

Cechy osobowości pacjentów z postacią zaostrzająco-zwalniającą stwardnienia rozsianego (RR- MS)

Personality features in multiple sclerosis patients with a relapsing-remitting course of the disease

Ewa P a p u ć ¹, Beata Pawłowska²

¹ Oddział Neurologii Szpitala Wojskowego w Lublinie
Ordynator: dr n. med. S. Bańka

² Katedra i Klinika Psychiatrii AM w Lublinie

Summary

Aim. The aim of this article was to find the differences between level of anxiety, level of depression and certain features of self-image during relapse and remission in multiple sclerosis patients.

Method. Subjects were 42 patients of the Neurology Department at the Military Hospital in Lublin with relapsing – remitting multiple sclerosis (RR-MS); 26 patients in relapse and 16 in remission of the disease. All patients included into the study had a diagnosis of multiple sclerosis according to the McDonald criteria. Mean age of the studied patients was 36 years, mean disease duration – 8 years. Patients were investigated with the use of Beck Depression Inventory, State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Gough and Heilbrunn Adjective Check List (ACL) – a questionnaire designed for the study.

Results. Using the T-Student test, we compared results from MS patients in the period of relapse and in remission. Our results revealed statistically significant differences in the level of anxiety in State Trait Anxiety Inventory (STAI) and in Free Child (FC) scale of Adjective Check List (ACL).

Conclusions. Our results show that patients in relapse have a higher level of anxiety, more negative attitude towards themselves, lack of self-confidence and they isolate more from the society as compared to multiple sclerosis patients in remission.

Słowa kluczowe: obraz siebie, lęk, depresja, stwardnienie rozsiane

Key words: self image, anxiety, depression, multiple sclerosis

Wstęp

Stwardnienie rozsiane jest schorzeniem demielinizacyjnym i jednocześnie jednym z najczęściej występujących schorzeń neurologicznych, dotyczących ludzi młodych

w trzeciej i czwartej dekadzie ich życia. W przebiegu SM dochodzi do ogniskowego uszkodzenia istoty białej, a różnorodność lokalizacji i różny czas powstawania tych zmian jest przyczyną dużej zmienności obrazu klinicznego choroby [1, 2]. Z uwagi na jej przebieg kliniczny możemy wyróżnić następujące postacie stwardnienia rozsianego: (1) postać zaostrzająco-zwalniającą (relapsing-remitting multiple sclerosis-RR) z naprzemiennym występowaniem zaostrzeń, tzw. rzutów choroby, i okresów remisji, (2) postać wtórnie postępującą (secondary progressive multiple sclerosis – SP) z początkiem przebiegu typowym dla postaci RR, który średnio po kilkunastu latach trwania choroby przechodzi w postać przewlekle postępującą, (3) postać pierwotnie postępującą (primary progressive multiple sclerosis-PP) z ciągłym pogarszaniem się stanu pacjenta od początku choroby, oraz (4) postać z przebiegiem pierwotnie postępującym (progressive relapsing – PR), na którego tle występują dodatkowe zaostrzenia (rzuty) choroby [2, 3]. Do najczęstszych zaburzeń w przebiegu SM należą zaburzenia ruchowe pod postacią porażień lub rzadziej niedowładów, zaburzenia wzrokowe, czuciowe, wegetatywne, wśród których najczęstsze są zaburzenia funkcji pęcherza moczowego oraz zmiany psychiczne [1, 2].

Zdaniem niektórych badaczy zaostrzenie się objawów choroby dające upośledzenie sprawności fizycznej, zaburzenia czucia, równowagi, widzenia, nietrzymanie moczu może wpływać na sferę psychiczną i stan emocjonalny pacjentów [4, 5, 6, 7]. Najczęściej występującymi reakcjami emocjonalnymi na chorobę są: lęk, depresja, poczucie przygnębienia, pustki, bezsensu życia i utrata nadziei [6].

Stan psychiczny człowieka chorego zależy od obrazu własnej choroby i strategii radzenia sobie ze stresem, które uwarunkowane są głównie cechami osobowości, a przede wszystkim jej centralnym elementem, jakim jest obraz siebie [8, 9, 10, 11]. Obraz siebie jest strukturą złożoną, względnie stabilną, powstającą w wyniku uogólnienia informacji o własnych stanach wewnętrznych, własnym wyglądzie i cechach fizycznych, własnych umiejętnościach i zdolnościach, pragnieniach, potrzebach, postawach, pozycji wśród ludzi, uprawnieniach i przywilejach, pełniący funkcje integracji osobowości [10, 11].

Opierając się na literaturze przedmiotu, autorki pracy podjęły próbę udzielenia odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy pacjenci w okresie rzutu choroby różnią się poziomem lęku i depresji od pacjentów w okresie remisji SM?
2. Czy pacjenci w okresie rzutu choroby różnią się w zakresie obrazu siebie od pacjentów w okresie remisji SM?

Celem pracy była weryfikacja hipotezy zakładającej występowanie istotnych różnic między poziomem lęku, depresji a cechami obrazu siebie pacjentów w okresie rzutu w porównaniu z pacjentami w okresie remisji SM.

Grupa badana

Przebadano 42 osoby (23 kobiety i 19 mężczyzn) z postacią zaostrzająco-zwalniającą stwardnienia rozsianego (relapsing-remitting multiple sclerosis). Wszyscy pacjenci włączeni do badań spełniali kryteria rozpoznania stwardnienia rozsianego wg McDonalda i wsp. [12]. Pacjenci byli badani neurologicznie, a ich stopień niespraw-

ności był oceniany według skali EDSS wg Kurtzkiego [13]. Średni EDSS w badanej grupie wynosił 3,0. Wśród chorych na stwardnienie rozsiane było 26 osób w okresie rzutu choroby i 16 osób w okresie remisji. Badani byli pacjentami Oddziału Neurologii i Poradni Neurologicznej Szpitala Wojskowego w Lublinie. Średni wiek pacjentów wynosił 36 lat. Średni czas trwania choroby – 8 lat. Wykształcenie średnie miało 29 osób, a wyższe 13 osób.

Metody

W pracy zastosowano ankietę osobową, Inwentarz Objawów Depresyjnych Becka i Pichota [14], kwestionariusz do badania lęku jako stanu i lęku jako cechy Spielbergera (STAI). Według Spielbergera lęk jako stan (L-S) charakteryzuje się subiektywnymi, świadomie postrzeganymi uczuciami obawy i napięcia, którym towarzyszy związane z nimi pobudzenie układu nerwowego. Lęk jako cecha (L-C) oznacza nabytą dyspozycję behawioralną, która czyni jednostkę podatną na postrzeganie szerokiego zakresu obiektywnie niegroźnych sytuacji jako zagrażających i reagowanie na nie stanami lęku, nieproporcjonalnie silnymi w stosunku do wielkości obiektywnego niebezpieczeństwa [15]. Obraz siebie pacjentów określono na podstawie Testu Przymiotnikowego ACL Gougha i Heilbrunna, który badani wypełniali według instrukcji „jaki jesteś?” [16].

Wyniki

W pierwszej części badań porównano za pomocą testu t-Studenta wyniki pacjentów w okresie rzutu choroby i remisji uzyskane w Kwestionariuszu STAI w zakresie skal: lęk jako stan i lęk jako cecha (tab.1).

Pacjentów badanych w okresie rzutu cechuje istotnie statystycznie wyższy poziom lęku jako stanu ($p < 0,04$) i jako cechy ($p < 0,03$) w porównaniu z osobami w okresie

Tabela 1

Porównanie średnich wyników Kwestionariusza STAI uzyskanych przez pacjentów w okresie remisji i rzutu SM

Zmienna	Remisja		Rzut		t	p
	M	sd	M	sd		
L-S	42,33	10,60	49,61	10,93	2,19	0,04
L-C	42,91	10,30	49,69	9,21	2,12	0,03

W przypadku grup heterogenicznych ze względu na wariancję zastosowano test Cohrana-Coxa.

remisji SM.

W kolejnej tabeli porównano średnie wyniki uzyskane przez pacjentów w okresie rzutu i remisji choroby w Inwentarzu Objawów Depresyjnych Becka i Pichota (tab.2).

Wyniki uzyskane przez obie grupy badanych mieszczą się w przedziale odpowiadającym średniemu nasileniu objawów depresyjnych. Pacjenci w okresie rzutu mają jednak wyższy, aczkolwiek nieistotny statystycznie, poziom depresji w porównaniu z pacjentami w okresie remisji SM.

W następnym etapie badań porównano wyniki uzyskane przez osoby w okresie

Tabela 2

Porównanie średnich wyników Inwentarza Objawów Depresyjnych uzyskanych przez pacjentów w okresie remisji i rzutu SM

Zmienna	Remisja		Rzut		t	p<
	M	sd	M	sd		
BECK	17,56	9,90	14,57	17,54	-1,73	0,08

W przypadku grup heterogenicznych ze względu na wariancję zastosowano test Cohrana-Coxa.

rzutu i remisji SM w skalach Testu Przymiotnikowego ACL w zakresie obrazów realnych (tab.3).

Analizując średnie wyniki otrzymane przez obie grupy pacjentów w Teście ACL,

Tabela 3

Porównanie realnych obrazów pacjentów w okresie rzutu i remisji SM

Skala ACL	Rzut		Remisja		t	p<
	M	sd	M	sd		
No-Cad (ogólna liczba wybitnych przymiotników)	33,99	4,60	34,55	4,75	-0,74	
Flu (liczba przymiotników porównawczych)	36,92	5,36	42,73	16,63	-1,11	
Un Bu (liczba przymiotników negatywnych)	54,71	9,80	55,64	11,91	-0,67	
Com (potrzeba współ)	36,36	6,13	36,91	8,42	-0,53	
Ach (potrzeba cel' głośno)	41,71	5,34	44,00	8,41	-0,61	
Dom (potrzeba dostrzeżenia)	41,33	10,20	46,73	11,72	-0,63	
End (potrzeba wywołania)	46,92	11,71	46,64	8,88	0,04	
Ord (potrzeba porządku)	46,71	10,91	46,92	8,40	-0,24	
ht (potrzeba rozumienia siebie i innych)	42,92	1,86	44,36	14,70	-0,46	
Nur (potrzeba opiekowania się innymi)	46,93	5,34	46,00	11,50	0,06	
AM (potrzeba ułeczenia)	33,48	10,61	46,36	13,41	-1,33	
Het (potrzeba i orientacji heteroseksualnych)	41,50	9,44	46,00	5,71	-1,03	
Ech (potrzeba ujawnienia siebie)	42,90	5,63	46,48	1,74	-1,02	
Aut (potrzeba autonomii)	41,71	5,70	50,48	6,33	-0,91	
App (potrzeba uwagi)	46,52	1,64	52,73	10,00	-1,55	
Cha (potrzeba zmiany)	42,95	5,34	46,55	5,30	-1,00	
Suc (potrzeba wsparcia)	50,90	1,83	53,55	11,40	1,52	
Abc (potrzeba porównania siebie)	41,50	11,94	54,73	12,95	1,05	
De (potrzeba podważenia opinii o sobie)	52,90	1,51	52,64	1,60	-0,05	
Car (niechęć do przyjmowania ról)	51,50	9,90	52,36	5,60	-0,25	

SCn (skala samokontroli)	52,85	1,76	50,73	1,73	0,86	
SCM (skala zaufania do siebie)	30,80	0,35	28,70	0,14	-1,26	
F-Adj (skala przystosowania osobistego)	40,14	0,21	40,99	0,23	-0,55	
Iss (skala idealnego obrazu siebie)	30,55	11,28	44,64	10,50	-1,70	
Cps (skala osobowości twórczej)	41,33	0,22	40,64	1,76	-1,71	
MIs (skala zdolności przywódczych)	40,81	0,90	40,36	10,40	0,91	
Ints (skala umiejętności)	40,21	5,35	40,22	0,22	-1,99	
Fem (skala potrzeby)	40,23	0,80	40,22	11,22	-0,80	
CP (skala zdolności intelektualnych)	50,64	0,85	51,70	0,21	-0,70	
Np (skala rodzica opóźnionego)	44,22	0,74	40,70	11,91	0,20	
A (skala dorosłego)	41,81	0,90	44,55	10,24	-0,70	
FC (skala dziecka wolnego)	40,55	0,22	40,90	0,82	0,20	0,04
AC (skala dziecka przystosowanego)	50,80	1,74	55,70	11,91	0,80	
A-1 (wysoka oryginalność i niski inteligencja)	40,90	1,63	40,22	1,96	0,80	
A-2 (wysoka oryginalność i wysoka inteligencja)	40,14	0,10	40,22	0,16	-1,96	
A-3 (niska oryginalność i niski inteligencja)	40,85	1,91	44,99	0,34	-0,66	
A-4 (niska oryginalność i wysoka inteligencja)	44,80	0,90	40,80	10,11	-0,75	

W przypadku grup heterogenicznych ze względu na wariancję zastosowano test Cochran-Coxa.

uwzględniono podział proponowany przez Drwala [16] na wyniki przeciętne - w granicach od 40 do 60, wyniki wysokie - powyżej 60, i niskie - poniżej 40.

Rezultaty zebrane w tabeli 3 wskazują, że pacjenci w okresie rzutu choroby uzyskali niskie wyniki w skalach: liczba przymiotników pozytywnych wybranych do określenia siebie (Fav), typowość (Com), potrzeba afiliacji (Aff), zaufanie do siebie (S-Cfd), przystosowanie osobiste (P-Adj), idealny obraz siebie (Iss) i dziecko wolne (Fc). Wynik wysoki zaznaczył się w skalach potrzeba poniżania siebie (Aba) i potrzeba wsparcia (Suc). Pozostałe wyniki pozostają w obszarze wyników przeciętnych, chociaż wyniki zbliżone do niskich wystąpiły w skalach: potrzeba osiągnięć (Ach), dominacji (Dom) oraz kontaktów heteroseksualnych (Het), a także w skali osobowości twórczej (Cps), dorosłego (A), potrzeb rozumienia siebie i innych (Int), ujawniania siebie (Exh), zdolności przywódczych (MIs) i potrzeb zmiany (Cha). Przewaga liczby przymiotników negatywnych (Unfav = 51,77) nad pozytywnymi (Fav = 36,82) użytych przez pacjentów w okresie rzutu choroby do oceny siebie informuje o tym, że cechuje ich negatywna samoocena, niski poziom akceptacji siebie, wroga, odrzucająca postawa w stosunku do siebie, brak zaufania do siebie i swoich możliwości, lęk o przyszłość.

Wysokie wyniki w skalach: potrzeba poniżania siebie i wsparcia oznaczają nasiloną tendencję do poszukiwania wsparcia, akceptacji, odgrywania podporządkowanych ról dziecięcych, poczucie winy, bezradności i tendencję do ucieczki w fantazje przed rzeczywistością. Osoby w okresie rzutu SM wycofują się z bliskich relacji interpersonalnych, są nastawione obornnie wobec ludzi, skoncentrowane na objawach choroby, które wywołują w nich lęk i poczucie zagrożenia, o czym informują niskie wyniki w skalach: dziecko wolne, potrzeba afiliacji, ujawniania siebie, kontaktów heteroseksualnych i rozumienia siebie i innych. Zbliżone do niskich wyniki w skalach: potrzeba osiągnięć, dominacji, zmiany, zdolności przywódczych i dorosłego sugerują, że osobom w okresie rzutu choroby brakuje motywacji, by dążyć do wyznaczonych celów życiowych, realizować zadania. Pacjenci z tej grupy mają trudności z rozwiązywaniem problemów, radzeniem sobie ze stresem, a nasileniu ulega głównie potrzeba poszukiwania stabilizacji i bezpieczeństwa.

Pacjenci badani w okresie remisji SM uzyskali wyniki niskie w skalach: ogólna liczba przymiotników wybranych do opisu siebie (No-Ckd) i typowość (Com). Pozostałe wyniki mieszczą się w przedziale wyników przeciętnych (40–60). Podobnie jak w grupie pacjentów w rzucie choroby, pacjenci w remisji wybrali do opisu siebie znacznie więcej przymiotników negatywnych (Unfav=55,64) niż pozytywnych (Fav=42,73). Rezultaty te sugerują, że osoby w okresie remisji SM cechuje tendencja do dokonywania negatywnej autoprezentacji, niski poziom samoakceptacji, negatywna samoocena.

Porównanie obrazów realnych obu badanych grup (tab. 3) ujawniło istotną statystycznie różnicę w skali dziecko wolne ($F_c, p < 0,04$). Oznacza ona, że pacjenci w okresie remisji, gdy stają się bardziej sprawni, charakteryzują się większą spontanicznością, umiejętnością cieszenia się z życia, chętniej przebywają z innymi ludźmi oraz mają większą potrzebę zwracania na siebie uwagi, zainteresowania otoczenia, w porównaniu z osobami badanymi w okresie rzutu choroby. Najmniejsza różnica między średnimi wynikami pacjentów w okresie rzutu i remisji SM wystąpiła w zakresie skal: zdolności przywódcze (MIs), potrzeba wytrwałości (End) i potrzeba opiekowania się innymi (Nur), co wskazuje na brak wpływu nasilenia objawów choroby na wymienione cechy obrazu siebie.

Omówienie

Przeprowadzone badania ujawniły większe nasilenie lęku u pacjentów w okresie rzutu SM niż u pacjentów w okresie remisji choroby. Wykazały również, że nasilenie objawów choroby ma wpływ na cechy obrazu siebie u osób z zaostrzająco-zwalniającą postacią stwardnienia rozsianego. Na podstawie wyników badań można przypuszczać, że pacjenci w okresie remisji cechują się większą spontanicznością, optymizmem, są bardziej otwarci na kontakty interpersonalne niż osoby w okresie rzutu choroby, które czują się z powodu swojej niesprawności gorsze, winne, bezradne, tracą zaufanie do siebie, poczucie bezpieczeństwa i wycofują się z kontaktów społecznych. Wyniki te

korespondują z badaniami Stenagera i wsp. [17] oraz innych autorów [2, 5], którzy wskazali na zależności między stopniem niesprawności u osób chorych na SM a nasileniem depresji i lęku. W traumatycznej sytuacji nawrotu choroby najważniejsze jest, jak pisze Sęk [8], wsparcie emocjonalne, które oznacza towarzyszenie chorej osobie, tworzenie poczucia przynależności, bezpieczeństwa, które ma na celu pomóc w zmniejszeniu napięcia, lęku, izolacji, wstydu, poczucia niepełnowartościowości oraz uzyskaniu lepszego samopoczucia i nadziei.

Remisja objawów choroby i związana z nią poprawa w zakresie sprawności fizycznej powoduje, że pacjenci w mniejszym stopniu izolują się od innych ludzi, a pragną być bardziej przez otoczenie zauważani i akceptowani. Bardzo ważne jest udzielenie im również w tym czasie wsparcia, aprobaty, stwarzanie takich warunków, w których osiągnęte przez nich cele będą znaczące dla nich samych i spostrzegane jako użyteczne społecznie [8, 9]. Okres remisji i wzrastająca potrzeba kontaktów interpersonalnych może być czasem, w którym nawiązany kontakt emocjonalny pozwoli przejść przez trudny okres kolejnych rzutów choroby i pogłębiającego się inwalidztwa.

Zaprezentowane wyniki badań ukazują, jak ważną rolę w życiu osób chorych na SM mogą pełnić grupy wsparcia, w których mimo pogarszającej się sprawności młodzi ludzie nie będą czuć się gorsi, a mają szansę zredukować lęk, poradzić sobie z depresją i poczuciem beznadziejności oraz formułować adekwatne do możliwości zadania i cele życiowe.

Wnioski

Otrzymane wyniki stały się podstawą do sformułowania następujących wniosków:

1. Pacjenci w okresie rzutu choroby charakteryzują się wyższym poziomem lęku, w porównaniu z pacjentami w okresie remisji SM.
2. Obraz siebie pacjentów w okresie rzutu choroby charakteryzuje: negatywna samoocena, brak zaufania do siebie, poczucie izolacji, lęk przed ludźmi, któremu towarzyszy nasilone poczucie winy oraz potrzeba poniżania siebie, akceptacji i wsparcia.
3. W obrazie siebie pacjentów w okresie remisji dominuje negatywna samoocena.
4. Pacjenci w okresie remisji, w porównaniu z pacjentami w okresie rzutu SM, są bardziej spontaniczni, umieją cieszyć się życiem, w mniejszym stopniu izolują się od otoczenia.

×Ídñú èč=ññč d'róčlíná n íáññd' túlén'-čřélač' túlén' óidčéč
d'rní' íñáí nčéldčř (RR-MS)

Nááđéříčl

Čřáříčl. Ólčú čñélařáříč' áuš' áldčóčřóč' áčd'ínčú í d'í' áělíčč nól'nnáííúš d'řčč=čé
ělčáo n' člññú óiáčč, áld'đl'nnčč, ř nřčl' nánáñl'ííé řtdčú ó d'róčlíná à d'đčl'ál róár ářélčéč à
n'dřáířl'čl' n' d'róčl'ínřčč, ířótá' účččn' à d'đčl'ál d'ččnnčč d'rní' íñáí nčéldčř.

Élñia. Íañélaiaáíñ 42 d'róclíñá à Ìñálelícè íladéiaçè è íladéiaçè-Íñeie àcñd'íñídl íaéíññíé áieúicóú à á.Éřaécíl. Ndláç áieúiuó ñ oáññd' ùlén' -çřélaè' ùlén' òideié d'íñí' ííñá ñeéldíçř áúeí 26 -Íeíále à íññdē d'ldçiaí áiełçic è 16 à d'ldçiaí dleçññèç. Áñl áieúiuł, áóia' úcl à çññélaiaáíçl, çñd'ieí' èç eđçñldèç áçáñçř d'íñí' ííñá ñeéldíçř d'í Eřmñçòçeřòçè Èře Áíířeúar. Ndláieçé áieçd'íññ áieúiuó d'íáí' èñ' 36 áiaře. Ndláíll ádle' áiełçic d'íáí' èíñú 8 áiaře.

À d'íáíñl çñd'ieúicáíříç èç-íññíř' řiełñř, Náid áld'dlññçáiuó ñèçd'ñieia Áleçř è D'çóíñř, Áeíñ-ñřdçé áe' çññélaiaáíře' óiaçè eře ñíññi' íe' è Óiaçè eře -Ídñú Řd'çeuáldar (STAI). Eđřel' ñiaí, d'dçelíli Nlññ d'dçeráññeúiuó RNL Áiař è Áleádoúíř, íř íññáířicè eññidáí íř-Íd-Ííř íááññáííř' eřdñçíř d'řóclíñř.

Dlçóeúñřñú. Ndráířlçl d'dç d'ieúicè ñlññř t-Nñóáíñř dlçóeúñřñia, d'ieó-Ííuú ó d'řóclíñia à íññdē óřl' áiełçic ñ d'řóclíñřeç à d'ldçiaí dleçññèç áiełçic óeřçřeç íř ññřçññèç-Íñeç ñóúlnñáííuł d'řeçè-ç' à ñ çlññè óiaçè, ířeáííuł d'dç çññélaiaáíře' ó Áeíññřdçle STAI è řeřel' dlálieř ñáiaiañáí ñlññř RCL

Áúáiaú. D'ieó-Ííuł dlçóeúñřñú çññélaiaáířeç d'ieřçřeç, -ñí d'řóclíñú à íññdē d'ldçiaí áiełçic óřd'řeñldçéóíññ' áiełl' áúñieçè óđiaíle óiaçè, áiełl' ílarñçáie řřeñólieie, íññóññáçle óáldlíññèç, -óáññáie çeř' óçè à íeđóclícè à ñdráířlçl ñ d'řóclíñřeç à d'ldçiaí dleçññèç d'íñí' ííñá ñeéldíçř.

Persönlichkeitseigenschaften der Patienten mit schubförmig – remittierender Form der multiplen Sklerose (RR-MS)

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Arbeit war die Hypothese zu verifizieren, die annimmt, dass es bedeutende Unterschiede zwischen dem Level der Angst, Depression und Eigenschaften des Selbstbildes der Patienten in der Zeit des Schubes im Vergleich mit den Patienten in der Zeit der Remission gibt.

Methode. Es wurden 42 Patienten der Abteilung für Neurologie und der Neurologischen Beratungsstelle des Militärischen Krankenhauses in Lublin mit der schubförmig - remittierenden Form der multiplen Sklerose untersucht (26 Personen in der Schubzeit und 16 in der Remissionszeit). Alle an die Studie eingeschlossenen Patienten erfüllten die Kriterien der Diagnose multiple Sklerose nach McDonald. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 36 Jahre und das durchschnittliche Zeitdauer der Krankheit 8 Jahre.

Bei der Arbeit wurden personale Umfrage, Inventar der Depressionssyndrome von Beck und Pichot, Fragebogen für Untersuchung der Angst als Zustand und Angst als Eigenschaft von Spielberg (STAI) und Adjektivtest ACL von Gough und Heilbrunn angewandt, aufgrund dessen man das Selbstbild der Untersuchten bestimmte.

Ergebnisse. Der Vergleich der Ergebnisse, die durch die Patienten in der Schubzeit erreicht wurden mit den Patienten in der Remissionszeit, zeigte mit Hilfe des t-Student Testes statistisch bedeutende Unterschiede im Bereich der Angst im STAI Fragebogen und in der Skala des freien Kindes im ACL Test.

Schlussfolgerungen. Die erzielten Ergebnisse zeigten, dass sich die Patienten in der Schubzeit mit einem höheren Level der Angst, einer mehr negativen Selbstbeurteilung, Mangel an Selbstvertreuen, Gefühl der sozialen Isolierung charakterisieren im Vergleich mit den Patienten in der Remissionszeit der multiplen Sklerose.

Les traits de la personnalité des patients souffrant du cours «exacerbation-rémission» de la sclérose disséminée

Résumé

Objectif. Vérifier l'hypothèse supposant l'existence d'importantes différences dans le niveau

d'anxiété, de dépression et des traits de la personnalité des patients souffrant de la sclérose disséminée – comparaison des patients avec l'exacerbation de cette maladie et de sa rémission.

Méthode. On examine 42 patients de l'Hôpital Militaire de Lublin (26 personnes pendant l'exacerbation de la maladie, 16 pendant la rémission) diagnostiqués d'après les critères de McDonald. Leur moyenne de l'âge – 36 ans, la durée moyenne de leur maladie – 8 ans. Les patients sont examinés à l'aide des questionnaires: STAI de Spielberger (State-Trait Anxiety Inventory), ACL de Gough et Heilbrunn (Adjective Check List), DI de Beck et Pichot (Depression Inventory) pour déterminer leur image de soi-même.

Résultats. Les résultats obtenus sont comparés à l'aide du teste t-Student et on y trouve l'existence des différences importantes dans le niveau d'anxiété mesuré par le questionnaire STAI et par l'échelle d'Enfant Libre du teste ACL.

Conclusion. Ces résultats démontrent que pendant l'exacerbation de la maladie on trouve chez les patients le niveau plus élevé d'anxiété, ils n'ont pas de confiance en eux, leur auto-estimation est plutôt négative, ils se sentent isolés socialement.

Piśmiennictwo

1. Cendrowski W. *Stwardnienie rozsiane*. Warszawa: PZWL; 1993.
2. Vleugels L, Pfenning L, Pouwer F, Cohen L. *Psychological functioning in primary progressive versus secondary progressive multiple sclerosis*. Brit. J. Med. Soc. 1998; 71: 99–106.
3. Lublin F, Reingold SC. *Defining the clinical course of MS: Results of an international survey*. Neurol. 1996; 46: 907–911.
4. Dalos N, Rabins P, Brooks B. *Disease activity and emotional state in multiple sclerosis*. Ann. Neurol. 1983; 13: 573–577.
5. Milleforini E, Padowani A, Pozzilli C. *Depression in the early phase of MS: influence of functional disability, cognitive impairment and brain abnormalities*. Acta Neurol. Scand. 1992; 86: 354–358.
6. Szafraniec L, Czernicki J. *Cognitive impairment in patients with multiple sclerosis*. Przegl. Lek. 1996; 53(7–8): 572–575.
7. Kułakowska A, Drozdowski W, Halicka D. *Emotional disorders in patients with multiple sclerosis*. Przedgl. Lek. 2001; 58(9): 873–876.
8. Sęk H. *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2001.
9. Jarosz M. *Psychologia lekarska*. Warszawa: PZWL; 1983.
10. Reykowski J. *Obraz własnej osoby jako mechanizm regulujący postępowanie*. Kwart. Pedagog. 1970(15); 3: 45–57.
11. Siek S. *Formowanie osobowości*. Warszawa: ATK 1983.
12. McDonald WI, Compston A, Edan G i in. *Recommended diagnostic criteria for Multiple Sclerosis: guidelines from International Panel on the Diagnosis of Multiple Sclerosis*. Ann. Neurol. 2001; 50: 121–127.
13. Kurtzke J. *Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: An expanded disability status scale (EDSS)*. Neurol. 1983; 33: 1444–1452.
14. Beck AT, Ward CH, Mendelson M. *An inventory for measuring depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 53–63.
15. Oleś M. *Asertywność u dzieci*. Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL; 1998.
16. Drwał RŁ. *Adaptacja kwestionariuszy osobowości*. Warszawa: PWN; 1995.
17. Stenager EN, Stenager E, Koch-Heinriksen N. *Suicide and multiple sclerosis: an epidemiological investigation*. J. Neurosurg. Psychiatry 1992; 55: 542–545.

Otrzymano: 18.06.2004
Zrecenzowano: 1.10.2004
Przyjęto do druku: 18.02.2005

Adres: Beata Pawłowska
20-630 Lublin, ul. Żarnowiecka