

Wybrane zmienne psychologiczne u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów i chorobą Gravesa-Basedowa

Psychological variables in patients with rheumatoid arthritis and Graves-Basedow disease

Agnieszka Wlazło^{1,2}, Jacek Kleszczyński³, Grażyna Dolińska-Zygmunt², Jerzy Leszek¹

¹Klinika Psychiatrii, Akademia Medyczna we Wrocławiu

²Institut Psychologii, Uniwersytet Wrocławski

³Klinika Nefrologii Pediatricznej, Akademia Medyczna we Wrocławiu

Neuropsychiatria i Neuropsychologia 2008; 3, 2: 71-79

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. Jerzy Leszek
Klinika Psychiatrii
Akademia Medyczna we Wrocławiu
ul. Pasteura 10, 50-367 Wrocław
tel. +48 71 784 16 00
faks +48 71 784 16 02
e-mail: jleszek@psych.am.wroc.pl

Streszczenie

Czynniki psychologiczne przez wpływ na ocenę trudnych sytuacji oraz moderowanie procesu radzenia sobie ze stresem mogą implikować pojawienie się reakcji patofizjologicznych sprzyjających rozwojowi chorób autoimmunologicznych. W przedstawionych badaniach podjęto próbę wyodrębnienia zmiennych psychologicznych charakterystycznych dla chorych na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) i chorobę Gravesa-Basedowa. Badaniami objęto 3 grupy osób (n=90) dobrane odpowiednio pod względem wieku i płci – chorzy na RZS, pacjenci z chorobą Gravesa-Basedowa oraz osoby zdrowe, u których występowało rodzinne obciążenie chorobami autoimmunologicznymi. W obu grupach zastosowano następujące testy kwestionariuszowe: *Test orientacji życiowej* – LOT-R, *Kwestionariusz orientacji życiowej* SOC-29, *Formalna charakterystyka zachowania – kwestionariusz temperamentu* – FCZ-KT, *Kwestionariusz osobowości Eysencka* – EPQ-R. Odnotowano istotne statystycznie różnice między osobami zdrowymi a badanymi pacjentami w zakresie takich zmiennych, jak: optymizm, sensowność, żwawość, wytrzymałość (niższe u pacjentów z RZS oraz chorobą Gravesa-Basedowa) oraz reaktywność emocjonalna i neurotyzm (wyższe u pacjentów z RZS oraz chorobą Gravesa-Basedowa). U osób zdrowych istotnie wyższa była również aktywność w porównaniu z pacjentami z RZS. Podobnie niewielkie różnice uzyskano między osobami zdrowymi a pacjentami z chorobą Gravesa-Basedowa w zakresie zrozumiałości, sterowalności (wyższe u osób zdrowych) oraz perseweratywności (niższe u osób zdrowych). Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic w zakresie badanych cech między obiema grupami chorych. Wyniki wydają się potwierdzać hipotezę o istnieniu psychologicznych czynników charakterystycznych dla pacjentów ze schorzeniami autoimmunologicznymi. Jednakże ze względu na

Abstract

Psychological factors through their impact on assessment of difficult life situations and model of coping with stress can provoke pathophysiological reactions triggering development of autoimmune disorders. In the paper we tried to distinguish psychological variables typical for patients with rheumatoid arthritis and Graves-Basedow disease. Three groups were investigated (n=90) and divided according to age and sex: patients with rheumatoid arthritis, patients with Graves-Basedow disease and healthy people with positive family history of autoimmune disorders. The following tests were used: Life Orientation Test (LOT-R); Sense of Coherence Questionnaire (SOC-29); Formal Characteristics of Behaviour: Temperament Inventory (FCB-TI); Eysenck Personality Questionnaire – Revised (EPQ-R). We found statistically significant differences between patients and the control group due to the following variables: optimism, meaningfulness, activity, briskness, and endurance (they were statistically lower in patients with rheumatoid arthritis and Graves-Basedow disease), emotional reactivity and neuroticism (statistically higher in both groups of patients). Also, small differences between ill and healthy people were observed due to manageability, comprehensibility (statistically lower in both groups of patients) and perseveration (statistically higher in both groups of patients). There were no differences in these variables between both groups and patients. The results seem to support the hypothesis about the role of specific psychological factors for patients with autoimmune disorders. However, taking into consideration the multifactor aetiopathogenesis of these disorders, our results should be verified in future investigations.

Key words: Graves-Basedow disease, rheumatoid arthritis, personality, temperament, optimism, sense of coherence

wieloczynnikową etiopatogenezę tych schorzeń wyniki te wymagają weryfikacji w dalszych badaniach.

Słowa kluczowe: choroba Gravesa-Basedowa, reumatoidalne zapalenie stawów, osobowość, temperament, optymizm, poczucie koherencji

Wstęp

Uważa się, że prawdopodobieństwo pojawienia się choroby jest warunkowane m.in. przez rodzaj i liczbę określonych czynników psychologicznych (Dolińska-Zygmunt 2001). Powszechnie znane są wzory zachowania A i C predysponujące do wystąpienia chorób układu krążenia i choroby nowotworowej oraz opisywany od niedawna wzór zachowania D, zwany także typem osobowości stresowej (Ogińska-Bulik i Juczyński 2004). Wyniki badań psychoneuroimmunologicznych wskazują na istnienie związków między cechami osobowości a pojawieniem się danego schorzenia (Mausch 2000). Zgodnie z podstawowym założeniem psychoneuroimmunologii, stres warunkuje wystąpienie wielu chorób, także tych, które są modulowane immunologicznie (Ader 1990). Coraz lepiej poznawana jest neurobiologia tego zjawiska (Landowski 2007). Liczne dane kliniczne potwierdzają, iż stres (por. Mausch 2000, 2003), a także doświadczanie emocji negatywnych (Maier i wsp. 1997) stanowią ważne ogniwo między uwarunkowaniami biologicznymi i psychospołecznymi a funkcjonowaniem układu immunologicznego.

W niniejszej pracy podjęto próbę określenia cech psychologicznych charakterystycznych dla chorych na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) oraz pacjentów z chorobą Gravesa-Basedowa. Badania dotyczące temperamentu i osobowości wskazują, iż zmienne te stanowią jeden z bardziej istotnych czynników współwyznaczających stan zdrowia jednostki (Brzozowski i Drwał 1995; Dolińska-Zygmunt 2001; Zawadzki i Strelau 1997), a optymizm i poczucie koherencji jako metazasoby – czyli stałe, dyspozycyjne cechy wpływające na selektywność

oceny procesów poznawczych i radzenia sobie – wzmacniają odporność na stres, wpływając tym samym na zdrowie człowieka (Koniarek i wsp. 1993; Poprawa 2001). Można przypuszczać, że cechy temperamentu, neurotyzm, wymiar introwersji/ekstrawersji, dyspozycyjny optymizm czy poczucie koherencji poprzez moderowanie zjawiska stresu oraz wpływ na doświadczanie emocji będą stanowić jeden z czynników inicjujących procesy autoimmunologiczne oraz modyfikujących przebieg choroby.

Materiał i metody

Osoby badane

Badaniami objęto grupę 90 osób (tab. 1.). Grupa RZS liczyła 30 osób (średnia wieku 46 lat) z rozpoznaniem, wg kryteriów ARA, reumatoidalnym zapaleniem stawów, hospitalizowanych z powodu zaostrzenia objawów w Klinice Reumatologii Akademii Medycznej we Wrocławiu. Pacjenci znajdowali się we wstępnym okresie choroby i byli objęci podobnym leczeniem specjalistycznym w zakresie farmakoterapii i kinetyterapii. Grupa Gravesa-Basedowa liczyła 30 osób (średnia wieku 45 lat) z rozpoznaną chorobą Gravesa-Basedowa, diagnozowanych w Klinice Endokrynologicznej Akademii Medycznej we Wrocławiu. Wszyscy pacjenci zostali zakwalifikowani do leczenia jodem radioaktywnym i znajdowali się w początkowym okresie terapii.

Do badań nie kwalifikowano pacjentów, u których stwierdzano tzw. zespół nakładania (ang. *overlap syndrome*), a także jeżeli współwystępowały u nich inne schorzenia o charakterze przewlekłym bądź rodzinne obciążenie tymi chorobami.

Grupa Z (grupa kontrolna) liczyła 30 osób zdrowych (średnia wieku 49 lat), których rodzi-

Tabela 1. Charakterystyka badanych grup

Grupa	N	Płeć		Wiek min.–maks.	Średnia wiek
		K	M		
kontrolna – osoby zdrowe (Z)	30	15	15	20–69	49
pacjenci z chorobą Gravesa-Basedowa (G-B)	30	18	12	20–57	45
pacjenci z reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS)	30	16	14	16–59	46

ce bądź rodzeństwo mieli rozpoznaną chorobę autoimmunologiczną i którzy spełniali takie kryteria wykluczenia jak badani pacjenci.

Procedura badania spełniała standardy *American Psychological Association* i była zgodna z wytycznymi *Kodeksu etycznego-zawodowego psychologa*. Badania zostały przeprowadzone przez psychologa, a udział w nich był dobrowolny i anonimowy. Osoby badane zostały poinformowane, że uczestniczą w badaniach z zakresu psychologii zdrowia, mogą otrzymać na życzenie istotne dla nich informacje zwrotne, jak również zrezygnować z badania na dowolnym etapie.

Zastosowane narzędzia badawcze

Posłużono się następującymi narzędziami psychologicznymi:

1. *Test orientacji życiowej*: LOT-R (M.F. Scheier, C.S. Carver i M.W. Bridges, w polskiej adaptacji R. Poprawy i Z. Juczyńskiego) (Juczyński 2001).

Założeniem teoretycznym leżącym u podstawy LOT-R jest pojęcie dyspozycyjnego optymizmu rozumianego jako uogólnione oczekiwania pozytywnych wydarzeń. Tak zdefiniowany optymizm stanowi jeden z wymiarów osobowości (Juczyński 2001). Test służy do pomiaru dyspozycyjnego optymizmu u osób dorosłych obojga płci. Uzyskane wyniki można porównać z odpowiednim wynikiem średnim, a także przeliczyć je na skalę stenową (dziesięciopunktowa skala normalizacyjna). Osoby, które charakteryzują się niskimi wynikami (steny 1–4), wykazują skłonność do pesymizmu, natomiast te, które otrzymały wyniki wysokie (steny 7–10) – do optymizmu.

2. SOC-29 (A. Antonovsky) (Koniarek i wsp. 1993).

Podstawą teoretyczną jest pojęcie poczucia koherencji, definiowane jako *emocjonalno-poznawczy sposób patrzenia na świat, pozwalający na dostrzeganie i odbieranie otaczających człowieka zjawisk jako zrozumiałych, poddających się kontroli i sensownych* (Antonovsky 1984, cyt za: Koniarek i wsp. *Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire* (SOC) A. Antonovsky'go, 1993, s. 492). Poczucie koherencji jest opisane przez trzy wymiary: zrozumiałość, sterowalność i sensowność. Jest ono uważane za cechę względnie trwałą, która kształtuje się od okresu dzieciństwa do wieku wczesnej dojrzałości, kiedy to osoba osiąga charakterystyczny dla siebie poziom poczucia koherencji (Koniarek i wsp. 1993).

Kwestionariusz składa się z trzech części dotyczących poczucia zrozumiałości, sterowalno-

ści i sensowności. Odpowiedzi wyrażone są cyframi od 1 do 7, przy czym 1 i 7 to odpowiedzi skrajne. Następnie sumuje się punkty uzyskane w kolejnych itemach (niektóre pytania punktowane są odwrotnie). Im więcej punktów uzyska osoba badana, tym większe ma poczucie zrozumiałości, sterowalności oraz sensowności i tym silniej jest u niej wyrażone poczucie koherencji.

3. *Formalna charakterystyka zachowania – kwestionariusz temperamentu – FCZ-KT* (B. Zawadzki i J. Strelau) (Zawadzki i Strelau 1997).

Podstawę teoretyczną kwestionariusza stanowi regulacyjna teoria temperamentu (RTT) Jana Strelaua, która definiuje temperament jako *podstawowe, względnie stałe czasowo cechy osobowości, które manifestują się w formalnej charakterystyce zachowania (parametrach energetycznych i czasowych). Cechy te występują we wczesnym dzieciństwie i są wspólne dla człowieka i zwierząt. Będąc pierwotnie zdeterminowany przez wrodzone mechanizmy fizjologiczne, temperament podlega zmianom zachodzącym pod wpływem dojrzewania (i starzenia się) oraz niektórych czynników środowiskowych* (Strelau 1989, cyt. za: Zawadzki B, Strelau J. *Formalna charakterystyka zachowania – kwestionariusz temperamentu. Podręcznik*, Warszawa 1997, s.43)

Kwestionariusz jest przeznaczony do badania osób w wieku 15–80 lat obojga płci (Zawadzki i Strelau 1997). Służy do pomiaru energetycznych (wrażliwość sensoryczna, wytrzymałość, reaktywność emocjonalna oraz aktywność) i czasowych (żwawość, perseweratywność) cech temperamentu. Wyniki surowe przelicza się na skalę staninową (dziesięciopunktowa skala normalizacyjna). Wyniki równe 7–9 staninom w zakresie wrażliwości sensorycznej świadczą nie tylko o znacznej wrażliwości sensorycznej, ale również emocjonalnej. Wysokie wartości w skali wytrzymałości wskazują na dużą odporność (zarówno fizyczną, jak i emocjonalną) na sytuacje trudne, natomiast w zakresie reaktywności emocjonalnej na szczególną łatwość silnego emocjonalnego reagowania nawet na najdrobniejsze wydarzenia. Wysoki stopień aktywności stanowi wykładnik działalności zawodowej i społecznej, ale może wskazywać na skłonność do podejmowania działań impulsywnych. Wyniki równe 7–9 staninom uzyskane w skali żwawości opisują tendencję do szybkiego reagowania, utrzymywania dużego tempa wykonywanych czynności oraz łatwej zmiany zachowania w odpowiedzi na zmianę warunków zewnętrznych. Wysokie wyniki w zakresie perseweratywności wskazują na skłonność do drobiazgowej analizy

zdarzeń i długotrwałego emocjonalnego przeżywania minionych faktów życiowych.

4. *Kwestionariusz osobowości Eysencka – EPQ-R* (S.B.G. Eysenck, H.J. Eysenck, P. Barrett, w polskiej adaptacji P. Brzozowskiego i R.Ł. Drwala).

Podstawą teoretyczną EPQ-R jest teoria osobowości Eysencka definiująca osobowość jako *względnie trwałą organizację charakteru, temperamentu, intelektu i właściwości fizycznych, które determinują specyficzne sposoby przystosowania się do otoczenia* (Eysenck 1980, cyt za: Brzozowski P, Drwal R.Ł. *Kwestionariusz osobowości Eysencka – podręcznik*, Warszawa 1995, s. 34). Organizacja ta jest fenotypowym przejawem współdziałania genotypu z czynnikami środowiskowymi. Zatem właściwości anatomiczne i fizjologiczne układu nerwowego wraz z wpływami otoczenia determinują pojawienie się podstawowych cech osobowości: ekstrawersji-introwersji, neurotyzmu i psychotyzy (Brzozowski i Drwal 1995).

Stosowana w pracy wersja kwestionariusza jest przeznaczona do badania osób dorosłych i młodzieży od 16. roku życia. Test mierzy poziom ekstrawersji-introwersji (skala ekstrawersji), poziom neurotyzmu (skala neurotyzmu), poziom psychotyzy (skala psychotyzy). W skali ekstrawersji steny 1–4 otrzymują introwertycy, 5–6 ambiwertycy, a 7–10 ekstrawertycy. W skali neurotyzmu steny 1–4 otrzymują osoby zrównoważone emocjonalnie, 5–6 umiarkowanie zrównoważone emocjonal-

nie, 7–10 neurotycy. Wyniki skali psychotyzy nie będą brane pod uwagę ze względu na kontrowersje nozologiczne dotyczące pojęcia *psychotyzy* w ujęciu Eysencka (definicja Eysencka nie odpowiada współczesnemu określeniu psychotyzy), a także z powodu niedostatków psychometrycznych tej skali (niska rzetelność, mała rozpiętość i skośny układ wyników).

Analiza statystyczna

Do analizy statystycznej użyto programu komputerowego Statistica 6.0. Zastosowano statystykę opisową oraz statystykę testową testów nieparametrycznych (Test U Manna-Whitneya)

Wyniki

U osób zdrowych istotnie statystycznie wyższy okazał się poziom aktywności ($p=0,045$) w porównaniu z pacjentami z RZS (tab. 2.). Podobnie istotne statystycznie różnice (tab. 2.) odnotowano między osobami zdrowymi a pacjentami z chorobą Gravesa-Basedowa w zakresie: zrozumiałości ($p=0,004$), sterowalności ($p=0,045$) (wyższe u osób zdrowych) oraz perseweratywności ($p=0,009$) (niższe u osób zdrowych).

Odnotowano statystycznie istotne niższe wyniki u chorych na RZS oraz chorobę Gravesa-Basedowa w porównaniu z osobami zdrowymi (por. tab. 2.) w zakresie takich zmiennych, jak:

Tabela 2. Statystyka opisowa: średnia (X), odchylenie standardowe (SD), mediana (Me) i wartości graniczne: minimalna (min.) i maksymalna (maks.) dla badanych zmiennych

	Grupa kontrolna					Chorzy na RZS					Pacjenci z chorobą Gravesa-Basedowa				
	X	SD	Me	maks.	min.	X	SD	Me	maks.	min.	X	SD	Me	maks.	min.
OPT	7,43	1,25	7,5	10	5	6,06	2,21	6	9	1	5,56	2,02	5	10	1
NEU	3,93	1,61	4	9	1	5,40	1,75	5	10	3	5,4	1,84	6	10	2
I/E	5,93	2,42	5	10	2	5,33	2,02	5	9	1	5,13	1,97	5	10	1
SEN	47,03	5,83	48,5	56	33	39,46	9,41	39	56	24	41,76	8,16	43	56	22
STE	50,33	7,59	51,5	33	65	45,43	9,72	46	63	22	44,73	9,12	44	62	23
ZRO	50,00	50	9,12	26	69	44,96	12,11	46,5	68	19	44,13	46	7,24	60	22
WSE	4,76	2,07	5	1	9	5,53	1,96	5,5	9	2	5,20	2,07	5,5	8	1
WYT	6,60	1,58	7	9	3	4,23	2,19	4,5	9	1	3,86	1,54	4	7	1
REE	3,43	1,63	3	7	1	5,13	2,16	5	9	1	5,63	1,80	5,5	9	1
AKT	5,80	2,00	6	9	1	4,76	2,04	5	9	1	4,83	1,89	5	9	1
ZWA	5,63	1,65	5,5	9	3	4,53	2,40	4	9	1	4,33	1,91	4	9	1
PER	4,90	1,70	5	2	8	5,36	1,79	6	8	1	6,1	1,72	6	9	2

OPT – optymizm, NEU – neurotyzm, I/E – introwersja/ekstrawersja, SEN – sensowność, STE – sterowalność, ZRO – zrozumiałość, WSE – wrażliwość sensoryczna, WYT – wytrzymałość, REE – reaktywność emocjonalna, AKT – aktywność, ZWA – żwawość, PER – perseweratywność

- optymizm (ryc. 1.) – Z/RZS ($p=0,012$), Z/G-B ($p=0,000$),
- sensowność (ryc. 2.) – Z/RZS ($p=0,001$), Z/G-B ($p=0,008$),
- żwawość (ryc. 3.) – Z/RZS ($p=0,022$), Z/G-B ($p=0,003$),
- wytrzymałość (ryc. 4.) – Z/RZS ($p=0,000$), Z/G-B ($p=0,000$).

Natomiast statystycznie istotnie wyższe w grupach osób chorych w porównaniu z grupą kontrolną były poziomy:

- reaktywność emocjonalnej (ryc. 5.) – Z/RZS ($p=0,001$), Z/G-B ($p=0,000$),
- neurotyzmu (ryc. 6.) – Z/RZS ($p=0,001$), Z/G-B ($p=0,000$).

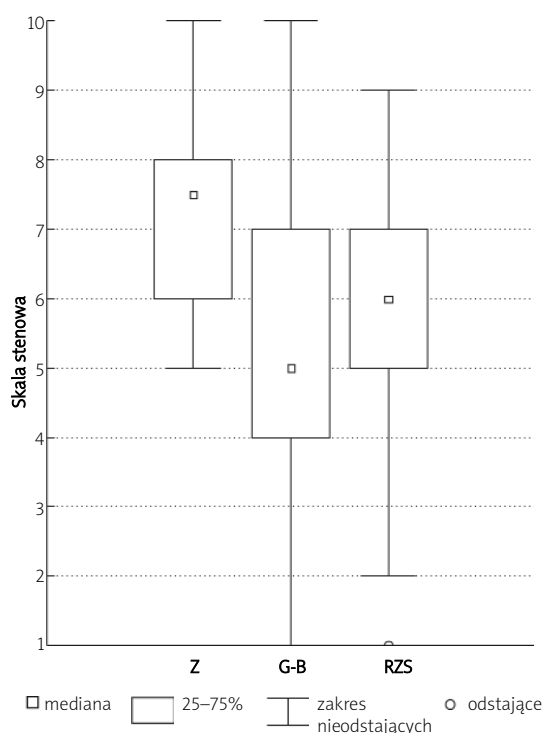
Nie stwierdzono istotnych różnic w zakresie badanych cech pomiędzy obiema grupami chorych.

Omówienie

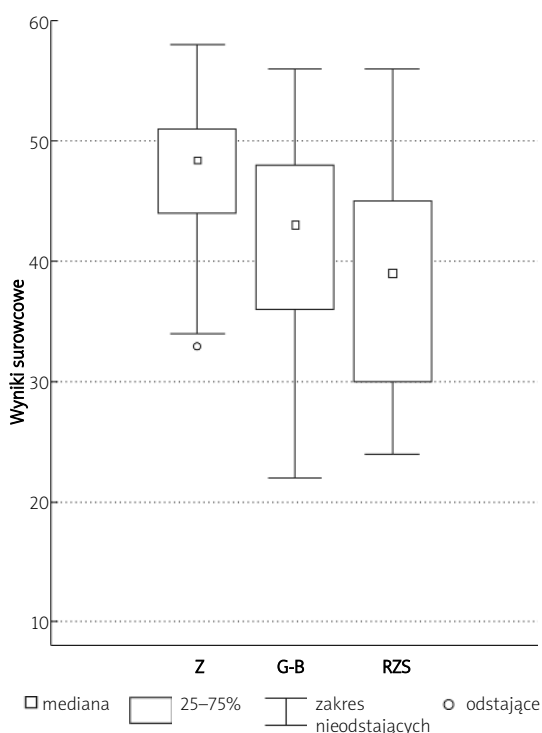
Uzyskane wyniki wskazują, iż osoby z RZS i chorobą Gravesa-Basedowa – w porównaniu z osobami zdrowymi – charakteryzuje układ cech predysponujący do gorszego funkcjonowania w życiu codziennym.

Uzyskanie niższych wartości w zakresie optymizmu oraz sensowności u osób chorych w porównaniu ze zdrowymi (por. ryc. 1., ryc. 2.)

sugeruje, iż osoby zdrowe mogą lepiej radzić sobie w sytuacjach trudnych. Optymizm może być rozumiany dwojako – po pierwsze, jako styl wyjaśniania życiowych wydarzeń, który cechuje traktowanie porażek jako chwilowych, wpływających jedynie w niewielkim stopniu na życie i niezawinionych przez podmiot (Seligmann 1993), po drugie, jako uogólnione oczekiwania, że w przyszłości będą pojawiać się raczej wydarzenia o charakterze pozytywnym, a nie negatywnym (Scheier i Carver 1992, za: Poprawa 2001). Zawsze jednak traktowany jest jako zasób pomagający radzić sobie ze stresem (Poprawa 2001). Badania Scheiera i wsp. (Pervin 2002) wykazały, że optymiści stosują strategie radzenia sobie ukierunkowane na problem. Jeżeli natomiast nie mają wpływu na jego rozwiązanie, starają się zaakceptować zaistniałą sytuację i znaleźć jej pozytywne aspekty. Udowodniono również, że łatwiej niż pesymiści przystosowują się do zmian życiowych. Badania przeprowadzone w grupie mężczyzn wykazały, że optymiści szybciej zdrowieli po operacji wszczepienia bypassów. Optymizm wpływa bowiem bezpośrednio na reakcje fizjologiczne, na przykład wiąże się z mniejszą reaktywnością sercowo-naczyniową na stres (Rodin i Salovey 1997). Wyniki badań psychoneuroimmunologicznych (Mausch 2003) wykazały również do-



Ryc. 1. Ocena rozkładu optymizmu: Z/RZS ($p=0,012$), Z/G-B ($p=0,000$)

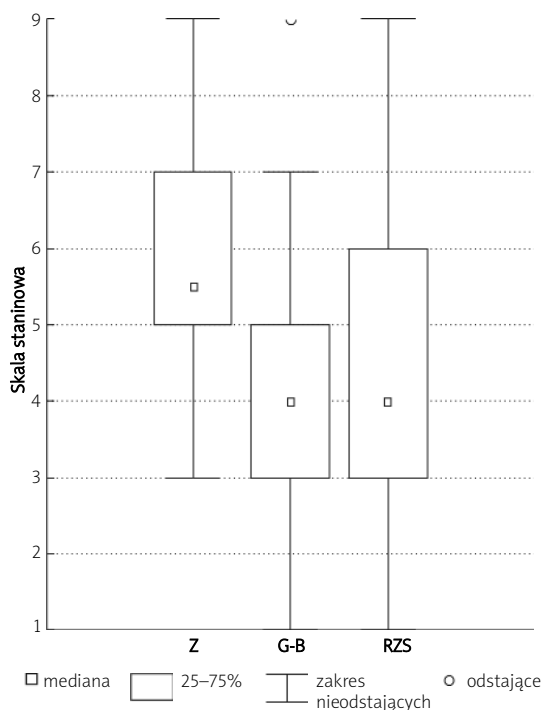


Ryc. 2. Ocena rozkładu sensowności: Z/RZS ($p=0,001$), Z/G-B ($p=0,008$)

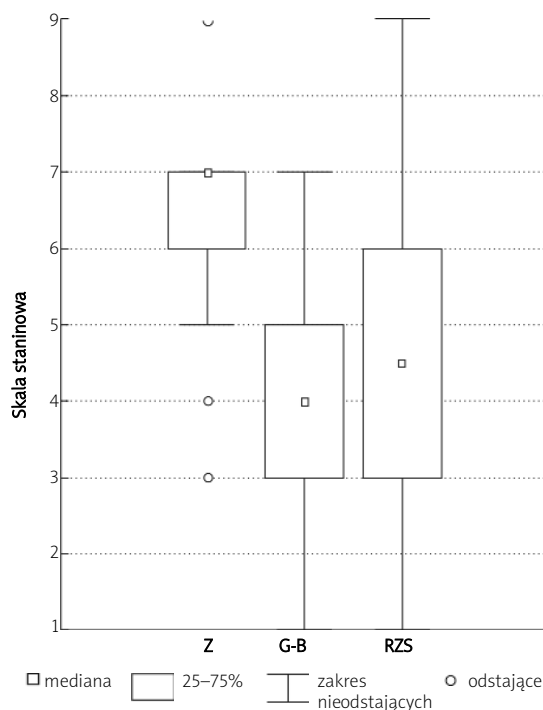
datnią korelację pomiędzy przeżywaniem emocji pozytywnych a odpornością. Wyższe poczucie koherencji u osób zdrowych wskazuje na przekonanie o możliwości kontrolowania zagrażających bodźców. Należy przy tym podkreślić, że istotne różnice w zakresie zrozumiałości i sterowalności wykazano jedynie między osobami zdrowymi a osobami z chorobą Gravesa-Base-dowa. Prawdopodobnie ze względu na to, iż RZS jest chorobą przewlekłą, badani pacjenci zaczęli przystosowywać się do zmian, jakie zaszły w ich życiu, i odzyskiwali zdolność do porządkowania bodźców i czynienia zdarzeń przewidywalnymi, a także odnajdywali w sobie nowe zasoby pozwalające im aktywnie wpływać na sytuację. Im silniejsze poczucie koherencji tworzone przez trzy elementy: zrozumiałość, sterowalność i sensowność, tym większe prawdopodobieństwo zdrowia (Sęk i Ścigała 1996). Jest to związane z jednej strony z większą gotowością do podejmowania zachowań prozdrowotnych, a z drugiej z charakterystycznym podejściem do sytuacji stresu. Osoby z wysokim poczuciem koherencji rzadziej uznają odbierane bodźce za stresor i tym samym rzadziej będzie dochodzić u nich do pojawienia się napięcia (Gruszczyńska i Worsztynowicz 1999). Poza tym wybierają one sposób radzenia sobie ze stresem adekwatny do sytuacji (Antonovsky 1995). Wykazują też większą gotowość do poszukiwania i wykorzystywania dostępnych im zasobów po to, by radzić sobie z zaistniałym problemem. Towarzyszy im pewność, że albo będą potrafili poradzić sobie z samym stresorem, albo z własną reakcją na stresor (Sheridan i Radmacher 1998). Pasikowski (2000) na podstawie badań własnych wykazał, że z umiejętnością korzystania z zasobów najsilniej koreluje poczucie sensowności. Okazało się również, że im wyższe poczucie koherencji, tym większe prawdopodobieństwo, że bodźce stresowe będą postrzegane raczej jako wyzwanie niż jako zagrożenie czy strata. Adamiak i Juczyński (2002) podkreślają, że opiekunowie osób z chorobą Alzheimera narażeni na przewlekły stres rzadziej doświadczają objawów nadmiernego przeciążenia (takich jak na przykład uczucie wypalenia), jeżeli wykazują wysoki poziom poczucia koherencji. Ponadto wysoki wynik ogólny poczucia koherencji oraz wysokie wyniki dotyczące poszczególnych jego składowych pozostają w zależności odwrotnie proporcjonalnej do – mało korzystnych dla jednostki z psychologicznego punktu widzenia – strategii unikowych uwarunkowanych na emocjach. Oznacza to, iż osoby z silnym poczuciem koherencji wybierają lepsze

metody, by poradzić sobie z sytuacją trudną. Wrześniewski i wsp. (2001) wykazali w swoich badaniach, że im silniejsze poczucie zrozumiałości, sterowalności oraz sensowności, tym mniejsza tendencja do przeżywania negatywnych emocji. Udowodniono również, że już samo uznanie możliwości kontroli czynników stresujących, które deklarują osoby z wysokim poczuciem koherencji, koreluje ujemnie z negatywnymi zmianami na poziomie reakcji fizjologicznych (Pruessner i wsp. 1997, Taylor 1995).

Odporność na stres zależy m.in. od typu emocjonalności człowieka rozumianej jako cecha temperamentu (Lazarus i Folkman 1984, za: Lazarus 1999). Niektórzy badacze podkreślają (Terelak 2001), że odporność ta jest uwarunkowana typem układu nerwowego, którego cechy funkcjonalne przejawiają się określonym temperamentem. Może on więc brać udział w inicjacji lub progresji procesu chorobowego, moderując wpływ stresu na organizm (Strelau 1996). Temperament wpływa na ocenę pierwotną oraz wybór stylu radzenia sobie ze stresem. Osoby o niskiej reaktywności rzadziej spostrzegają docierające do nich bodźce w kategoriach stresorów (Terelak 1997). Cechy temperamentu – zwłaszcza reaktywność emocjonalna oraz wytrzymałość – warunkują też wystąpienie określonych psychofizjologicznych kosztów stresu. Udowodniono (Strelau 1996), że jeśli osoby wysokiej reaktywności i niskiej wytrzymałości znajdą się w sytuacji stresu, będą w większym stopniu narażone na zachorowanie. Wysoką reaktywność emocjonalną wiąże się również z tendencją do częstszego reagowania emocjami negatywnymi. Wyższe wyniki uzyskane w zakresie reaktywności emocjonalnej u osób chorych w porównaniu z osobami zdrowymi (por. ryc. 5.) wskazują, iż pacjenci charakteryzujący się dużą pobudliwością i małą odpornością emocjonalną łatwiej będą reagovali na bodźce silnymi emocjami. Będzie to z kolei wiązać się ze słabszym radzeniem sobie z sytuacjami trudnymi oraz częstszą i intensywniejszą aktywnością fizjologicznych reakcji stresowych. Obniżenie poziomu żwawości oraz wytrzymałości (por. ryc. 3. i 4.) odnotowane w grupie chorych może być spowodowane zmianą trybu życia. Należy jednak pamiętać, że jeżeli wyniki miałyby w tym przypadku odzwierciedlać przystosowanie się do choroby, to istotna różnica powinna pojawić się tylko między osobami zdrowymi a osobami z RZS (tak jak okazało się to w przypadku aktywności) ze względu na to, iż w przypadku choroby Gravesa-Base-dowa istnieje możliwość skutecz-



Ryc. 3. Ocena rozkładu żwawości: Z/RZS ($p=0,022$), Z/G-B ($p=0,003$)

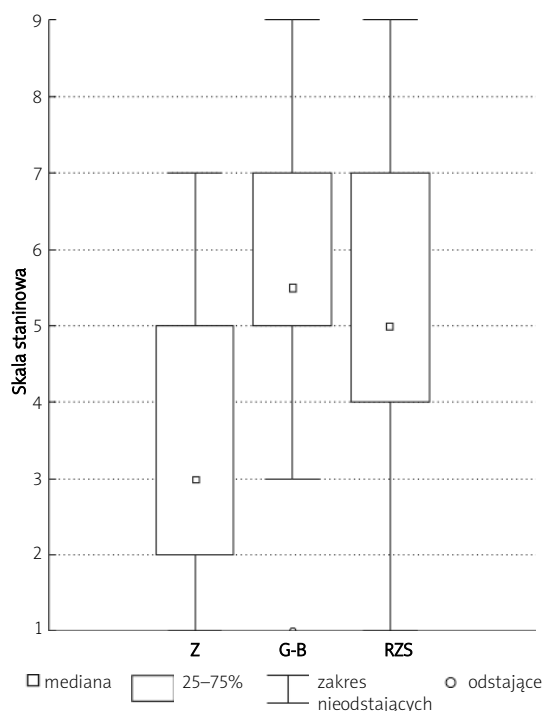


Ryc. 4. Ocena rozkładu wytrzymałości: Z/RZS ($p=0,000$), Z/G-B ($p=0,000$)

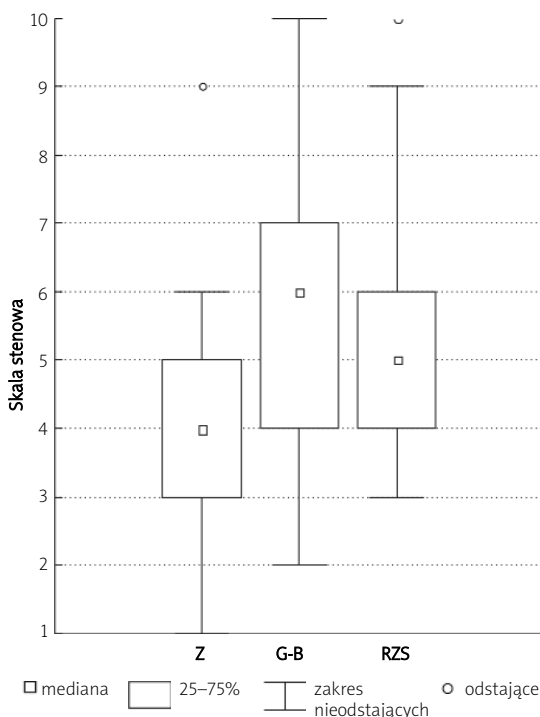
nej medycznej interwencji terapeutycznej, a więc nie wymaga ona uruchomienia długoterminowych środków przystosowawczych. Niskie wyniki w skali wytrzymałości wskazują na brak zdolności do adekwatnego reagowania na silne i długotrwałe bodźce stresujące. Interesujący wydaje się być fakt uzyskania wyższych wyników w zakresie perseweratywności tylko u osób z chorobą Gravesa-Basedowa (por. tab. 2.). Przyjmuje się, że osoby z wysokimi wynikami w tej skali wykazują dużą wrażliwość emocjonalną oraz większą skłonność do reagowania lękiem i napięciem emocjonalnym w sytuacjach stresowych (Zawadzki i Strelau 1997). Można zadać pytanie, czy takie reakcje nie są związane z nadmiernym wydzielaniem tyroksyny i jej wpływem na układ nerwowy przejawiającym się m.in. wzmożoną labilnością emocjonalną (Burch 1996). Uzyskane wyniki potwierdziły rezultat niepublikowanych badań przeprowadzonych przez Naumanna i Słoń (za: Zawadzki i Strelau 1997), których przedmiotem była charakterystyka temperamentu osób z chorobą Gravesa-Basedowa w zakresie reaktywności emocjonalnej, wytrzymałości oraz perseweratywności. Natomiast nie potwierdziły tego rezultatu w zakresie żwawości.

Źródłem zmniejszonej odporności na stres może być również osobowość neurotyczna (por. Terelak 2001). Neurotyzm predysponuje człowieka do silniejszego odczuwania stresu, co jest przede

wszystkim spowodowane postrzeganiem bodźców jako bardziej zagrażających (Doyle i Slaven 2004). Badania Terelaka (1997) dowodzą, że osoby poszukujące wsparcia (zwłaszcza informacyjnego i oceniającego), co wiąże się z pre-



Ryc. 5. Ocena rozkładu reaktywności emocjonalnej: Z/RZS ($p=0,001$), Z/G-B ($p=0,000$)



Ryc. 6. Ocena rozkładu neurotyzmu: Z/RZS ($p=0,001$), Z/G-B ($p=0,000$)

ferowaniem racjonalnego podejścia do problemu) w skali neurotyzmu osiągają niskie wyniki. Dane dotyczące neurotyczności zebrane przez Klonowicz i Cieślak (2004) oraz Terelaka (1997) wskazują, iż osoby o wyższym natężeniu tej cechy bez względu na rodzaj zaistniałej sytuacji częściej stosują radzenie sobie skierowane na emocje, a nie na problem, a ponadto prezentują styl unikowy. Sanocki (1981, za: Brzozowski i Drwał 1995) podkreśla, że ze względu na szczególną wrażliwość autonomicznego układu nerwowego powstające u neurotyków emocje są silne i długotrwałe. Są oni także skłonni do stanów lękowych (Chojnowski 1972, za: Brzozowski i Drwał 1995). Tak więc zarówno neurotyzm, jak i introwersja poprzez wpływ na przeżywanie stresu i skłonność do zalegania emocji predysponowałyby do pogorszenia stanu zdrowia. W literaturze przedmiotu (Solomon 1990; Taylor 1995) opisuje się pacjentów z chorobami autoimmunologicznymi jako introwertów, co nie znalazło jednak potwierdzenia w przedstawionych w niniejszej pracy badaniach (por. tab. 2.). Wyższe wyniki wykazane w badaniach własnych w zakresie neurotyzmu u osób z chorobą Gravesa-Basedowa oraz RZS w porównaniu z osobami zdrowymi (por. ryc. 6.) wskazują na mniejszą odporność chorych na działanie stresu.

Analizując otrzymane wyniki, należy uwzględnić również fakt, że współwystępowanie czynników psychologicznych i fizjologicznych stanowi złożony układ sprzężeń zwrotnych. Opisane zmienne mają wpływ na zdrowie poprzez moderowanie zjawiska stresu i reakcji emocjonalnych, a z kolei dla czynników psychologicznych podstawę biologiczną stanowi układ nerwowy. Nie tylko teoria formalnej charakterystyki temperamentu nawiązuje do właściwości ośrodkowego układu nerwowego wg Pawłowa (1952, za: Strelau 1992), ale także niektóre dane literaturowe (Terelak 2001) wskazują m.in. na negatywne korelacje siły procesu pobudzania i ruchliwości procesów nerwowych z lękiem i neurotyzmem. Mac Lean (za: Herzyk 2000) już w latach 40. XX wieku głosił tezę, iż nadmierny lęk – charakterystyczny dla neurotyków – może być konsekwencją zakłóceń komunikacji między podkorowymi obszarami podwzgórza a obszarami kory. Ponadto ujawniono liczne korelacje między opisywanymi przez autorów zmiennymi psychologicznymi – na przykład ekstrawersja korelowała bardzo wysoko dodatnio z aktywnością, a neurotyczność bardzo wysoko dodatnio z reaktywnością emocjonalną i perseweratywnością oraz ujemnie z wytrzymałością (Brzozowski i Drwał 1995), a wysoka reaktywność korelowała dodatnio z podatnością na stany lękowe (Kagan 1998). Powyższe obserwacje wskazują na złożoność wpływu czynników psychologicznych na inicjację i progresję procesu chorobowego. Być może badane zmienne mają wpływ na wystąpienie i przebieg choroby Gravesa-Basedowa oraz RZS, ale też zmiany, z jakimi związane jest zachorowanie na któreś z tych schorzeń, prawdopodobnie wpływają również na zmienne psychologiczne. Należy uwzględnić nie tylko wpływ samych reakcji patofizjologicznych charakterystycznych dla badanej grupy chorób, ale także zmiany dotychczasowego trybu życia.

Wnioski

Uzyskane wyniki wskazują, iż osoby z RZS i chorobą Gravesa-Basedowa w porównaniu z osobami zdrowymi częściej będą oceniać wydarzenia życiowe jako zagrażające ich dobrostanowi. Oznacza to, że częściej znajdują się w sytuacji stresu, a także zdecydowanie gorzej będą sobie z nią radzić. Ponieważ dane literaturowe (por. Landowski 2007) wskazują na istnienie korelacji między stresem a układem immunologicznym, można przyjąć, iż uzyskane wyniki potwierdzają hipotezę o istnieniu psy-

chologicznych zmiennych mających istotne znaczenie patofizjologiczne w odniesieniu do chorób autoimmunologicznych. Jednakże ze względu na wieloczynnikową etiopatogenezę reakcji autoimmunologicznych otrzymane wyniki wymagają weryfikacji w dalszych badaniach.

Piśmiennictwo

- Adamiak G, Juczyński Z. Zmaganie ze stresem u opiekunów chorych z chorobą Alzheimera. *Postępy Psychiatr i Neurol* 2002; 1: 71-80.
- Ader R. *Psychoneuroimmunologia*. Nowiny Psychologiczne 1999; 1-2: 141-150.
- Antonovsky A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Fundacja IPN, Warszawa 1995.
- Brzozowski P, Drwal R. Kwestionariusz osobowości Eysencka – podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 1995.
- Burch MW. *Endokrynologia*. Urban&Partner, Wrocław 1996.
- Dolińska-Zygmunt G. Psychologiczne uwarunkowania podatności na choroby. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Dolińska-Zygmunt G (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001; 169-190.
- Doyle Ch, Slaven G. Związek między negatywną afektywnością a niekorzystnymi reakcjami na stresory. W: *Osobowość a ekstremalny stres*. Strelau J (red.). GWP, Gdańsk 2004; 91-123.
- Giejbatow D. *Psychoneuroimmunologia*. Nowe podejście do starego zagadnienia. *Nowiny Psychol* 2000; 4: 6-23.
- Gruszczyńska E, Worsztynowicz A. Koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji Aarona Antonovsky'ego. *Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna* 1999; 17: 93-105.
- Herzyk A. Mózg, emocje, uczucia, analiza neuropsychologiczna. Wydawnictwo UMCS, Lublin 2000.
- Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.
- Kagan J. Różnice między emocjami, nastrojami i cechami temperamentalnymi. W: *Natura emocji*. Ekman P, Davidson RJ (red.). GWP, Gdańsk 1998; 109-123.
- Klonowicz T, Cieślak R. Neurotyczność i radzenie sobie ze stresem w sytuacji zagrożenia. W: *Osobowość a ekstremalny stres*. Strelau J (red.). GWP, Gdańsk 2004; 56-90.
- Koniarek J, Dudek B, Makowska Z. Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky'go. *Przegl Psychol* 1993; 4: 491-502.
- Landowski J. Neurobiologia reakcji stresowej. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia* 2007; 2: 26-36.
- Lazarus RS. *Stress and emotion*. Springer Publishing Company, New York 1999.
- Maier SF, Watkins LR, Fleshner M. *Psychoneuroimmunologia*. O współzależnościach pomiędzy zachowaniem, mózgiem i odpornością. *Nowiny Psychol* 1997; 1: 5-35.
- Mausch K. Psychologiczne właściwości człowieka a stan układu immunologicznego: rozprawa habilitacyjna. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie* 2000; 46 suppl. 59: 1-92.
- Mausch K. *Wprowadzenie do psychoneuroimmunologii*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2003.
- Ogińska-Bulik N, Juczyński Z. Osobowość stresowa (typ D) a ryzyko występowania chorób układu krążenia. W: *Rozwój, zdrowie, choroba. Aktualne problemy psychosomatyki*. Kosińska-Dec K, Szewczyk L (red.). BEL Studio, Warszawa 2004; 47-98.
- Pasikowski T. *Stres i zdrowie*. Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2000.
- Pervin LA. *Psychologia osobowości*. GWP, Gdańsk 2002.
- Poprawa R. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: *Podstawy psychologii zdrowia*. Dolińska-Zygmunt G (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001; 103-242.
- Pruessner JC, Gaab J, Hellhammer DH, Lintz D, Schommer N, Kirschbaum C. Increasing correlations between personality traits and cortisol stress responses obtained by data aggregation. *Psychoneuroendocrinology* 1997; 8: 615-625.
- Rodin J, Salovey P. *Psychologia zdrowia*. W: *Psychologia zdrowia*. Heszen-Niejodek I, Sęk H (red.). PWN, Warszawa 1997; 85-105.
- Seligmann ME. *Optymizmu można się nauczyć*. Media Rodzina, Poznań 1993.
- Sęk H, Ścigata I. Stres i radzenie sobie w modelu salutogenetycznym. W: *Człowiek w sytuacji stresu*. Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996; 45-79.
- Sheridan ChL, Radmacher SA. *Psychologia zdrowia*. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 1998.
- Salomon G. Emocje, odporność i choroba. *Perspektywa historyczna i filozoficzna*. *Nowiny Psychol* 1990; 1-2: 117-126.
- Strelau J. Temperament i inteligencja. W: *Psychologia*. Tomaszewski T (red.). PWN, Warszawa 1992; 45-67.
- Strelau J. Temperament a stres: temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem. W: *Człowiek w sytuacji stresu*. Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996; 23-56.
- Taylor SE. *Health Psychology*. Mc Graw-Hill, Singapore 1995.
- Terelak JF. *Studia z psychologii stresu: radzenie sobie ze stresem – uwarunkowania i strategie*. Wydawnictwo ATK, Warszawa 1997.
- Terelak JF. *Psychologia stresu*. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2001.
- Wrześniewski K, Łuszczzyńska-Cieślak A, Włodarczyk D. Poczucie koherencji a zmiany emocjonalne u chorych poddanych rehabilitacji po zawale serca. W: *Zdrowie – Stres – Zasoby*. Sęk H, Pasikowski T (red.). Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001; 67-102.
- Zawadzki B, Strelau J. Formalna charakterystyka zachowania – Kwestionariusz temperamentu – podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 1997.