

Poznawcza ocena choroby a wzrost po traumie u osób zmagających się ze stwardnieniem rozsianym

Nina Ogińska-Bulik*

Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

Paulina Michalska

Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

COGNITIVE APPRAISAL OF DISEASE AND POSTTRAUMATIC GROWTH AMONG PEOPLE STRUGGLING WITH MULTIPLE SCLEROSIS

Introduction: apart from a number of negative consequences, experiencing a somatic chronic disease can also be a source of some benefits, disclosed in the form of growth following trauma. The aim of this study was to determine the relationship between cognitive, subjective appraisal of chronic disease and posttraumatic growth. Method: 105 patients struggling with multiple sclerosis, aged 18-76 ($M=43.01$; $SD=13.84$) participated in this study. The majority of them were women (75.2%). The study was conducted in the Polish Multiple Sclerosis Society in the city of Łódź and Warsaw. The Disease-Related Appraisal Scale to measure subjective perception of patient disease and the Posttraumatic Growth Inventory for assessing positive effects of experienced traumatic events were used in the study. Results: the results indicated an average extent of posttraumatic growth among people struggling with multiple sclerosis. 22% of the respondents disclosed high level of positive changes following trauma. Five out of the seven categories of cognitive appraisal, turned out to be associated with growth after trauma. There was positive relation between cognitive appraisal in terms of value, profit, challenge and some negative association between obstacle/loss, harm and posttraumatic changes. The dimensions: value and harm are significant predictors of posttraumatic growth. Conclusions: The obtained results confirm the importance of cognitive appraisal of disease in occurring benefits from trauma.

Key words: posttraumatic growth, cognitive appraisal of disease, multiple sclerosis

WPROWADZENIE

STWARDNIENIE ROZSIANE JAKO CHOROBA PRZEWLEKŁA

Stwardnienie rozsiane (*sclerosis multiplex* – SM), to choroba przewlekła, nieprzewidywalna, znacznie upośledzająca funkcjonowanie człowieka. Ze względu na jej zagrażający życiu charakter spełnia kryteria klasyfikacyjne stresora traumatycznego. Podstawą tego schorzenia jest proces zapalno-demielinizacyjny prowadzący do rozpadu osłonek mielinowych otaczających włókna osiowe mózgu i rdzenia kręgowego (Jasińska, 2008). Najwięcej zachorowań ma miejsce zwykle między 20 a 40 rokiem życia, ale choroba może pojawić się w każdym wieku (Potemkowski, 2009). Współczynnik chorobowości jest nieco większy dla kobiet niż dla mężczyzn. Przyczyną tych różnic może być pewna nadwrażliwość komórkowa u kobiet wywołana działaniem hormonów, bądź przewaga kobiet w populacji ogólnej.

Przyczyny stwardnienia rozsianego nie są do końca znane. W etiopatogenezie choroby duże znaczenie przy-

pisywane jest wielu czynnikom m.in. uwarunkowaniom genetycznym i środowiskowym oraz zmianom immunologicznym (Cendrowski, 1993; Stasiołek, Mycko i Selmaj, 2005). Obraz kliniczny choroby jest różnicowany. Wyróżnić można cztery podstawowe postacie SM: rzutowo-remisyjną, pierwotnie postępującą, wtórnie-postępującą, postępująco-nawracającą/rzutowa (Weinshenker i in., 1991, za: Potemkowski, 2009). Stwardnienie rozsiane jest chorobą symptomatologicznie niejednorodną. Charakter objawów neurologicznych zależy jest bowiem od miejsca uszkodzenia OUN oraz od konkretnej fazy choroby.

NEGATYWNE I POZYTYWNE NASTĘPSTWA ZMAGANIA SIĘ Z CHOROBA PRZEWLEKŁĄ

Stwardnienie rozsiane jako choroba przewlekła jest złożonym stresorem, wiążącym się z szeregiem – głównie negatywnych – następstw, które przejawiają się we wszystkich sferach funkcjonowania człowieka. Modyfikacje wywołane przez czynniki chorobowe przyczyniają się do zmian w wyglądzie, ograniczeń w zakresie funkcjonowania intelektualnego, seksualnego, ale przede wszystkim do ograniczenia sprawności fizycznej, często wywołując długotrwałe

** Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Nina Ogińska-Bulik, Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, ul. Smugowa 10/12, nogińska@uni.lodz.pl

ból (Lew-Starowicz i in., 2011). Może także prowadzić do poważnych konsekwencji w sferze emocjonalnej, zawodowej, społecznej oraz rodzinnej. Choroba w większym stopniu niż inne sytuacje stresowe, zwiększa poziom obciążenia, tym samym inicjując transakcję stresową.

Jedną z konsekwencji, pozwalającą traktować chorobę jako wydarzenie o charakterze traumatycznym, jest występowanie objawów stresu pourazowego (*Posttraumatic Stress Disorder* – PTSD). Symptomy PTSD zaobserwowano m. in. u osób zmagających się z takimi chorobami przewlekłymi, jak np. HIV/AIDS (Radcliffe i in., 2007; Olley i in., 2005), nowotwory (Kieszkowska-Grudny, 2013), a także ze stwardnieniem rozsianym (Chalfant, Bryant i Fulcher, 2004; Counsell i in., 2013).

Proces zmagania się z przewlekłą chorobą somatyczną może jednak, oprócz negatywnych konsekwencji, wiązać się również z występowaniem pozytywnych zmian, składających się na wzrost potraumatyczny. Zjawisko to zostało już dość dobrze opisane w polskiej literaturze (Ogińska-Bulik, 2013, 2015). Na potraumatyczny wzrost składają się 3 kategorie zmian. Są to zmiany w percepcji siebie, w relacjach interpersonalnych i filozofii życiowej (Tedeschi i Calhoun, 1996, 2004, 2007).

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

POZNAWCZA OCENA CHOROBY A POZYTYWNE ZMIANY POTRAUMATYCZNE

Nieodłącznym elementem transakcji stresowej w obliczu choroby przewlekłej jest poznawcza ocena choroby. Człowiek poddany działaniu tego złożonego stresora, nadaje mu subiektywne znaczenie. Tworzy się wówczas pewien konstrukt poznawczy, który nieustannie oddziałuje na jednostkę, determinując jej późniejsze zachowanie w obliczu stresora. Tradycyjna koncepcja Lazarusa i Folkman (1984) wyróżnia trzy kategorie oceny stresu (w tym subiektywnego znaczenia nadawanego chorobie), tj. zagrożenie, wyzwanie i krzywda/strata. Inni autorzy proponują przyjęcie większej liczby kategorii na określenie percepcji choroby. Takie stanowisko przedstawiają Janowski i in. (2009) w swojej koncepcji doświadczania choroby. Jest ona oparta na założeniach transakcyjnej koncepcji stresu Lazarusa i Folkman oraz koncepcji ujmowania znaczenia choroby Lipowskiego (1970, za: Janowski, 2006). Autorzy wyróżnili siedem wymiarów

percepcji choroby: zagrożenie, korzyść, przeszkoda/strata, wyzwanie, krzywda, wartość, znaczenie (Janowski, 2006; Janowski i in., 2009). W sytuacji zagrożenia choroba widziana jest jako wydarzenie, które zakłóca aktualny bądź poprzedni stan równowagi i bezpieczeństwa. Choroba jako korzyść wiąże się z uzyskaniem zainteresowania od innych ludzi, a także różnych korzyści materialnych czy prestiżowych. Choroba jako przeszkoda/strata odnosi się do ograniczeń i utrudnień z jakimi chory spotyka się w codziennym życiu. Owe trudności związane są z pojawieniem się wielu negatywnych emocji, obejmujących m. in. smutek, przygnębienie oraz z utratą planów czy możliwości realizowania różnych celów życiowych. Z wyzwaniem mamy do czynienia wtedy, kiedy jednostka ma poczucie, iż może wpływać na własną chorobę. Percepcja choroby w postaci krzywdy powoduje, iż choroba postrzegana jest jako coś, na co człowiek nie zasłużył lub jako niesprawiedliwość. Postrzeganie choroby jako wartości pozwala na dokonanie pewnej refleksji odnośnie własnego życia.

Dostępne w literaturze dane wskazują na istnienie związku między poznawczą oceną doświadczonego zdarzenia a występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych. Na pozytywny związek między oceną poznawczą sytuacji stresowej jako zagrożenia a wzrostem po traumie wskazuje przegląd badań przedstawiony przez Linleya i Josepha (2004). Rolę oceny poznawczej w występowaniu wzrostu po traumie wykazano także w polskich badaniach, przeprowadzonych wśród strażaków z jednostek ratowniczo-gaśniczych (Ogińska-Bulik i Kobylarczyk, 2016). Wskazały one, że wzrostowi po traumie sprzyja zarówno ocena w kategoriach wyzwania, jak i zagrożenia. Dodatnią rolę zagrożenia w doświadczaniu pozytywnych zmian po traumie potwierdzają także badania Cordovy i in. (2001) z udziałem osób zmagających się z nowotworem piersi. Pozytywny związek między wyzwaniem a wzrostem po traumie odnaleźć można w badaniach prowadzonych z udziałem pacjentów onkologicznych (Stanton i in., 2006, za: Rinaldis, Pakenham i Lynch, 2012; Wilson, Morris i Chambers, 2014). Chalk (2007) wskazuje, iż pacjenci zmagający się ze stwardnieniem rozsianym, którzy oceniają chorobę w kategoriach wyzwania, przejawiają wyższy poziom satysfakcji z życia oraz mniej symptomów depresji i niepokoju. Takie wyniki mogą zwiększać prawdopodobieństwo pojawienia się pozytywnych zmian potraumatycznych u pacjentów z SM. Evers i in. (2001) wskazują na istnienie związku między poznawczą oceną choroby a potraumatycznym wzrostem u osób zmagających się z różnymi chorobami przewlekłymi, w tym ze stwardnieniem rozsianym.

W literaturze można odnaleźć również badania, które nie potwierdzają istnienia związku między odnajdywaniem korzyści a poszczególnymi kategoriami oceny stresu w kontekście trwającego przez dłuższy czas stresora (McCausland i Pakenham, 2003; Thombre, Sherman i Simonton, 2010). Niejednoznaczne wyniki dotyczące związku między percepcją choroby a wzrostem po traumie skłaniają do dalszych eksploracji w tym obszarze.

CEL I METODA BADAŃ

Celem podjętych badań było ustalenie związku pomiędzy poznawczą oceną choroby a wzrostem po traumie u osób zmagających się ze stwardnieniem rozsianym. Poszukiwano odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

1. Czy w grupie osób zmagających się ze stwardnieniem rozsianym występuje zjawisko potraumatycznego wzrostu, jeśli tak, to w jakim natężeniu?
2. Czy zmienne, takie jak płeć, wiek, wykształcenie, aktywność zawodowa, status rodzinny, wiek zachorowania, czas trwania choroby, postać choroby, występowanie innych chorób wpływają na nasilenie wzrostu po traumie w badanej grupie osób?
3. Czy istnieje związek między wymiarami poznawczej oceny choroby a potraumatycznym wzrostem?
4. Które z kategorii poznawczej oceny choroby są predyktorami wzrostu po traumie w badanej grupie?

Badanie miało charakter kwestionariuszowy i zostało przeprowadzone w oddziałach Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego, znajdujących się na terenie województwa łódzkiego i mazowieckiego. Zgodę na jego przeprowadzenie wydała odpowiednia Komisja Bioetyki. Badani zostali poinformowani o poufności i dobrowolności procedury badawczej.

Łącznie w badaniu wzięło udział 115 osób, mężczyzn i kobiet zmagających się ze stwardnieniem rozsianym. Ze względu na niekompletność danych kwestionariuszowych do analizy włączono wyniki 105 osób. Mężczyźni stanowili 24.8% przebadanej grupy natomiast kobiety 75.2%. Przewaga kobiet wśród osób z SM jest zgodna z danymi epidemiologicznymi dotyczącymi tej choroby. Średni wiek osób chorych wahał się od 18 do 76 lat ($M=43.01$; $SD=13.84$). Większość badanych – 52.4% – posiadała wykształcenie wyższe bądź niepełne wyższe. Chorzy z wykształceniem podstawowym, zawodowym bądź średnim stanowili 47.6% badanej grupy. Wśród osób z SM 56.2% to osoby niepracujące – bezrobotne bądź pobierające emeryturę lub rentę, natomiast 43,8% to osoby pracujące. Większość osób badanych (64.8%) deklarowała, iż pozostaje w relacji partnerskiej, pozostała część (35.2%) to osoby samotne. Średni wiek, w którym osoby badane zachorowały na stwardnienie rozsiane wynosił 29.56 lat ($SD=9.26$), natomiast średni czas trwania choroby wynosił 13.44 lat ($SD=11.92$). Wynik ten koresponduje z badaniami epidemiologicznymi, z których wynika, że choroba dotyka ludzi młodych, najczęściej między 20 a 40 rokiem życia (Selmaj, 2005). Wśród badanych zmagających się ze stwardnieniem rozsianym, największą grupę stanowiły osoby z rzutowo-remisyjną postacią choroby – 48.6%. Najmniej liczną była grupa osób o typie postępująco-rzutowym – 12,4%. Dwie pozostałe grupy nie różniły się pod względem liczebności (wtórnie postępująca – 20%, pierwotnie-postępująca – 19%). Nieco ponad połowa badanych (51.4%) zmagająca się także z innymi chorobami przewlekłymi, wśród których wymieniano chorobę Hashimoto, łysienie plackowate, łuszczycę, cukrzycę, depresję, chorobę niedokrwinną serca, nowotwory (w trakcie reemisji).

W badaniach wykorzystano dwa narzędzia standardowe, tj. *Skalę Oceny Własnej Choroby* oraz *Inwentarz Potraumatycznego Rozwoju*. Dodatkowo wykorzystano ankietę, opracowaną na użytek badań.

Skala Oceny Własnej Choroby – SOWC, opracowana została przez Janowskiego i in., (2009). Opiera się ona na założeniach Lazarusa i Folkman, dotyczących kategorii oceny sytuacji choroby i służy do oceny subiektywnego znaczenia, jakie pacjent nadaje chorobie. Skala składa się z 47 pozycji, które pogrupowane są w 7 podskal: zagrożenie, korzyść, przeszkoda/strata, wyzwanie, krzywda, wartość, znaczenie. Badani udzielają odpowiedzi na 5-stopniowej skali: tak, raczej tak, nie wiem, raczej nie, nie. Każde stwierdzenie oceniane jest od 1 (nie) do 5 punktów (tak), za wyjątkiem pozycji 21, 28, 35, które punktuje się odwrotnie. Im wyższy wynik w danej podskali, tym większe nasilenie subiektywnej oceny choroby. Skala posiada zadowalającą trafność i rzetelność, którą potwierdzają wartości współczynników α -Cronbacha (wahają się one od .64 do .87 dla poszczególnych podskal).

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

Opracowana na potrzeby prowadzonych badań ankietna składa się z dwóch części. W pierwszej osoby badane proszone były o ustosunkowanie się do zmiennych socjo-demograficznych, takich jak: płeć, wiek, wykształcenie, status rodzinny, aktywność zawodowa. W drugiej części badani udzielali informacji dotyczących medycznych aspektów choroby, takich jak: wiek zachorowania, postać choroby, czas trwania choroby oraz występowanie innych chorób somatycznych.

WYNIKI BADAŃ

W celu weryfikacji danych uzyskanych z przeprowadzonego badania wykorzystano program IBM SPSS, wersja 22. Użyto następujących procedur statystycznych: test Kołmogorowa-Smirnowa w celu sprawdzenia normalności rozkładów badanych zmiennych, test Levene'a aby

zweryfikować hipotezę o jednorodności wariancji w badanych grupach. Rozkład wyników miał charakter normalny, co pozwala na stosowanie testów parametrycznych. W celu sprawdzenia istotności różnic między średnimi wykorzystano test t-Studenta lub jednoczynnikową analizę wariancji. Do analizy związków między zmiennymi użyto współczynników korelacji Pearsona. W celu ustalenia predyktorów zmiennej objaśnianej (potraumatyczny wzrost) zbudowano model wielozmiennowy. Do weryfikacji modelu wykorzystano analizę regresji liniowej metodą krokową. Zmiennymi objaśniającymi były poszczególne wymiary poznawczej oceny choroby.

W Tabeli 1 przedstawione są średnie wyniki dla analizowanych zmiennych, tj. poznawczej oceny choroby oraz potraumatycznego wzrostu.

Tabela 1
Średnie wartości analizowanych zmiennych

Zmienne	M	SD
Potraumatyczny wzrost – ogółem	56.53	22.86
Zmiany w percepcji siebie	22.08	11.41
Zmiany w relacjach z innymi	20.10	8.01
Docenianie życia	10.23	3.75
Zmiany duchowe	4.13	3.00
Poznawcza ocena choroby	–	–
Zagrożenie	30.43	7.34
Korzyść	15.17	4.12
Przeszkoda/strata	27.30	7.70
Wyzwanie	22.29	4.19
Krzywdza	17.98	7.20
Wartość	17.42	5.94
Znaczenie	19.27	3.89

Oznaczenia: M – średnia arytmetyczna; SD – odchylenie standardowe

Osoby zmagające się ze stwardnieniem rozsianym wykazują średnie nasilenie wzrostu po traumie ($M=56.53$). Wynik ten odpowiada wartości 5 stena i nie odbiega znacząco od wyników uzyskanych w badaniu normalizacyjnym (Ogińska-Bulik i Juczyński, 2010). Dodatkowo ustalono procentowy rozkład wyników niskich, przeciętnych i wysokich dla badanej próby. Niski poziom zmian wzrostowych deklarowało 45 osób, co stanowi 42.9% badanej grupy, średni 37 osób (35.2%) i wysoki 23 osoby, tj. 21.9% badanych.

Wyniki otrzymane od osób chorujących na SM w poszczególnych kategoriach poznawczej oceny choroby, nie odbiegają znacząco od średnich wyników osób cierpiących na inne choroby (Janowski, 2006). Chorzy na SM uzyskali nieco wyższy wynik w kategorii przeszkoda/strata ($M=27.30$; $SD=7.70$) i nieco niższe w kategorii wyzwanie ($M=22.29$; $SD=4.19$) i wartość ($M=17.42$; $SD=5.94$) w porównaniu z osobami zmagającymi się z

innymi chorobami – odpowiednio: $M=24.19$; $SD=9.28$; $M=23.28$; $SD=4.81$; $M=18.28$; $SD=6.19$.

Sprawdzono także czy zmienne socjodemograficzne, tj. płeć, wiek, wykształcenie, aktywność zawodowa, status rodzinny oraz medyczne, tj. wiek zachorowania, czas trwania choroby, postać choroby, występowanie innych chorób są powiązane z poziomem potraumatycznego wzrostu w badanej grupie osób.

Z badań wynika, iż kobiety ($M=57.00$; $SD=23.47$) nie różnią się od mężczyzn nasileniem potraumatycznego wzrostu ($M=55.12$; $SD=21.27$; $t=-.36$). Brak różnic między płciami dotyczy również poszczególnych czynników wchodzących w skład Inwentarza Potraumatycznego Rozwoju. Wykazano także brak istotnego statystycznie związku między nasileniem wzrostu po traumie a wiekiem osób badanych ($r=-.07$) i pozostałymi zmiennymi socjodemograficznymi, tj. wykształceniem (podstawowe, zawodowe, średnie: $M=59.88$; $SD=24.65$; niepełne wyższe, wyższe: $M=53.49$; $SD=20.87$; $t=1.44$), aktywnością zawodową (osoby niepracujące: $M=58.88$; $SD=21.56$; osoby pracujące: $M=53.52$; $SD=24.33$; $t=-1.19$) oraz statusem rodzinnym (osoba samotna: $M=56.19$; $SD=24.19$; osoba pozostająca w relacji partnerskiej: $M=56.72$; $SD=22.29$; $t=-.11$).

Zmienne medyczne, tj. wiek zachorowania ($r=-.11$) i czas trwania choroby ($r=.01$) nie są powiązane z ogólnym nasileniem zmian wzrostowych. Wiek zachorowania okazał się być jednak istotnie, ujemnie skorelowany z jednym z czynników wzrostu po traumie, tj. docenianiem życia ($r=-.20$; $p<.05$). Postać choroby również nie wiąże się w sposób istotny z poziomem potraumatycznego wzrostu [$F(3,101)=1.16$]. Ostatnia z analizowanych zmiennych medycznych, tj. występowanie innych chorób, w sposób nieznaczny różnicuje poziom wzrostu po traumie w zakresie wyniku ogólnego oraz dwóch jego obszarów, tj. zmian w percepcji siebie oraz zmian w relacjach z innymi. Osoby zmagające się, oprócz SM, także z innymi chorobami, wykazują niższy poziom potraumatycznego wzrostu ($M=52.35$; $SD=23.68$) w porównaniu z osobami, które chorują tylko na stwardnienie rozsiane ($M=60.96$; $SD=21.31$; $t=1.96$; $p<.05$). Różnice istotne – choć słabe – dotyczą także dwóch czynników wzrostu po traumie, tj. zmian w percepcji siebie (odpowiednio: $M=19.87$; $SD=11.80$ i $M=24.41$; $SD=10.60$; $t=2.07$; $p<.05$) oraz zmian w relacjach z innymi ($M=18.61$; $SD=8.37$ i $M=21.67$; $SD=7.36$; $t=1.98$; $p<.05$).

Ze względu na brak istotnych powiązań zmiennych socjodemograficznych i medycznych z poziomem potraumatycznego wzrostu dalsze analizy przeprowadzono na całej grupie osób badanych. W Tabeli 2 przedstawiono związki między poznawczą oceną choroby a wzrostem po traumie u chorych na stwardnienie rozsiane.

Niemalże wszystkie spośród analizowanych kategorii poznawczej oceny choroby okazały się być istotnie powiązane z ogólnym wynikiem potraumatycznego wzrostu. Najsilniej ze wzrostem po traumie koreluje wymiar wartości. Jest to zależność dodatnia. Zmienna korzyść i wyzwanie również wykazują dodatnie lecz słabsze związki

Tabela 2

Współczynniki korelacji Pearsona między kategoriami percepcji choroby a wzrostem po traumie

	Wzrost po traumie	Cz. 1	Cz. 2	Cz. 3	Cz. 4
Zagrożenie	-.10	-.20*	-.08	.09	.11
Korzyść	.27**	.17	.39**	.08	.30**
Przeszkoda/strata	-.25**	-.33**	-.19	-.09	-.05
Wyzwanie	.30**	.29**	.29**	.16	.20*
Krzywda	-.33**	-.35**	-.24*	-.27**	-.18
Wartość	.54**	.50**	.43**	.39**	.60**
Znaczenie	.01	-.05	.02	.13	.03

Oznaczenia: Cz. 1 – zmiany w percepcji siebie; Cz. 2. – zmiany w relacjach z innymi; Cz. 3 – docenianie życia; Cz. 4. – zmiany duchowe; istotność korelacji: *** $p < .001$; ** $p < .01$; * $p < .05$

z potraumatycznym wzrostem. Z kolei przeszkoda/strata i krzywda wiążą się z nim ujemnie, co oznacza, że wraz ze wzrostem wartości tych zmiennych spada nasilenie wyniku ogólnego IPR.

Istotne związki można zaobserwować także między kategoriami poznawczej oceny choroby, mierzonymi za pomocą SOWC, a poszczególnymi czynnikami potraumatycznego wzrostu. Wartość jest zmienną, która najsilniej dodatnio wiąże się nie tylko z ogólnym wynikiem wzrostu po traumie, ale także ze wszystkimi jego czynnikami. Są to zależności umiarkowane – wartości współczynników korelacji r -Pearsona wahają się od .39 do .60. Nie zaobserwowano żadnych istotnych korelacji między oceną choroby w kategorii znaczenia a potraumatycznym wzrostem.

W następnym kroku sprawdzono, które z wymiarów poznawczej oceny choroby są predyktorami wzrostu po traumie. Wyniki przedstawione są w Tabeli 3.

Wraz ze wzrostem poziomu tej zmiennej, zwiększa się natężenie pozytywnych zmian po traumie. Ujemną, słabą zależność obserwuje się między wymiarem krzywdy a natężeniem pozytywnych zmian wzrostowych, ale wymiar ten wyjaśnia tylko 5% wariacji zmiennej zależnej ($R^2=.05$).

Dla czynnika zmiany w percepcji siebie rolę predykcyjną pełnią te same dwa wymiary poznawczej oceny choroby, tj. wartość i krzywda. Wyjaśniają one łącznie 31% zmienności tego czynnika. Kategoria wartości okazała się być silniejszym predyktorem zmian w percepcji siebie ($R^2=.25$) niż wymiar krzywdy ($R^2=.06$).

Dla zmian w relacjach z innymi predyktorami okazały się być wartość, korzyść i krzywda. Analizowane zmienne wyjaśniają 28% wariacji tego czynnika. Największy udział wnosi wartość ($R^2=.18$). Udział pozostałych dwóch kategorii jest niewielki (korzyść: $R^2=.06$; krzywda: $R^2=.04$). Warto zwrócić uwagę, że ocena choroby jako

Tabela 3

Predyktory potraumatycznego wzrostu (ogółem)

	B	Błąd stand.	Beta	t	p
Wartość	1.90	.32	.49	5.96	.001
Krzywda	-.69	.26	-.22	-2.63	.100
Wartość stała	35.92	8.25		4.35	.001

Oznaczenia:

$R=.582$; $R^2=.338$; skorygowane $R^2=.325$; $F=26.094$; $p<.001$

B – niestandardowy współczynnik regresji, Błąd stand. – błąd standardowy oszacowania, Beta – standaryzowany współczynnik regresji, R – wartość współczynnika korelacji wielokrotnej, R^2 – współczynnik determinacji

Predyktorami ogólnego wyniku wzrostu po traumie okazały się być dwie spośród siedmiu kategorii poznawczej oceny choroby, tj. wartość i krzywda. Wyjaśniają one razem 34% wariacji zmiennej objaśnianej, przy czym zdecydowanie większy udział wnosi pierwsza z nich, która wyjaśnia 29% wariacji potraumatycznego wzrostu.

wartości i korzyści sprzyja występowaniu pozytywnych zmian w relacjach z innymi, natomiast ocena choroby w kategoriach krzywdy zdaje się te zmiany hamować.

Predyktorami doceniania życia są: wartość, krzywda, zagrożenie. Wyjaśniają one razem 25% wariacji zmiennej objaśnianej. Większą moc wyjaśniającą posiada oce-

na choroby w kategoriach wartości, która wyjaśnia 15% zmienności wyników. Ocena w kategoriach zagrożenia wyjaśnia 6% wariacji tej zmiennej. Obydwa rodzaje ocen sprzyjają docenianiu życia. Ocena choroby w kategoriach krzywdy jest ujemnie powiązana z tym wymiarem wzrostu po traumie i wyjaśnia zaledwie 4% wariacji tej zmiennej.

Dla ostatniego czynnika potraumatycznego wzrostu, jakim są zmiany duchowe, rolę predykcijną pełni jedynie zmienna wartość. Wyjaśnia ona 36% wariacji zmian duchowych. Im wyższa wartość tego wymiaru poznawczej oceny sytuacji choroby, tym wyższe nasilenie zmian duchowych.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Z analizy przeprowadzonych badań wynika, iż u osób zmagających się ze stwierdzeniem rozsianym występuje zjawisko potraumatycznego wzrostu. Wszystkie badane osoby doświadczyły pozytywnych zmian, choć w różnym stopniu. Niski poziom zmian wzrostowych zadeklarowało 42.9% badanych, średni 35.2% i wysoki 21.9% badanych. Na występowanie wzrostu po traumie w grupie chorych na stwierdzenie rozsiane wskazują także badania zagraniczne. Dla przykładu w badaniach Ackroyd i in. (2011) wykazano, że 97.2% osób chorych na stwierdzenie rozsiane doświadczyło pozytywnych zmian w następstwie traumy.

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

Niemalże wszystkie spośród analizowanych wymiarów poznawczej oceny choroby (poza znaczeniem przypisywanym chorobie) okazały się być istotnie powiązane ze wzrostem po traumie. Wśród predyktorów wzrostu po traumie znalazły się dwie kategorie poznawczej oceny choroby, tj. wartość i krzywda. Percepcja choroby w kategoriach wartości okazała się również predyktorem wszystkich czterech czynników wzrostu po traumie, co oznacza, że postrzeganie choroby jako wartości sprzyja występowaniu pozytywnych zmian w następstwie doświadczonej traumy.

Ocena w kategorii krzywdy wiąże się traktowaniem choroby jako niesprawiedliwości bądź kary. Takie postrzeganie choroby zdaje się hamować pojawianie się zmian wzrostowych.

Uzyskane wyniki są w znacznym stopniu zgodne z rezultatami innych badań prowadzonych w tym zakresie. Z badań Dekel i Nuttman-Schwartz (2009) wynika, że wzrost po traumie pozytywnie koreluje z subiektywną oceną sytuacji stresowej jako zagrożenia i wyzwania. Podobne rezultaty uzyskano w polskich badaniach prowa-

dzonych z udziałem strażaków (Ogińska-Bulik i Kobylarczyk, 2016). Mackay i Pakenham (2012) oraz Yeung i in. (2016) potwierdzają dodatni związek potraumatycznego wzrostu z oceną poznawczą krytycznego wydarzenia jako wyzwania.

Dodatni związek poznawczej oceny choroby jako wyzwania z występowaniem pozytywnych zmian potraumatycznych wydaje się dość oczywisty i potwierdza założenia koncepcji potraumatycznego wzrostu (Tedeschi i Calhoun, 1996, 2004). Podkreśla się w niej, że warunkiem uruchomienia procesu, jakim jest wzrost po traumie jest spostrzeganie doświadczonego zdarzenia w kategoriach wyzwania. Taki sposób oceny sytuacji uruchamia procesy poznawczego przetwarzania traumy, co w konsekwencji sprzyja zmianom wzrostowym. Należy przypuszczać, że podobny proces zachodzi przy ocenie sytuacji jako zagrożenia. Tego typu ocena jest powiązana z występowaniem emocji negatywnych, głównie lęku i niepokoju, które mogą sprzyjać głębszej analizie doświadczonej sytuacji, czyli skłaniać jednostkę do podejmowania aktywności poznawczej, mającej na celu nadanie sensu i znaczenia przeżywanym sytuacjom.

Ta aktywność poznawcza obejmuje m. in. ruminowanie o doświadczonym zdarzeniu, początkowo o charakterze natrętnym, a następnie refleksyjnym, związanym z poszukiwaniem sposobów poradzenia sobie z doznaną sytuacją. A jak twierdzą Tedeschi i Calhoun (1996, 2004), ruminacje refleksyjne sprzyjają „przepracowaniu” traumy i w efekcie zwiększają prawdopodobieństwa wystąpienia wzrostu.

Warto dodać, że sposób percepcji choroby jest także powiązany z jej akceptacją oraz podejmowanymi strategiami radzenia sobie. Z kolei, zarówno akceptacja choroby, jak i stosowanie przystosowawczych strategii radzenia sobie ze stresem sprzyja występowaniu pozytywnych zmian potraumatycznych. Nie można także pomijać znaczenia cech osobowości oraz posiadanych zasobów osobistych i społecznych, które sprzyjają uruchamianiu przez jednostkę aktywności poznawczej, przede wszystkim w postaci ruminowania o chorobie. Wskazuje na to przegląd badań dotyczących uwarunkowań wzrostu po traumie u chorych onkologicznie (Ogińska-Bulik, 2015).

Przeprowadzone badania wiążą się z pewnymi ograniczeniami. Nie analizowano negatywnych skutków doświadczonej choroby, np. w postaci objawów PTSD, jak również występowania innych (poza chorobą) zdarzeń o charakterze traumatycznym, jakie mogły pojawić się u badanych osób. Brak subiektywnej oceny stresu, wynikającego z doświadczenia choroby i ewentualnych innych zdarzeń o charakterze traumatycznym może sugerować, że doświadczone pozytywne zmiany wyrażają ogólną tendencję do wzrostu, a niekoniecznie wzrostu po traumie. Z drugiej jednak strony zwraca się uwagę, że zmaganie się z przewlekłą chorobą somatyczną, w tym SM jest źródłem silnego stresu i pociąga za sobą występowanie objawów PTSD (Chalfant, Bryant i Fulcher, 2004; Counsell i in., 2013).

Ponadto badania miały charakter przekrojowy, co uniemożliwiało uchwycenie specyfiki zjawiska. Nie moż-

na także wykluczyć wpływu zmiennej aprobaty społecznej, zwłaszcza w odniesieniu do oceny pozytywnych zmian potraumatycznych.

Należy także zwrócić uwagę, że niektóre z analizowanych zmiennych mogą mieć wspólne źródło wariacji. Dotyczy to przede wszystkim spostrzegania choroby jako korzyści i wartości oraz wzrostu po traumie. Pomimo przedstawionych ograniczeń przeprowadzone badania wnoszą nowe treści w zakres związku między poznawczą oceną choroby a jej pozytywnymi następstwami. W kolejnych badaniach, warto byłoby uwzględnić oprócz pozytywnych, także negatywne następstwa choroby. Ponadto celowym wydaje się ustalenie roli podejmowanych sposobów radzenia sobie z chorobą oraz innych procesów poznawczych, w tym ruminacji o doświadczonym zdarzeniu. Warto także zwrócić uwagę na możliwość wykorzystania wyników w praktyce. Zachęcanie do zmiany postrzegania choroby, przede wszystkim z poczucia krzywdy na wyzwanie, a także traktowanie choroby jako pewnego rodzaju wartości, może przyczynić się do wystąpienia pozytywnych zmian w zakresie funkcjonowania psychospołecznej jednostki.

LITERATURA

- Ackroyd, K., Fortune, D.G., Price, S., Howell, S., Sharrack, B., Isaac, C.L. (2011). Adversarial growth in patients with multiple sclerosis and their partners: Relationships with illness perceptions, disability and distress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18, 372-379.
- Cendrowski, W. (1993). Stwardnienie rozsiane. Warszawa: PZWL.
- Chalfant, A.M., Bryant, R.A., Fulcher, G. (2004). Posttraumatic stress disorder following diagnosis of multiple sclerosis. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 5, 423-428.
- Chalk, H.Mc. (2007). Mind over matter: Cognitive – behavioral determinants of emotional distress in multiple sclerosis patients. *Psychology, Health & Medicine*, 12, 5, 556-566.
- Cordova, M.J., Cunningham, L.L.C., Carlson, Ch.R., Andrykowski M.A. (2001). Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*, 20, 3, 176-185.
- Counsell, A., Hadjistavropoulos, H.D., Kehler, M.D., Asmundson, G.J.G. (2013). Posttraumatic stress disorder symptoms in individuals with multiple sclerosis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5, 5, 448-452.
- Dekel, R., Nuttman-Schwartz, O. (2009). Posttraumatic stress and growth: The contribution of cognitive appraisal and sense of belonging to the country. *Health and Social Work*, 34, 2, 87-96.
- Evers, A.W.M., Kraaijaat, F.W., van Lankveld, W., Jongen, P.J.H., Jacobs, J.W.G., Bijlsma, J.W.J. (2001). Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 6, 1026-1036.
- Janowski, K. (2006). *Osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem w łuszczycy*. Lublin: Polihymnia.
- Janowski, K., Steuden, S., Kuryłowicz, J., Nieśpiałowska-Steuden, M. (2009). The Disease-Related Appraisals Scale: a tool to measure subjective perception of the disease situation. W: K. Janowski, S. Steuden (red.), *Biopsychosocial aspects of health and disease* (t. 1, s. 108-125). Lublin: CPPP Scientific Press.
- Jasińska, J. (2008). *Stwardnienie rozsiane (SM). Poradnik chorego i terapeuty*. Olsztyn: Olsztyńska Szkoła Wyższa im. Józefa Rusieckiego.
- Kieszkowska-Grudny, A. (2013). Zaburzenia psychiczne u chorych na nowotwory – podejście kliniczne. *OncoReview*, 3, 2, 119-128.
- Kossakowska, M., Zemła-Sieradzka, L. (2011). Wybrane pozytywne aspekty zmagania się z przewlekłą chorobą u osób chorych na stwardnienie rozsiane. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 20, 4, 259-267.
- Lazarus, R., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lew-Starowicz, M., Oksińska, A., Rola, R., Rawska, K. (2011). Seksualność osób chorych na stwardnienie rozsiane. *Przeгляд Seksuologiczny*, 26, 13-18.
- Linley, P.A., Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 1, 11-21.
- Mackay, C., Pakenham, K.I. (2012). A stress and coping model of adjustment to caring for an adult with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 48, 450-462.
- McCausland, J., Pakenham, K.I. (2003). Investigation of the benefits of HIV/AIDS caregiving and relations among caregiving adjustment, benefit finding, and stress and coping variables. *Aids Care*, 15, 6, 853-869.
- Ogińska-Bulik, N. (2013). *Pozytywne skutki doświadczeń traumatycznych, czyli kiedy łzy zamieniają się w perły*. Warszawa: DIFIN.
- Ogińska-Bulik, N. (2014). Rola duchowości w rozwoju po traumie u osób zmagających się z przewlekłymi chorobami somatycznymi. *Psychiatria i Psychoterapia*, 10, 3, 3-16.
- Ogińska-Bulik, N. (2015). Rola zasobów osobistych w rozwoju po traumie u osób zmagających się z chorobami nowotworowymi. *Psychoonkologia*, 19, 3, 88-96.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2010). Rozwój potraumatyczny – charakterystyka i pomiar. *Psychiatria*, 7, 4, 129-142.
- Ogińska-Bulik, N., Kobylarczyk, M. (2016). Association between resiliency and posttraumatic growth in firefighters – the role of stress appraisal. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 22, 1, 40-48.
- Olley, B.O., Zeier, M.D., Seedat, S., Stein, D.J. (2005). Posttraumatic stress disorder among recently diagnosed patients with HIV/AIDS in South Africa. *AIDS Care*, 17, 5, 550-557.
- Potemkowski, A. (2009). Stwardnienie rozsiane w świecie i Polsce – ocena epidemiologiczna. *Aktualności Neurologiczne*, 9, 2, 91-97.
- Radcliffe, J., Courtney, L.F., Hawkins, L.A., Tanney, M., Kasam-Adams, N., Ambrose, Ch., Rudy, B.J. (2007). Posttraumatic stress and trauma history in adolescents and young adults with HIV. *AIDS Patient Care and STDs*, 21, 7, 501-508.
- Rinaldis, M., Pakenham, K.I., Lynch, B.M. (2012). A structural model of the relationship among stress, coping, benefit-finding and quality of life in persons diagnosed with colorectal cancer. *Psychology and Health*, 27, 2, 159-177.
- Selmaj, K. (2005). Stwardnienie rozsiane – kryteria diagnostyczne i naturalny przebieg choroby. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 1, 3, 99-105.

- Stasiołek, M., Mycko, M., Selmaj, K. (2005). Patogeneza stwardnienia rozsianego. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 1, 3, 92-98.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 3, 455-471
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1-8.
- Tedeschi, R.G., Calhoun, L.G. (2007). Podejście kliniczne do wzrostu po doświadczeniach traumatycznych. W: P.A. Linley, S. Joseph (red.), *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 230-248). Warszawa: PWN.
- Thombre, A., Sherman, A.C., Simonton, S. (2010). Posttraumatic growth among cancer patients in India. *Journal of Behavioral Medicine*, 33, 15-33.
- Wilson, B., Morris, B.A., Chambers, S. (2014). A structural equation model of posttraumatic growth after prostate cancer. *Psycho-Oncology*, 23, 1212-1219.
- Yeung, N.C.Y., Lu, Q., Wong, C.C.Y., Huynh, H.C. (2016). The roles of needs satisfaction, cognitive appraisals, and coping strategies in promoting posttraumatic growth: A stress and coping perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8, 3, 284-292.