

Strategie pacjentek depresyjnych radzenia sobie ze stresem

Coping with stress strategies among female patients suffering from a depression

Agnieszka Tomczak-Witych

Zakład Psychologii Akademii Wychowania Fizycznego i Sportu w Gdańsku
Kierownik: dr H. Kulas

Summary

Introduction. Within the past few years there was an ever increasing number of scientific publications focusing on the question of stress, new theories were created as well as efforts were taken to classify them. According to stress researchers, finding out how to manage with stress and with difficulties (the strategy of coping) plays an even more important role than the phenomenon of stress itself. This is due to the fact that the former decides about the quality of one's life. Stressful transactions in the aspect of a disease seem to differ from everyday stressful problems. The intensity of stress and the capability of taking control over stress itself are different in the case of a danger of disease compared to an experience of disease, which influences applying certain coping strategies (task-aimed strategies).

Aim. The purpose of the study was to determine the relationship between the social functioning of female patients suffering from depression with their coping style.

Method. 60 female patients with a diagnosed depression and 60 mentally ordered female patients were tested with the use of Endler's and Parker's Coping Inventory for Stressful Situations Questionnaire (CISS).

Results. The study presents and describes the result of the research concerning female patients suffering from depression. The analysis of the results indicated the existence of differences in choosing coping strategies (task-aimed strategies) in both the studied groups of women.

Conclusions. The study shows that female patients with depression cope with stress mostly using emotional strategies, and the avoidance strategies are used the least often. Mentally ordered women however, most commonly use problem (task)-focused strategies.

Słowa kluczowe: radzenie sobie ze stresem, strategia emocjonalna, strategia unikowa, strategia zadaniowa

Key words: coping with the stress, emotional strategy, avoidance strategy, task strategy

Wstęp

We współczesnych koncepcjach stresu psychologicznego pojęcie stresu i radzenia sobie z nim traktowane jest nierozłącznie. Ostatnio jednak obserwuje się charakterystyczne przesunięcie akcentów. Mniej uwagi przypisuje się stresorom, więcej – aktywności, którą podejmuje jednostka w obliczu stresu. Argumentem przemawiającym za taką zmianą jest m.in. teza, że o skutkach konfrontacji stresowej bardziej decyduje

aktywność jednostki niż obiektywne właściwości i działanie stresora [1, 2, 3]. Ten nurt aktywności określany jest jako radzenie sobie (*coping*).

Problematyka radzenia sobie jest obszarem szczególnego zainteresowania. Zainteresowanie to wynika z tego, że przyjęte i stosowane strategie działania wiążą się z licznymi – zarówno pozytywnymi, jak i negatywnymi – konsekwencjami dla jednostki. Ponadto w kulturze naszych czasów skuteczność w pokonywaniu trudności i przeciwności w życiu jest wysoko ceniona.

Radzenie sobie rozpatrywane jest najczęściej jako funkcja regulacyjna, polegająca na utrzymaniu adekwatnej równowagi pomiędzy wymaganiami a możliwościami lub na redukowaniu rozbieżności pomiędzy wymaganiami a możliwościami [4]. Możliwości radzenia sobie z wymaganiami zależą od: inteligencji, zdolności specjalnych, umiejętności, wiedzy, cech osobowości, cech fizycznych, liczby doświadczeń związanych z daną sytuacją stresową czy obecnego stanu fizycznego i psychicznego. Skuteczne radzenie sobie zmniejsza stres. Lazarus [5, 6] uważa, że radzenie sobie jest silnie związane z kontekstem – ażeby było efektywne, musi zmieniać się w czasie, niezależnie od rodzaju stresujących warunków.

Termin „radzenie sobie” ma kilka odniesień znaczeniowych [5, 7, 8], które raczej uzupełniają się niż wykluczają. Wrześniewski [9] proponuje rozróżnić trzy pojęcia związane z radzeniem sobie. Może być ono rozpatrywane jako styl, strategia i proces. Ma to ułatwić badanie tego zjawiska.

Przez styl autor rozumie trwałą dyspozycję jednostki do określonego zmagania się z sytuacją stresową. Strategia to poznawcze i behawioralne wysiłki, jakie jednostka podejmuje w konkretnej sytuacji stresowej. Procesem jest ciąg zmieniających się w czasie strategii, związanych ze zmianami cech sytuacji i zmianami stanu psychofizycznego jednostki [9, 10]. Każde z tych pojęć może być zoperacjonalizowane za pomocą określonych wskaźników oraz poddane badaniu.

Cel badań

Transakcje stresowe w obliczu choroby są różne od stresujących kłopotów dnia codziennego [5, 6, 11, 12]. Sytuacja zarówno zagrożenia chorobą, jak i faktycznego jej doświadczenia charakteryzuje się przede wszystkim odmienną siłą stresu i możliwościami kontroli, co wpływa na uruchomienie określonych strategii zaradczych [13, 14]. Dlatego celem pracy jest próba pokazania, jakie strategie zaradcze preferują kobiety z rozpoznaną depresją i jak radzą sobie ze stresem, jaki niesie ze sobą choroba.

Charakterystyka badanej populacji, czas i miejsce badania

Grupę badaną stanowiły kobiety z klinicznym rozpoznaniem depresji. Pacjentki spełniały kryteria według ICD-10 umieszczone w indeksie w grupie F 32, F 33, F 34, F 38 i F 39. Klasyfikowano je do badania na podstawie informacji uzyskanych od lekarza prowadzącego. Dane dotyczące okoliczności przyjęcia do szpitala, czasu trwania hospitalizacji, metody leczenia, wykształcenia i wieku zaczerpnięto z dokumentacji lekarskiej. Grupa badana liczyła 60 osób. Spośród badanych pacjentek 11 było hospita-

lizowanych w zakładzie psychiatrycznym już wcześniej (przynajmniej raz) z podobnym rozpoznaniem. Wszystkie badane kobiety przebywały na oddziale, co najmniej od 2 tygodni, gdzie poddawane były zarówno psychoterapii, jak i farmakoterapii. Dwanaście pacjentek w chwili badania nie przyjmowało leków, pozostałych 48 leczonych było farmakologicznie.

Grupę porównawczą stanowiło również 60 kobiet, bez patologicznego nasilenia objawów depresyjnych, które nigdy nie korzystały z podstawowej opieki psychiatrycznej i nie były hospitalizowane psychiatrycznie.

Aby dobór do obu grup był poprawny metodologicznie i aby grupy nie różniły się istotnie, starano się również zwracać uwagę na takie zmienne, jak: wiek, wykształcenie i poziom nasilenia objawów depresyjnych. Nasilenie objawów oceniano na podstawie Inwentarza Depresji – Hipochondrii (podskali depresji). Szczegółowe dane o grupach badanych ilustruje tabela 1.

Tabela 1

Wiek, wykształcenie i poziom nasilenia objawów depresyjnych badanych kobiet

Badane grupy	Wiek						Wykształcenie				Poziom depresji		
	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	wyższe	średnie	zawodowe	podstawowe	brak depresji (0-10 pkt.)	d. umiarkowana (11-20 pkt.)	depresja głęboka (> 21 pkt.)
Pacjentki depresyjne N ₁ = 60	6	6	12	14	11	11	15	15	15	15	0	12	48
Pacjentki niedepresyjne N ₂ = 60	6	6	12	14	11	11	15	15	15	15	60	0	0

Źródło: opracowanie własne

Badania do niniejszej pracy prowadzone były od maja 2000 r. do lutego 2002 r. w II Klinice Akademii Medycznej w Gdańsku oraz w Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Starogardzie Gdańskim. Uzyskano zgodę ordynatorów oddziałów na przeprowadzenie badań. Miały one charakter indywidualny i odbywały się w gabinecie lekarza lub psychologa, najczęściej w godzinach przedpołudniowych (między 10.00 a 12.30).

Wszystkie kobiety (zarówno z grupy badanej, jak i porównawczej) zostały poinformowane o celu badania, jego przebiegu i wyraziły na nie zgodę.

Narzędzia badawcze

N.S. Endler i J.D.A. Parker, konstruując kwestionariusz do badania stylów radzenia sobie ze stresem – *Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS) – opierali się na

interakcyjnym modelu teoretycznym, według którego działania zaradcze, jakie człowiek podejmuje w konkretnej sytuacji stresowej, są efektem interakcji, która zachodzi pomiędzy cechami sytuacji a stylem radzenia sobie, charakterystycznym dla danej jednostki [15]. Autorzy kwestionariusza rozumieją styl radzenia sobie jako typowy dla danej jednostki sposób zachowania w różnych sytuacjach stresowych [15, 16].

Kwestionariusz składa się z 48 prostych stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie podejmują w sytuacjach stresowych. Obok każdego stwierdzenia umieszczone są cyfry od 1 do 5, określające częstotliwość, z jaką dana aktywność jest podejmowana w sytuacjach trudnych, stresowych. Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do każdego stwierdzenia poprzez zakreślenie jednej cyfry, tej, która najlepiej oddaje częstotliwość podejmowanej aktywności.

Kwestionariusz zawiera 3 skale, które określają 3 style zaradcze: styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ), styl skoncentrowany na emocjach (SSE) i styl skoncentrowany na unikaniu (SSU).

Kwestionariusz CISS może być wykorzystywany zarówno w badaniach indywidualnych, jak i grupowych. Przeznaczony jest w zasadzie dla osób powyżej 18 roku życia, ale istnieje także wersja dla młodzieży.

Inwentarz Depresji – Hipochondrii (podskala depresji) T.L. Brinka jest skalą samooceny, służącą do opisanego nastroju i pozwalającą na ocenę nasilenia objawów depresyjnych. Podskala depresji zawiera 30 pytań. Zadaniem osoby badanej jest ustosunkowanie się do nich poprzez zakreślenie odpowiedzi „tak” lub „nie”. Osoba badana może uzyskać od 0 do 30 punktów. Interpretacja punktowa przedstawia się następująco: 0–10 – brak patologicznego nasilenia objawów depresyjnych, 11–20 – umiarkowane nasilenie depresji, 21–30 – depresja głęboka [17].

Wyniki badania za pomocą kwestionariusza CISS

Wyniki kwestionariusza CISS poddano analizie statystycznej z zastosowaniem testu t (do badania istotności różnic pomiędzy średnimi wynikami surowymi), testu F (do badania istotności różnic pomiędzy wariancjami wyników) oraz testu Chi² (do zbadania istotności różnic między rozkładami wyników oraz niezależności dwóch zmiennych względem siebie).

Uzyskane dane (zawiera je tabela 2) posłużyły do weryfikacji hipotezy, która zakładała, że depresyjne kobiety, w związku ze specyficzną sytuacją stresową, wybierają inne sposoby radzenia sobie ze stresem niż kobiety z grupy porównawczej.

Zaprezentowane w tab. 2 wyniki badań dotyczące strategii radzenia sobie pokazały znaczne zróżnicowanie w zakresie wszystkich strategii zaradczych: zadaniowej, emocjonalnej i unikowej, w obu badanych grupach. W odniesieniu do strategii zadaniowej i emocjonalnej różnice te są istotne ($p < 0,001$).

Kobiety z rozpoznaną depresją uzyskały w strategii skoncentrowanej na emocjach (SSE) istotnie wyższe wyniki ($M_1 = 57,11$) niż kobiety niedepresyjne ($M_2 = 43,70$). W strategii zadaniowej (SSZ) wyniki przedstawiały się inaczej. Kobiety depresyjne uzyskały w niej istotnie niższe wyniki ($M_1 = 49,63$) w porównaniu z kobietami bez patologicznego nasilenia objawów depresyjnych ($M_2 = 58,36$).

Tabela 2

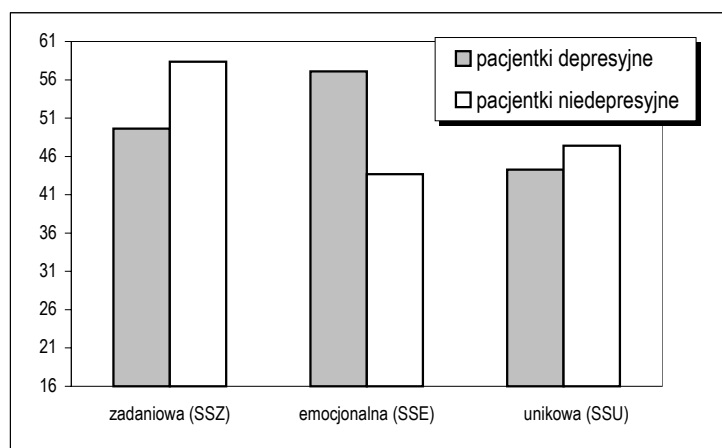
Średnie (M) i odchylenia standardowe (SD) wyników kwestionariusza CISS oraz wartości testu F i t uzyskane w badaniu istotności różnic między wariancjami a średnimi wyników

Strategie radzenia sobie ze stresem (strategie zaradcze)	Pacjentki depresyjne		Pacjentki niedepresyjne		F	p	t	p
	M ₁	SD ₁	M ₂	SD ₂				
Zadaniowa (SSZ)	49,6333	9,8014	58,3667	7,6357	1,648	0,0574	5,399	< 0,001
Emocjonalna (SSE)	57,1167	9,7130	43,7000	10,3093	1,127	0,7612	7,276	< 0,001
Unikowa (SSU)	44,2667	8,5348	47,4167	9,3379	1,197	0,9678	1,913	= 0,028

Źródło: opracowanie własne

Wyniki analizy statystycznej w zakresie strategii unikowej również wykazały istotne różnice ($p = 0,028$) między grupą badaną a porównawczą.

Wartości średnie poszczególnych strategii zaradczych ilustruje rysunek 1.



Rys. 1. Wartości średnie w zakresie strategii zaradczych wyznaczone dla grupy badanej i porównawczej

Aby dokonać głębszej analizy statystycznej zebranego materiału empirycznego i odpowiedzieć na pytanie, które strategie były najczęściej angażowane do radzenia sobie przez obie badane grupy kobiet i czy różnice w wyborze preferowanych strategii były istotne, wykorzystano zestawienie dominujących strategii zaradczych w każdej z badanych grup.

W badaniu istotności różnic w wyborze preferowanej strategii zastosowano test χ^2 . Uzyskane dane ilustruje tabela 3.

Tabela 3

Rozkład wyboru preferowanych strategii zaradczych w obu porównywanych grupach

Strategie zaradcze	Pacjentki depresyjne		Pacjentki niedepresyjne	
	liczebność	%	liczebność	%
Strategia zadaniowa (SSZ)	15	25	45	75
Strategia emocjonalna (SSE)	39	65	5	8
Strategia unikowa (SSU)	6	10	10	17
Suma	$N_1 = 60$	100	$N_2 = 60$	100

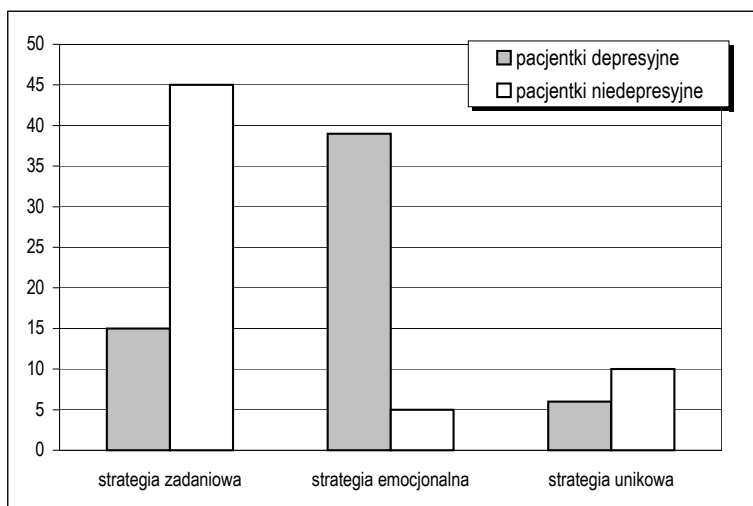
Źródło: opracowanie własne

Wartość statystyki $\chi^2 = 252,8$ potwierdza występowanie istotnych różnic w wyborze strategii radzenia sobie w obu porównywanych grupach ($p < 0,001$). Kobiety depresyjne i niedepresyjne różnią się między sobą w zakresie częstości występowania preferowanych przez siebie strategii zaradczych.

Pacjentki depresyjne ($N_1 = 60$) do radzenia sobie ze stresem spowodowanym chorobą najczęściej wybierały strategie emocjonalne ($N_1 = 39, 65\%$), marginalnie zaś ($N = 6, 10\%$) strategie unikowe związane z angażowaniem się w czynności zastępcze lub z uciekaniem w kontakty towarzyskie. Emocjonalny styl radzenia sobie, preferowany tak często przez kobiety depresyjne, charakterystyczny jest dla osób, które w sytuacji stresowej, jaką stwarza niewątpliwie w tym przypadku choroba depresyjna, lubią być skoncentrowane na sobie i na swoich – zasadniczo negatywnych – emocjach (takich jak: złość, gniew, niezadowolenie), lubią nimi epatować innych. Charakterystyczny jest też dla osób, które w trudnych sytuacjach ujawniają wysoki wskaźnik wrogiego nastawienia oraz przejawiają tendencję do rozpamiętywania, myślenia życzeniowego i fantazjowania.

W grupie kobiet bez patologicznego nasilenia objawów depresyjnych ($N_2 = 60$) strategią najczęściej wybieraną był styl skoncentrowany na zadaniu ($N_2 = 45, 75\%$), polegający na monitorowaniu stresu i planowym rozwiązywaniu problemu. Tylko nieliczne kobiety niedepresyjne ($N_2 = 5,8\%$) do radzenia sobie ze stresem angażowały strategie, które były dominujące u pacjentek z depresją, czyli strategie emocjonalne.

Graficzne przedstawienie dokonanych wyborów ilustruje rysunek 2.



Rys. 2. Rozkład wyboru preferowanych strategii zaradczych w obu porównywanych grupach

Omówienie wyników

Badane grupy kobiet różniły się rodzajem aktywowanych strategii zaradczych. Pacjentki depresyjne do radzenia sobie ze stresem spowodowanym chorobą częściej angażowały strategie emocjonalne, natomiast kobiety bez patologicznego nasilenia objawów choroby znacznie częściej korzystały ze strategii zadaniowych.

Sytuacja zagrożenia i jej charakter warunkuje naruszenie ważnych wartości. Zagrożenie chorobą, jak i faktyczne jej doświadczenie, antycypacja diagnozy charakteryzują się odmienną siłą stresu i możliwościami poradzenia sobie z nim [13]. W związku z tym uaktywniane są odmiennie strategie zaradcze i cele, którym mają służyć [11, 14]. Stres związany z zagrożeniem dla zdrowia znacznie częściej generuje strategie ukierunkowane emocjonalnie niż zadaniowo [6, 18]. Brak poczucia bezpieczeństwa również sprzyja podejmowaniu aktywności emocjonalnej [11, 19]. Wyniki niniejszych badań stanowią więc potwierdzenie danych innych autorów.

W trakcie przeżywania sytuacji trudnej uruchamiane są różne procesy, które pełnią funkcje mediatorów między jednostką a tą sytuacją (środowiskiem) oraz między jej natychmiastowymi i antycypowanymi skutkami. Procesy te, dotycząc poznawczej oceny napływających bodźców, uaktywniają, inicjują radzenie sobie [5, 6, 20, 21].

Współczesne badania podkreślają, że warunkiem inicjacji procesu radzenia sobie z chorobą jest dostrzeżenie jej objawów. W radzeniu sobie z chorobą ważna jest także aktywność podejmowana z własnej inicjatywy [11, 22, 23].

Dotychczasowe dane zawarte w literaturze nie dają jednoznacznej odpowiedzi, jaki rodzaj aktywności zaradczej preferowany jest w sytuacji rzeczywistego zaistnienia choroby i w jakim stopniu zależy on od jej zaawansowania (nasilenia). Techniki zadaniowe są skuteczne pod warunkiem, że osiągnięty zostanie pożądany efekt [5, 6]. Strategie emocjonalne najczęściej nie sprzyjają dobrej adaptacji do choroby [24]. Strategie

unikowe zaś mają różnorodną wartość przystosowawczą, w zależności od dalszych ocen sytuacji [25, 26].

W prezentowanych badaniach kobiety depresyjne do radzenia sobie ze stresem wybierały najczęściej emocjonalne strategie, zorientowane na siebie i własne przeżycia. Kobiety niedepresyjne zdecydowanie chętniej korzystały z problemowego (zadaniowego) radzenia sobie, nastawionego na sytuację powodującą dystres i uniemożliwiającą osiągnięcie ważnego celu.

Powstaje więc pytanie, jakie czynniki i jakie różnice istniejące między badanymi grupami kobiet mogły przyczynić się do wyboru odmiennych stylów radzenia sobie?

Po pierwsze, ważne – jeśli nie najważniejsze – wydaje się tutaj założenie, że stres spowodowany chorobą przewlekłą, jaką niewątpliwie jest depresja, jest bardziej dolegliwy i w mniejszym stopniu poddaje się kontroli niż stres, który wynika z trudnych, ale często rutynowych kłopotów dnia codziennego [23, 27, 28].

Druga różnica dotyczyć może zasobów osób badanych, z których jedną grupę stanowiły kobiety zdrowe, drugą depresyjne. Stan choroby, straty zasobów, wydają się sytuacją silnego stresu [22, 29]. W kontekście stresu gospodarowanie zasobami – które warunkują skuteczność radzenia sobie z trudnymi doświadczeniami – nabiera szczególnego znaczenia. Niektórzy badacze sugerują, że kobiety mogą mieć mniej zasobów niezbędnych, by walczyć ze stresem i depresją. Narażone na niekończące się przeciwności i piętrzące trudności, znalazłszy się w niekorzystnej sytuacji, dodatkowo tracą część z nich. To znaczy, że mają mniejszy dostęp do pomocy emocjonalnej, finansowej i materialnej, a ich relacje interpersonalne i związki małżeńskie są mniej stabilne [18, 30].

Kobiety niejednokrotnie też posługują się szczególnymi sposobami radzenia sobie z depresją, które tak naprawdę, zamiast zmniejszać, intensyfikują dysfориę [31]. Nolen-Hoeksema [32] zauważyła, że kobiety doświadczające emocjonalnego i fizycznego cierpienia przejawiają styl reakcji, który cechuje się ruminacją, koncentracją na sobie, nadmiernym analizowaniem problemów i własnych uczuć; rozmyślają, płaczą, próbują rozmawiać z najbliższymi, przyjaciółmi. W przeciwieństwie do nich, kobiety zdrowe na ogół rozwiązują swoje problemy lub – jeśli tylko jest to możliwe – dystansują się od nich. Rozpamiętywanie często nasila negatywne myślenie, koncentrację na samym sobie, utrudnia generowanie aktywnego sposobu rozwiązywania problemów, pogłębiając i przedłużając w ten sposób objawy depresji. Podejmowanie aktywności, prowadzącej do zadaniowego rozwiązywania problemów lub choćby odwrócenia od nich uwagi (np. uprawianie sportu, prace porządkowe itp.), może pomóc w spłyceniu i skróceniu doświadczeń depresyjnych [31].

Biorąc to wszystko pod uwagę, trudno się dziwić, że w grupie kobiet zdrowych było możliwe pokonanie ograniczeń wynikających z indywidualnych skłonności i zastosowanie bardziej adaptacyjnych strategii zaradczych.

Interesujących danych na temat częstości wyboru poszczególnych strategii radzenia sobie dostarczają także badania Klonowicza [25]. Pokazują one, że osoby przeżywające sytuację zagrożenia znacznie częściej stosują emocjonalny i zadaniowy styl radzenia sobie, najrzadziej wykorzystują styl unikowy. Wnioski z niniejszych badań są potwierdzeniem wyników tego autora.

Pacjentki depresyjne do radzenia sobie ze stresem spowodowanym chorobą najczęściej angażowały style emocjonalne, kilka kobiet depresyjnych posłużyło się stylami zadaniowymi. Marginalnie zaś kobiety chore preferowały style unikowe. Strategie unikowe wydają się bardziej korzystne dla pacjentów, którzy mają być poddani drastycznym, budzącym lęk procedurom medycznym, na których przebieg nie mają wpływu [33, 34]. Nie ma to raczej miejsca w przypadku pacjentów depresyjnych. Wreszcie, wydaje się, że najskuteczniejsze są strategie unikowe w stanach terminalnych, kiedy możliwa jest już jedynie opieka paliatywna [35]. Unikanie konfrontacji z własną chorobą nie zmniejsza już szans na wyleczenie, ale może skutecznie chronić pacjentów przed panicznym lękiem i rozpaczą.

Wnioski

1. Badane grupy kobiet różniły się rodzajem aktywizowanych strategii zaradczych.
2. Pacjentki depresyjne do radzenia sobie ze stresem spowodowanym chorobą najczęściej wybierały strategie emocjonalne, marginalnie zaś strategie unikowe związane z angażowaniem się w czynności zastępcze lub uciekaniem w kontakty towarzyskie.
3. W grupie kobiet bez patologicznego nasilenia objawów depresyjnych strategią najczęściej stosowaną był styl skoncentrowany na zadaniu; tylko nieliczne kobiety niedepresyjne do radzenia sobie ze stresem angażowały strategie emocjonalne.

Стресс у депрессивных пациенток и его преодоление

Содержание

Введение. В последние годы в литературе появились многочисленные сообщения о проблемах стресса, с новыми теориями и пробами их классификации. По мнению исследователей природы стресса, не сам является главным объектом, а способы борьбы с ним. Стресс определяет трудность жизненного процесса и влияет на качество жизни человека. Стрессовые состояния при наличии болезни, по-видимому, отличаются от стрессовых хлопотах ежедневной жизни. Ситуация угрозы заболеванием как и фактическое его присутствие, прежде всего характеризуется иной силой стресса и возможностями контроля. Это влияет на пробуждение определенных стратегий в борьбе с ним (стратегия смелых).

Задание. Целью исследования, проведенного в настоящей работе, было определение способа функционирования депрессивных пациенток со стрессом.

Метод. Две группы исследованных – 60 депрессивных пациенток и 60 здоровых женщин (без патологического утяжеления депрессивных симптомов) исследовано при помощи глоссария Стиля борьбы со стрессом Эндлера и Паркера.

Результаты. В работе представлены и обсуждены результаты исследований на тему борьбы со стрессом депрессивных пациенток. На основании результатов исследований обнаружено наличие разниц в выборе методов борьбы со стрессом стратегии заданий (в обеих группах исследованных женщин).

Выводы. Полученные данные показали, что больные женщины с депрессивными состояниями, чаще всего используют эмоциональные стратегии, реже используют изоляцию. Здоровые женщины справляются со стрессом при помощи концентрации на задании (проблеме)

Strategien der Stress - Selbsthilfe bei depressiven Patientinnen

Zusammenfassung

Einleitung. In den letzten Jahren stieg bedeutend die Zahl der wissenschaftlichen Veröffentlichungen zur Problematik Stress, es entstehen neue Theorien und Versuche ihrer Klassifizierung. Nach der Meinung der Stress - Forscher ist die Art und Weise (Strategie) der Stress - Selbsthilfe und Selbsthilfe in einer schweren Situation eine wichtigere Frage als der Stress selbst, weil eben diese Art und Weise über die Lebensqualität entscheidet. Stressreaktionen scheinen im Hinblick der Krankheit unterschiedlich von den stresserregenden Problemen des Alltags zu sein. Die Gefährdung mit der Krankheit und ihre tatsächliche Erfahrung charakterisiert sich vor allem mit der differentiellen Stressstärke und Kontrollmöglichkeiten, was einen Einfluss auf die bestimmten Strategien der Selbsthilfe hat (Abhilfestrategien).

Ziel. Das Ziel der in der Arbeit durchgeführten Studie war die Bestimmung der Funktionsweise der depressiven Patientinnen bei der Stress - Selbsthilfe.

Methode. 60 Patientinnen mit der Depression und 60 gesunde Frauen (ohne pathologische Intensität der Depressionssymptome) wurden mit dem Fragebogen "Stile der Stress - Selbsthilfe" (CISS) von Endler und Parker untersucht.

Ergebnisse. In der Arbeit wurden die Ergebnisse der Studien zum Thema der Stress - Selbsthilfe bei depressiven Patientinnen vorgestellt und besprochen. Aufgrund der Studienergebnisse wurden die Unterschiede in der Wahl der Strategien der Stress - Selbsthilfe in beiden untersuchten Gruppen der Frauen festgestellt (Aufgabestrategien).

Schlussfolgerungen. Die erzielten Ergebnisse zeigten, dass die kranken Frauen zur Selbsthilfe beim Stress, der durch die Depression verursacht wurde, am häufigsten emotionelle Strategien anwenden, am seltensten Meidenstrategien. Die gesunden Frauen wandten zur Stress - Selbsthilfe am liebsten die Strategien an, die sich auf eine Aufgabe konzentrierten.

Les stratégies de se débrouiller avec le stress des femmes souffrant de la dépression

Résumé

Introduction. Durant les dernières années les recherches concernant le stress deviennent plus nombreuses, on formule de nouvelles théories et leurs nouvelles classifications. D'après les savants les stratégies de se débrouiller avec le stress deviennent les plus importantes car ce sont elles qui décident de la qualité de vie. Les situations du stress liées avec la maladie diffèrent des problèmes qui causent des difficultés quotidiennes. Le risque de la maladie et la maladie subie entraînent avec eux le stress très fort et cela cause la mise en marche de différents stratégies.

Objectif. On essaie de déterminer les modes de se débrouiller avec le stress des patientes souffrant de la dépression.

Méthode. On examine 60 patientes et 60 femmes saines à l'aide du questionnaire CISS (Coping Inventory of Stressful Situation Questionnaire) d'Endler et Parker.

Résultats. Ce travail présente et analyse les résultats de ces recherches – on constate l'existence des différences des stratégies (stratégies-tâches) de se débrouiller avec le stress dans les deux groupes examinés.

Conclusions. Les femmes souffrant de la dépression préfèrent les stratégies de nature émotionnelle, rarement elles usent les stratégies-fuites, tandis que les femmes saines préfèrent les stratégies-tâches, qui veulent résoudre les problèmes.

Piśmiennictwo

1. Heszen-Niejodek I, red. *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2000.
2. Heszen-Niejodek I. *Styl radzenia sobie ze stresem: fakty i kontrowersje*. Czas. Psychol. 1997; 3: 7–22.

3. Heszen-Niejodek I. *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*. W: Strelau J, red. *Psychologia. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, t. 3. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000, s. 465-492.
4. Strelau J. *Temperament a stres: Temperament jako czynnik moderujący stresory, stan i skutki stresu oraz radzenie sobie ze stresem*. W: Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z, red. *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2000, s. 88-130.
5. Lazarus RS. *Coping theory and research: past, present and future*. *Psychosom. Med.* 1993; 55: 234-247.
6. Lazarus RS. *Paradygmat stresu i radzenia sobie*. *Now. Psychol.* 1986; 3-4: 1-39.
7. Bolger N. *Coping as a personality process: A prospective study*. *J. Person. Soc. Psychol.* 1990; 59: 525-537.
8. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, de Longis A, Gruen RJ. *Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes*. *J. Person. Soc. Psychol.* 1986; 50: 992-1003.
9. Wrześniewski K. *Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru*. W: Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z, red. *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2000, s. 44-64.
10. Szczepaniak P, Strelau J, Wrześniewski K. *Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera*. *Przeł. Psychol.* 1996; 39: 187-210.
11. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPN; 1995.
12. Maier SF, Watkins LR, Fleshner M. *Psychoneuroimmunology. The interface between behavior, brain, and immunity*. *American Psychologist* 1994; 49: 1004-1017.
13. Davey GCL. *A comparison of three cognitive appraisal strategies: The role of threat devaluation in problem - focused coping*. *Person. Individ. Differ.* 1993; 14: 535-546.
14. David JP, Suls J. *Coping efforts in daily life: Role of big five traits and problem appraisals*. *J. Person.* 1999; 67: 265-294.
15. Parker JD, Endler NS. *Coping with coping assessment: a critical review*. *Eur. J. Person.* 1992; 6: 321-344.
16. Endler NS, Parker JD. *Assessment of multidimensional coping: task emotion and avoidance strategies*. *Psychol. Assessm.* 1994; 6: 50-60.
17. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leier O. *Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report*. *J. Psychiatr. Res.* 1983, 17: 37-49.
18. Belle D. *Poverty and woman's mental health*. *Am. Psychol.* 1990; 45: 385-389.
19. Cohen S, Wills TA. *Stress, social support and the buffering hypothesis*. *Psychol. Bull.* 1985, 98, 310-357.
20. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
21. Lazarus RS. *Ocena poznawcza*. W: Ekman P, Davidson RJ, red. *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1998, s. 183-190.
22. Antonovsky A. *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*. W: Heszen-Niejodek I, Sęk H, red. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN; 1997, s. 206-231.
23. Heszen-Niejodek I. *Radzenie sobie z chorobą - przegląd zagadnień*. W: Heszen-Niejodek I, red. *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2000, s. 13-33.
24. Compas BE, Forsythe CJ, Wagner BM. *Consistency and variability in causal attributions and coping with stress*. *Cogn. Theory Res.* 1988; 12: 305-320.

25. Klonowicz T. *Stres bezrobocia*. Warszawa: Wydawnictwo IP PAN i SWPS; 2001.
26. Nolen-Hoeksema SN, Parker LE, Larson J. *Ruminative coping with depressed mood following loss*. J. Person. Soc. Psychol. 1994; 67: 92–104.
27. Heszen-Niejodek I. *Psychologiczne problemy chorych somatycznie*. W: Strelau J, red. *Psychologia. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*, t. 3. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2000, s. 514–531.
28. Sheridan CL, Radmacher SA. *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP; 1998.
29. Hobfoll SE. *Conservations of resources: A new attempt at conceptualizing stress*. Am. Psychol. 1989; 44: 513–524.
30. Knoll N, Schwarzer R. *Prawdziwych przyjaciół... Wsparcie społeczne, stres, choroba i śmierć*. W: Sęk H, Cieślak R, red. *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004, s. 29–48.
31. Hammen C. *Depresja. Modele kliniczne i techniki terapeutyczne*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.
32. Nolen-Hoeksema SN. *Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes*. J. Abn. Psychol. 1991; 100: 569–582.
33. Jaworowska-Obłój Z, Skuza B. *Proces radzenia sobie ze stresem*. Zdrowie Psychiczne 1989; 33: 93–102.
34. Mateusiak J. *Biopsychospołeczne aspekty funkcjonowania człowieka w sytuacji stresu spowodowanego chorobą somatyczną*. W: Heszen-Niejodek I, red. *Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 2000, s. 55–79.
35. De Walden-Gałuszko K. *U kresu*, Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne MAKmed.; 1996.

Otrzymano: 5.09.2005
Zrecenzowano: 18.10.2005
Przyjęto do druku: 14.11.2005

Adres: 81-041 Gdynia
ul. Chyłońska 111/38