

Kontakty towarzyskie służą zdrowiu chorych na łuszczycę

Anna Lipińska-Olszewska

Bezpowrotnie minęły już czasy, kiedy zagadnieniem chorób somatycznych zajmowały się jedynie poszczególne obszary medycyny i wyłącznie na ich dorobku bazowały oddziaływania prowadzące do przywrócenia cennego zdrowia.

Wybitny krakowski lekarz – prof. Julian Aleksandrowicz – wielokrotnie podkreślał, iż aby pomóc choremu, nie wystarczy badanie fragmentów jego ciała nawet najsubtelniejszymi metodami, lecz konieczne jest w tym procesie łączenie wiedzy pochodzącej ze wszystkich dziedzin zajmujących się funkcjonowaniem człowieka (Aleksandrowicz, 1987).

Na wezwanie do takiego interdyscyplinarnego podejścia do problemu zdrowia obojętna nie pozostaje psychologia. Zajmuje się ona między innymi zagadnieniami dotyczącymi zależności pomiędzy psychiką człowieka a stanem jego zdrowia. Bada np. wpływ cech temperamentalnych czy osobowościowych ludzi na ich stan fizyczny, ich podatność psychiczną na poszczególne schorzenia, oraz z drugiej strony zajmuje się konsekwencjami somatycznego braku zdrowia w sferze psychicznej. Obejmuje więc zagadnienia chorób psychosomatycznych i somatopsychicznych.

Znajduje się więc w niej również miejsce dla schorzeń psychodermatologicznych łączących w sobie komponentę psychologiczną i ingredient dermatologiczny, do których zalicza się między innymi łuszczycę (Pacan, Szepietowski, 1999).

Liczne publikacje naukowe potwierdzają obecność zależności pomiędzy stresem psychologicznym a pojawianiem się zmian łuszczycowych. Badacze występowanie ich wiążą z obecnością stresu u od 40 do 80% chorych, natomiast odpowiedzialność za ich nasilenie przypisują mu w 45% przypadków (Pietrzak A., Janowski K., Lechowska-Mazur I., Krasowska D., 2006; Januskiewicz-Borowiec, 1999; Pacan, Szepietowski, 1999; Pacan, Szepietowski, Kiejana 2002). Stres jest więc czynnikiem wywołującym, podtrzymującym lub/i zaostrzającym przebieg choroby (Januskiewicz-Borowiec, 1999).

Z drugiej strony, schorzenie to staje się czynnikiem utrudniającym codzienne funkcjonowanie. Przemawiają za tym wyniki badań ukazujące, iż u pacjentów cierpiących na łuszczycę znacznie częściej niż w populacji ogólnej stwierdza się obecność lęku i depresji (Akton i Ozmen, 1998). Diagnozuje się je w poszczególnych

badaniach u pomiędzy 40 a 46% chorych dotkniętych tym schorzeniem (Miniszewska, Chodkiewicz, Zalewska, 2004). Uznaje się, że aż 75% z nich ma ścisły związek z chorobą skóry, w 20% współwystępowanie zaburzeń może być przypadkowe, a jedynie w 5% ma charakter wyłącznie psychiatryczny (Stueden, Janowski, 2000). Jobling (1976), natomiast dowiódł, iż aż 84% badanych przez niego chorych na łuszczycę miało poważne trudności w nawiązywaniu nowych kontaktów i znajomości.

Przykładów takich wyników można by było jeszcze mnożyć. Ilustrują bowiem jedynie z jakimi poważnymi i na jaką skalę problemami borykają się pacjenci łuszczycowi, skupiając się jednocześnie wyłącznie na aspekcie negatywnym. Brak natomiast badań prowadzących do rozwiązania tych problemów, poszukiwania jakiegokolwiek antidotum. Dziś mówiąc o zdrowiu nie rozumie się go wyłącznie jako braku choroby. To continuum, na którego jednym krańcu jest zdrowie a na przeciwnym choroba. Trzeba więc poszukiwać sposobów sprzyjających zbliżaniu się w kierunku bieguna zdrowia.

Punktem wyjścia dla moich badań stał się potwierdzony empirycznie udział stresu w etiopatogenezie łuszczycy i jej przebiegu. Nie można w tym miejscu pominąć faktu, że obok stresu jaki jest wkomponowany w życie nas wszystkich, w przypadku chorych na łuszczycę poważne źródło stresu stanowi dodatkowo choroba.

Przyjęłam założenie, iż z pewnością istnieją skuteczne style radzenia sobie ze stresem, których stosowanie służy zachowaniu lepszego zdrowia. Pytanie jednak brzmiało: które?

Zdrowie rozumiałam tu bardzo holistycznie. Obejmowało ono takie wskaźniki jak: dobry stan fizyczny (w subiektywnej ocenie pacjenta), dobra ogólna kondycja psychiczna, satysfakcja z życia, brak depresji, brak zaburzeń lękowych oraz aktywny udział w życiu społecznym. Zostały one wyróżnione na podstawie wyników badań wskazujących na najczęstsze problemy zdrowotne (zarówno somatyczne, psychiczne jak i społeczne) z jakim borykają się pacjenci cierpiący na łuszczycę.

Brak zaburzeń lękowych diagnozowany był przy pomocy Inwentarza Stanu i Cechy Lęku STAI C.D. Spielbergera, J. Strelaua, M. Tysarczyk i K. Wrześniewskiego, w którym zastosowano odwrócony klucz zliczania wyników. Diagnozie pozostałych wskaźników zdrowia służył wywiad standaryzowany. Style radzenia sobie ze stresem badane były przy pomocy Kwestionariusza CISS N.S. Endlera i J.D.A. Parkera (1990, 1994) wyróżniającego styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany

na emocjach i styl skoncentrowany na unikaniu obejmujący dwie podskale: odwracanie uwagi i poszukiwanie kontaktów towarzyskich.

Styl skoncentrowany na zadaniu polega na podejmowaniu w sytuacjach stresowych wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez próby zmiany sytuacji czy ich poznawcze przekształcenia. Osoby korzystające z tego stylu planują rozwiązanie problemu, zbierają potrzebne do pojęcia odpowiednich decyzji informacje, selekcjonują je.

Styl skoncentrowany na emocjach wiąże się z tendencją do przyjmowania w sytuacjach stresowych zachowań związanych z koncentracją na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych. Osoby korzystające z niego cechują się myśleniem życzeniowym i fantazjowaniem w celu zmniejszenia swojego napięcia emocjonalnego towarzyszącego sytuacji stresowej. Złagodzenie tych emocjonalnych reakcji staje się dla nich celem pierwszoplanowym. Poszukując sposobów poprawienia swojego samopoczucia pomijają systematyczne zbieranie i analizowanie informacji.

Styl skoncentrowany na unikaniu charakterystyczny jest dla osób, które w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania tej sytuacji. Pierwsza jego forma polega na angażowaniu się w czynności zastępcze jak np. oglądanie telewizji, myślenie o rzeczach przyjemnych, ulubionych aktywnościach. Druga natomiast wiąże się z poszukiwaniem kontaktów towarzyskich. W zachowaniu takich osób dominuje, zadziwiający dla innych ludzi brak przejmowania się problemem i niechęć do podejmowania działań zmierzających do jego rozwiązania. Zachowują się tak, jakby nie było problemu. Potrafią z niego żartować czy bagatelizować go (Jodko, Kokoszka, Radzio, 2003).

Przystępując do badania przyjąłm hipotezę, iż zachowaniu lepszemu zdrowia pacjentów cierpiących na łuszczycę sprzyja korzystanie przez nich ze stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanego na zadaniu. Analiza statystyczna (dane pochodzące z badań 30 osób) wykazała jednak niedużą pozytywną korelację pomiędzy tym stylem radzenia sobie a poszczególnymi wskaźnikami zdrowia (z wyjątkiem aktywnego udziału w życiu społecznym). Korelacja wahała się w

przedziale od $r=0,09$ do $r=0,29$.¹ Wyniki te są istotne statystycznie na poziomie $>.05$ i nie mogą być uogólnione na całą populację chorych.

Ujemne współczynniki korelacji uzyskałam dla zdrowia i stylu radzenia sobie ze stresem zorientowanego na emocjach. Wahają się one dla poszczególnych wskaźników w granicach od $r=-0,13$ do $r=-0,59$. Są one istotne na poziomie $<.05$ dla satysfakcji z życia i braku lęku rozumianego jako cecha oraz na poziomie $<.01$ dla lęku rozumianego jako stan.

Istotne ujemnie korelacje (z wyjątkiem lęku jako cechy i aktywnego udziału w życiu społecznym, gdzie $p>.05$) występują również pomiędzy zdrowiem a podstylem radzenia sobie ze stresem zorientowanym na unikaniu – odwracaniem uwagi. R wynosi od $-0,47$ do $-0,63$.

Okazuje się natomiast, iż silnie dodatnio ze zdrowiem koreluje podstyl radzenia sobie ze stresem zorientowanego na unikaniu – poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Korelacje te (istotne na poziomie $<.05$, $<.01$ i $<.001$) wynoszą od $r=0,51$ do $r=0,59$. Ten właśnie styl służy więc zachowaniu lepszemu zdrowia².

Nie ma jednak pewności, czy wszystkim pacjentom cierpiącym na łuszczycę dla zachowania jak najlepszego zdrowia służy korzystanie z tego samego stylu radzenia sobie ze stresem? Czy np. te same style służą kobietom i mężczyznom, czy są one tak samo skuteczne dla osób bez względu na to, ile mają lat i jak długo zmagają się chorobą i jaką jej odmianą?

Uzupełnienie wyników będzie możliwe po przebadaniu większej grupy chorych. Ponadto badania te zostaną rozszerzone o dane, jakie inne zasoby osobiste dodatkowo służą szeroko pojętemu zdrowiu, na co szczególnie powinny zwracać uwagę programy pomocy psychologicznej dla osób cierpiących na łuszczycę.

Bibliografia:

1. Akton S., Ozmen E. (1989), *Ps1ychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatient clinic*, *Dermatology*, 197, 230-234.

¹ Dla niewtajemniczonych: współczynnik korelacji r zawiera się w przedziale od -1 do $+1$. 0 oznacza brak zależności pomiędzy zmiennymi, $+1$ silną zależność dodatnią (im wyższy poziom jednej zmiennej tym wyższy również drugiej), -1 natomiast oznacza silną zależność ujemną (im wyższy poziom jednej zmiennej tym niższy drugiej).

² Szczegółowe wyniki badań opublikowane zostaną w czasopiśmie *Sztuka leczenia*.

2. Aleksandrowicz J. (1987), *Nie ma nieuleczalnie chorych*, Wydawnictwo Łódzkie, Łódź.
3. Endler N.S., Parker J.D.A. (1990), *The Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation*, Journal of Personality and Social Psychology, 58, 844-854.
4. Endler N.S., Parker J.D.A. (1994), *Assessment of multidimensional coping: Task emotion and avoidance strategies*, Psychological Assessment, 6, 50-60.
5. Januszkiewicz-Borowiec M. (1999), *Udział stresu w etiopatogenezie wybranych chorób skóry*, Przegląd Dermatologiczny, 86(2), 61-65.
6. Januszkiewicz-Borowiec M. (1999), *Udział stresu w etiopatogenezie wybranych chorób skóry*, Przegląd Dermatologiczny, 86(2), 61-65.
7. Jobling R.G. (1976), *Psoriasis – a preliminary questionnaire study of sufferers subjective experience*, Clin Exp Dermatol, 1, 233-235.
8. Jodko A., Kokoszka A., Radzio R. (2003), *Krótką metoda radzenia sobie z chorobą – geneza i opis roboczej wersji metody*, Przewodnik Lekarza 10, 39-46.
9. Miniszewska J., Chodkiewicz J., Zalewska A. (2004), *Psychodermatologia – nowe wyzwanie dla psychologii*, Nowiny Psychologiczne 3, 21-29.
10. Pacan P., Szepietowski J., Kiejna A. (2002), *Wpływ czynników psychicznych na przebieg łuszczycy*, Przegląd Dermatologiczny, 89, 401-407.
11. Pietrzak A., Janowski K., Lechowska-Mazur I., Krasowska D. (2006), *Łuszczyca jako przewlekła choroba skóry w kontekście psychologicznym*, Nowa Medycyna, 1, 14-19.
12. Steuden S., Janowski K. (2000), *Choroby dermatologiczne a zaburzenia psychiczne*. Przegląd Dermatologiczny 87, 257-261.