

Poczucie sensu życia i style radzenia sobie u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca

Purpose in life and coping styles in patients with ischemic heart disease

MAŁGORZATA WYSOCKA-PLECZYK, PIOTR SŁOWIK

Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

Wprowadzenie. Zdaniem wielu autorów poczucie sensu życia i stosowane style radzenia sobie mogą być jedną ze zmiennych psychospołecznych odgrywających kluczową rolę w pozytywnej adaptacji do starości lub choroby, rehabilitacji czy uzyskiwaniu kontroli nad chorobą, w przedłużaniu życia pacjentów i osób starszych. Wyniki wielu badań wskazują, że osoby mające poczucie sensu i celu w życiu cieszą się lepszym zdrowiem fizycznym i psychicznym.

Cel pracy. Poszukiwano różnic pomiędzy wysokością poczucia sensu życia u pacjentów chorujących na chorobę niedokrwienną serca a osobami zdrowymi. Analizie poddano także style radzenia sobie, jakie w porównaniu z osobami zdrowymi, stosują badani pacjenci oraz związki pomiędzy poczuciem sensu życia a stosowanymi stylami radzenia sobie.

Materiał i metody. Zbadano grupę 54 pacjentów chorych na chorobę niedokrwienną chorobę serca oraz grupę kontrolną 54 osób zdrowych. W badaniach posłużono się: Testem Poczucia Sensu Życia (PLT), Inwentarzem Stylów Radzenia Sobie (CISS), Kwestionariuszem Stylów Obronnych (DSQ-40).

Wyniki. Pomiędzy pacjentami a osobami zdrowymi nie zaobserwowano różnic w poziomie ogólnego poczucia sensu życia, jednakże u osób chorych wystąpiła wyższa Afirmacja Życia i Stosunek do Śmierci, powiązane ze stosowaniem niedojrzałych obron (izolacji i rozszczepienia) i radzenia sobie przez unikanie problemu. Osoby chore na CHNS w porównaniu z osobami zdrowymi rzadziej stosują styl radzenia sobie poprzez unikanie i koncentrację na emocjach, jednakże związki pomiędzy stosowanymi przez nich stylami radzenia sobie a poczuciem sensu życia są bardzo niktne.

Wnioski. Uzyskane wyniki wskazują na złożoność związków pomiędzy poczuciem sensu życia a stylami radzenia sobie oraz mechanizmami obronnymi. Mogą jednak mieć implikacje praktyczne w terapii chorych somatycznie.

Słowa kluczowe: *poczucie sensu życia, style radzenia sobie, choroba niedokrwienna serca*

Introduction. According to many authors the purpose in life and coping styles can be the psychosocial variables which play a key role in the positive adaptation to old age or illness, rehabilitation or obtaining control of the disease, prolonging life for patients and the elderly. Many studies indicate that people who found purpose in life enjoy better physical and mental health.

Aim. The differences in the level of purpose in life between patients with ischemic heart disease and healthy controls were examined. Also coping styles and the relationship between coping styles and the purpose in life in patients and healthy individuals were analyzed.

Materials & methods. 54 patients with ischemic heart disease and 54 healthy subjects were examined. The following methods were used: Purpose in Life Test, Coping Inventory For Stressful Situations and Defence Style Questionnaire.

Results. Between patients and healthy subjects no differences in the overall level of the purpose in life were found; however, greater affirmation of life and attitude to death occurred in patients, who were associated with the use of immature defences (isolation and splitting) and coping by avoiding the problem. Compared with the healthy subjects, the patients with IHD more rarely used emotional-oriented coping and avoidance-oriented coping. But the relationship between coping styles used and the purpose in life was quite insignificant.

Conclusions. The results indicate the complexity of the relationships between the purpose in life and coping styles and defence mechanisms. However, they may have practical implications in the treatment of patients with somatic diseases.

Key words: *purpose in life, styles of coping, ischemic heart disease*

© Probl Hig Epidemiol 2012, 93(4): 771-778

www.phie.pl

Nadesłano: 30.08.2012

Zakwalifikowano do druku: 05.10.2012

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Dr Małgorzata Wysocka-Pleczyk, Dr Piotr Słowik
Uniwersytet Jagielloński, Instytut Psychologii Stosowanej
ul. Łojasiewicza 4, 30-348 Kraków
tel. 12 664 55 50, wysocka@uj.edu.pl, pslow@op.pl

Wprowadzenie

W badaniach naukowych, a także w praktyce klinicznej, analizując problematykę chorób somatycznych wielu autorów odwołuje się do badań oraz analiz psychologicznych. Coraz częściej pojawiają się pro-

pozycje holistyczne w oddziaływaniach leczniczych, które zmierzają do poszerzenia perspektywy patrzenia na problemy osób chorych somatycznie – podkreśla się również możliwość rozwoju takich osób pomimo choroby i utraty zdrowia [1, 2]. W artykule zwró-

cono uwagę na dwa ważne czynniki psychologiczne, mogące mieć znaczenie dla leczenia i radzenia sobie z chorobą przez pacjentów – poczucie sensu życia i style radzenia sobie u pacjentów cierpiących na chorobę niedokrwienną serca. W węższym zakresie poruszono również problem działania mechanizmów obronnych w zmaganiu się z tą chorobą.

Uwzględniając specyfikę problemów związanych z poważną chorobą somatyczną, wydaje się, że należy zwrócić szczególną uwagę na problematykę poczucia sensu życia u osób chorych [3]. Liczne badania wskazują, że poczucie sensu życia może odgrywać ważną rolę w podtrzymywaniu zdrowia zarówno fizycznego, jak i psychicznego – szczególnie u osób starszych. Na uwagę zasługują badania prowadzone przez Patricię Boyle i jej współpracowników. Wykazali oni, że posiadanie celu w życiu znacząco zmniejsza ryzyko wystąpienia choroby Alzheimera i łagodnych zaburzeń poznawczych u osób w starszym wieku [4]. Ma również związek z utrzymaniem stanu funkcjonalnego – zmniejszonym ryzykiem wystąpienia zaburzeń w podstawowych i instrumentalnych czynnościach życia codziennego, czy mobilności [5]. Ponadto wśród osób starszych posiadanie celu w życiu związane jest ze zmniejszeniem ryzyka zgonu z jakiegokolwiek przyczyny – nie ma przy tym różnic ani ze względu na płeć, ani na kolor skóry [6]. Choć niektórzy słusznie zauważają, że nie znamy jeszcze mechanizmu, w jaki przekładałoby się to na rzeczywiste zmiany fizjologiczne o charakterze neuroprotektynowym i konieczne są dalsze badania połączone ze szczegółową kontrolą tego, co mierzy zastosowany test poczucia sensu życia (choćby poprzez kontrolę rzeczywistego zaangażowania osoby w jakiś cel, a nie tylko deklaratywnego wypełnienia testu [7]), to wyniki tych badań są bardzo obiecujące. Tym bardziej, że podobnie wyniki uzyskał w swoich badaniach longitudinalnych Krause [8] – osoby starsze, które miały silne poczucie sensu swojego życia, były mniej narażone na śmierć w ciągu kilkuletniej obserwacji. Wyniki pokazały także, że efektem pośredniczącym jest zdrowie fizyczne – a dokładniej większe poczucie sensu życia wiąże się z lepszym zdrowiem fizycznym, a to z kolei wpływa na zmniejszenie się ryzyka zgonu. Także inni autorzy zwracają uwagę, że u osób starszych poczucie sensu życia może mieć związek z pozytywnym starzeniem się i lepszym zdrowiem psychicznym [9, 10].

Również badania nad różnymi grupami osób chorych wskazują na ważną rolę, jaką może odgrywać poczucie sensu życia w zmaganiu się z chorobą. Przykładowo u osób cierpiących na reumatoidalne zapalenie stawów lepsze wyniki w skali poczucia sensu życia wiązały się z lepszym stanem zdrowia psychicznego, optymizmem w radzeniu sobie, większą aktywnością społeczną lub rekreacją [11]. Z kolei Lyon i Younger

[12] testowali hipotezę, że poczucie sensu życia jest lepszym predyktorem symptomów depresyjnych u osób zakażonych wirusem HIV, niż sama dotkliwość choroby. Zauważyli oni, że w przewidywaniu współwystępowania depresji ważniejsze jest poczucie sensu życia niż markery laboratoryjne progresji choroby i postulują rozważanie poczucia sensu życia jako potencjalnego bufora objawów depresyjnych u takich pacjentów.

Wielu autorów podkreśla rolę poczucia sensu życia w chorobach kardiologicznych – Low i współpracownicy wprost uważają, że jest ono jednym z psychospołecznych czynników ryzyka, które mogą przyspieszać progresję subklinicznej miażdżycy u starszych kobiet [13]. Natomiast Vollman z zespołem [14] sugerują, że ci pacjenci z niewydolnością serca, którzy dostosowują się do zmian w swoim życiu i nie izolują się od otoczenia społecznego, mogą rozwinąć sens i cel w życiu, a poprzez to mogą zwiększać spostrzeganą kontrolę nad swoją chorobą, co sprzyja ich zdrowiu zarówno psychicznemu, jak i somatycznemu. Z kolei Holahan i jej współpracownicy [15] podkreślają znaczenie w rehabilitacji kardiologicznej czynników związanych z poczuciem sensu życia (zwłaszcza poczuciem posiadania celu w życiu i rozwoju indywidualnego), które (niezależnie od płci) powiązane są z większą aktywnością fizyczną chorych i pośrednio z lepszym postrzeganiem własnego zdrowia. U osób dorosłych niskie poczucie sensu życia połączone z wysoką wrogością może także destabilizować wartość nocnego ciśnienia tętniczego [16]. Warto przy tym zauważyć, że również badając w warunkach laboratoryjnych reakcję osób zdrowych na stres zauważono, iż wysokie poczucie sensu życia wpływa na poziom przeżywanego stresu i częstość akcji serca [17].

Także w chorobach nowotworowych poczucie sensu życia wydaje się odgrywać niebagatelną rolę w poprawie stanu zdrowia i jest uwzględniane w badaniach i projektowanych oddziaływaniach terapeutycznych. Wraz z płcią i poziomem strachu przed nawrotem choroby, niskie poczucie sensu życia jest współodpowiedzialne za szkodliwy wpływ na poziom lęku przed śmiercią u pacjentów nowotworowych. Tang i współpracownicy [18] postulują więc, by pracować z pacjentami nad poprawą poczucia sensu życia, co zmniejszałoby ich lęk przed śmiercią. Także wyniki badań Ramanakumara i zespołu [19], pokazały, że sens życia może być jedną ze zmiennych psychospołecznych (obok pozytywnego myślenia i wsparcia rodziny), które mogą odgrywać kluczową rolę w zakończeniu leczenia, a następnie w przedłużeniu życia kobiet chorujących na raka szyjki macicy.

Warto przy tym podkreślić, że z psychologicznego punktu widzenia, poczucie sensu życia i jego celu jest, według niektórych autorów [20, 21, 22], jedną z pod-

stawowych, specyficznymi ludzkimi właściwościami i jednym z najważniejszych czynników motywacyjnych.

Drugim ważnym elementem podtrzymywania zdrowia oraz przystosowania się do sytuacji jego utraty, który poruszono w niniejszym opracowaniu, są style radzenia sobie ze stresem, a szczególnie z sytuacją choroby somatycznej. Przede wszystkim należy zauważyć, że przez długi okres czasu styl radzenia sobie w sytuacjach trudnych był niemal utożsamiany ze stałą cechą i niejednokrotnie traktowany jako cecha osobowości [23]. Obecnie pojęcie to odnoszone jest jedynie do pewnych dyspozycji jednostki, które mogą determinować jej zachowanie w konkretnych sytuacjach stresowych. Dlatego też Heszen-Niejodek proponuje, aby ujmować „styl radzenia sobie, jako będący w dyspozycji jednostki i charakterystyczny dla niej zbiór strategii, czy sposobów radzenia sobie, z których część uruchamiana jest w procesie radzenia sobie z konkretną konfrontacją stresową” [24, s.19]. Najczęściej wyróżnia się 3 style radzenia sobie – poprzez koncentrację na problemie, koncentrację na własnych emocjach oraz ucieczkę od problemu.

Jak wskazują liczne badania, sposób zachowania się w sytuacji stresowej, stosowany w niej styl radzenia sobie może być mniej lub bardziej adaptacyjny – zwłaszcza w odniesieniu do sytuacji choroby. Szczególnie podkreśla się nieadaptacyjną rolę stylu zorientowanego na uporanie się z własnymi emocjami [25, 26, 27, 28, 29, 30]. Może on mieć negatywny wpływ na zwiększanie się lęku przed operacją [29], negatywnie wpływać na funkcjonowanie emocjonalne, np. u osób chorujących na astmę [31], a niekiedy wiązać się również z ruminacjami, czy obwinianiem siebie za odwlekanie podjęcia decyzji [32]. Ogólnie można zauważyć, że strategie ukierunkowane na rozwiązanie problemu uznawane są za bardziej adaptacyjne, podczas gdy radzenie sobie poprzez koncentrację na emocjach za mniej adaptacyjne [33], co znajduje swoje potwierdzenie również w związkach pomiędzy stylem skoncentrowanym na emocjach, a zmiennymi będącymi miarami psychopatologii (m.in. lękiem, obsesyjnością, depresją, gniewem, czy cynizmem) [34].

Trzecią zmienną, która częściowo została uwzględniona w badaniach, były mechanizmy obronne, stanowiące dla jednostki środek obrony przed lękiem [35]. Współczesne koncepcje daleko odchodzą od tradycyjnego freudowskiego sposobu ich rozumienia jako chroniących świadomość jednostki przed niechcianymi i nieakceptowanymi impulsami. Obecnie coraz częściej zwraca się uwagę również na ich adaptacyjny charakter w łagodzeniu zaburzeń równowagi emocjonalnej, co skutkuje m.in. tworzeniem hierarchii mechanizmów obronnych w zależności od stopnia ich dojrzałości, a co za tym idzie adaptacyjności [36, 37]. Na przykład stosowanie niedojrzałych obron wiąza-

ne jest z napadami paniki u chorych z zaburzeniami sercowo-naczyniowymi [38], co przyczyniać się może do pogorszenia ich stanu zdrowia.

Wydaje się więc, że poczucie sensu życia, jego poszukiwanie i posiadanie, jest bardzo istotne dla zdrowia psychicznego człowieka, procesu zmagania się z chorobą i zdrowienia. Natomiast podstawowym zagadnieniem, które wiąże się z problematyką poczucia sensu życia i choroby somatycznej jest pytanie o to, czy choroba somatyczna może wywołać (jak można założyć) zmiany w poczuciu sensu życia.

Cel pracy

W badaniach postawiono pytanie: czy poczucie sensu życia różni się u osób cierpiących na chorobę niedokrwienną serca w porównaniu z osobami zdrowymi? Poszukiwano również uwarunkowania ewentualnych różnic w poziomie poczucia sensu życia. Analizie poddano także style radzenia sobie jakie, w porównaniu z osobami zdrowymi, stosują badani pacjenci oraz związki pomiędzy poczuciem sensu życia a stosowanymi stylami radzenia sobie.

Materiał i metody

Badaniami objęto ogółem 108 mężczyzn, których podzielono na dwie grupy. Jedną grupę stanowiło 54 chorych mężczyzn, hospitalizowanych w krakowskich szpitalach z rozpoznaniem choroby niedokrwiennej serca. Badania prowadzone były na oddziałach szpitalnych przez zatrudnionych w danej placówce psychologów. Grupę kontrolną dobrano parami do grupy badanej (dobierając uczestników badania pod względem wieku i wykształcenia) i stanowiło ją 54 mężczyzn aktualnie nie chorujących. W obu grupach badanych średni wiek wyniósł około 56 lat.

Do pomiaru zmiennych zastosowano metody kwestionariuszowe: Test Poczucia Sensu Życia (PLT), Inwentarz Stylów Radzenia Sobie, Kwestionariusz Stylów Obronnych DSQ-40.

Test Poczucia Sensu Życia (*Purpose in Life Test* – PIL) został skonstruowany przez J. Crumbaugh'a i L. Maholicę [39, 40, 41] i jest metodą dość często stosowaną do mierzenia tej zmiennej [17, 42], zwłaszcza przez osoby zainteresowane logoterapią [43]. Metoda ta nawiązuje do koncepcji nerwicy noogennej Victora Frankla i pozwala na ocenę stopnia uświadomienia sobie sensu własnego życia. W poniższych badaniach odwołano się do polskiej adaptacji tego testu autorstwa K. Popielskiego [44], wykorzystując jedynie pierwszą jego część, przeznaczoną do pomiaru ilościowego, w której autor adaptacji wyodrębnił następujące wymiary: Afirmacja życia, Akceptacja siebie, Świadomość celów, Poczucie wolności, Stosunek do przyszłości oraz Stosunek do śmierci.

Inwentarz Stylów Radzenia Sobie ze Stressem (*Coping Inventory For Stressful Situations – CISS*) jest metodą skonstruowaną przez Endlera i Parkera [45, 46]. Autorzy wyróżniają trzy główne style radzenia sobie w sytuacjach stresowych: 1. styl zorientowany na zadanie, służący przetrwaniu stresu w sposób aktywny, nieustępliwym rozwiązywaniu problemu i konsekwentnemu pokonywaniu przeszkód; 2. styl zorientowany na emocje, który służy regulowaniu napięcia i emocji; może uspokajać i łagodzić napięcie emocjonalne, może jednak również przybierać postać nieracjonalnych zachowań służących obronie Ja; 3. styl zorientowany na unikanie polega na ucieczce od problemu poprzez odwracanie uwagi, formowanie reakcji przeciwstawnych, czy szukaniu towarzystwa.

Trzecim użytym w badaniach testem był Kwestionariusz Stylów Obronnych DSQ-40 (*Defence Style Questionnaire*), służący pomiarowi świadomych pochodnych mechanizmów obronnych [47, 48]. Obrony te dzielą się na 3 grupy mechanizmów: dojrzałe (takie jak sublimacja, humor, antycypacja i stłumienie), neurotyczne (odczynianie, pseudoaltruizm, idealizacja i formacja reaktywna) oraz obrony niedojrzałe (projekcja, bierna agresja, acting out, izolacja, dewaluacja, fantazje schizoidalne, zaprzeczenie, przemieszczenie, dysocjacja, rozszczepienie, racjonalizacja, somatyzacja).

Wyniki i dyskusja

Porównując stopień poczucia sensu życia u osób zdrowych i pacjentów cierpiących na chorobę niedokrwienną serca spodziewano się istotnie statystycznie niższych wyników w grupie pacjentów – zarówno w ogólnym wymiarze tej zmiennej, jak i jej składowych. Analiza pokazała jednak, że deklarowany przez badanych pacjentów ogólny stopień poczucia sensu życia, nie różnił się od wyników uzyskiwanych w grupie osób zdrowych, a nawet był w niektórych wymiarach, takich jak Afirmacja życia i Stosunek do śmierci istotnie statystycznie wyższy (tab. I). Mogłoby to oznaczać, że choroba somatyczna nie obniża poczucia sensu życia wbrew początkowym założeniom. Niektórzy autorzy wskazują, że choroba somatyczna może powodować zmianę dotychczasowego systemu wartości u osób chorych [49]. Można postawić hipotezę, że u badanych zaszła zmiana dotychczasowego systemu wartości, na skutek ujawnienia się choroby, która zmusza ich do konfrontacji zarówno z wartością życia jako takiego, jak i z koniecznością zajęcia postawy wobec rzeczywistości własnej śmierci. Choć pozornie wydaje się, że obie te wartości – życie i śmierć – stoją ze sobą w sprzeczności.

Zauważyć jednak należy, że wzrost stopnia akceptacji własnej śmierci u pacjentów wiąże się z działaniem niedojrzałych mechanizmów obrony przed lękiem – izolacji i rozszczepienia, co ilustruje

Tabela I. Poczucie sensu życia – porównanie grupy chorych kardiologicznie i grupy kontrolnej

Table I. Differences in Purpose in Life between patient and control groups

Poczucie sensu życia /Purpose in Life	Grupa kardiologiczna /Patients		Grupa kontrolna /Control		p
	Średnia /Mean	SD	Średnia /Mean	SD	
Ogółem /Summary	113,20	13,46	109,24	17,25	0,2451
Afirmacja życia /Affirmation of life	44,97	6,25	41,44	7,89	0,007
Akceptacja siebie /Self-acceptance	17,12	1,76	16,93	2,68	0,6357
Świadomość celów /Awareness of purposes	16,92	3,07	17,20	3,07	0,6272
Poczucie wolności /Sense of freedom	9,42	3,60	9,65	3,12	0,6900
Stosunek do przyszłości /Attitude to the future	10,91	2,11	11,03	2,79	0,8729
Stosunek do śmierci /Attitude to death	11,00	2,06	9,66	2,33	0,0007

tabela II. Jest to więc bardzo słaba podstawa i świadczy raczej o tym, że akceptacja ta ma charakter obronny i deklaracyjny (przypominając raczej „zaklinanie rzeczywistości”, niż rzeczywiste pogodzenie się). Izolacja polega bowiem na oddzieleniu myśli od pierwotnie powiązanych z nimi uczuć i wyparciu elementu emocjonalnego, dzięki czemu jednostka traci kontakt z uczuciami powiązаныmi z daną myślą, pozostając świadomą jedynie jej poznawczych aspektów [50]. Natomiast rozszczepienie (*splitting*) wiąże się z odseparowaniem od siebie przeciwstawnych stanów uczuciowych i ograniczeniem zdolności do integrowania w spoiste obrazy pozytywnych i negatywnych właściwości siebie i innych – umysł przyjmuje jakby równocześnie dwa odrębne punkty widzenia i oscyluje pomiędzy nimi [51]. Można przypuszczać, że to właśnie działanie niedojrzałych mechanizmów obronnych podnosi poczucie sensu życia i odpowiada za obserwowaną jego wysokość.

Tabela II. Istotne wyniki korelacji mierzone współczynnikiem R Spearmana między zmiennymi: „Stosunek do śmierci” a wybranymi mechanizmami obronnymi w grupie osób chorych

Table II. Spearman correlations between Attitude to death and selected defense mechanisms – patient group

Zmienne	R	P
Stosunek do śmierci & izolacja /Attitude to death & isolation	0,5051	0,0386
Stosunek do śmierci & rozszczepienie /Attitude to death & splitting	0,5733	0,0162

Kolejnym ważnym zagadnieniem, często poruszanym w odniesieniu do problematyki poczucia sensu życia, jest jego związek z radzeniem sobie. Prezentowane badania wykazały, że pacjenci kardiologiczni znacznie rzadziej niż grupa osób zdrowych stosują style radzenia sobie skoncentrowane na emocjach czy na unikaniu problemu. Nie zaobserwowano natomiast

różnic w zakresie stosowania stylu radzenia sobie skoncentrowanego na zadaniu – obie grupy stosują go praktycznie w tym samym stopniu i jest to najczęściej stosowany przez nich sposób radzenia sobie (tab. III), polegający na podejmowaniu zadań lub planowaniu rozwiązania problemu [46].

Wydaje się to być korzystne z punktu widzenia adaptacji do sytuacji choroby, gdyż – jak wcześniej wspomniano – styl skoncentrowany na emocjach jest uznawany za szczególnie nieadaptacyjny, związany jest bowiem z koncentracją na sobie i swoich przeżyciach emocjonalnych (złości, napięciu, czy poczuciu winy) [46, 29].

Analizie poddano również związki pomiędzy poczuciem sensu życia a stylami radzenia sobie w obu grupach – wyniki zamieszczono w tabelach IV i V.

Najbardziej zwraca uwagę różnica w ilości zaobserwowanych korelacji w grupie osób zdrowych

i chorych. U osób zdrowych duża ilość istotnych statystycznie związków świadczyć może o pewnej integracji procesów psychicznych. I przeciwnie – w grupie osób chorych mała ilość związków świadczy o pewnej sztywności i praktycznie rozdzieleniu tych procesów. Byłoby to zgodne z wcześniej przedstawianymi wynikami dotyczącymi powiązań pomiędzy poczuciem sensu życia a stosowaniem niedojrzałych mechanizmów obronnych. Taka interpretacja jest dodatkowo wzmacniania przez związek między większą Afirmacją życia a częstszym stosowaniem radzenia sobie poprzez unikanie problemu i odwracanie od niego uwagi. Ponadto u osób chorych radzenie sobie przez koncentrację na własnych emocjach obniża ogólne poczucie sensu życia oraz stopień akceptacji własnej osoby, co może być bardzo niekorzystne z terapeutycznego punktu widzenia, a zwłaszcza przystosowania się jednostki do sytuacji choroby.

Uzyskane wyniki, zwłaszcza w grupie osób zdrowych, potwierdzają negatywne oddziaływanie stylu radzenia sobie poprzez koncentrację na przeżywanych emocjach – jego używanie wiąże się z obniżeniem poczucia sensu życia. Z drugiej strony jednak możliwe jest, że osoby o wysokim poczuciu sensu i znaczenia swojego życia rzadziej posługują się tym stylem i poczucie sensu pełni u nich funkcje niejako ochronne w zmaganiu się – co z kolei potwierdzałyby wyniki uzyskiwane w innych badaniach, w których sens życia był ważną zmienną sprzyjającą lepszemu radzeniu sobie, pozytywnemu starzeniu, czy wręcz czynnikiem zmniejszającym ryzyko śmierci u osób w starszym wieku [6, 8, 9, 10].

Tabela III. Porównanie grup: chorych kardiologicznie i kontrolnej – w zakresie stylów radzenia sobie

Table III. Differences in coping styles between patient and control groups

	Grupa kardiologiczna /Patients		Grupa kontrolna /Control		p
	Średnia /Mean	SD	Średnia /Mean	SD	
Styl zadaniowy /Task-oriented coping	60,15	6,59	58,63	9,96	0,3325
Styl emocjonalny /Emotional-oriented coping	42,65	11,30	47,11	10,35	0,0163
Styl unikowy /Avoidance-oriented coping	39,49	8,20	44,19	9,31	0,0029

Tabela IV. Korelacje pomiędzy poczuciem sensu życia a stylami radzenia sobie w grupie osób chorych

Table IV. Pearson correlations between Purpose in Life and coping styles – patient group

	Poczucie sensu życia (ogółem) /Purpose in Life (Summary)	Afirmacja życia /Affirmation of life	Akceptacja siebie /Self-acceptance	Świadomość celów /Awareness of purposes	Poczucie wolności /Sense of freedom	Stosunek do przyszłości /Attitude to the future	Stosunek do śmierci /Attitude to death
Styl zadaniowy /Task-oriented coping	r 0,0197	-0,280	-0,1066	0,0369	-0,2655	-0,2170	0,1153
	p 0,897	0,850	0,477	0,809	0,071	0,145	0,441
Styl emocjonalny /Emotional-oriented coping	r -0,3231	-0,2627	-0,3420	-0,2298	-0,0049	-0,0877	-0,2629
	p 0,027	0,074	0,019	0,122	0,976	0,558	0,075
Styl unikowy /Avoidance-oriented coping	r 0,2220	0,3037	0,1884	0,1310	0,1208	0,1327	0,0118
	p 0,135	0,038	0,203	0,380	0,422	0,375	0,938

Tabela V. Korelacje pomiędzy poczuciem sensu życia a stylami radzenia sobie w grupie kontrolnej

Table V. Pearson correlations between Purpose in Life and coping styles – control group

	Poczucie sensu życia (ogółem) /Purpose in Life (Summary)	Afirmacja życia /Affirmation of life	Akceptacja siebie /Self-acceptance	Świadomość celów /Awareness of purposes	Poczucie wolności /Sense of freedom	Stosunek do przyszłości /Attitude to the future	Stosunek do śmierci /Attitude to death
Styl zadaniowy /Task-oriented coping	r 0,6355	0,4457	0,6326	0,5503	0,3766	0,5225	0,2892
	p p0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,002
Styl emocjonalny /Emotional-oriented coping	r -0,3652	-0,2894	-0,3376	-0,3075	-0,2474	-0,2104	-0,1841
	p 0,000	0,002	0,000	0,001	0,008	0,024	0,049
Styl unikowy /Avoidance-oriented coping	r 0,0064	0,0739	-0,0275	-0,0538	-0,0463	0,1212	-0,0043
	p 0,948	0,434	0,771	0,569	0,623	0,197	0,964

Podsumowanie i implikacje do dalszych badań

1. U pacjentów chorych na chorobę niedokrwienną serca nie obserwuje się obniżonego poczucia sensu życia w porównaniu z osobami zdrowymi, a zauważyć nawet można wyższy poziom dwóch jego składowych, tj. afirmacji życia i pozytywnego stosunku do śmierci. Obie te zmienne powiązane są jednak z nieadaptacyjnym radzeniem sobie poprzez stosowanie niedojrzałych obron (unikowego radzenia sobie, izolacji i rozszczepienia). Należy zauważyć, że pacjenci cierpiący na chorobę niedokrwienną serca ogólnie dość rzadko stosują nieadaptacyjne style radzenia sobie – dominuje u nich koncentracja na problemach i aktywne rozwiązywanie sytuacji stresowych. Jednakże stosowanie takich strategii radzenia sobie nie jest u tych pacjentów powiązane ze wzrostem poczucia sensu życia, a niektóre dane wskazywałyby na to, że może dochodzić u nich do rozdzielania tych procesów psychicznych (wymagałoby to jednak jeszcze dalszych szczegółowych badań, potwierdzających taką hipotezę).
2. W dalszych badaniach warto rozważyć hipotezę, czy poczucie sensu życia nie jest czynnikiem niejako „zastępującym” radzenie sobie z własnymi emocjami i ochronę Ja, zarówno u osób chorych somatycznie jak i zdrowych. Wskazywałyby na to dane z innych badań wskazujące na rolę poczucia sensu życia jako swoistego bufora w ochronie zdrowia fizycznego i psychicznego [4, 5, 6, 8, 12]. Wymaga to jednak szerszego rozważenia funkcji i roli, jaką odgrywa radzenie sobie skoncentrowane na emocjach.
3. Wydaje się, że wyniki tej eksploracji mogą znaleźć zastosowanie w procesie terapii pacjentów chorych somatycznie. Tym bardziej, że z psychologicznego punktu widzenia zagadnieniem szczególnie ważnym w analizie poczucia sensu życia jest problematyka cierpienia, które towarzyszy osobom chorym. Victor Frankl [20] podkreślał, że warto dostrzec szansę, jaka może pojawić się u człowieka cierpiącego (w tym przypadku u osoby chorej) – jego zdaniem taka jednostka może, chociaż nie musi, niejako wznieść się ponad swoją chorobę oraz swoje cierpienie i przyjąć wobec nich

jakąś postawę. W ten sposób chory może dostrzec w swoim cierpieniu potencjalnie obecną w nim wolność – dlatego też cierpienie nie musi być wcale destrukcyjne. Można powiedzieć (za Franklem), że cierpienie wcale nie jest konieczne do odnalezienia sensu życia, ale nie musi także tego sensu życia przekreślać [52]. Cierpienie, w tym przypadku spowodowane chorobą somatyczną, może być więc pewną „okazją”, czy też po franklowsku „szansą”, ale nie warunkiem koniecznym do znalezienia sensu życia w chorobie. Może więc umożliwiać przewartościowanie dotychczasowego sposobu życia jednostki i pomóc jej w odnalezieniu sensu i celu w życiu, co z kolei sprzyjać będzie leczeniu. Podobnie zresztą psychologowie od dawna zwracają uwagę na dwuwartościowość kryzysów psychicznych, które mogą prowadzić do stanów psychopatologicznych, ale jednocześnie poprzez załamanie się dotychczasowych systemów, mogą stwarzać szansę na rozwój jednostki [53]. Wskazuje na to także Popielski [54], który zauważa, że „poczucie sensu życia związane jest wprost z osobistym i osobowym zaangażowaniem się jednostki w świat wartości, z odkrywaniem ich znaczenia dla egzystencji, ich interioryzowaniem i faktem życia wartościami. Nie muszą to być jednak tylko wartości służące jakiejś bezpośrednio doświadczanej przyjemności, ale może to być też twórcza rezygnacja, wyrzeczenie, ofiara”.

4. Problematyka poczucia sensu życia i radzenia sobie z chorobą nie jest prosta i jednoznaczna, nie mniej jednak może być bardzo istotna w procesie leczenia pacjentów chorych somatycznie [3, 55, 19, 18, 13], na co także wskazują wyniki wcześniej cytowanych badań. Tym bardziej, że coraz częściej podkreśla się rolę, jaką mogą spełniać czynniki psychologiczne w terapii – pomimo, iż nie znamy jeszcze dokładnie mechanizmów ich działania. Pomocne mogą być tutaj oddziaływania psychoterapeutyczne, a zwłaszcza podejście egzystencjalne, które może być jedną z ważniejszych form pracy terapeutycznej psychologa z pacjentem chorym somatycznie [56], zwłaszcza w sytuacji ciężkiej choroby lub zagrożenia życia.

Piśmiennictwo / References

1. Słowik P. Choroba somatyczna jako kryzys a możliwość rozwoju. [w:] *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. Kubacka-Jasiecka D, Lipowska-Teutsch A (red). ALL, Kraków 1997: 99-109.
2. Wrona-Polańska H. *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem*. AP, Kraków 2003.
3. Słowik P, Wysocka-Pleczyk M. Rola poczucia sensu życia w zmaganiu się z chorobą somatyczną – na przykładzie niedokrwienną choroby serca. *Sztuka Leczenia* 1999, 5(2): 45-52.
4. Boyle PA, Buchman AS, Barnes LL, Bennett DA. Effect of a purpose in life on risk of incident Alzheimer disease and mild cognitive impairment in community-dwelling older persons. *Arch General Psychiatr* 2010, 67 (3): 304-10.
5. Boyle PA, Buchman AS, Bennett DA. Purpose in life is associated with a reduced risk of incident disability among community-dwelling older persons. *Am J Geriatric Psychiatr* 2010, 18(12): 1093-1102.

6. Boyle PA, Barnes LL, Buchman AS, Bennett DA. Purpose in life is associated with mortality among community-dwelling older persons. *Psychosom Med* 2009, 71(5): 574-579.
7. Geda YE. A purpose-oriented life. Is it potentially neuroprotective? *Arch Neurol* 2010, 67(8): 1010-1011.
8. Krause N. Meaning in life and mortality. *J Gerontol Series B: Psychol Sc Social Sc* 2009, 64(4): 517-27.
9. Reichstadt J, Depp CA, Palinkas LA, Folsom DP, Jeste DV. Building blocks of successful aging: a focus group study of older adults' perceived contributors to successful aging. *Am J Geriatric Psychiatr* 2007, 15(3): 194-201.
10. Hedberg P, Gustafson Y, Brulin Ch. Purpose in Life Among Men and Women Aged 85 Years and Older. *Int J Aging & Human Development* 2010, 70(3): 213-229.
11. Verduin PJM, De Bock GH, Vlieland TPMV, Peeters AJ, Verhoef J, Otten W. Purpose in life in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol* 2008, 27(7): 899-908.
12. Lyon DE, Younger JB. Purpose in life and depressive symptoms in persons living with HIV disease. *J Nursing Scholarship* 2001, 33(2): 129-33.
13. Low CA, Matthews KA, Kuller LH, Edmundowicz D. Psychosocial predictors of coronary artery calcification progression in postmenopausal women. *Psychosom Med* 2011, 73(9): 789-94.
14. Vollman MW, LaMontagne LL, Wallston KA. Existential well-being predicts perceived control in adults with heart failure. *Appl Nurs Res* 2009, 22(3): 198-203.
15. Holahan CK, Holahan ChJ, Suzuki R. Purposiveness, physical activity, and perceived health in cardiac patients. *Disability & Rehabilitation* 2008, 30(23): 1772-1778.
16. Mezick EJ, Matthews KA, Hall M, Kamarck TW, Strollo PJ, Buysse DJ, Owens JF, Reis SE. Low life purpose and high hostility are related to an attenuated decline in nocturnal blood pressure. *Health Psychol* 2010, 29(2): 196-204.
17. Ishida R, Abe T, Okada M. Firmness of purpose in life significantly influences emotional state and autonomic nervous activity. *Health* 2011, 3(8): 507-511.
18. Tang PL, Chiou CP, Lin HS, Wang C, Liand SL. Correlates of death anxiety among Taiwanese cancer patients. *Cancer Nurs* 2011, 34(4): 286-92.
19. Ramanakumar AV, Balakrishna Y, Ramarao G. Coping mechanisms among long-term survivors of breast and cervical cancers in Mumbai, India. *Asian Pacific J Cancer Prev* 2005, 6(2): 189-94.
20. Frankl V. *Homo Patiens. PAX*, Warszawa 1984.
21. Fromm E. *Ucieczka od wolności. Czytelnik*, Warszawa 1993.
22. Ostrowski T. *Libertalno-waloryczny model sensu życia w kontekście zdrowia i choroby wieńcowej. UJ*, Kraków 2008.
23. Słowik P. Związki między poczuciem koherencji a stylami i strategiami radzenia sobie u pacjentów chorych z miażdżycą zarostową tętnic kończyn dolnych. [w:] *Problemy psychosomatyki okresu dorastania i dorosłości*. Szewczyk L, Kulik A (red). Prokurat, Lublin 2008: 119-138.
24. Heszen-Niejodek I. *Stres i radzenie sobie – główne kontrowersje stresu. [w:] Człowiek w sytuacji stresu*. Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z (red). UŚ, Katowice 1996.
25. Koff E, Sangani P. Effects of coping style and negative body image on eating disturbance. *Int J Eating Disorders* 1997, 22: 51-56.
26. Parker JD, Taylor GJ, Bagby RM. Alexithymia: Relationship with ego defense and coping styles. *Comprehensive Psychiatry* 1998, 39: 91-98.
27. Uehara T, Sakado K, Sakado M, Sato T, Someya T. Relationship between stress coping and personality in patients with major depressive disorder. *Psychother Psychosom* 1999, 68: 26-30.
28. Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behaviour Res Therapy* 2006, 44: 585-599.
29. Matsushita T, Murata H, Matsushima E, Sakata Y, Miyasaka N, Aso T. Emotional state and coping style among gynecologic patients undergoing surgery. *Psychiatr Clin Neurosc* 2007, 61(1): 84-93.
30. Rokowska-Waluch A, Piasecki B, Cybulski M, Mojs E, Pawlaczyk M. Wstępna ocena wybranych parametrów psychologicznych u chorych na trądzik pospolicity. *Dermatol Klin* 2010, 12(3), 159-162.
31. Lewandowska K, Specjalski K, Jassem E, Słomiński JM. Styl radzenia sobie ze stresem a funkcjonowanie emocjonalne u chorych na astmę. *Pneumonol Alergol Pol* 2009, 77(1): 31-6.
32. Cohan SL, Jang KL, Stein MB. Confirmatory factor analysis of a short form of the coping inventory for stressful situations. *J Clin Psychol* 2006, 62: 273-283.
33. Kershaw T, Northouse L, Kritpracha C, Schafenacker A, Mood D. Coping strategies and quality of life in women with advanced breast cancer and their family caregivers. *Psychol Health* 2004, 19: 139-155.
34. Endler NS, Parker JDA, Butcher JN. A factor analytic study of coping styles and the MMPI-2 content scales. *Journal of Clinical Psychology* 1993, 49(4): 523-527.
35. Rosenhan DL, Seligman MEP. *Psychopatologia. Pol Tow Psychol*, Warszawa 1994.
36. Vaillant G. Ego mechanisms of defense and personality Psychopathology. *J Abnormal Psychol* 1994, 103(1): 44-50.
37. Bowins B. Personality Disorders: A Dimensional Defense Mechanism Approach. *Am J Psychother* 2010, 64(2): 153-169.
38. Martínez BPR, León EC, Rodríguez GAR, Moctezuma LGP. Defense mechanisms in cardiovascular disease patients with and without panic disorder. *Salud Mental* 2010, 33(3): 219-227.
39. Crumbaugh JC, Maholick LT. An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of noogenic neurosis. *J Clin Psychol* 1964, 20: 200-207.
40. Crumbaugh JC, Maholick LT. *Manual of instructions for the Purpose in Life test*. Viktor Frankl Institute of Logotherapy Abilene, TX 1969.
41. Makselon J. *Lęk wobec śmierci. Wybrane teorie i badania psychologiczne. Pol Tow Teol*, Kraków 1988.
42. Jonsén E, Fagerström L, Lundman B, Nygren B, Vähäkangas M, Strandberg G. Psychometric properties of the Swedish version of the Purpose in Life scale. *Scand J Caring Sc* 2010, 24(1): 41-48.
43. Schulenberg SE, Melton AM. A Confirmatory Factor-Analytic Evaluation of the Purpose in Life Test: Preliminary Psychometric Support for a Replicable Two-Factor Model. *J Happiness Stud* 2010, 11: 95-111.

44. Popielski K. Testy egzystencjalne: Metody badania frustracji egzystencjalnej i nerwicy nooogennej. [w:] Człowiek – pytanie otwarte. Popielski K (red). KUL, Lublin 1987: 237-261.
45. Endler NS, Parker JDA. The multidimensional assessment of coping: concepts, issues and measurement. *J Person Social Psychol* 1990, 58(5).
46. Strelau J, Jaworowska A, Wrześniewski K, Szczepaniak P. Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych CISS. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2005.
47. Bond M, Gardner ST, Christian J, Sigal JJ. Empirical study of self-rated defense styles. *Arch General Psychiatr* 1983, 40: 333-338.
48. Andrews G, Singh M, Bond M. The Defense Style Questionnaire. *J Nervous Mental Disease* 1993, 181: 242-256.
49. Słowik P. Chory somatycznie wobec własnej choroby – propozycje pomocy psychologicznej. [w:] Wybrane problemy zmagania się ze stresem. Kubacka-Jasiecka (red). *Prace Psychol UJ*, Kraków 1995: 105-122.
50. Baumeister RF, Dale K, Sommer KL. Freudian Defense Mechanisms and Empirical Findings in Modern Social Psychology: Reaction Formation, Projection, Displacement, Undoing, Isolation, Sublimation, and Denial. *J Personality* 1998, 66(6): 1081-1124.
51. Pellegrini DW. Splitting and projection: drawing on psychodynamics in educational psychology practice. *Educ Psychol Practice* 2010, 26(3): 251-260.
52. Opoczyńska M. Wpływ choroby psychicznej na przemiany w świecie wartości. Niepublikowana praca doktorska. UJ, Kraków 1994.
53. Kubacka-Jasiecka D. Z psychologii kryzysu. [w:] *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. Kubacka-Jasiecka D, Lipowska-Teutsch A (red). ALL, Kraków 1997: 11-30.
54. Popielski K. Noetyczny wymiar osobowości. KUL, Lublin 1994.
55. Schnoll RA, Harlow LL, Brower L. Spirituality, demographic and disease factors, and adjustment to cancer. *Cancer Practice* 2000, 8(6): 298-304.
56. Słowik P. Podejście egzystencjalne jako jedna z ważniejszych form pracy terapeutycznej psychologa z pacjentem chorym somatycznie. *Sztuka Leczenia* 1996, 2(1): 69-75.