poczuciu bycia chorym i jednocześnie powoduje przyjęcie z ulgą odpowiedniego zaetykietyzowania. Zatem sam sposób diagnozowania i leczenia może nasilać mechanizm ucieczki w chorobę jako „rozsądne” rozwiązanie. Propozycja przerwania leczenia z powodu nie potwierdzenia objawów wynikami badań biochemicznych, immunologicznych, elektrodiagnostycznych czy histopatologicznych z jednoczesną sugestią uczestniczenia w konsultacjach psychologicznych budzi opór pacjenta, a nawet chęć zmiany lekarza (Bohr, 1996).

Zatem z perspektywy teoretycznej (potrzeba lepszego rozumienia mechanizmu powstawania różnorodnych dolegliwości somatycznych) jak i leczniczej czy terapeutycznej, badanie różnorodnych zmiennych psychospołecznych jako potencjalnych uwarunkowań choroby reumatycznej ma swoje uzasadnienie.

W kontekście wyżej przedstawionych dociekań wydaje się, że warto zwrócić uwagę na style rozwiązywania różnorodnych problemów życiowych, które mogą wiązać się

z szeroko rozumianym „mechanizmem ucieczki w chorobę” (Hadler, 1999). W sytuacjach trudnych, stresowych mogą być stosowane różne sposoby radzenia sobie z nimi.

Pojęcie „radzenia sobie” ze stresem (*coping*) jest jednym z najważniejszych elementów szeroko rozumianego procesu stresowego. Sens wprowadzenia tego pojęcia do zmiennych pośredniczących w procesie interakcji jednostka – środowisko opiera się na założeniu, że ludzie reagują różnie na sytuacje stresowe, ale w zasadzie w sposób przewidywalny. Stąd też wynika próba uchwycenia, opisanie i usystematyzowania charakterystycznych sposobów (stylów, strategii) działania ludzi w sytuacjach subiektywnie czy obiektywnie uznawanych za stresowe. Nie jest to zadanie łatwe, biorąc pod uwagę fakt, że radzenie sobie jest uwarunkowane szeregiem złożonych procesów zachodzących w płaszczyźnie psychologicznej, fizjologicznej, jak i społecznej (Folkman, Lazarus, 1988; Cox, Ferguson, 1991; Ratajczak, 1996; Wrześniewski, 1996). Nie ma pełnej jednoznaczności wśród badaczy odnośnie do konceptualizacji i operacjonalizacji tego pojęcia, przy jednoczesnej zgodności co do sensowności, a nawet konieczności jego używania. Wynika to z przekonania, że badanie procesu radzenia sobie z trudnościami życiowymi, kryzysami, stresami jest ważniejsze niż dokładna analiza samych stresorów bez relacyjnego odniesienia ich do zmiennych podmiotowych. Stąd też centralnym problemem dla badaczy staje się sprawdzenie efektów wpływów różnych sposobów radzenia sobie na poziom emocjonalnego funkcjonowania czy przystosowania (Valentier i in., 1994).

W bardziej tradycyjnym ujęciu stresu procesy radzenia były ściśle związane z oceną poznawczą sytuacji stresowej. Były rozumiane jako odpowiedź na pierwotną ocenę dotyczącą zagrożenia, jak i wtórną dotyczącą oceny możliwości sprostania sytuacji trudnej (Folkman i in., 1986; Cox, 1987; Cox, Ferguson, 1991). Obecnie podkreśla się, że te trzy procesy są ściśle współzależne, wpływają wzajemnie na siebie w sytuacji trudnej, stąd też trudno jest ustalić ich związek przyczynowo-skutkowy. Zasadne nawet jest postawienie pytania o to, co jest pierwotne: stan stresu czy proces radzenia sobie? Wynika ono ze słusznego przekonania niektórych badaczy, że stres może być funkcją potencjalnych sposobów radzenia sobie z nim. *Coping* prewencyjne bowiem (wynikające z szerokich zasobów podmiotowych i społecznych) może w wielu przypadkach nie dopuszczać do zaistnienia stanu stresu poprzez odpowiednią, specyficzną dla danej jednostki interpretację zagrożenia (Neufeld, 1990). Tak więc w tej samej obiektywnie trudnej sytuacji może dojść u jednych osób do zaistnienia objawów stresowych (objawy fizjologiczne, lęk, niepokój, depresja), u innych zaś nie. Zatem posiadanie przez jednostkę bogatych, plastycznych zasobów opartych na doświadczeniu m.in. wyniesionemu z rodziny pochodzenia, na których opierają się różne strategie radzenia sobie, może chronić jednostkę w mniejszym bądź większym stopniu przed skutkami stresu.

Od lat osiemdziesiątych większy nacisk w teorii *coping* kładzie się na akcentowanie procesowego podejścia (Heszen-Niejodek, 1994, 1996; Wrześniewski, 1996). Ponieważ psychologiczny stres jest definiowany jako niepożądana relacja między osobą i środowiskiem, istotą procesu jest zmiana tej relacji. W holistycznym ujęciu procesu stresowego sposoby radzenia sobie, jakimi dysponują jednostki, wywierają mediujący wpływ nie tylko na relację: spostrzeganie stresu – skutki, ale również mają swój udział w spostrzeganiu przez jednostkę określonych obiektywnych stresorów, jak i kształtowaniu się zależności między obiektywnymi stresorami i skutkami. Rozszerzenie stanowiska dotyczącego proce-

su stresowego o uwzględnienie obiektywnych uwarunkowań widoczne jest w ostatnich pracach samego R. Lazarusa (1993,b), dostrzegającego potrzebę bardziej plastycznego spojrzenia na problematykę stresu psychologicznego. Przeciwstawia on sobie dwa podejścia do problemu radzenia sobie ze stresem: styl i proces. Jednocześnie opowiada się za wyższością ujęcia *copingu* w kategoriach procesu. W procesie radzenia sobie ze stresem istotną rolę odgrywają zarówno zmienne podmiotowe, jak i sytuacyjne. W modelu transakcyjnym proces może się zmieniać od sytuacji do sytuacji, ale także może być funkcją etapu (stopnia zagrożenia), naprzeciw którego się stoi, stąd też sytuacyjne zmienne mogą odgrywać rolę determinant procesu radzenia sobie (por. Krohne, 1986, 1988, 1990; Carver i in., 1989; Carver i in., 1993; Terry, 1991a,b, 1994). Wydaje się, że konsekwentne traktowanie radzenia sobie jako formy celowego zachowania człowieka wymaga uznania roli obu klas czynników, jak również interakcji między nimi.

Jak wspomniano wyżej, badacze stresu interesują się wyodrębnieniem i opisaniem takich sposobów radzenia sobie, które z punktu widzenia ich skuteczności można ocenić jako kreatywne i pożądane z jednej strony, oraz niekorzystne – z drugiej. Na przykład J. Reykowski (1966) wyróżnia dwa rodzaje czynności zaradczych: reakcja zwalczania stresu i reakcja obrony przed stresem. W pierwszym przypadku jednostka dąży do usunięcia przeszkody poprzez aktywne, wielokrotnie powtarzane czy modyfikowane próby; w drugim zaś przyjmuje strategię zabezpieczania się przed szkodliwym działaniem stresu poprzez wycofanie się, ucieczkę, poszukiwanie pomocy. Ta forma zachowania dominuje, gdy jednostka traci kontrolę nad sytuacją. W początkowych swoich pracach R. Lazarus (1966) również wyodrębnia działania zaradcze skoncentrowane na sytuacji stresowej (z nastawieniem na rozwiązanie problemu) oraz typ działań uspokajających, wpływających tonizująco na przykre emocje (celem zapobiegania burzeniu społecznego funkcjonowania jednostki). W innym opracowaniu R. Lazarus i Launier (1978) wyodrębniają pięć sposobów radzenia sobie z problemem:

- 1) poszukiwanie informacji, poprzez zdobywanie wiedzy potrzebnej do odpowiednich działań lub uzasadniającej przyjmowanie postawy obronnej;
- 2) bezpośrednie działanie nakierowane na zmianę sytuacji lub funkcjonowanie własnego „ja”;
- 3) powstrzymywanie się od działania, które niekiedy bywa najskuteczniejszą formą postępowania;
- 4) procesy intrapsychiczne mające na celu podtrzymanie szacunku dla siebie, redukujące zagrożenie własnego „ja”. Te metody oszukiwania siebie czy też akceptacja niejasności (na przykład samouspokajanie się pacjenta ciężko chorego) mogą łagodzić cierpienie, wzmacniać nadzieję, zatem są konieczne dla zdrowia psychologicznego;
- 5) zwracanie się o pomoc do innych (poszukiwanie wsparcia).

Interesującą propozycję przedstawił N. Endler wraz ze współpracownikami. Wyodrębnił on trzy podstawowe strategie radzenia sobie ze stresem (zadaniową, emocjonalną, unikową), do których mogą być sprowadzane inne, np. odwracanie uwagi czy poszukiwanie kontaktów. Opracował on również jedno z najbardziej wartościowych narzędzi badawczych, pozwalających diagnozować wyodrębnione typy *copingu* (Szczepaniak, Strelau, Wrześniewski, 1996). Te propozycje teoretyczne dały początek licznym badaniom empi-

rycznym. Dotyczyły one skuteczności redukcji stresu poprzez wybór jednej z dwóch podstawowych strategii obronnych:

a) zorientowanej na zmianę relacji jednostka – środowisko poprzez stosowanie aktywnych działań nastawionych na pokonanie trudności (*problem-focusal coping*);

b) zorientowanej na zmianę relacji jednostka – środowisko poprzez koncentrację na unikaniu negatywnych emocji (*emocional-focusal coping*).

Generalnie badania wskazują, że pierwszy typ strategii pozytywnie koreluje z psychologicznym dobrym samopoczuciem, jest bardziej efektywny i skuteczny (Folkman i in., 1986) w porównaniu z emocjonalnymi strategiami, które są mniej efektywne, niedojrzałe (Terry, 1991, a, b). Zauważono również, że emocjonalne strategie korelują z wyższym wskaźnikiem somatycznych dolegliwości, osoby przejawiające je częściej w sytuacjach stresowych zachowują się obronnie poprzez koncentrację na swoich emocjach (Vingerhouts, 1990). Spośród mechanizmów biernych najczęściej wymieniane są dwa: zaprzeczanie (*denial*) i unikanie (*avoidance*). Zaprzeczanie polega na całkowitym negowaniu problemu, ignorowaniu niepomysłnych informacji, stanów, objawów. Stosowane sztywno może być niekorzystnym sposobem radzenia sobie ze stresem, ponieważ blokuje dostęp do wszelkich informacji, w tym korzystnych, wiąże się z nieprzyjmowaniem obiektywnie korzystnej pomocy. Z kolei strategia unikowa dopuszcza do świadomości realność zagrożenia, ale z jednoczesną tendencją do niemyślenia o nim. Poznawcza interpretacja mechanizmu represji (świadoma represja) może dawać pozytywne rezultaty, w przeciwieństwie do stanowiska psychoanalitycznego uznającego ten sposób obrony za patologiczny. Obecnie ten prosty podział jest kwestionowany przez R. Lazarusa, jak i innych badaczy wskazujących, że skuteczność poszczególnych strategii może być zróżnicowana w zależności od czynnika kontrolowalności sytuacji. Akcentowana jest teza, że problemowe strategie są bardziej efektywne, gdy jest możliwość kontroli sytuacji, podczas gdy emocjonalne – w przypadku braku kontroli (Terry, 1994; Lazarus, 1993a).

Nie ma zatem jednoznacznej odpowiedzi na pytanie dotyczące preferencji określonej strategii radzenia sobie w zakresie efektywności, jeżeli nie ma odniesienia do sytuacji czy natury stresora. Pewien rodzaj strategii może być efektywny w krótkim terminie, a nie w dłuższym przedziale czasowym, inny zaś odwrotnie (Suls, Fletcher, 1985). Na przykład w sytuacji uwięzienia w wyniku katastrofy, gdy pozostaje tylko oczekiwanie na pomoc z zewnątrz, strategie emocjonalne są bardziej użyteczne (dystansowanie się, fantazjowanie, pozytywne myślenie, podtrzymywanie poczucia własnej wartości) w porównaniu z problemowymi. Zatem nie ma uniwersalnych dobrych czy złych sposobów radzenia sobie, w sytuacjach trudnych liczy się bowiem umiejętność dostosowania optymalnej strategii do zaistniałego zagrożenia (Terry, 1994). Efektywność *coping* zależy zatem od kontekstu, dostosowania się do zmienności sytuacji i umiejętności zmiany strategii pod wpływem informacji zwrotnych o skuteczności. Stosowane przez jednostkę środki zaradcze mogą zmieniać dynamikę stanu emocjonalnego jednostki znajdującej się w warunkach stresowych. Plastyczne stosowanie strategii w sytuacjach możliwych do kontroli koreluje częściej ze zmianą emocji z negatywnych na mniej negatywne czy pozytywne, podczas gdy strategie konfrontacyjne i dystansowe (stosowane w sytuacjach kontrolowalnych) korelują z emocjonalnymi zmianami w opozycyjnym kierunku.

Obecne rozumienie procesów radzenia sobie jest uwikłane w cały kontekst uwarunkowań sytuacyjnych (ujmowanych subiektywnie i podmiotowo), zasobów indywidualnych i społecznych, które mają istotny wpływ na ich doraźną czy dalszą ochronną skuteczność (por. Lazarus, 1993, a, b; Heszen-Niejodek, 1994; Ratajczak, 1996; Wrześniewski, 1996). Wskazuje także, że stosowane style czy strategie są w głębokim stopniu zależne od zmieniających podmiotowych kształtowanych w toku różnorodnych doświadczeń jednostki, począwszy od wczesnego dzieciństwa.

W świetle powyższych rozważań zasadne wydaje się dokonywanie określonych analiz, mających na celu diagnozowanie określonych preferencji (stylów) radzenia sobie z problemami życiowymi. Zatem interesujące jest postawienie pytania dotyczącego określonych preferencji stylów radzenia sobie ze stresem przez osoby doświadczające określonych objawów chorobowych zaliczanych do schorzeń reumatycznych. Można przypuszczać, że w codziennych sytuacjach życiowych częściej stosują one strategie emocjonalne i unikowe, rzadziej zaś są zorientowane na dojrzałe, zadaniowe rozwiązywanie problemów.

METODA

Próba osób badanych

Badaniom poddano dwie grupy osób. Pierwszą z nich stanowiły osoby zdrowe (grupa kontrolna licząca 100 osób), drugą zaś pacjenci (80 osób; 65 kobiet i 15 mężczyzn), którzy od dłuższego czasu leczyli się w Poradni Reumatologicznej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Elblągu z powodu odczuwania silnych dolegliwości zaliczanych do schorzeń reumatycznych. Spośród wielu pacjentów wybrano tych, którzy uzyskiwali prawidłowe wyniki badań laboratoryjnych i radiologicznych, jak również u których nie stwierdzono urazu, schorzeń endokrynologicznych lub złośliwego nowotworu.

Należy nadmienić, że prezentowane badanie ma charakter pilotażowy jako fragment szerszego programu badawczego, mającego na celu badanie czynników psychologiczno-społecznych w etiologii różnych jednostek chorobowych (choroby reumatyczne, astmatyczne, neurologiczne, kardiologiczne).

Większość badanych osób nie miała ukończonych 50 lat (84%). Wykształcenie wyższe posiadało 20% badanych osób, średnie – 51%, zawodowe lub podstawowe – 29%. W związkach małżeńskich przebywało 66% pacjentów, natomiast 16 % była po rozwodzie lub w fazie separacji. Swoją rodzinę pochodzenia jako dobrze funkcjonującą (we wstępnym sondażu) oceniło tylko 28% pacjentów. Pozostali wskazywali na różne problemy wynikające z konfliktowych relacji między ich rodzicami.

Pomiar

W badaniach zastosowano Kwestionariusz CISS S. Endlera i J. Parkera w polskim opracowaniu P. Szczepaniaka, J. Strelaua i K. Wrześniewskiego (Szczepaniak, Strelau, Wrześniewski, 1996), umożliwiający badanie różnych stylów radzenia sobie ze stresem (zadaniowego, emocjonalnego i unikowego). Jest to psychologiczne narzędzie dobrze opra-

cowane metodologicznie, cieszące się wzrastającą popularnością wśród badaczy stresu. *Styl skoncentrowany na zadaniu* określa styl radzenia sobie ze stresem polegający na podejmowaniu zadań. Osoby uzyskujące wysokie wyniki w tej skali mają w sytuacjach stresowych tendencję do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemów poprzez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. Główny nacisk jest położony na zadanie lub planowanie rozwiązania problemu. *Styl skoncentrowany na emocjach* dotyczy stylu charakterystycznego dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do koncentracji na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy, napięcie. Osoby te także mają tendencję do myślenia życzeniowego i fantazjowania. Działania takie mają na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego z sytuacją stresową. *Styl skoncentrowany na unikaniu* określa styl radzenia sobie ze stresem charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencje do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania tej sytuacji. Styl ten może przyjmować dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze, np. oglądanie telewizji, objadanie się, myślenie o sprawach przyjemnych, sen, albo poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

WYNIKI I DYSKUSJA

Dane porównawcze dotyczące wyników uzyskanych przez badane osoby (pacjentów jak i grupę kontrolną) prezentuje tabela 1.

Tabela 1. Zróżnicowanie wyników badanych pacjentów oraz osób zdrowych w zakresie różnych stylów radzenia sobie ze stresem.

| Style radzenia sobie ze stresem | Badane osoby | | | | t | p |
|---------------------------------------|-----------------|------|-------------------------|------|------|-------|
| | Pacjenci (N=80) | | Osoby zdrowe (N=100) | | | |
| | M | SD | M | SD | | |
| Zadaniowy | 56,81 | 6,38 | 60,03 | 5,52 | 3,62 | 0,001 |
| Emocjonalny | 51,16 | 7,87 | 45,22 | 8,17 | 4,93 | 0,001 |
| Unikowy | 46,47 | 7,64 | 40,76 | 8,05 | 4,79 | 0,001 |
| Odwr. uwagi | 20,81 | 4,15 | 17,75 | 4,85 | 4,50 | 0,001 |
| Posz. kontaktów | 18,31 | 3,56 | 15,91 | 3,73 | 3,82 | 0,001 |

Otrzymane rezultaty badawcze potwierdziły przypuszczenia odnośnie znaczenia czynników natury psychologicznej w etiologii chorób reumatycznych. W świetle danych okazało się, że badani pacjenci istotnie częściej stosują mniej dojrzałe style radzenia sobie ze stresem w porównaniu z grupą kontrolną. Znacznie częściej stosują style emocjonalne i unikowe (zarówno w postaci odwracania uwagi od problemu, jak i poszukiwania wsparcia społecznego) oraz znacznie rzadziej – style zadaniowe. Innymi słowy, osoby cierpiące na dolegliwości reumatyczne poszukują zmniejszenia doznań stresowych poprzez koncentrację na emocjach, uruchamianie mechanizmów obronnych, odwracanie uwagi od problemu (zamiast podejmowania prób ich rozwiązania), czy też poszukują zbyt uporczywie wspar-

cia, pomocy u innych osób. Osoby te odczuwają prawdopodobnie dosyć wysoki poziom stresowości swojego życia. Może on być wtórnie wzmacniany odczuwanymi bólami (poczucie przemęczenia, drażliwość, odczuwanie napięcia, wędrujące bóle stawów, bóle mięśni, uczucie obrzęku stawów lub kości), co utwierdza ich w przekonaniu o konieczności leczenia, pomimo małej jego skuteczności.

Konsekwentnie, przewlekłe zespoły bólowe w wyraźny sposób mogą obniżać jakość życia tych osób, mogą powodować liczne komplikacje w osobistym i społecznym funkcjonowaniu. W wielu przypadkach powodują (jak wykazują wstępne badania psychologiczne) wycofywanie się z aktywnego życia, sprzyjają zwiększonej koncentracji na objawach chorobowych, a tym samym zwrotnie umacniają ich w stresowym trybie życia. Przeżycia stresowe prawdopodobnie w mniejszym stopniu wynikają wówczas z konfrontacji z rzeczywistością zewnętrzną, a głównie z konfrontacji z samym sobą.

Przeprowadzone badania potwierdzają zasadność uwzględniania czynników psychicznych w etiologii i patogenezie chorób psychosomatycznych. Taki charakter mają zapewne, przynajmniej niektóre schorzenia reumatyczne.

Należy w tym miejscu przypomnieć, że próbę badaną stanowiły osoby, u których nie stwierdzano wyraźnego „fizycznego” podłoża dolegliwości. Można zatem przypuszczać, że osoby te w trakcie swojego rozwoju nie „uczyły się” adekwatnego radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Może to wynikać na przykład z braku dojrzałych relacji interpersonalnych w rodzinie pochodzenia. Przypuszczenia te zdają się potwierdzać dane o pacjentach, z których wynika, że prawie 39% badanych pacjentów wychowywało się w rodzinach, które nie stwarzały właściwego klimatu emocjonalnego do psychicznego rozwoju. Zatem mógł zostać utrwalony u nich mechanizm zbytnej koncentracji na swoich emocjach (mający w swojej genezie nie zaspokojoną potrzebę bezpieczeństwa), doprowadzający do poczucia bezradności w sytuacjach odczuwanych jako trudne. Oczywiście, środowisko rodzinne nie jest jedynym generatorem stresu, należy uwzględniać również inne czynniki – doświadczenia życiowe, cechy osobowości, czynniki fizyczne, neuroendokrynalne, immunologiczne, ujęte we wzajemnej interakcji z psychicznymi i środowiskowymi.

Zaprezentowane badania miały charakter pilotażowy, niemniej wyraźnie sugerują pewne implikacje praktyczne – potrzebę włączania w proces leczenia przewlekłych zespołów bólowych typu reumatycznego odpowiednich strategii psychoterapeutycznych, pokazującym pacjentom sposoby bardziej efektywnego funkcjonowania w różnych warunkach życiowych. Zachęcają również do kontynuowania szerszego programu badawczego (kierowanego przez autorów artykułu) dotyczącego etiologii (analiza wielu czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych) różnych jednostek chorobowych.

LITERATURA CYTOWANA

- Bohr, T. (1996). Problems with myofascial pain syndrome and Fibromyalgia syndrome, *Neurology*, 46,3,593-597.
- Carver, C.S. et al. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.

- Cox, T., Ferguson, E. (1991). Individual differences, stress and coping. W: C.L. Cooper, R. Payne (red.). *Personality and stress: individual differences in the stress process*. Chichester: John Wiley.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes, *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- Folkman, S., Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research, *Social Science and Medicine*, 26, 309-317.
- Hadler, N. (1999). Jatrogenne algorytmy diagnostyczne, *Medycyna po Dyplomie*, 8,1, 97-107.
- Heszen-Niejodek, I. (1994). Coping style and coping with somatic illness, *Polish Psychological Bulletin*, 1, 3-13.
- Heszen-Niejodek, I. (1996). Stres i radzenie sobie; Główne kontrowersje. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.). Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. Katowice: Wydawnictwo Naukowe UŚI.
- Juczyński, Z. (1989). Predyktory efektywności rehabilitacji kardiologicznej po niepowikłanym zawale serca. Lublin: KUL.
- Krohne, H. W. (1986). Coping with stress. W: M. Appley, R. Trumbull (red.). *Dynamics of stress*. New York, London: Plenum Press.
- Krohne, H. W. (1988). Coping research: Current theoretical and methodological developments, *The German Journal of Psychology*, 12, 1-30.
- Krohne, H. W. (1990). Personality as a mediator between objective events and their subjective representation, *Psychological Inquiry*, 1, 26-29.
- Krzemińska-Dąbrowska, I. (1994). Psychiczna reaktywność chorych na łędzwiową przepuklinę krążkową i jej wpływ na wyniki leczenia. Praca doktorska. Warszawa: Instytut Reumatologiczny.
- Lazarus, R. S. (1966). Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill Book Com.
- Lazarus, R. S. (1993a). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks, *Annual Review Psychological*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S. (1993b). Coping theory and research: Past, present, and future, *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247.
- Lazarus, R. S., Launier, R. (1978). Stres – related transactions between person and environment. W: L.A. Pervin, M. Levis (red.). *Perspectives in interactional psychology*. New York: Plenum Press.
- Lis-Turlejska, M. (1992). Psychologiczne następstwa skrajnie stresowych przeżyć, *Nowiny Psychologiczne*, 2, 65-76.
- Lunberg, U. (1993). On the psychobiology of stress and health. W: O. Svenson, A. Maule (red.). *Time pressure and stress in human judgment and decision making*. New York: Plenum Press.
- Maier, S., Watkins, L., Fleshner, M. (1997). Psychoneuroimmunologia. O współzależnościach pomiędzy zachowaniem, mózgiem i odpornością, *Nowiny Psychologiczne*, 1, 5-35.
- Plopa, M. (1966). Stres w izolacji morskiej. Psychospołeczne uwarunkowania. Gdańsk: UG.

- Plopa, M. (1997). Radzenie sobie ze stresem: psychospołeczne uwarunkowania. W: B. Kaja (red.) *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja*. Bydgoszcz: WSP.
- Ratajczak, Z. (1996). Psychologiczne koszty a stres i radzenie sobie. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.). *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe UŚI.
- Reykowski, J. (1966). Funkcjonowanie osobowości w warunkach stresu psychologicznego. Warszawa: PWN.
- Sęk, H. (1991). Psychologiczna prewencja jako obszar badań i zastosowań. W: H. Sęk (red.) *Zagadnienia psychologii prewencyjnej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Sheridan, L., Radmacher, S. (1998). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Suls, J., Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis, *Health Psychology*, 4, 249-288.
- Szczepaniak, P., Strelau, J., Wrześniewski, K. (1996). Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera, *Przebieg Psychologiczny*, 39, 1-2, 187-210.
- Terry, D. J. (1991a). Coping resources and situational appraisals as predictors of coping behavior, *Personality and Individual Differences*, 12, 1031-1047.
- Terry, D. J. (1991b). Stress, coping, and adaptation to new Parenthood, *Journal of Personal and Social Relationships*, 8, 527-547.
- Terry, D. J. (1994). Determinants of coping: The role of stable and situational factors, *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 895-910.
- Wrześniewski, K. (1966). Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.). *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Naukowe UŚI.
- Valentier, D. P., Holahan, Ch., J. Moss, R. H. (1994). Social support, appraisal of event controllability, and coping: An integrative model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 1094-1102.