

**Piotr Gurowiec, Nina  
Ogińska-Bulik**

---

**Umiejscowienie kontroli a radzenie  
sobie z bólem u pacjentów z  
reumatoidalnym zapaleniem stawów**

---

Acta Universitatis Lodzianis. Folia Psychologica 6, 61-70

---

2002

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej [bazhum.muzhp.pl](http://bazhum.muzhp.pl), gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach  
dozwolonego użytku.

NINA OGIŃSKA-BULIK\*/\*\*, PIOTR GUROWIEC\*\*

\* Zakład Psychoprofilaktyki  
Instytut Psychologii UŁ

\*\* Katedra Psychologii  
Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi

## UMIEJSCOWIENIE KONTROLI A RADZENIE SOBIE Z BÓLEM U PACJENTÓW Z REUMATOIDALNYM ZAPALENIEM STAWÓW

Ból jest zjawiskiem doświadczanym przez każdego człowieka. Najczęściej sygnalizuje chorobę lub uszkodzenie tkanek organizmu. Ból jest doznaniem subiektywnym, rezultatem oddziaływania nie tylko czynników biologicznych, lecz również psychologicznych i społecznych (Keefe i in. 1992; Sedlak 1996). Na percepcję bólu i jego manifestację wpływają takie czynniki psychologiczne, jak: lęk, oczekiwania, spostrzegana kontrola, poczucie własnej skuteczności oraz procesy warunkowania i uczenia się (Turk, Fernandez 1991).

Ból może być traktowany jako forma zachowania instrumentalnego, to znaczy podlegającego kontroli konsekwencji, które po nim następują (Sheridan, Radmacher 1998). Dlatego też jednym z ważniejszych czynników pośredniczących w procesie zmagania się z chorobą, w tym także z bólem jest spostrzegana kontrola (Heszen-Niejodek 2000).

Świadomość możliwości sprawowania kontroli nad negatywnymi skutkami nieprzyjemnej sytuacji składa się na poczucie kontroli behawioralnej (Bishop 2000). Kontrola w tym przypadku oznacza możliwość przerwania zdarzenia, zmniejszenia prawdopodobieństwa jego wystąpienia, ograniczenia jego skutków lub skrócenia czasu jego oddziaływania. Kontrola behawioralna, zdaniem Bishopa, nie jest tożsama z radzeniem sobie zorientowanym na problem, co oznacza, że osoba nie musi podejmować żadnych działań, aby uzyskać korzyści z dysponowania tym rodzajem kontroli. Przekonanie o możliwości wpływania na bieg wydarzeń jest w tym przypadku wystarczające.

Kontrola behawioralna wydaje się być ściśle powiązana z doświadczanym bólem i jego skutkami. Bywa tak, że najgorszym aspektem stresującego wydarzenia jest oczekiwanie na ból. W takich przypadkach poczucie kontroli

behawioralnej może stanowić dużą pomoc w przezwyciężeniu przewidywanych skutków, na przykład sama informacja o możliwości uniknięcia, bądź zmniejszenia przykrego bólu może zmniejszyć niepokój, nawet jeśli dana osoba nie zamierza z tej informacji skorzystać. Ponadto poczucie kontroli behawioralnej może zmniejszać negatywne skutki stresu związanego z doświadczanym bólem, a także może wpływać na zachowania społeczne danej osoby.

Z kolei kontrola poznawcza to, zdaniem Bishopa (2000), świadomość dysponowania strategiami poznawczymi zdolnymi ograniczać efekty sytuacji stresowej, w tym przypadku związanej z doświadczanym bólem. Koncentrowanie się na pozytywnych skutkach zdarzenia, na przykład, na pozytywnych rezultatach operacji, zdobywanie nowych informacji o sytuacji, czy odwracanie uwagi od doświadczanego bólu, to tylko niektóre przykłady sposobów kontroli poznawczej w odniesieniu do sytuacji związanej z bólem. Wykorzystanie technik kontroli poznawczej może prowadzić do ograniczenia negatywnych emocji zarówno przed, w trakcie, jak i po sytuacji doświadczania bólu.

Brak poczucia kontroli może potęgować odczuwany ból. Badania dowodzą, że w obliczu zdarzeń niekontrolowanych może pojawić się poczucie bezradności, które z reguły prowadzi do osłabienia motywacji do radzenia sobie z różnymi sytuacjami trudnymi (Bishop 2000).

Ludzie różnią się w zakresie poczucia umiejscowienia kontroli bólu. Osoby z poczuciem zewnętrznej kontroli bólu wyrażają przekonanie, że odczuwany ból jest wynikiem czynników zewnętrznych, nad którymi nie mają kontroli. Natomiast jednostki o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli bólu żywią przekonanie, że mają wpływ na doświadczany ból i że jego redukcja zależy od ich własnych działań (Skevington 1990; Juczyński 2001).

Warto jednakże pamiętać, że efektywność kontroli poznawczej na dłuższą metę zależy od stosowanych strategii radzenia sobie. Mimo że dostarczenie informacji może pomóc w radzeniu sobie z bólem, to jednak sama informacja może okazać się niewystarczająca do skutecznej redukcji poziomu odczuwanego bólu.

Celem podjętych badań było:

- ustalenie zależności między poczuciem umiejscowienia kontroli bólu a strategiami radzenia sobie z bólem u pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów;
- sprawdzenie, czy umiejscowienie kontroli bólu różnicuje stosowane przez pacjentów strategie radzenia sobie z nim;
- ustalenie wyznaczników radzenia sobie z bólem w badanej grupie.

## METODA

Badaniami objęto 102 pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów, leczonych w Ośrodku Rehabilitacyjnym w Chorzowie. Większość – 59 osób – stanowiły kobiety, 43 – mężczyźni. Średnia wieku badanych pacjentów wynosiła 38,1 lat.

W badaniach zastosowano dwie metody zaadaptowane przez Juczyńskiego (2001), tj.:

– Kwestionariusz Przekonań na Temat Kontroli Bólu Skevington (Beliefs About Pain Control Questionnaire – BPCQ). Kwestionariusz zawiera 13 stwierdzeń wchodzących w skład trzech skal, które mierzą siłę indywidualnych przekonań dotyczących kontrolowania bólu przez czynniki wewnętrzne czy osobiste, siłę innych, np. lekarzy oraz przypadkowe zdarzenia. Wyższy wynik odzwierciedla silniejsze przekonania, że ból może zostać opanowany przez wpływ odpowiedniego czynnika.

– Kwestionariusz Radzenia Sobie z Bólem Rosentiel i Keefe (Pain Coping Strategies Questionnaire – CSQ) zawiera 42 stwierdzenia i jest przeznaczony do oceny stosowanych strategii radzenia sobie z doświadczanym bólem i ich skuteczności w opanowaniu i obniżaniu bólu. Obejmuje 7 podskal odpowiadających sześciu różnym poznawczym strategiom radzenia sobie z bólem, tj. odwracanie uwagi, przewartościowanie doznań bólu, katastrofizowanie, ignorowanie doznań, modlenie się lub pokładanie nadziei, deklarowanie radzenia sobie oraz jednej strategii behawioralnej, wyrażającej zwiększoną aktywność behawioralną. Im wyższy wynik, tym większe znaczenie przypisywane danej strategii radzenia sobie z bólem.

## WYNIKI BADAŃ

Pierwszy etap analizy wyników badań polegał na porównaniu średnich wartości umiejscowienia kontroli i strategii radzenia sobie z bólem w zależności od płci i wieku badanych, które to zmienne potraktowano jako zmienne pośredniczące (tab. 1). Brak statystycznie istotnych różnic w zakresie umiejscowienia kontroli bólu oraz strategii radzenia sobie w zależności od płci i wieku pozwala traktować grupę jako jednorodną. W związku z tym w dalszej analizie nie uwzględniono już wymienionych zmiennych pośredniczących.

Tabela 1

Średnie i odchylenia standardowe umiejscowienia kontroli i strategii radzenia sobie z bólem

Zmienne	Płeć				Wiek			
	Kobiety (N = 59)		Mężczyźni (N = 43)		< 38 lat (N = 56)		> 37 lat (N = 46)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Umiejscowienie kontroli bólu								
Wewnętrzne	15,83	3,84	17,27	5,02	15,98	4,65	17,00	4,08
Zewnętrzne – inni	14,54	3,30	14,76	4,33	14,23	3,48	15,13	4,04
Zewnętrzne – przypadek	13,98	13,98	14,41	3,72	13,92	3,94	15,08	3,72
Strategie radzenia sobie z bólem								
Odwracanie uwagi	13,17	7,26	13,41	7,76	12,75	7,26	13,91	7,68
Przewartościowanie doznań bólu	7,94	8,07	9,00	8,03	7,12	7,63	9,93	8,31
Katastrofizowanie	13,96	7,76	12,53	7,67	13,44	7,86	13,26	7,62
Ignorowanie doznań	12,47	7,21	12,74	8,30	11,73	7,41	13,63	7,89
Modlenie się/pokładanie nadziei	18,18	6,82	16,81	8,33	16,82	6,30	18,56	8,69
Deklarowanie radzenia sobie	18,20	7,35	15,95	8,03	16,53	7,22	18,13	8,21
Zwiększona aktywność behawioralna	13,23	7,44	12,72	7,83	12,62	7,66	13,50	7,52

W celu ustalenia zależności między umiejscowieniem kontroli bólu a poszczególnymi strategiami radzenia sobie z bólem obliczono współczynniki korelacji Pearsona. Wyniki zamieszczone w tab. 2 wskazują na pozytywny związek wewnętrznego umiejscowienia kontroli bólu z odwracaniem uwagi. Innymi słowy, im silniejsze przekonanie o własnych możliwościach wpływania na ból, tym częstsze radzenie sobie z bólem poprzez odwracanie uwagi. Z kolei zewnętrzne umiejscowienie kontroli bólu, odnoszące się zarówno do wpływu innych, jak i przypadku, koreluje pozytywnie z „katastrofizowaniem”. Im silniejsze przekonanie o wpływie innych i przypadku na doznania bólowe, tym częstsze stosowanie „katastrofizowania” jako strategii radzenia sobie z nimi.

Tabela 2

Współczynniki korelacji między umiejscowieniem kontroli bólu a strategiami radzenia sobie z nim

Strategie radzenia sobie z bólem	Kontrola wewnętrzna	Kontrola zewnętrzna – inni	Kontrola zewnętrzna – przypadek
Odwracanie uwagi	0,26*	0,09	-0,01
Przewartościowanie doznań bólu	0,15	-0,12	-0,10
Katastrofizowanie	-0,19	0,26*	0,38**
Ignorowanie doznań	0,15	-0,14	-0,05
Modlenie się/pokładanie nadziei	0,05	0,09	-0,03
Deklarowanie radzenia sobie	0,13	-0,08	-0,07
Zwiększona aktywność behawioralna	0,15	-0,09	-0,16

\*  $p < 0,01$ , \*\*  $p < 0,001$ .

Następnie sprawdzono, w jakim stopniu sposób umiejscowienia kontroli bólu wiąże się z preferowaniem określonych strategii radzenia sobie z bólem. W tym przypadku, zgodnie z typologią zaproponowaną przez Juczyńskiego (2001), wyodrębniono pięć typów umiejscowienia kontroli bólu, a mianowicie: 1) kontrola wewnętrzna (wysokie wyniki kontroli wewnętrznej przy niskiej zewnętrznej, zarówno inni jak i przypadek), 2) kontrola zewnętrzna – dominacja innych, 3) kontrola zewnętrzna – dominacja przypadku, 4) typ niezróżnicowany silny, 5) typ niezróżnicowany słaby. Średnie wyniki dla poszczególnych strategii radzenia sobie z bólem w zależności od umiejscowienia kontroli bólu przedstawione są w tab. 3.

Uzyskane wyniki wskazują na występowanie zróżnicowania strategii „odwracanie uwagi” w zależności od typu umiejscowienia kontroli bólu ( $F = 2,09$ ,  $p < 0,05$ ). Osoby należące do typu niezróżnicowanego silnego (typ 4) wykazują istotnie statystycznie wyższe nasilenie stosowania strategii odwracania uwagi, w porównaniu z jednostkami należącymi do typu 2, tj. kontrola zewnętrzna – inni i typu 3, tj. kontrola zewnętrzna – przypadek.

W przypadku kolejnej strategii radzenia sobie z bólem, jaką jest „katastrofizowanie” ( $F = 7,30$ ,  $p < 0,001$ ) analiza wariancji wykazała, że jednostki należące do typu 3 – kontrola zewnętrzna – wpływ przypadku wykazują zdecydowanie większe nasilenie tej strategii w porównaniu z pozostałymi typami.

Tabela 3

Umiejscowienie kontroli bólu a strategie radzenia sobie z nim – wyniki analizy wariancji

Strategie radzenia sobie z bólem	Typy umiejscowienia kontroli bólu									
	wewnętrzny		zewnątrzny – inni		zewnątrzny – przypadek		niezróżnicowany silny		niezróżnicowany słaby	
	(N = 11)		(N = 12)		(N = 22)		(N = 18)		(N = 20)	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Odwracanie uwagi	14,36	6,24	10,25	8,48	11,04	7,09	16,55	5,43	12,75	8,01
Przewartościowanie doznań bólu	12,81	10,40	6,25	6,94	6,86	7,85	8,78	6,65	10,35	7,33
Katastrofizowanie	9,81	6,31	13,41	7,87	20,13	8,58	13,05	6,35	9,50	5,25
Ignorowanie doznań	14,55	7,09	8,83	5,27	11,00	8,66	14,44	5,91	14,50	9,74
Modlenie się/pokładanie nadziei	18,00	6,54	13,17	6,16	18,73	7,87	18,89	8,57	17,15	8,24
Deklarowanie radzenia sobie	17,91	7,27	13,67	6,59	16,82	8,45	18,44	6,28	17,60	9,40
Zwiększona aktywność behawioralna	15,09	7,89	10,42	5,33	11,55	8,39	13,78	5,51	13,60	8,46

Wybór pozostałych strategii radzenia sobie z bólem nie jest zdeterminowany typem umiejscowienia kontroli bólu, chociaż zaznaczają się pewne tendencje. Dotyczą one przede wszystkim większego nasilenia u osób charakteryzujących się wewnętrzną kontrolą bólu bezpośrednich strategii radzenia sobie, takich jak: przewartościowanie doznań bólu, deklarowanie radzenia sobie czy zwiększona aktywność behawioralna.

W celu ustalenia związków pomiędzy badanymi zmiennymi niezależnymi (objaśniającymi) a zmienną kryterialną i wyznaczenia predyktorów radzenia sobie z bólem posłużono się wielokrotną analizą regresji (według procedury krokowej Stepwise). Spośród siedmiu strategii jedynie dwie pozwoliły na ustalenie predyktorów. Wyniki przedstawiono w tab. 4.

Tabela 4

Wyznaczniki radzenia sobie z bólem – wyniki analizy regresji

Wyznaczniki	<i>B</i>	SE <i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>T</i>	Sig <i>T</i>
Strategia 1 – odwracanie uwagi					
Kontrola wewnętrzna	0,433	0,163	0,257	2,659	0,009
Wartość stała	6,155	2,771		2,221	0,02
$R^2 = 0,07$					
Strategia 3 – katastrofizowanie					
Kontrola bólu – przypadek	0,831	0,182	0,422	4,564	0,000
Kontrola bólu – wewnętrzna	-0,600	0,157	-0,343	-3,813	0,000
Kontrola bólu – inni	0,417	0,184	0,206	2,266	0,02
Wartość stała	5,336	3,622		1,473	n.i.
$R^2 = 0,28$					

Wyznacznikiem strategii „odwracanie uwagi” okazała się kontrola wewnętrzna bólu, co oznacza, że im silniejsze przekonanie żywi jednostka o możliwości kontrolowania własnego bólu, tym częściej stosuje odwracanie uwagi jako strategię radzenia sobie z nim. Wyznacznikami strategii „katastrofizowanie” okazały się wszystkie trzy rodzaje kontroli bólu. Wartości *Beta* wskazują, że im silniejsze przekonanie o kontroli zewnętrznej, odnoszącej się zarówno do przypadku jak i wpływu innych oraz im słabsza kontrola wewnętrzna bólu, tym częściej jednostka w radzeniu sobie z bólem stosuje strategię „katastrofizowania”.



### PODSUMOWANIE

Wyniki uzyskanych badań wskazują na powiązanie umiejscowienia kontroli bólu z radzeniem sobie z nim. Należy jednakże zaznaczyć, że kontrola wewnętrzna bólu jest dość słabym predyktorem, o czym świadczy niski wynik  $R^2$ . Wyniki istotne odnoszą się jedynie do dwóch spośród siedmiu analizowanych strategii radzenia sobie z bólem. Im silniejsze przekonanie o własnych możliwościach kontrolowania bólu, tym większe nasilenie strategii „odwracania uwagi”. Natomiast im silniejsze przekonanie o wpływie innych i przypadku na doznawany ból, tym większe „katastrofizowanie”. Uzyskane wyniki pozostają w zgodzie z danymi prezentowanymi przez Crissona i Keefe (1988), którzy stwierdzili występowanie pozytywnego związku między zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia, mierzonym za pomocą Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia a czynnikiem bezradności, do którego zaliczają „katastrofizowanie”.

Umiejscowienie kontroli bólu odgrywa więc pewną rolę w preferencjach dotyczących wyboru strategii radzenia sobie z bólem. Osoby należące do typu niezróżnicowanego o wysokich wynikach w sytuacji doświadczania bólu częściej sięgają po strategię „odwracania uwagi”, natomiast osoby charakteryzujące się zewnętrznym umiejscowieniem kontroli bólu, przede wszystkim te, które żywią przekonanie, że na odczuwany ból wpływa przypadek, wybierają „katastrofizowanie”.

Pozostałe różnice nie uzyskały statystycznie istotnej zależności, jednakże widoczne są pewne tendencje do preferowania określonych strategii radzenia sobie z bólem. Ogólnie, badani pacjenci z reumatoidalnym zapaleniem stawów z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli bólu są skłonni w sytuacji doświadczania bólu częściej sięgać po strategię bezpośrednie i pozytywne, takie jak przewartościowanie doznań bólu, deklarowanie radzenia sobie, zwiększona aktywność behawioralna, czy też „odwracanie uwagi”. Natomiast osoby zewnętrznie umiejscawiające kontrolę bólu wykazują tendencje do stosowania strategii unikowych i pasywnych, a przede wszystkim „katastrofizowania”.

Wpływ umiejscowienia kontroli bólu na strategię radzenia sobie, jak można sądzić, zależy także od sytuacji, w jakiej znajduje się pacjent, w tym od stopnia jej kontrolowalności. W obliczu zdarzeń odbieranych jako sterowalne, osoby o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli bólu częściej stosują strategię bezpośrednie i rzadziej sięgają po strategię unikowe. Jednakże w sytuacjach nie podlegających kontroli różnice w stosowaniu strategii mogą być mniej wyraźne.

Uzyskane wyniki badań sugerują, że kształtowanie u pacjentów przekonania o własnych możliwościach kontrolowania bólu może wpływać na zdolność jego zmniejszania, a tym samym polepszać funkcjonowanie jednostki. Jest to zgodne z twierdzeniami innych autorów. Smith i O’Keefe (1994) wykazali, że stosowanie pozytywnych strategii radzenia sobie z bólem, takich jak

ignorowanie czy odwracanie uwagi od bólu, przyswojonych w wyniku wewnętrznego umiejscowienia kontroli wpływa na zwiększenie aktywności życiowej pacjentów. Podobnie Rosenstiel i Keefe (1983) stwierdzili, że jednostki stosujące w radzeniu sobie z bólem takie strategie, jak pozytywne przewartościowanie, ignorowanie doznań, czy deklarowanie radzenia sobie wykazywali poprawę funkcjonowania, natomiast osoby reagujące na ból poczuciem bezradności wykazywały wysoki stopień niepokoju i tendencje do depresji.

Poczucie panowania nad bólem może zmniejszać negatywne skutki stresu związanego z doświadczaniem bólu, a tym samym poprawiać funkcjonowanie pacjenta i jego jakość życia. Celowe wobec tego wydaje się kształtowanie i rozwijanie wewnętrznego umiejscowienia kontroli u osób cierpiących z powodu bólu. Do tego celu można wykorzystać m. in. różne techniki poznawczo-behawioralne, które koncentrują się na wspomaganiu konstruktywnych metod radzenia sobie ze stresem, w tym także z bólem.

#### BIBLIOGRAFIA

- Bishop G. (2000), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław
- Crisson J. E., Keefe F. J. (1988), *The Relationship of Locus of Control to Pain Coping Strategies and Psychological Distress in Chronic Pain Patients*, „Pain”, **35**, 147–154
- Heszen-Niejodek I. (2000), *Psychologiczne problemy chorych somatycznie*, [w:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*, t. 3, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 513–531
- Juczyński Z. (2001), *Metody pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa
- Keefe F., Salley J. Jr., Levebvre J. C. (1992), *Coping with pain: conceptual concerns and future directions*, „Pain”, **51**, 131–134
- Rosenstiel A., Keefe F. J. (1983), *The Use of Coping Strategies in Chronic Low Back Pain Patients: Relationship to Patient Characteristics and Current Adjustment*, „Pain”, **17**, 33–44
- Sedlak K. (1996), *Czynniki psychologiczne a odczuwanie bólu*, [w:] J. Dobrogowski, M. Kuś, K. Sedlak, J. Wordliczek (red.), *Ból i jego leczenie*, rozdz. 3, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 34–35
- Sheridan Ch., Radmacher S. (1998), *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa
- Skevington S. M. (1990), *A Standardised Scale to Measure Beliefs about Controlling Pain (BPCQ): a Preliminary Study*, „Psychology and Health” **4**, 221–232
- Smith T., O’Keefe J. (1994), *Cognitive Distortion and Depression in Chronic Pain*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology”, **62**, 1, 95–198
- Turk D., Fernandez E. (1991), *Pain: a Cognitive-behavioural Perspective*, [w:] M. Watson (red.), *Cancer Patient Care: Psychosocial Treatment Methods*, BPS Books, Cambridge, 15–44

NINA OGIŃSKA-BULIK, PIOTR GUROWIEC

**LOCUS OF PAIN CONTROL AND COPING WITH PAIN IN PATIENTS  
WITH RHEUMATOID ARTHRITIS**

The purpose of the investigation was to establish the relationship between beliefs about pain control and pain coping strategies and predictors of pain coping strategies. 103 patients with rheumatoid arthritis participated in the study – 59 were women, 43 men. The mean of age was 38.1. Beliefs about Pain Control (BPCQ) prepared by Skevington and Pain Coping Strategies Questionnaire developed by Rosenstiel and Keefe were used in the study.

The results indicated on the differentiation in choice of pain coping strategies dependently from beliefs about pain control and revealed predictors for two pain coping strategies. Predictor of diverting attention appeared internal control and predictors of catastrophizing appeared all three kinds of pain control.

**Key words:** pain, control, coping strategies, predictors.