

## POCZUCIE KOHERENCJI A STYLE RADZENIA SOBIE ZE STRESEM U CHORYCH NA STWARDNIENIE ROZSIANE<sup>1</sup>

**Marlena Kossakowska\***

**Małgorzata Basińska**

Instytut Psychologii

Akademia Bydgoska im. Kazimierza Wielkiego

Bydgoszcz

### SENSE OF COHERENCE AND COPING STYLES IN MULTIPLE SCLEROSIS

**Summary:** 30 patients with multiple sclerosis (MS) and 30 healthy people completed the Antonovsky's Sense of Coherence Scale (SOC-29) measuring 3 components: comprehensibility, manageability and meaningfulness and Endler and Parker's Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) measuring 3 styles of coping: Task- Oriented Coping, Emotion-Oriented Coping, Avoidances- Oriented Coping. The neurologically, mentally and somatically healthy people constituted a control group. The results of research show that patients with MS and the healthy ones are similar in using styles of coping. Both patients with MS and healthy persons with low level of sense of coherence use more Emotion- Oriented Coping style. Avoidances-Oriented Coping style is more used by patients suffering from MS with high level of sense of coherence. Patients with high score in CISS have lower level of comprehensibility than healthy people with high score in CISS.

### Wprowadzenie

Poczucie koherencji według Aarona Antonovsky'ego to „ogólna orientacja wyrażająca w jakim stopniu człowiek ma dojmujące, choć dynamiczne przekonanie o przewidywalności środowiska wewnętrznego i zewnętrznego oraz o tym, że z dużym prawdopodobieństwem sprawy przyjmą tak pomyślny obrót, jakiego można oczekiwać na podstawie racjonalnych przesłanek” (1995, s. 11). W jego skład wchodzi trzy elementy:

- poczucie zrozumiałości,
- poczucie sensowności,
- poczucie sterowalności (zaradności).

Przez poczucie zrozumiałości Antonovsky rozumiał stopień, w jakim człowiek spostrzega napływające bodźce ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego jako poznawczo-sensowne, uporządkowane i spójne, ustrukturalizowane i jasne, takie z którymi można sobie poradzić. Przez poczucie sensowności natomiast rozumiał stopień, w jakim człowiek czuje, że życie ma sens z punktu widzenia emocjonalnego i że przynajmniej część proble-

---

<sup>1</sup> Niniejszy artykuł został wygłoszony w formie referatu na XXX Jubileuszowym Zjeździe Naukowym Polskiego Towarzystwa Psychologicznego w Warszawie w dniach: 9-12 września 1999.

\* Korespondencję kierować pod adresem: Marlena Kossakowska, Instytut Psychologii, Akademia Bydgoska im. Kazimierza Wielkiego, ul. Staffa 1, 85-867 Bydgoszcz, e-mail: MKOSSAKOWSKA@poczta.onet.pl

mów i wymagań jakie niesie życie warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania. Sensowność wyraża stronę motywacyjną i zdaniem Antonovsky'ego jest najważniejszym czynnikiem w poczuciu koherencji. Bez niego poczucie zrozumiałości i zaradności mogą się raczej okazać nietrwałe. Poczucie zaradności to stopień, w jakim człowiek spostrzega dostępne zasoby jako wystarczające, by sprostać wymogom życiowym.

Radzenie sobie ze stresem jest ujmowane, w relacyjnej teorii stresu Lazarusa i Folkmana (1984), jako dynamiczny proces mający na celu w wystarczający sposób opanowanie zewnętrznych i wewnętrznych wymagań ocenianych przez jednostkę jako obciążających lub przekraczających jej zasoby.

Do wewnętrznych zasobów bądź utrudnień w radzeniu sobie Taylor zaliczyła (1995) style radzenia sobie ze stresem oraz pewne zmienne osobowościowe, m.in. poczucie koherencji. Style radzenia sobie ze stresem to ogólna tendencja do określonego dla jednostki zmagania się z sytuacjami stresującymi. W odróżnieniu od strategii zaradczych styl jest traktowany jako trwała dyspozycja.

Ostatecznie w 1990 roku Endler i Parker (1995) zoperacjonalizowali proces radzenia sobie ze stresem (*coping*) i powstało narzędzie do badania stylów radzenia sobie ze stresem: *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS), zaadoptowane do warunków polskich w 1996 roku (Szczepanik i in., 1996).

CISS bada 3 style radzenia sobie ze stresem:

1. Styl skoncentrowany na zadaniu (zadaniowy), polegający na podejmowaniu przez jednostkę konkretnych zadań prowadzących do redukcji stresu.
2. Styl skoncentrowany na emocjach (emocjonalny), polegający na koncentrowaniu się jednostki na sobie, a zwłaszcza na własnym przeżywaniu emocji związanych z sytuacją stresową.
3. Styl skoncentrowany na unikaniu (unikowy), dążący do wystrzegania się przeżywania, doświadczania i myślenia o sytuacji stresującej.

## Problem badawczy

Stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex – SM*) jest chorobą przewlekłą, charakteryzującą się nawracającymi epizodami demielinizacji CUN i powstawaniem w nim rozsia-nych, drobnych ognisk nazywanych plakami (Cendrowski, 1993).

Etiologia choroby nie jest wystarczająco poznana, obecnie w patogenezie przyjmuje się wśród wielu teorii występowanie odczynu odpornościowego przeciw mielinie, być może indukowanego przez wirus. Choroba charakteryzuje się różnorodnymi objawami klinicznymi w zależności od przypadku: pogorszenie lub utrata wzroku spowodowane zapaleniem bądź zanikiem nerwu wzrokowego, drętwienie, niedowład lub porażenie kończyn, zawroty głowy, zmęczenie, zaburzenia oddawania moczu, stolca, ból. Rzadziej można spotkać niedowład nerwu twarzowego, padaczkę, afazję itp. (Cendrowski, 1993).

Choroba nie jest w zupełności uleczalna. Ma charakter chroniczny, cechuje się zmienną dynamiką: rzuty choroby zdarzają się w różnych odstępach czasowych pomiędzy remisjami.

Stwardnienie rozsiane nosi znamiona sytuacji trudnej (Tomaszewski, 1978). Charakteryzuje ją niemożność lub ograniczona możliwość modyfikowania, przypadkowość

(może się przydarzyć każdemu), nieprzewidywalność (chory nie ma pewności, co do jej przebiegu). Te specyficzne cechy choroby sprawiły, że stała się ona interesującym przedmiotem niniejszego badania.

W teorii stresu Lazarusa i Folkman (1984, za: Taylor, 1995) poczucie koherencji oraz style radzenia sobie ze stresem należą do wewnętrznych zasobów (bądź utrudnień) zwiększających (bądź utrudniających) proces radzenia sobie z sytuacją stresu. Opisaną powyżej sytuację choroby przewlekłej, jaką niewątpliwie jest stwardnienie rozsiane, możemy rozpatrywać jako długoterminowy stres, z którym chory zmaga się w trakcie swojego życia od momentu postawienia diagnozy (Moos, Tsu, 1977, za: VanderPlate, 1984). Takie ujęcie choroby ma swoje zalety, jak i swoje ograniczenia, z których autorki zdają sobie sprawę.

Związek, jaki zachodzi między poczuciem koherencji a stosowanymi stylami radzenia sobie ze stresem w stwardnieniu rozsianym wydaje się być interesujący. Ciekawe jesteśmy zależności tych dwu zmiennych dyspozycyjnych w przypadku choroby przewlekłej. Zastanawiamy się, czy chorzy różnią się od zdrowych poczuciem koherencji i stylami radzenia sobie ze stresem. Stawiamy pytanie, czy choroba różnicuje związek poczucia koherencji ze stosowanymi stylami zaradczyimi.

Badanie ma charakter eksploracyjny i jest częścią większego projektu.

## Metoda

**Osoby badane.** W badaniach, które zostały przeprowadzone indywidualnie, wzięło udział 30 pacjentów ze stwardnieniem rozsianym (15 mężczyzn i 15 kobiet) oraz 30 osób zdrowych, tj. bez zaburzeń psychicznych i nie chorujących przewlekłe na chorobę somatyczną bądź neurologiczną. Obie grupy były wyrównane pod względem wieku i wykształcenia. Średnia wieku badanych wynosiła: 47,03 lat dla chorych i 46,06 lat dla zdrowych. Średnia lat edukacji badanych wynosiła: 12,60 lat dla chorych i 12,67 lat dla zdrowych. Do chorych docierano poprzez Stowarzyszenie Stwardnienia Rozsianego SM, a także na oddziałach szpitalnych. Zdrowi rekrutowali się spośród czynnych zawodowo oraz gospodyń domowych.

**Narzędzia badawcze.** Do badania poczucia koherencji wykorzystano Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) A. Antonovsky'ego (1995). Do badania stylów radzenia sobie ze stresem wykorzystano kwestionariusz CISS N.S. Endlera i J.D.A. Parkera według adaptacji P. Szczepanika, J. Strelaua, K. Wrześniewskiego (1996).

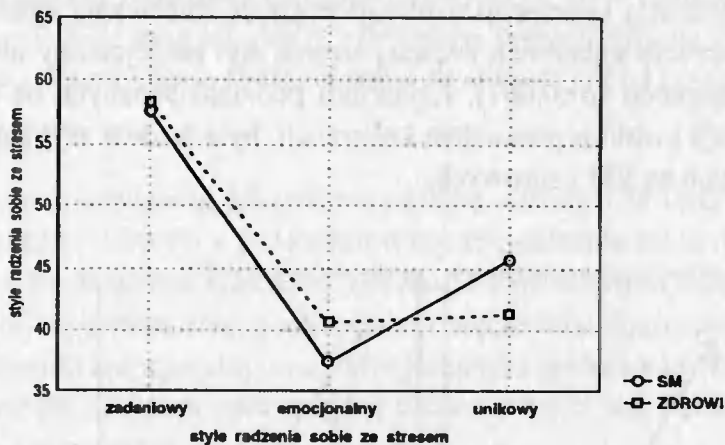
## Wyniki

Analiza wariancji MANOVA w układzie: 2 Poczucie koherencji (niskie – wysokie) x 2 Badani (SM – zdrowi) x 3 Style radzenia sobie ze stresem (zadaniowy – emocjonalny – unikowy) z powtórzonym pomiarem w obrębie ostatniego czynnika, wykazała efekt główny czynnika poczucie koherencji ( $F(2,11)=4,06$ ;  $p < 0,05$ ) oraz czynnika style radzenia sobie ze stresem ( $F(2,11)=88,67$ ;  $p < 0,0001$ ), a także interakcję czynników 1 i 3 ( $F(2,11)=6,02$ ;  $p < 0,003$ ) oraz 2 i 3 ( $F(2,11)=3,33$ ;  $p < 0,04$ ) (zob. tabela 1).

Tabela 1. Zestawienie efektów uzyskanych w analizie wariancji MANOVA w układzie: 2 Poczucie koherencji (niskie – wysokie) x 2 Badani (SM – zdrowi) x 3 Style radzenia sobie ze stresem (zadaniowy – emocjonalny – unikowy) z powtórzonym pomiarem w obrębie ostatniego czynnika

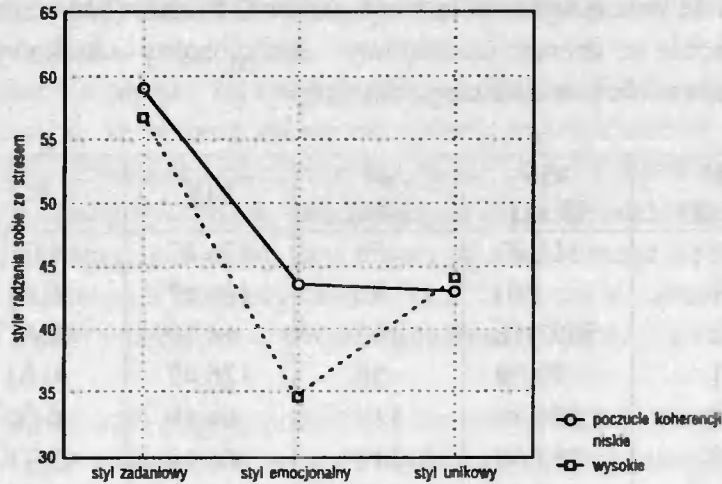
Układ	df Efekt	MS Efekt	df Błąd	MS	F	Poziom istotności
1	1	513,97	56	126,47	4,06*	0,05
2	1	1,01	56	126,47	0,01	0,93
3	2	5692,15	112	64,19	88,67*	0,0001
12	1	79,09	56	126,47	0,63	0,43
13	2	386,39	112	64,19	6,02*	0,003
23	2	213,68	112	64,19	3,33*	0,04
123	2	9,55	112	64,19	0,15	0,86

\* poziom istotny statystycznie



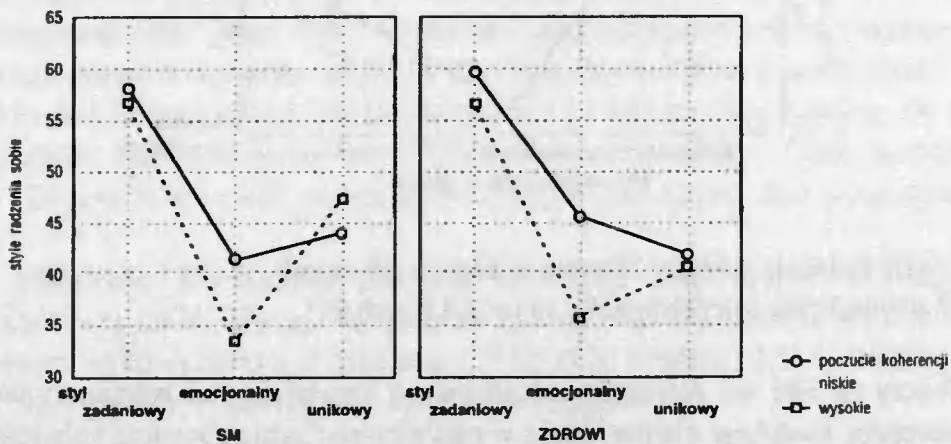
Ryc. 1a. Style radzenia sobie ze stresem w SM i u zdrowych  
2-czynnikowa interakcja ( $F(2,11) = 3,33; p < 0,05$ ).

Chorzy na SM nie różnią się od zdrowych częstością stosowania stylów radzenia sobie ze stresem. Podobnie nie ma różnic w ogólnym poziomie poczucia koherencji między chorymi na stwardnienie rozsiane a zdrowymi (por. Kossakowska, Basińska, 2000).



Ryc. 1b. Wysokość poczucia koherencji a style radzenia sobie ze stresem  
2-czynnikowa interakcja ( $F(2,11) = 6,02; p < 0,01$ ).

Wysokość poczucia koherencji różnicuje częstość stosowania stylu emocjonalnego. Osoby o niskim poczuciu koherencji częściej stosują styl emocjonalny niż osoby z wysokim poczuciem koherencji ( $p < 0,001$ ). Kryterium podziału badanych na tych z wysokim poczuciem koherencji i niskim poczuciem koherencji, była średnia arytmetyczna obliczona oddzielnie dla chorych na SM i zdrowych.



Ryc. 1c. Poczucie koherencji a style radzenia sobie ze stresem w SM i u zdrowych  
3-czynnikowa interakcja ( $F(2,11) = 15; p < 0,86$ ).

Analiza wariacji MANOVA nie wykazała interakcji trzech powyższych czynników. Wysokość poczucia koherencji nie różnicuje chorych na SM i zdrowych ze względu

na częstość stosowania stylów zaradczych. Jednak analiza średnich *post hoc* wykazała, że istnieją różnice istotne statystycznie między chorymi na SM a zdrowymi w stosowaniu stylu unikowego u osób z wysokim poczuciem koherencji ( $p < 0,05$ ). Pacjenci chorzy na stwardnienie rozsiane z wysokim poczuciem koherencji częściej stosują unikowy styl radzenia sobie ze stresem niż zdrowi z wysokim poczuciem koherencji.

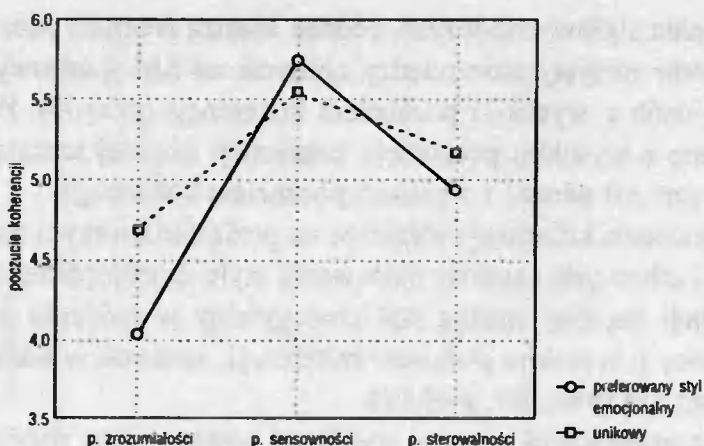
Wysokość poczucia koherencji różnicuje na poziomie istotnym statystycznie zarówno u chorych, jak i zdrowych częstość stosowania stylu emocjonalnego. Osoby z niskim poczuciem koherencji częściej stosują styl emocjonalny w radzeniu sobie z sytuacjami stresowymi, niż osoby o wysokim poczuciu koherencji, zarówno w zdrowiu, jak i w sytuacji choroby jaką jest SM ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,01$ ).

W związku z uzyskanymi powyżej wynikami postanowiono przyjrzeć się stylom zaradczym: emocjonalnym i unikowym. W tym celu wyodrębniono podgrupę badanych, którzy na drugim miejscu (po stylu zadaniowym) preferowali styl emocjonalny i podgrupę tych osób, którzy na drugim miejscu (po stylu zadaniowym) preferowali styl unikowy. Analiza wariacji MANOVA w układzie: 2 Badani (SM – zdrowi) x 2 preferowany na drugim miejscu styl radzenia sobie ze stresem (emocjonalny – unikowy) x 3 Style radzenia sobie ze stresem (zadaniowy – emocjonalny – unikowy) z powtórzonym pomiarem w obrębie ostatniego czynnika, wykazała efekt główny czynnika Style radzenia sobie ze stresem ( $F(2,11)=56,55$ ,  $p < 0,0001$ ) oraz interakcję czynników preferowany na drugim miejscu styl radzenia sobie ze stresem i Style radzenia sobie ze stresem ( $F(2,11)=6,05$ ,  $p < 0,003$ ) (zob. tabela 2).

Tabela 2. Zestawienie efektów uzyskanych w analizie wariacji MANOVA w układzie: 2 – Badani (SM – zdrowi) x 2 – Preferowany styl radzenia sobie (emocjonalny – unikowy) x 3 – Poczucie koherencji (poczucie zrozumiałości – sensowności – sterowalności) z powtórzonym pomiarem w obrębie ostatniego czynnika. Preferowany styl radzenia: emocjonalny vs unikowy oznacza preferowany styl na drugim miejscu, bowiem na pierwszym miejscu badany zawsze uzyskiwał najwyższy wynik w stylu zadaniowym

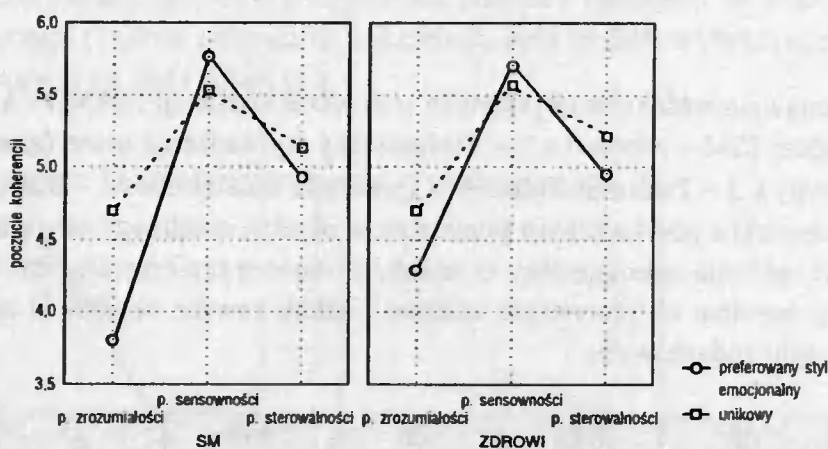
Układ	df Efekt	MS Efekt	df Błąd	MS Błąd	F	Poziom istotności
1	1	0,35	56	1,46	0,24	0,62
2	1	2,04	56	1,46	1,4	0,24
3	2	21,4	112	0,38	56,56*	0,0001
12	1	0,12	56	1,46	0,08	0,78
13	2	0,21	112	0,38	0,56	0,58
23	2	2,29	112	0,38	6,05*	0,003
123	2	0,35	112	0,38	0,92	0,40

\* poziom istotny statystycznie



Ryc. 2a. Preferowany styl emocjonalny vs unikowy a poczucie koherencji  
2-czynnikowa interakcja ( $F(2,11) = 6,05$ ;  $p < 0,03$ ).

Istnieją różnice (na poziomie istotnym statystycznie  $p < 0,0001$ ) w poziomie poczucia zrozumiałości w zależności od preferowanego stylu emocjonalnego bądź unikowego. Osoby, które preferują emocjonalny styl radzenia sobie ze stresem mają niższe poczucie zrozumiałości niż osoby, które preferują unikowy styl radzenia sobie.



Ryc. 2b. Preferowany styl radzenia emocjonalny vs unikowy a poczucie koherencji  
3-czynnikowa interakcja; ( $F(2,11) = 92$ ;  $p < 0,40$ ).

Chorzy na SM, którzy częściej stosują styl emocjonalny w radzeniu sobie ze stresem mają niższe poczucie zrozumiałości od tych chorych, którzy preferują styl unikowy w radzeniu sobie ze stresem na poziomie istotnym statystycznie ( $p < 0,001$ ). Tendencji takiej nie uzyskano w przypadku osób zdrowych.

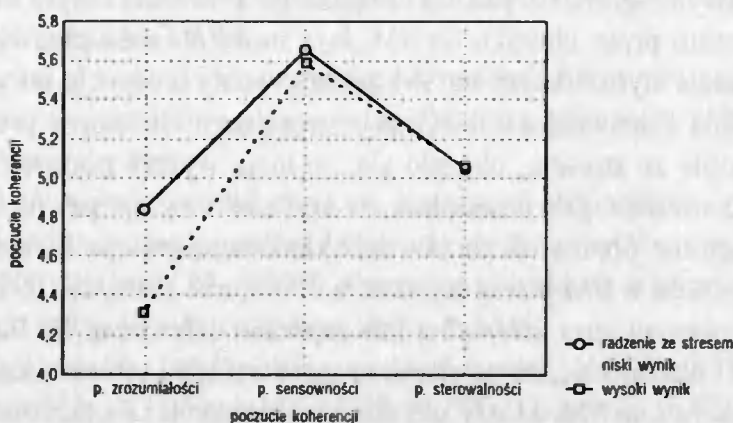
Dodatkowo postanowiono przyrzeć się strukturze poczucia koherencji w dwu różnych grupach osób: tych, którzy często stosują różne style zaradcze (tj. uzyskują wysoki

wynik w kwestionariuszu CISS) oraz tych, którzy rzadziej stosują różne style zaradcze (uzyskują niskie wyniki w CISS). Kryterium podziału były średnie arytmetyczne. Analiza wariancji MANOVA w układzie: 2 Badani (SM – zdrowi) x 2 Radzenie sobie ze stresem (niski wynik – wysoki wynik) x 3 Składowe poczucia koherencji (poczucie zrozumiałości – sensowności – sterowności) z powtórzonym pomiarem w obrębie ostatniego czynnika wykazała efekt główny czynnika Składowe poczucia koherencji ( $F(2,11)=34,85$ ,  $p<0,0001$ ) oraz wykazała pewną tendencję kierunkową interakcji czynników: Radzenie sobie ze stresem i Składowe poczucia koherencji ( $F(2,11)=2,68$ ,  $p<0,07$ ) (zob. tabela 3).

Tabela 3. Zestawienie efektów uzyskanych w analizie wariancji MANOVA w układzie: 2 – Badani (SM – zdrowi) x 2 – Radzenie sobie ze stresem (niski wynik – wysoki wynik) x 3 – Poczucie koherencji (poczucie zrozumiałości – sensowności – sterowności) z powtórzonym pomiarem w obrębie ostatniego czynnika

Układ	df Efekt	MS Efekt	df Błąd	MS Błąd	F	Poziom p
1	1	0,01	56	1,47	0,001	0,97
2	1	1,42	56	1,47	0,97	0,33
3	2	13,97	112	0,40	34,85*	0,0001
12	1	0,01	56	1,47	0,001	0,97
13	2	0,08	112	0,40	0,19	0,82
23	2	1,08	112	0,40	2,68	0,07
123	2	0,21	112	0,40	0,53	0,59

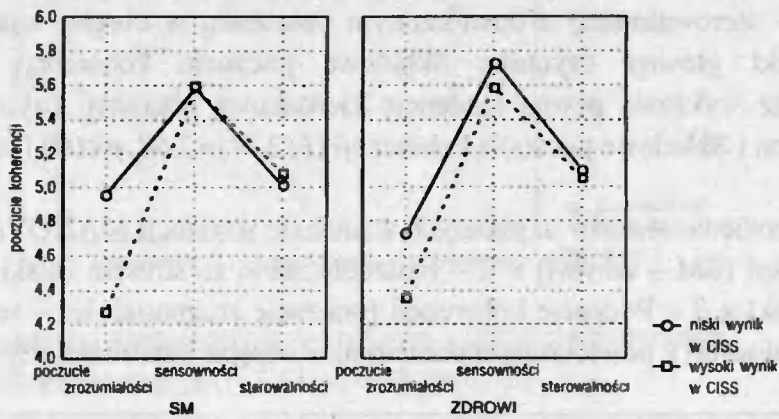
\* poziom istotny statystycznie



Ryc. 3a. Radzenie sobie ze stresem a poczucie koherencji. Wykres średnich 2-czynnikowa interakcja ( $F(2,11) = 2,68$ ;  $p<0,07$ ).



Wysokość wyniku w stylach radzenia sobie ze stresem różnicuje poczucie zrozumiałości na poziomie istotności  $p < 0,01$ . Osoby z wysokim wynikiem w kwestionariuszu CISS mają niższe poczucie zrozumiałości niż osoby z niskim wynikiem w CISS.



Ryc. 3b. Radzenie sobie ze stresem a poczucie koherencji w SM i u zdrowych 3-czynnikowa interakcja ( $F(2,11) = 0,53$ ;  $p < 0,59$ ).

Osoby chore na SM z wysokim wynikiem w kwestionariuszu CISS mają niższe poczucie zrozumiałości niż osoby z niskim wynikiem w CISS ( $p < 0,01$ ). Częsty wybór stylów zaradczych obniża poczucie zrozumiałości u chorych lub niskie poczucie zrozumiałości w poczuciu koherencji skłania do częstszego stosowania stylów radzenia sobie ze stresem.

## Dyskusja

Bardzo ciekawym wynikiem jest fakt częstszego stosowania stylu unikowego w radzeniu sobie ze stresem przez chorych na SM. Być może choroba przewlekła prowokuje stosowanie tego właśnie stylu. Chorzy na SM mieliby wtedy tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresującej. Ci, którzy preferują styl unikowy w radzeniu sobie ze stresem, okazało się, że mają wyższe poczucie zrozumiałości. Ten wynik może potwierdzić przypuszczenie, że styl unikowy ma pewne cechy mechanizmu obronnego, więc nie obniża tak mocno tej składowej poczucia koherencji. Zjawisko unikania bądź wypierania w SM jest opisywane w literaturze (Finger, 1998) i wiązane jest często z objawem zwanym *spes sclerotica* lub *euphoria sclerotica*. W innych badaniach (Sullivan i in., 1997) okazało się, że mechanizm zaradczy typu unikanie częściej obserwowany jest u tych chorych na SM, którzy uzyskują niskie wyniki na skali depresji. Autorzy argumentują, że ten typ radzenia sobie z chorobą, a w szczególności z jej diagnozą ma charakter przystosowawczy i wpływa na polepszenie samopoczucia i dobrostanu.

Okazuje się także, że wysokie poczucie zrozumiałości u pacjentów jest skorelowane z niskim wynikiem w CISS, co wskazywałoby na to, że ci chorzy, którzy rzadko stosują style radzenia sobie ze stresem mają istotnie wyższe poczucie zrozumiałości. Ten wynik również można przypisać temu, że chorzy ci nie spostrzegają tak wielu sytuacji stresowych

w swoim życiu, bo nie oceniają ich jako zagrażające. Wynik ten można ująć także w ten sposób, że niskie poczucie zrozumiałości skłania do częstszego stosowania stylów radzenia sobie ze stresem. Chorzy, którzy nie dostrzegają sensu w swoim chorowaniu muszą częściej stosować mechanizmy zaradcze w nadziei, że znajdą sposoby efektywnego poradzenia sobie ze stresem.

### Wnioski

1. Wysokość poczucia koherencji ma wpływ na poziom stosowania stylu emocjonalnego. Osoby z niskim poziomem poczucia koherencji częściej stosują styl emocjonalny w radzeniu sobie z sytuacją stresującą zarówno w zdrowiu, jak i chorobie przewlekłej na przykładzie SM.
2. Styl unikowy częściej stosowany jest przez chorych na SM, ale tylko tych, którzy charakteryzują się wysokim poczuciem koherencji.
3. Te osoby chore na SM, które na drugim miejscu preferują styl emocjonalny charakteryzują się niższym poczuciem zrozumiałości w porównaniu ze zdrowymi, którzy także na drugim miejscu preferują styl emocjonalny.
4. Chorzy na SM, stosujący częściej różne style zaradcze w porównaniu ze zdrowymi charakteryzują się również niższym poczuciem zrozumiałości.

### LITERATURA CYTOWANA

- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN.
- Cendrowski, W. (1993). *Stwardnienie rozsiane* (wydanie II uzupełnione). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Endler, N.S., Parker, J.D.A. (1995). Assessing a patient's ability to cope. W: J.N. Butcher (red.) *Clinical personality assessment. Practical approaches*. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Figer, S. (1998). A happy state of mind: A history of mild elation, denial of disability, optimism and laughing in multiple sclerosis, *Archives of Neurology*, 55, 2, 241-250.
- Kossakowska, M., Basińska, M. (2000). Poczucie koherencji u chorych na stwardnienie rozsiane, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 9, 55-61.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, coping*. New York: Springer.
- Szczepanik, P., Strelau, J., Wrześniewski, K. (1996). Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera, *Przebieg Psychologiczny*, 1, 187-210.
- Sullivan, M.J.L., Mikail, S., Weinshenker, B. (1997). Coping with diagnosis of multiple sclerosis, *Canadian Journal of Behavioural Science*, 29, 4, 247-257.
- Taylor, S.E. (1995). *Health psychology*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- Tomaszewski, T. (1978) *Psychologia*. Warszawa: PWN.
- VanderPlate, C. (1984). Psychological aspects of multiple sclerosis and its treatment: toward a biopsychosocial perspective, *Health Psychology*, 3, 3, 253-272.