

Akceptacja choroby i postrzeganie czasu u osób leczonych immunomodulacyjnie z rzutowo-remisyjną postacią stwardnienia rozsianego (RR-SM)

Time perception and illness acceptance among remitting-relapsing multiple sclerosis patients under treatment

Joanna Król¹, Małgorzata Szcześniak¹, Dorota Koziarska², Teresa Rzepa³

¹Instytut Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego w Szczecinie

²Katedra i Klinika Neurologii PUM w Szczecinie

³Uniwersytet SWPS, Wydział Zamiejscowy w Poznaniu

Summary

Aim. The aim of the study was to determine temporal orientation in patients diagnosed with RR-MS as compared with that of healthy individuals; to analyse self-evaluated acceptance levels in terms of physical and psychological condition and self-reliance; an attempt to identify factors of illness acceptance in patients with RR-MS including temporal perspective.

Method. Acceptance of Illness Scale (AIS, adapted into Polish by Z. Juczyński), Zimbardo Time Perspective Inventory (ZTPI, adapted into Polish by M. Mażewski), and original interview aimed to assess socio-demographic data and self-evaluated physical as well as psychological condition and self-reliance of patients with MS (referred to the neurological testing according to the EDSS).

Results. Patients with RR-MS focus on fatalistic and hedonistic present more than healthy individuals. They also tend to reflect on their negative past experience. Acceptance of illness correlated positively with subjective assessment of physical and psychological condition as well as self-reliance, and negatively with objective disability score (measured with the use of EDSS) and a factor considering time of disease duration.

Conclusions. Avoiding contemplation of negative past and concentrating on hedonistic future constitute significant predictors of illness acceptance. These results may be of importance in terms of holistic approach to treatment of RR-MS patients. In the initial stage of the disease progression, patients might benefit from psychological support due to change in temporal orientation.

Słowa kluczowe: stwardnienie rozsiane, akceptacja choroby, perspektywa czasowa

Key words: multiple sclerosis, acceptance of illness, temporal perspective

Wstęp

Stwardnienie rozsiane (sclerosis multiplex – SM) jest przewlekłą, nieuleczalną i postępującą chorobą ośrodkowego układu nerwowego (OUN) o charakterze zapalno-neurodegeneracyjnym. Według najnowszych danych statystycznych, opublikowanych przez Multiple Sclerosis International Federation, około 2,3 mln osób na świecie cierpi na SM, w większości ludzie młodzi w wieku od 20 do 40 lat [1]. Szacuje się, że w Polsce choruje ponad 40 tysięcy osób [2]. Choroba ta najczęściej występuje w postaci rzutowo-remisyjnej (RR-SM), której dynamika polega na występowaniu zaostrzeń z następującą poprawą. W okresie rzutu w sposób nagły i nieprzewidywalny pojawiają się nowe objawy neurologiczne lub pogłębiają wcześniejsze deficyty [3].

SM jest rozpoznaniem na całe życie, zaliczonym do chorób autoimmunologicznych [4]. Pomimo wielu badań, etiologia choroby jest wciąż nieznaną. Objawy neurologiczne, takie jak zaburzona koordynacja ruchowa, przewlekłe zmęczenie, zaburzenia czucia i siły mięśniowej, ograniczenia w zakresie mowy i pamięci [5], to tylko niektóre z najczęstszych niedogodności związanych z SM. Stopień dysfunkcji neurologicznej zwykło się mierzyć za pomocą rozszerzonej skali niesprawności (EDSS, Expanded Disability Status Scale).

Objawom chorobowym towarzyszą zmiany natury psychologicznej, dotyczące głównie poczucia jakości własnego życia i możliwości wywierania wpływu na jego przebieg [6]. Osoby z SM zmagają się zatem z dotąd sobie nieznanym i trudnym doświadczeniem choroby oraz szukają form zaradczych. Nie zawsze podejmowane przez nich działania skutkują adaptacją do choroby. Z badań wynika bowiem, że co drugi pacjent doświadczy zaburzeń psychicznych związanych ze znacznym obniżeniem nastroju [5].

W strategiach leczenia RR-SM najważniejszą rolę odgrywają leki immunomodulujące, dzięki którym możliwe jest zatrzymanie narastania niesprawności. W refundowanych programach leczniczych dostępne są leki iniekcyjne podskórne lub domięśniowe w postaci fabrycznie przygotowanych ampułkostrzykawek z określoną dawką preparatu leczniczego. Poza niedogodnościami związanymi z reżimem samodzielnie wykonywanych wstrzyknięć, leczeniu towarzyszą niepożądane objawy grypopodobne, związane z polekową stymulacją układu immunologicznego [7].

Z psychologicznego punktu widzenia wyjątkowo istotnym aspektem terapii jest akceptacja choroby, traktowana jako jeden z najważniejszych wyznaczników przystosowania się do trudnej sytuacji życiowej. Taka akceptacja wskazuje bowiem na aktywne zachowania pacjentów wobec SM, opozycyjne wobec pasywnej rezygnacji z dotychczasowego stylu życia [4].

Należy zauważyć, że pojęcie akceptacji choroby jest rozumiane wielorako. Dembo i wsp. [8] określili je – w kontekście niepełnosprawności – jako akceptację straty, rozumianą w sensie przewartościowania. Zauszniewski i wsp. [9] traktują akceptację jako psychiczne pogodzenie i dostosowanie się do potencjalnych ograniczeń, prowadzące do integracji zmienionej kondycji psychofizycznej z dotychczasowym stylem życia. Natomiast Davidson [10] uważa, iż akceptacja choroby dotyczy przede wszystkim przededefiniowania sposobu, w jaki pacjent rozumie zmiany następujące w swoim życiu.

Z kolei McCracken [11] definiuje to pojęcie (w odniesieniu do pacjentów z chronicznym bólem) jako gotowość do doświadczania cierpienia, bez potrzeby zmniejszania lub unikania go. Hayes i wsp. [12] traktują akceptację jako aktywne i świadome asymilowanie wydarzeń życiowych, bez próby zmiany ich częstotliwości lub form.

Określanie akceptacji choroby przez osoby z SM rzadko towarzyszy badanie postrzegania perspektywy czasowej [13, 14]. Dotychczasowe ustalenia oraz niedostatek badań dotyczących akceptacji choroby i postrzegania czasu u osób z RR-SM stały się inspiracją do sformułowania pytań badawczych odnośnie różnic w postrzeganiu perspektywy czasowej przez osoby z SM i osoby zdrowe, w powiązaniu z subiektywną oceną własnego stanu fizycznego, psychicznego, samodzielności i obiektywnej oceny zaawansowania choroby oraz w kontekście jej akceptacji przez osoby z SM.

Założono, że istnieją różnice w postrzeganiu czasu przez osoby chore i zdrowe (hipoteza 1), że akceptacja choroby łączy się z – subiektywnie i obiektywnie – pozytywną oceną własnego stanu (hipoteza 2) oraz że wraz ze zdiagnozowaniem choroby przewlekłej zmienia się nastawienie do poszczególnych wymiarów temporalnych (hipoteza 3) w ten sposób, że wyznacznikiem braku akceptacji choroby jest pamięć o negatywnej przeszłości, gdyż koncentracja na cierpieniu sprzyja skupianiu się na minionych wydarzeniach negatywnych, co destrukcyjnie wpływa na odbiór teraźniejszości i postrzeganie przyszłości. Natomiast pozytywnymi wyznacznikami akceptacji choroby są dwa wymiary teraźniejszości: hedonistyczny i fatalistyczny. W przypadku perspektywy hedonistycznej osoby dążą do zaspokojenia przyjemności i czerpania z życia „tu i teraz”. Natomiast perspektywa fatalistyczna motywuje do działania ze względu na jej związek z poszukiwaniem nowości w celu zrekompensowania niesatysfakcjonującego biegu wydarzeń życiowych [15, 16]. Nie przewidziano związku między akceptacją choroby a perspektywą przeszłości i przyszłości pozytywnej, ponieważ SM (jako choroba przewlekła i nieuleczalna) zawęży pozytywne myślenie zarówno o tym, co się wydarzyło, jak i o tym, co ma się wydarzyć.

Material

Badanie przeprowadzono wśród 54 chorych z rozpoznaniem rzutowo-remisyjnej postaci SM. Pacjentów leczono lekami immunomodulacyjnymi (interferon beta i octan glatirameru) w programie terapeutycznym NFZ, prowadzonym przy Klinice Neurologii SPSK1 w Szczecinie. Chorzy byli w wieku 19–54 lat ($M = 35,4$ roku; $SD = 7,7$). Średni wiek zachorowania wynosił 29,8 roku. Najkrótszy czas leczenia to rok (16 osób), następnie 2 lata (19), 3 lata (10), 4 lata (8) i 5 lat (1 osoba). Kobiety stanowiły 66,7% grupy. Większość pacjentów (85,5%) zamieszkiwała w miastach. W badaniu uczestniczyło 46,3% osób z wykształceniem wyższym, 42,6% ze średnim i 11,1% z zawodowym. Aktywność zawodową zadeklarowało 60% badanych. W związku małżeńskim pozostawało 62%, a dzieci miało 60% pacjentów. Poziom zaawansowania choroby, mierzony Rozszerzoną Skalą Niewydolności Ruchowej Kurtzkiego (EDSS), u 83% badanych mieścił się w przedziale 0 – 2,5 pkt. Grupę kontrolną stanowiły 44 osoby odpowiednio dobrane pod względem wieku i płci ($M = 36,2$ roku; udział kobiet – 65,9%). Prezentowane wyniki są elementem szerszego badania, obejmującego

także analizy neuroradiologiczne pacjentów, na podstawie rezonansu magnetycznego mózgowia (NMR).

Projekt badawczy otrzymał zgodę Komisji Bioetycznej Instytutu Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego (KB 2/2014). Część wyników badania zaprezentowano w postaci posterów podczas Konferencji PTN w Szczecinie, we wrześniu 2014 roku.

Metoda

W celu weryfikacji hipotez zastosowano: Skalę Akceptacji Choroby (AIS; B.J. Felton, T.A. Revenson i G.A. Hinrichsen, polska adaptacja: Z. Juczyński), Kwestionariusz Postrzegania Czasu Zimbardo (ZTPI; polska adaptacja: M. Mażewski). Ponadto przeprowadzono strukturalizowany wywiad umożliwiający pozyskanie danych socjodemograficznych i informacji na temat subiektywnej oceny funkcjonowania fizycznego i psychicznego oraz samodzielności. Stan neurologiczny oceniono za pomocą skali EDSS.

Skala AIS zawiera stwierdzenia opisujące negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia, które sprowadzają się do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę. Badany określa, w jakim stopniu zgadza się z danym stwierdzeniem, zaznaczając na skali wartość od 1 (zdecydowanie zgadzam się) do 5 (zdecydowanie nie zgadzam się). Miarą stopnia akceptacji choroby jest suma punktów (8–40 pkt). Im niższy wynik, tym mniejsza akceptacja, niższe poczucie własnej wartości i wyższe nasilenie negatywnych emocji towarzyszących chorobie i leczeniu [17]. Rzetelność skali mierzona współczynnikiem α Cronbacha w przeprowadzonym badaniu wyniosła 0,87.

Kwestionariusz ZTPI składa się z 56 stwierdzeń, które obejmują 5 podskal (czynników czasu). Podskale pozytywnej i negatywnej przeszłości dotyczą koncentracji na tym, co było, przykładania szczególnej wartości do tego, co stare i znane, oraz ostrożnego podchodzenia do życia. Podskale hedonistycznej i fatalistycznej terażniejszości skupiają się na „tu i teraz”, czyli na bezpośrednio dostępnej terażniejszości. Podskala przyszłej perspektywy określa nastawienie na zdarzenia, które mają nastąpić, i na konsekwencje własnych działań. Badany ocenia na 5-stopniowej skali, na ile zgadza się z danym stwierdzeniem [18, 19]. Wskaźnik rzetelności skali α Cronbacha w przeprowadzonym badaniu wyniósł 0,71.

Skala EDSS (rozszerzona skala niesprawności, od 0 do 10) opisuje w szczególności sposób ograniczenia związane z uszkodzeniem OUN. Stopień 0 oznacza brak objawów choroby oraz całkowitą wydolność ruchową, a stopień 1,0 – dyskretne objawy uszkodzenia układu nerwowego. Im wyższa jest punktacja, tym bardziej nasiloną niesprawność.

Analizę danych statystycznych wykonano za pomocą pakietu IBM SPSS Statistics 20. Ze względu na normalny rozkład testowanych zmiennych zastosowano testy parametryczne, tj. test t-Studenta dla prób niezależnych, korelację r-Pearsona oraz analizę regresji.

Wyniki

Zgodnie z przyjętymi celami badania najpierw porównano profil temporalny osób chorych na SM z profilem osób zdrowych. Wyniki porównania, tj. wartości średnich arytmetycznych (M) i odchyłeń standardowych (SD) dla poszczególnych perspektyw czasowych oraz wartości testu t-Studenta i poziomy istotności p, przedstawia tabela 1. Ustalono, że osoby chore bardziej niż zdrowe koncentrują się na terażniejszości, zarówno w wymiarze fatalizmu ($p = 0,001$), jak i hedonizmu ($p = 0,039$). Różnice między grupami są statystycznie istotne, lecz na poziomie tendencji ($p = 0,112$), także w odniesieniu do negatywnej przeszłości.

Tabela 1. Percepcja perspektyw temporalnych przez osoby z SM (N = 54) i zdrowe (N = 44)

Orientacja temporalna	Osoby z SM		Osoby zdrowe		t	p
	M	SD	M	SD		
Negatywna przeszłość	2,66	0,73	2,42	0,72	1,60	0,112
Pozytywna przeszłość	3,60	0,46	3,54	0,45	0,68	0,498
Hedonistyczna terażniejszość	3,45	0,51	3,22	0,52	2,09	0,039*
Fatalistyczna terażniejszość	2,90	0,52	2,37	0,66	4,38	0,001**
Przyszłość	3,57	0,53	3,68	0,53	-1,05	0,296

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – wartości testu t-Studenta, p – istotność

Następnie zweryfikowano statystycznie zależności między akceptacją choroby a sprawnością fizyczną, psychiczną, samodzielnością, zaawansowaniem choroby oraz czasem jej trwania (tab. 2) za pomocą współczynnika korelacji r-Pearsona. Ustalono, że akceptacja choroby wykazuje silny pozytywny związek z subiektywną oceną sprawności fizycznej i umiarkowany pozytywny związek z subiektywną oceną sprawności psychicznej i samodzielności oraz że umiarkowanie negatywnie koreluje z zaawansowaniem choroby. Odnotowano również ujemną zależność między akceptacją i czasem trwania choroby ($p = 0,055$). Żadna ze zmiennych socjodemograficznych nie była skorelowana z akceptacją.

Tabela 2. Związek między akceptacją SM a sprawnością fizyczną, psychiczną, samodzielnością i czasem trwania choroby

Zmienna	AKC	SFIZ	SPSY	SAM	EDSS	CTC
Akceptacja (AKC)	1	0,668**	0,463**	0,462**	-0,405**	-0,265
Sprawność fizyczna (SFIZ)	0,668**	1	0,508**	0,643**	-0,598**	-0,292*
Sprawność psychiczna (SPSY)	0,463**	0,508**	1	0,605**	-0,352**	-0,194
Samodzielność (SAM)	0,462**	0,643**	0,605**	1	-0,562**	-0,125
Zaawansowanie choroby (EDSS)	-0,405**	-0,598**	-0,352**	-0,562**	1	0,405**
Czas trwania choroby (CTC)	-0,265	-0,292*	-0,194	-0,125	0,405**	1

* korelacja istotna (dwustronnie) na poziomie 0,05; ** na poziomie 0,01

Następnie zweryfikowano występowanie temporalnych predyktorów akceptacji choroby u osób z SM (tab. 3). Na podstawie wielokrotnej regresji liniowej (MCR) ustalono, że dwa z pięciu czynników okazały się statystycznie istotnymi wyznacznikami akceptacji choroby, tj.: negatywna przeszłość (-0,486; $p < 0,000$) i hedonistyczna terażniejszość (0,277; $p < 0,023$). Wskazane czynniki wyjaśniają niemal 29% wariacji akceptacji choroby ($cR^2 = 0,289$), a siła ich wzajemnego związku jest znaczna ($R = 0,563$).

Tabela 3. Negatywna przeszłościowa i hedonistyczna terażniejsza perspektywa czasu a akceptacja choroby u osób z SM

ZMIENNE ZALEŻNE→			Akceptacja choroby			
↓ ZMIENNE NIEZALEŻNE						
Zmienna	M	SD	β	SE β	t(51)	p
Negatywna przeszłość	2,66	0,73	-0,486	1,19	-4,115	0,000
Hedonistyczna terażniejszość	3,45	0,51	0,277	1,63	2,349	0,023
Charakterystyki dla całego równania:						
R	cR^2	SE	F(2,51)	p		
0,563	0,289	5,94	11,38	0,000		

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, β – współczynnik beta, SE β – błąd standardowy współczynnika beta, t – wynik testu t-Studenta, p – istotność, R – współczynnik determinacji, cR^2 – poziom wariacji, SE – błąd standardowy, F – test F

Analiza regresji wskazuje, że akceptacja choroby może wzrastać, kiedy osoby z SM nie mają negatywnego nastawienia do przeszłości (↓) oraz dążą do zaspokajania potrzeby przyjemności i korzystania z życia (↑) [20].

Ponadto skontrolowano objawy uboczne leczenia w celu sprawdzenia ich wpływu na wyniki badań kwestionariuszowych. Nie odnotowano istotnych związków między objawami ubocznymi a akceptacją choroby i profilami temporalnymi. Dodatkowo stała opieka neurologiczna gwarantowała kontrolę nad stanem psychicznym badanych pacjentów, a szczególnie nad objawami zaburzeń nastroju, co nie dawało podstaw do rozpoznania depresji.

Omówienie wyników

Badane osoby z RR-SM charakteryzowały się inną orientacją temporalną niż osoby zdrowe, gdyż bardziej koncentrowały się na terażniejszości, zarówno w wymiarze fatalizmu, jak i hedonizmu. Na uzyskane rezultaty warto spojrzeć z różnych perspektyw. Z punktu widzenia ewolucyjnego jednostki żyjące w niepewnym środowisku podejmują krótkotrwałe strategie adaptacyjne, inne od stosowanych w stałych i niezagrażających warunkach [21]. Z perspektywy psychologii poznawczej na plan pierwszy wysuwa się pojęcie prezentyzmu, preferującego hedonizm z jednoczesnym ignorowaniem przeszłości, która nie istnieje, i przyszłości, która nie ma znaczenia [19, 22]. Natomiast Hermans i Hermans-Jansen [23] uważają, że koncentracja na terażniej-

szości może wynikać z neurotyzmu i pełnić funkcję mechanizmu obronnego, który pozwala na izolowanie się od negatywnej przeszłości lub od lęku przed przyszłością. Jeżeli terażniejszość jest trudna do zniesienia z powodu choroby nierokującej nadziei na wyzdrowienie, jaką niewątpliwie jest SM, wówczas trudno myśleć o przyszłości, gdyż „jutro” kojarzy się z niepewnością i ryzykiem [24]. Na tym właśnie polega zawężenie horyzontu temporalnego i stan „utkwienia” w terażniejszości, co może być oznaką dysregulacji emocjonalnej i utraty samokontroli [25].

Zimbardo i Boyd twierdzą, iż perspektywa przeszła negatywna (zawyżona u badanych z SM) koreluje pozytywnie z wyższym dystresem i z nasileniem objawów depresji. To wyrazisty predyktor braku zdrowia. Koncentracja na negatywnej przeszłości łączy się także z lęklivością, skłonnością do ruminacji, agresją, niską satysfakcją i samooceną [26]. Natrętne myśli o treściach zabarwionych negatywnie i wiążących się z przykrymi wydarzeniami życiowymi obniżają nastrój i utrudniają radzenie sobie z chorobą [27]. Jak zauważa Trempała [28], czas nabiera innego znaczenia w ramach określonego biegu zdarzeń, zwłaszcza gdy osoba jest świadoma, że zmiany, którym podlega, mają charakter nieodwracalny. W przypadku chorych z SM, myślenie o treściach zabarwionych negatywnie i wiążących się z przykrymi wydarzeniami życiowymi obniża nastrój i wskazuje na trudności w radzeniu sobie z chorobą. Takie osoby często zadają sobie pytanie: „Dlaczego właśnie mnie to spotkało?”

Porter i wsp. [13] dowiedli, że stany chorobowe związane z silnym stresem mogą powodować znaczące zmiany w percepcji czasu. Proces ten wiąże się z napięciem wywołanym bólem lub obawą przed śmiercią, co może powodować skrócenie perspektywy przyszłościowej i potęgować negatywne przeżycia. Podobnie badania przeprowadzone przez Zawadzką i Byrczek [14] wykazały, iż wywieranie wpływu na perspektywę temporalną u pacjentów leczonych nerkozastępczo stanowi jeden z istotnych aspektów akceptacji choroby i leczenia.

Weryfikacja związków między akceptacją choroby i subiektywną oceną sprawności fizycznej, psychicznej, samodzielności, zaawansowania choroby oraz czasem jej trwania, wykazała pozytywną korelację akceptacji z aspektem fizycznym, psychicznym i samodzielnością oraz negatywną z niesprawnością (EDSS) i czasem trwania choroby. Ustalenia dotyczące pozytywnych korelacji są zbieżne z rezultatami innych badań [29], świadczących o tym, że wraz ze wzrostem niepełnosprawności oraz skarg na kondycję fizyczną i obniżenie nastroju malała akceptacja choroby. Natomiast aktywne radzenie sobie z problemami, samodzielność, pozytywny nastrój i optymizm wiązały się ze wzrostem akceptacji. Podobnie w badaniach japońskich [30] odnotowano, iż wyniki EDSS wykazały negatywny związek m.in. z akceptacją, samooceną, satysfakcją, poczuciem własnej skuteczności i ogólnym zadowoleniem. Negatywna zależność między czasem trwania choroby a jej akceptacją może wskazywać na to, że dane osoby nie pogodziły się z chorobą lub jeszcze nie wypracowały odpowiedniego repertuaru mechanizmów zaradczych, pomocnych w radzeniu sobie z chorobą. Świadczą o tym statystycznie istotne, ujemne związki między czasem trwania choroby a subiektywną oceną własnego stanu fizycznego, psychicznego i samodzielności, a także pozytywna zależność między czasem trwania choroby a niewydolnością ruchową (EDSS) (tab. 2). Ustalone związki dowodzą, że im dłużej trwa choroba, tym osoby gorzej oceniają

swoje sprawności i, w konsekwencji, w mniejszym stopniu akceptują swój stan. Zauważono [31], że lepsze przystosowanie do SM może nastąpić po upływie dłuższego czasu, ale pod warunkiem, że pacjenci wykażą zaufanie do różnorodnych strategii zapobiegawczych i pozwalających na rozwiązywanie bieżących problemów. Rezultaty uzyskane w niniejszym badaniu mogą zatem wskazywać, że badani pacjenci potrzebują pomocy w aspekcie radzenia sobie z trudnościami związanymi z SM.

Przeprowadzone badania pozwoliły także na ustalenie, iż osoby z SM bardziej akceptują chorobę, a w konsekwencji – trudną sytuację życiową wówczas, gdy nie myślą o swej negatywnej przeszłości i hedonistycznie przeżywają własną codzienność. Znaczenie obu czynników w procesie akceptacji choroby znajduje potwierdzenie w dotychczasowych badaniach. Przykładowo, wspomnianie negatywnej przeszłości może być na krótko zachowaniem przystosowawczym, ale przeważnie – znaczącym predyktorem myśli samobójczych wśród młodych ludzi oraz myśli depresyjnych u osób z doświadczeniem chorób przewlekłych jak cukrzyca czy rak [32]. U takich osób negatywna percepcja przeszłości świadczyła zarówno o zaniżonym poziomie funkcjonowania psychicznego i tendencjach neurotycznych [18], jak i o braku akceptacji choroby. Jak ponadto wykazano, negatywna percepcja przeszłości oznacza zawężenie otoczenia społecznego wokół chorego i wyższy poziom zagrożenia konfliktowością [33]. Z kolei preferowanie perspektywy hedonistycznej jest typowe dla osób doświadczających braku kontroli nad przyszłością [34]. W przypadku osób z SM choroba może odbierać poczucie sprawstwa lub je znacznie ograniczać. Dlatego wartościowa wydaje się praca psychologiczna z pacjentem ukierunkowana na podjęcie próby przeformułowania zadań życiowych, na niesienie pomocy w odnajdywaniu pozytywnych doświadczeń z przeszłości oraz na budowaniu aktywnej postawy wobec życia.

Wnioski

1. U chorych z SM należy wzmacniać poczucie sprawstwa i możliwość wywierania wpływu na przebieg choroby i efekty leczenia.
2. Warto koncentrować uwagę chorych z SM na pozytywnej przeszłości blokującej odczucia związane z jej negatywnymi aspektami. Taka postawa wobec perspektywy temporalnej może pomóc chorym w pozytywnym przewartościowaniu wspomnień i budowaniu nadziei na przyszłość.
3. Istotne jest również podtrzymywanie preferowania terażniejszości hedonistycznej, która pozwala cieszyć się tym, co zachodzi „tu i teraz”, oraz odgrywa rolę ważnego mechanizmu obronnego.
4. Na akceptację choroby może wpłynąć aktywne wsparcie psychologiczne, ukierunkowane na wypracowywanie przez pacjentów z SM odpowiednich mechanizmów zaradczych, pomocnych w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych.

Piśmiennictwo

1. Rzeszutko E, Rolińska A. *Radzenie sobie ze stresem u chorych na stwardnienie rozsiane*. Curr. Probl. Psychiatry 2011; 12(3): 293–300.
2. Kossakowska M, Zemła-Sieradzka L. *Wybrane pozytywne aspekty zmagania się z przewlekłą chorobą u osób chorych na stwardnienie rozsiane*. Post. Psychiatr. Neurol. 2011; 20(4): 259–267.
3. Losy J. *Stwardnienie rozsiane*. Lublin: Czelej; 2013.
4. Pakenham KI. *Making sense of multiple sclerosis*. Rehabil. Psychol. 2007; 52: 380–389.
5. Amtmann D, Kim J, Chung H, Bamer AL, Askew RL, Wu S. i wsp. *Comparing CESD-10, PHQ-9, and PROMIS Depression Instruments in Individuals with Multiple Sclerosis*. Rehabil. Psychol. 2014; 59(2): 220–229.
6. Lorenowicz R, Jasik J, Komar E, Przychodzka E. *Wpływ wsparcia społecznego dla jakości codziennego funkcjonowania osoby chorej na stwardnienie rozsiane*. Pielęg. Neurol. Neurochirurg. 2013; 2(5): 205–215.
7. Selmaj K. *Leczenie przyczynowe stwardnienia rozsianego*. Pol. Przegl. Neurol. 2005; 1(3): 118–123.
8. Dembo T, Leviton GL, Wright BA. *Adjustment to misfortune: A problem of social-psychological rehabilitation*. Artificial Limbs 1956; 3(2): 4–62.
9. Zauszniewski JA, Bekhet AK, Lai CY, McDonald PE, Musil CM. *Effects of teaching resourcefulness and acceptance on affect, behavior, and cognition of chronically ill elders*. Issues Ment. Health Nurs. 2007; 28(6): 575–592.
10. Davidson RJ. *Affective neuroscience and psychophysiology: Toward a synthesis*. Psychophysiol. 2003; 40: 655–665.
11. McCracken LM, Vowles KE. *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for chronic pain*. Am. Psychol. 2014; 69(2): 178–187.
12. Hayes SC, Luoma J, Bond F, Masuda A, Lillis J. *Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes*. Behav. Res. Ther. 2006; 44(1): 1–25.
13. Porter AL, McCarthy CD, Pearman HE. *Effects of stressful physical illness on future time perspective*. J. Clin. Psychol. 1971; 27(4): 447–448.
14. Zawadzka B, Byrczek M. *Kształtowanie perspektywy temporalnej jako aspekt adaptacji do choroby i leczenia. Analiza oparta na badaniach chorych leczonych nerkozastępczo*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(5): 743–756.
15. Chodkiewicz J, Nowakowska K. *Preferowana orientacja temporalna a przebieg leczenia odwykowego osób uzależnionych od alkoholu*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(2): 177–196.
16. Timoszyk-Tomczak C, Bugajska B. *Przyszłościowa perspektywa czasowa w starości*. Szczecin: Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego; 2012.
17. Juczyński Z. *Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia*. Wyd.2. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009.
18. Zimbardo P, Boyd J. *Putting time in perspective: a valid, reliable individual-differences metric*. J. Pers. Soc. Psychol. 1999; 77(6): 1271–1288.
19. Zimbardo P, Sword R, Sword R. *Sila czasu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2013.
20. Montgomery DC, Peck EA, Vining GG. *Introduction to linear regression analysis*. 3rd ed. New York: John Wiley; 2001.
21. Stearns SC. *The evolution of life histories*. Oxford: Oxford University Press; 1992.

22. Zaleski Z. *Transtemporalne „ja” osobowości w trzech wymiarach czasowych*. Przegł. Psychol. 1988; 31(4): 931–943.
23. Hermans HJ, Hermans-Jansen E. *Autonarracje. Tworzenie znaczeń w psychoterapii*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2000.
24. Sobol M, Oleś PK. *Orientacja temporalna „carpe diem” a poczucie satysfakcji z życia*. Przegł. Psychol. 2002; 45(3): 331–346.
25. Gruber J, Cunningham WA, Kirkland T, Hay AC. *Feeling stuck in the present? Mania proneness and history associated with present-oriented time perspective*. Emotion 2012; 12(1): 13–17.
26. Lukavska K. *Time perspective as a predictor of massive multiplayer online role-playing game playing*. Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw. 2012; 15(1): 50–54.
27. Watkins ER, Nolen-Hoeksema S. *A habit-goal framework of depressive rumination*. J. Abnorm. Psychol. 2014; 123(1): 24–34.
28. Trempała J. *Modele rozwoju psychicznego. Czas i zmiana*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego; 2000.
29. Evers A, Kraaimaat FW, van Lankveld W, Jongen PJH, Jacobs JWG, Bijlsma WJ. *Beyond Unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic disease*. J. Consult. Clin. Psychol. 2001; 69(6): 1026–1036.
30. Kikuchi H, Mifune N, Niino M, Kira J, Kohriyama T, Tanaka M. i wsp. *Structural equation modeling of factors contributing to quality of life in Japanese patients with multiple sclerosis*. BMC Neurology 2013; 13(10): 1–9.
31. Pakenham K. *Adjustment to multiple sclerosis: application of stress and coping model*. Health Psychol. 1999; 18(4): 383–392.
32. Anagnostopoulos F, Griva F. *Exploring time perspective in greek young adults: Validation of the Zimbardo Time Perspective Inventory and Relationships with Mental Health Indicators*. Soc. Indic. Res. 2012; 106(1): 41–59.
33. Holman EA, Zimbardo PG. *The social language of time: the time perspective-social network connection*. Basic Appl. Soc. Psych. 2009; 31(136): 136–147.
34. Van Ittersum K. *The effect of decision makers' time perspective on intention-behavior consistency*. Marketing Letters 2012; 23(1): 263–277.

Adres: Joanna Król
Instytut Psychologii
Uniwersytet Szczeciński
71-017 Szczecin, ul. Krakowska 69

Otrzymano: 29.12.2014
Zrecenzowano: 26.01.2015
Otrzymano po poprawie: 10.02.2015
Przyjęto do druku: 15.02.2015