

KONTROLA EMOCJONALNA I JEJ ZMIANY W PRZEBIEGU CHOROBY W GRUPIE CHORYCH NA REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW¹

Małgorzata Basińska*

Instytut Psychologii

Akademia Bydgoska im. Kazimierza Wielkiego

EMOTIONAL CONTROL IN A GROUP OF RHEUMATOID ARTHRITIS

Summary. The goal of the presented research was a search for psychological profiles in emotional control of patients with RA. The researchers posed the following questions: (1) what is a psychological image in emotional self-control among the patients with RA, and (2) how is it changing in the emotional control in the duration of the rheumatoid illness? In terms of the methodological and research tools, Questionnaire of the Emotional Control by J. Brzeziński was used here. The sample included 111 patients diagnosed with RA (RAs) and an identical number of healthy population (Healthy). The research findings in the study of the rheumatoid arthritis patients (N = 111, women 81, men 30) allow us to describe the psychological image of this cohort. The comparison of obtained results with the results of the group of healthy people portrays specific personality traits of patients with rheumatoid arthritis (RA). The comparison inside the of group the patients with RA portrays different levels of health that correlates with personality traits that may affect the length of the illness. Patients with RA regarding the emotional control portray diminished ability to engage on an emotional level and lesser readiness to process problems on the emotional level. The greater the debilitating quality, especially among women patients, the greater emotional motivation and less rationality.

Wprowadzenie

Reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) należy do przewlekłych, układowych chorób tkanki łącznej. Postępujący proces zapalny zwykle rozpoczyna się w błonie maziowej stawów i prowadzi do zniszczenia tkanek stawowych i ich usztywnienia, co w efekcie pro-

¹ Prezentowane wyniki badań są fragmentem rozprawy doktorskiej pt. *Reumatoidalne zapalenie stawów a osobowość. Udział czynników psychologicznych w genezie i przebiegu choroby*, finansowanej częściowo przez KBN-3PO5D0052. Przedstawiane wyniki były częściowo prezentowane podczas Ogólnopolskiej Konferencji Naukowej „Pielęgniarstwo i Medycyna Kliniczna”, Bydgoszcz 14-15.06.2002.

* Adres do korespondencji: Instytut Psychologii AB, 85-867 Bydgoszcz, ul. Staffa 1.

wadzi do ograniczenia sprawności fizycznej (Zimmermann-Górska, 1998). Pod względem nozologicznym RZS zalicza się do kręgu tzw. autoimmunopatii.

Wyniki badań ostatnich kilku lat wskazują, iż uwarunkowania występowania RZS są skutkiem konfiguracji wielu czynników odpowiedzialnych za powstanie i rozwój choroby. Wśród przyczyn wymienia się: czynniki genetyczne, czynniki immunologiczne oraz inne, wśród których bierze się pod uwagę: infekcje wirusowe, bakteryjne i uwarunkowania psychologiczne.

Istnieje nurt badań nad reumatoidalnym zapaleniem stawów (Luban-Plozza, 1995) wskazujący, iż jest to choroba psychosomatyczna. Wielopoziomowe podejście do RZS wyraźnie pokazuje, że stres i jego interakcja z systemem immunologicznym grają główną rolę w etiologii i rozwoju choroby (Walker, 1999). To ze stresami o podłożu biologicznym lub emocjonalnym wiąże się zwykle początek choroby. Dodatkowo niektórzy (Brzezicki, 2000) wysuwają hipotezę, że na ten typ choroby są narażeni ludzie o specyficznej osobowości. Współcześnie dyskredytuje się myślenie i badania, których celem jest poszukiwanie profilów osobowości charakterystycznych dla poszczególnych jednostek chorobowych. Raczej próbuje się określić znaczenie osobowości jako czynnika współdeterminującego ogólną podatność lub wrażliwość na stres, która dla osób chorujących na poszczególne choroby psychosomatyczne okazuje się często charakterystyczna (Jelonkiewicz, 1991; Persson, 1999). Udział czynników psychologicznych i ich jakość w etiologii i przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów nie jest jednoznacznie rozpoznany. Przeprowadzone badania (Salomon, 1990) pokazują, że można mieć czynnik reumatoidalny (RF) we krwi i nie chorować na RZS, o ile jest się zdrowym emocjonalnie. Dotychczasowe wyniki badań nie są liczne i ujawniają sprzeczności w zakresie niektórych zagadnień (Jelonkiewicz, 1991; Luban-Plozza, 1995).

Zgodnie z psychosomatycznym modelem rozumienia chorób, podstawowym ogniwem w rozwoju zaburzeń jest słabość biologiczna określonego narządu: uwarunkowana genetycznie, spowodowana wcześniej przebytymi chorobami lub wczesnodziecięcymi doświadczeniami, których konsekwencją stało się wyuczenie reakcji patologicznych (Jus, 1970; Tylka, 2000). Słabość narządu jest powiązana z charakterystycznym wzorem reakcji osobowościowej. Szczególnie istotny okazuje się wzór reakcji emocjonalnej i odpowiednie do niego reakcje psychofizjologiczne. Właściwości trwałej struktury psychicznej, jaką jest osobowość, warunkują powtarzalność procesów emocjonalnych oraz ewentualną kumulację napięć, gdy powtarzane są niekorzystne dla jednostki procesy emocjonalne, które mogą prowadzić do zmiany stanu zdrowia (Tylka, 2000). Napięcie emocjonalne, które pobudza nie tylko aktywność autonomicznego układu nerwowego, lecz także oś podwzgórze-przysadka-nadnercza, jest specyficzne u osób chorujących psychosomatycznie. Pytanie, które w związku z takimi obserwacjami stawiali sobie badacze, brzmiało (Wrześniewski, 1993): „czy trudności w radzeniu sobie z emocjami oraz specyfika ich przebiegu są charakterystyczne w ogóle dla osób skłonnych do zapadania na choroby psychosomatyczne, czy są cechy specyficzne dla poszczególnych jednostek chorobowych”?

Właściwości osobowościowe mają także wpływ na przebieg chorowania i zdrowienia (Pleszewski, 1976). Każda choroba niesie problemy psychologiczne, wynikające z jej przebiegu. W związku z tym skłonność do określonego sposobu reagowania emocjonalnego może nie tylko wpływać na sposób chorowania, ale również sama zmieniać się w wyni-

ku trwania choroby. Brak jest jednak spójnej wiedzy na temat omawianych zagadnień w grupie chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Postawiono w związku z tym następujące pytania badawcze:

1. Jaka jest specyfika kontroli emocjonalnej u osób chorujących na reumatoidalne zapalenie stawów w porównaniu z osobami zdrowymi?
2. Jak zmienia się kontrola emocjonalna w przebiegu choroby?

Oczekiwano, że prezentowane badania psychologiczne nad kontrolą emocjonalną pomogą zrozumieć i opisać czynniki pełniące istotną rolę w zapadalności na reumatoidalne zapalenie stawów i w sposobie przebiegu choroby oraz wskażą kierunki pracy psychologicznej zarówno w zakresie profilaktyki, jak i terapii.

Metoda

Pomiar. Zastosowano dwa narzędzia badawcze. Ankietę informacyjną w celu zebrania podstawowych informacji o osobach badanych, zaś do pomiaru układu właściwości kontroli emocjonalnej, ujawniających się na kolejnych etapach trwania procesu emocjonalnego zastosowano Kwestionariusz Kontroli Emocjonalnej (KKE) J. Brzezińskiego (1985).

Kwestionariusz Kontroli Emocjonalnej został skonstruowany w oparciu o schemat działania kontroli emocjonalnej, zgodnie z którym proces emocjonalny przebiega w trzech etapach. Pierwszym jest spostrzeżenie i interpretacja sytuacji emotogennej, która następnie przechodzi w ośrodkowy proces emocjonalny, przebiegający po dwóch torach: fizjologicznym i motywacyjnym. Działanie pod wpływem danej emocji, w którym wyróżniono: aspekt kierunkowo-sprawnościowy i aspekt ekspresyjny – to trzeci etap.

Autor podręcznika, zgodnie z przyjętymi założeniami teoretycznymi, twierdzi, iż kontrola emocjonalna działa z różną siłą na poszczególnych etapach procesu emocjonalnego. W teście zostały wyodrębnione następujące skale mierzące siłę oddziaływania kontroli emocjonalnej na poszczególnych etapach procesu emocjonalnego.

1. Etapu pierwszego dotyczy:
 - **Skala kontroli sytuacji (Ks)**, mierzy siłę oddziaływania kontroli emocjonalnej na pierwszym etapie, czyli zdolność jednostki do kontrolowania sytuacji emotogennych poprzez odpowiednią ich percepcję i interpretację.
2. Etapu drugiego dotyczą dwie skale i są to:
 - **Skala pobudliwości emocjonalnej (Pe)**, mierząca stopień pobudliwości emocjonalnej na poziomie fizjologicznym,
 - **Skala motywacji emocjonalno-racjonalnej (Mer)**, mierząca rodzaj dominującej u jednostki motywacji.
3. Kolejne dwie skale mierzą kontrolę emocjonalną na poziomie trzeciego etapu i są to:
 - **Skala odporności emocjonalnej (Oe)**, mierząca siłę oddziaływania kontroli emocjonalnej na aspekt kierunkowo-sprawnościowy działania,
 - **Skala kontroli ekspresji (Ke)**, mierząca siłę oddziaływania kontroli emocjonalnej na aspekt ekspresyjny działania.

Kwestionariusz Kontroli Emocjonalnej J. Brzezińskiego jest testem wystandaryzowanym, o wysokiej rzetelności skal ($r_{tt} > 0,80$ dla każdej skali). Wyniki surowe są przeliczane na skalę tetronową.

Osoby badane. Dobór badanych osób do grupy chorych na RZS w przeprowadzonych badaniach był celowy w zakresie kryterium zdrowia. Nie dobierano w sposób celowy chorych ze względu na: czas chorowania, stopień zaawansowania choroby i stopień wydolności czynnościowej. Zastosowano następujące kryteria:

1. Osoby badane miały postawioną diagnozę stwierdzającą reumatoidalne zapalenie stawów przez lekarza specjalistę w zakresie reumatologii. Nie chorowały na inne choroby somatyczne i psychiczne.
2. Pacjenci wyrażali zgodę na uczestniczenie w badaniu.

Należy dodać, że wielu mężczyzn (wielokrotnie więcej niż kobiet, które sytuację badania wykorzystywały między innymi do porozmawiania i otrzymania wsparcia) odmawiało uczestniczenia w badaniu, mówiąc, że nie chcą nic wiedzieć o swojej chorobie. Być może, że ci, którzy zgodzili się na uczestniczenie w badaniu prezentowali inne właściwości osobowościowe niż ci, którzy odmawiali wykonania testów.

Równoległe do badania osób chorych przeprowadzono badanie osób zdrowych. Osoby należące do grupy kontrolnej musiały spełniać następujące kryteria:

1. Były dobierane odpowiednio do osób chorych pod względem płci, wieku i wykształcenia.
2. Nie chorowały na chorobę psychiczną ani somatyczną.
3. Wyraziły zgodę na udział w badaniach.

Przebadano 111 osób chorych na RZS i tyle samo osób zdrowych (Zdrowi). W tym, zgodnie z proporcjami występowania choroby w populacji kobiet i mężczyzn, przebadano 81 kobiet i 30 mężczyzn. Średnia wieku dla kobiet i mężczyzn wynosi 47 lat; kobiety miały od 28 do 65 lat, a mężczyźni od 24 do 61 lat. Badano wyłącznie osoby będące na etapie wczesnej (od 18 do 40 roku życia) i średniej (od 40 do 65 roku życia) dorosłości (Dworetzky, 1988). Nie badano osób powyżej 65 roku życia, czyli będących na etapie późnej dorosłości, ze względu na to, iż przeprowadzone dotychczas badania wyraźnie i jednoznacznie wskazują na to, że zmienna wieku wpływa modyfikująco na funkcjonowanie psychiczne i właściwości osobowościowe. Najwięcej badanych osób (81%) było w wieku średniej dorosłości, zarówno kobiet, jak i mężczyzn.

Badania zostały przeprowadzone indywidualnie wśród pacjentów oddziału reumatologicznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy.

Zróżnicowanie stanu zdrowia chorych na RZS oceniono według trzech kryteriów: tzw. okresu choroby, wydolności czynnościowej i czasu trwania choroby.

Okres choroby oceniono na skali 4-stopniowej na podstawie zmian radiologicznych: I – jest to okres zmian wątpliwych; II – okres zmian małych; III – okres zmian średnich; IV – okres zmian dużych (Zimmermann-Górska, 1998).

Przyjęto 4-stopniową klasyfikację stopnia wydolności czynnościowej (stosowaną powszechnie w reumatologii): I – chory jest w pełni wydolny; II – chory może mieć problem z wykonaniem czynności wymagających dużej precyzji; III – chory wykonuje tylko podstawowe czynności życia codziennego, przy wykonywaniu niektórych czynności wskazana pomoc innych osób; IV – chory jest unieruchomiony w łóżku lub na wózku (Bruhl, 1987).

Wyodrębniono trzy okresy chorowania, według przyjętego w reumatologii systemu (Gunther, 1994), dzieląc chorych ze względu na czas chorowania, na:

- I – krótko chorujących, do 5 lat;
 II – średnio długo chorujących, od 6 do 15 lat;
 III – długo chorujących, powyżej 15 lat.

W prezentowanych analizach zdychotomizowano te zmienne, co pozwoliło na wykonanie wszystkich analiz statystycznych. Zastosowano korelacyjny model analizy danych przy użyciu testu statystycznego: analiza dyskryminacyjna (Brzeziński, 2000).

Tabela 1. Stan zdrowia chorych na RZS – parametry grupy

Parametry grupy	Chorzy na RZS N = 111		Kobiety chore N = 81		Mężczyźni chorzy N = 30	
	f*	%	f	%	f	%
Wiek						
18-40 lat	21	19	15	19	6	20
41-65 lat	90	81	66	81	24	80
Okres choroby						
I	8	7	6	8	2	7
II	46	41	35	43	11	37
III	34	31	23	28	11	37
IV	23	21	17	21	6	19
Wydolność czynnościowa						
I	22	20	17	21	5	17
II	53	48	36	44	17	57
III	32	29	25	31	7	23
IV	4	3	3	4	1	3
Czas trwania choroby						
I	53	48	34	42	19	63
II	38	34	31	38	7	23
III	20	18	16	20	4	14

*f = liczebność

Ze względu na stan zaawansowania choroby podzielono chorych na posiadających niewielkie zmiany radiologiczne (I i II okres choroby określono jako *początek choroby*) oraz na posiadających średnie i duże zmiany radiologiczne (III i IV okres choroby określono jako *stan zaawansowany*).

Ze względu na poziom wydolności czynnościowej podzielono chorych na radzących sobie samodzielnie (I i II poziom wydolności określono jako *początek choroby*) oraz na chorych potrzebujących pomocy innych (III i IV poziom wydolności określono jako *stan zaawansowany*).

Ze względu na czas trwania choroby wyodrębniono osoby chorujące do 5 lat i osoby chorujące od 6 lat. Wyodrębniono dwa okresy choroby, dwa poziomy wydolności czynnościowej i dwa czasy trwania choroby.

Wyniki

Kontrola emocjonalna w grupie osób chorych na RZS w porównaniu z osobami zdrowymi. Analiza dyskryminacyjna pozwoliła na znalezienie optymalnego zespołu cech w zakresie kontroli emocjonalnej, który rozróżnia osoby chore na RZS od osób zdrowych na poziomie istotnym statystycznie. Pojedyncza skala tego testu nie jest charakterystyczna dla osób chorych, lecz ich zespół jest. Układ czterech skal: kontroli sytuacji (KS), pobudliwości emocjonalnej (PE), kontroli ekspresji (KE) i odporności emocjonalnej (OE) okazał się istotnie różnicować obie badane grupy między sobą (zob. tab. 2).

Tabela nr 2. Zestawienie analizy funkcji dyskryminacyjnej w teście KKE dla całości

Krok 1, zmienne w modelu – 4; zmienna grupująca: GRUPA (2 grupy): <i>Lambda</i> Wilksa: 0,94 przybl. $F(4,21) = 3,36$ $p < 0,01$				
	<i>Lambda</i> Wilksa	<i>F</i> usun. (1,22)	<i>p</i>	1-Toler. (<i>R</i> -kwad.)
KKE – KE	0,95	2,45	0,11	0,51
KKE – OE	0,95	3,18	0,07	0,45
KKE – KS	0,97	7,51	0,00	0,29
KKE – PE	0,95	3,67	0,05	0,58

Chorzy różnią się od zdrowych układem współwystępowania kilku właściwości. Na poziomie percepcji sytuacji emotogenicznej są bardziej czujni (KS), zaś na poziomie ośrodkowego procesu emocjonalnego chorzy są mniej pobudliwi, dochodzi u nich do mniejszego pobudzenia fizjologicznego (PE). Działanie ich ulega mniejszej dezorganizacji pod wpływem emocji (OE), choć mogą mieć niewielkie trudności z kontrolą ekspresji (KE). Chorzy nie różnią się od zdrowych rodzajem motywacji (MER).

Nie ma różnic w kontroli emocjonalnej pomiędzy zdrowymi a chorymi kobietami i mężczyznami (zob. tab. 3).

Tabela 3. Średnie wyniki w teście KKE w grupie osób chorych (1) i zdrowych (2), przy $df = 220$

	M_1	M_2	<i>t</i>	<i>p</i>	SD_1	SD_2
KKE – KE	42,29	42,40	-0,07	0,94	12,15	10,83
KKE – MER	54,23	53,67	0,41	0,68	9,68	10,90
KKE – OE	51,74	49,67	1,67	0,09	9,43	9,06
KKE – KS	55,35	52,97	1,63	0,10	11,17	10,50
KKE – PE	49,37	51,20	-1,25	0,21	11,13	10,63

Okres choroby i wydolność czynnościowa a kontrola emocjonalna w grupie kobiet. Stan zaawansowania choroby i stopień wydolności czynnościowej różnicują rodzaj stosowanej przez chore kobiety motywacji (bardziej emocjonalna niż racjonalna) na poziomie istotnym statystycznie (tab. 4).

Tabela 4. Zestawienie analizy funkcji dyskryminacyjnej w grupie kobiet

Krok 4, zmienne w modelu: 1; zmienna grupująca: (2 grupy) OKRES CHOROBY I WYDOLNOŚĆ CZYNNOŚCIOWA <i>Lambda</i> Wilksa: 0,88 przybl. $F(1,79) = 9,89$ $p < 0,00$				
	<i>Lambda</i> Wilksa	<i>F</i> usun. (1,79)	<i>p</i>	1-Toler. (<i>R</i> -kwad.)
KKE – MER	1,00	9,89	0,00	0,00

Im bardziej nasila się choroba i im bardziej nasilają się trudności z wykonywaniem czynności dnia codziennego oraz konieczna wydaje się być pomoc innych osób, tym chorzy stają się coraz bardziej emocjonalni w swojej motywacji, coraz trudniej im być racjonalnymi w postępowaniu ($M_1 = 58,02$; $M_2 = 51,35$; $t = -3,14$; $p = 0,00$).

Pozostałe elementy kontroli emocjonalnej, tj. kontrola sytuacji, pobudliwość emocjonalna, kontrola ekspresji, odporność emocjonalna, nie zmieniają się wraz z postępem choroby w grupie kobiet.

Okres choroby, wydolność czynnościowa i czas chorowania a kontrola emocjonalna w grupie mężczyzn. Stan zaawansowania choroby, stopień wydolności czynnościowej i czas trwania choroby nie różnicują kontroli emocjonalnej w grupie chorych mężczyzn na poziomie istotnym statystycznie (wszystkie zmienne są poza modelem).

Czas trwania choroby a kontrola emocjonalna dla całości. Czas trwania choroby wpływa na kontrolę emocjonalną w grupie osób chorych na RZS wyrażoną przede wszystkim w formie kontroli ekspresji ($M_1 = 44,68$; $M_2 = 40,10$; $t = -2,01$; $p = 0,04$) i pobudliwości emocjonalnej ($M_1 = 49,21$; $M_2 = 49,52$; $t = -0,14$; $p = n.i.$) na poziomie istotnym statystycznie. Im dłużej chorują, tym trudniej kontrolować w odpowiedni sposób zewnętrzne przejawy doświadczanych emocji (tab. 5).

Czas trwania choroby nie wpływa na kontrolę emocjonalną w zakresie kontroli sytuacji, motywacji emocjonalno-racjonalnej i odporności emocjonalnej.

Tabela 5. Zestawienie analizy funkcji dyskryminacyjnej dla całości

Krok 3, zmienne w modelu: 2; zmienna grupująca: CZAS CHOROBY (2 grupy) <i>Lambda</i> Wilksa: 0,93 przybl. $F(2,10) = 3,79$ $p < 0,02$				
	<i>Lambda</i> Wilksa	<i>F</i> usun. (1,10)	<i>p</i>	1-Toler. (<i>R</i> -kwad.)
KKE – KE	0,99	7,56	0,00	0,52
KKE – PE	0,96	3,46	0,06	0,52

Czas trwania choroby a kontrola emocjonalna w grupie kobiet. Czas trwania choroby nie wpływa na kontrolę emocjonalną w grupie chorych kobiet na poziomie istotnym statystycznie (wszystkie zmienne są poza modelem).

Wnioski

1. Chorych na RZS cechuje trochę większa kontrola emocjonalna niż osoby zdrowe. Wykazują mniejszą gotowość do wchodzenia w sytuacje emocjonalne i do reagowania emocjonalnego przy jednocześnie większej czujności w początkowym kontakcie z sytuacją emocjonalną oraz jej lękowo-obronną percepcją.
2. Płeć w wymiarze „chorzy – zdrowi” nie wpływa na kontrolę emocjonalną.
3. Kontrola emocjonalna w zakresie kontroli sytuacji, pobudliwości emocjonalnej, kontroli ekspresji i odporności emocjonalnej, nie zmienia się wraz ze stopniem nasilenia choroby i zmniejszeniem wydolności czynnościowej w grupie chorych na RZS.
4. Kontrola emocjonalna zmienia się w zakresie rodzaju motywacji wraz ze stopniem nasilenia choroby i zmniejszeniem wydolności czynnościowej – w grupie kobiet występuje nasilenie motywacji emocjonalnej.
5. Kontrola emocjonalna nie zmienia się wraz ze stopniem nasilenia choroby i zmniejszeniem wydolności czynnościowej w grupie mężczyzn.
6. Kontrola emocjonalna zmienia się wraz z czasem trwania choroby w całej grupie chorych. Im dłużej chorują, tym słabiej kontrolują zewnętrzne przejawy emocji i stają się bardziej pobudliwi emocjonalnie. Podczas analizy dla każdej płci oddzielnie nie ujawniły się żadne różnice.

Dyskusja

Obraz psychologiczny chorych na RZS w zakresie kontroli emocjonalnej wykazuje podobieństwo do obrazu psychologicznego osób zdrowych, szczególnie w zakresie rodzaju dominującej motywacji.

Obraz psychologiczny chorych na RZS w zakresie kontroli emocjonalnej wykazuje także podobieństwo do wzoru zachowania charakterystycznego dla innych chorych na choroby wynikające z autoagresji (jest to tzw. wzór zachowania C – WZC). Badani chorzy bardziej kontrolują siebie i otoczenie. Słabiej reagują emocjonalnie w porównaniu z osobami zdrowymi, przy jednocześnie większej czujności oraz lękowo-obronnej percepcji i interpretacji w zetknięciu się z sytuacją emocjonalną. Początkowe pobudzenie, połączone z lękiem zostaje stłumione i nie jest obserwowane w reakcjach zewnętrznych.

Obraz psychologiczny chorych na RZS w zakresie kontroli emocjonalnej zmienia się w przebiegu choroby. Jak przedstawiono wcześniej, w porównaniu z osobami zdrowymi chorzy wykazują silniejszą kontrolę emocjonalną, czyli są bardziej czujni w kontakcie z sytuacją emocjonalną, mniej pobudliwi i bardziej odporni na sytuacje emotogenne, zaś w miarę nasilania się choroby kobiety stają się bardziej emocjonalne niż racjonalne w swojej motywacji. W miarę wydłużania się czasu trwania choroby chorzy stają się bardziej pobudliwi emocjonalnie i gorzej kontrolują zewnętrzne przejawy przeżywanych emocji. Ich emocjonalność staje się coraz bardziej rozchwiana. Dłuższy czas chorowania ułatwia pojawienie się zniecierpliwienia, drażliwości i trudniejszego zapanowania nad sobą, co warto by uwzględnić w opiece nad długo chorującymi i postarać się rozumieć ich gotowość do bardziej neurotycznego reagowania.

Można zasugerować, iż podobieństwo obrazu psychologicznego w zakresie kontroli emocjonalnej chorych na RZS do wzoru zachowania C – WZC zmniejsza się wraz ze stopniem zaawansowania choroby.

Skłonność do nadmiernego kontrolowania się można z dużą ostrożnością potraktować jako czynnik ułatwiający zachorowanie. Zmiany w kontroli emocjonalnej, zwłaszcza zwiększona emocjonalność, która charakteryzuje osoby dłużej i ciężiej chorujące, jako skutek choroby.

Analizowane dane ukazują, że cechą specyficzną w kontroli emocjonalnej chorych na RZS jest zróżnicowanie jej ze względu na płeć. W literaturze przedmiotu płeć jest traktowana jako czynnik obciążający i ułatwiający zachorowanie na RZS, lecz jej znaczenie nie jest do końca wyjaśnione, gdyż wiele chorób ma te same hormonalne podstawy, a pomimo to nie cechują się płciową dwupostaciowością, jak to ma miejsce w RZS (Lockshin, 1998). Wniosek wynikający z prezentowanych badań jest zgodny z dotychczasowymi wynikami badań o orientacji biologicznej, według których fenotyp RZS jest różny w zależności od płci. Mężczyźni częściej niż kobiety, gdy już chorują (a dzieje się to zdecydowanie rzadziej) mają gorszą prognozę medyczną, częściej występuje u nich czynnik reumatyczny (RF+) i częściej mają zaatakowane duże lub osiowe stawy, które prezentują większe i wcześniejsze zniszczenia stawów widoczne w obrazie radiologicznym (Boers, 1998). Fakt bycia kobietą jest predyktorem wzrostu psychologicznego dystresu w pierwszym roku po postawieniu diagnozy (Evers, 1997) oraz istotnie współwystępuje z innymi negatywnymi wskaźnikami, obniżając psychologiczny dobrostan chorujących osób płci żeńskiej. Kobiety częściej zgłaszają symptomy depresyjne i lękowe niż mężczyźni chorzy na RZS (Dowdy, 1996; Fessel, 1997), a także częściej oceniają swoje objawy chorobowe jako ostre (Katz, 1996). Znane są badania (Downe-Wamboldt, 1995), aczkolwiek pozostają w zdecydowanej mniejszości, według których płeć nie determinuje istotnie psychologicznego dobrostanu. Ta dwupostaciowość, zarówno biologiczna, jak i psychologiczna, wymaga od personelu medycznego zróżnicowania w podejściu do chorych kobiet i mężczyzn.

LITERATURA CYTOWANA

- Boers, M. (1998). Does sex of rheumatoid arthritis patients matter? *Lancet*, 352, 419-420.
- Bruhl, W. (red.) (1987). *Zarys reumatologii*. Warszawa: PZWL.
- Brzeziński, J., Plopa, M. (2000). Style radzenia sobie ze stresem w chorobie reumatycznej. *Forum Psychologiczne*, 1, 58-67.
- Brzeziński, J. (2000). Podstawowe modele badawcze: eksperymentalny i korelacyjny. W: J. Strelau, (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 1, s. 335-388). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Brzeziński, J. (1985). *Kwestionariusz Kontroli Emocjonalnej (KKE)*. Podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.
- Dowdy, S. W., Dwyer, K. A., Smith, C. A. (1996). Gender and psychological well-being of persons with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 6, 449-456.

- Downe-Wamboldt, B. L., Melanson, P. M. (1995). Emotions, coping, and psychological well-being in elderly people with arthritis. *West Journal of Nursing Research*, 3, 250-265.
- Dworetzky, J. P. (1988). *Psychology*. San Paul: West Publishing Company.
- Evers, A. W., Kraaimaat, F. W., Geenen, R., Bijlsma, J. W. J. (1997). Determinants of psychological distress and its course in the first year after diagnosis in rheumatoid arthritis patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 5, 489-504.
- Fessel, K. D., Nevitt, M. C. (1997). Correlates of fear of falling and activity limitation among persons with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 10, 4, 222-228.
- Gunther, V., Mur, E., Kurz, M., Meise, U. (1994). Stable pattern of stress coping in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Experimental Rheumatology*, 1, 35-43.
- Jelonkiewicz, I. (1991). Rola stresu w powstawaniu zaburzeń i chorób. *Medycyna 2000*, 9, 7-11.
- Jus, A. (1970). Trudności w rozwiązywaniu problemów teoretycznych medycyny psychosomatycznej. *Polski Tygodnik Lekarski*, 45, 1720-1722.
- Katz, P. P., Criswell, L. A. (1996). Differences in symptom reports between men and women with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 6, 441-448.
- Lockshin, M. D. (1998). Why do women have rheumatic disease? *Scandinavian Journal of Rheumatology – Supplement*, 107, 5-9.
- Luban-Plozza, B., Poldinger, W., Kroger, F., Wasilewski, B. (1995). *Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej*. Warszawa: PZWL.
- Persson, L. O., Berglung, K., Sahlberg, D. (1999). Psychological factors in chronic rheumatic diseases-a review. The case of rheumatoid arthritis, current research and same problems. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 3, 137-144.
- Pleszewski, Z., Sęk, H. (1976). Człowiek chory somatycznie a problem diagnozy i terapii psychologicznej. *Zeszyty Naukowe UJ*, 25, 39-47.
- Salomon, G. (1990). Emocje, odporność i choroba. Perspektywa historyczna i filozoficzna. *Nowiny Psychologiczne*, 1-2, 117-126.
- Tylka, J. (2000). *Psychosomatyka*. Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Walker, J. G., Littlejohn, G. O., McMurray, N. E., Cutolo, M. (1999). Stress system response and rheumatoid arthritis: a multilevel approach. *Rheumatology*, 38, 1050-1057.
- Wrześniewski, K. (1993). *Styl życia a zdrowie. WZA*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Zimmermann-Górska, I. (1998). *Reumatologia w praktyce lekarza rodzinnego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.