

Helena Wrona-Polańska

## Osobowość w walce ze stresem – Zmiana obrazu samego siebie w procesie zmagania się z chorobą białaczkowa

Personality in fight against stress – change of self concept in coping process with leukemia illness

Zakład Psychologii Zdrowia, Katedry Psychologii Akademii Pedagogicznej w Krakowie

### Psychologiczne uwarunkowania chorób somatycznych

Problematyka ta ma bardzo duże tradycje zakorzenione w psychoanalitycznym rodowodzie, wskazującym na mechanizm konwersji w powstawaniu chorób niemających wyraźnego podłoża organicznego, tj. bez manifestacji zmian w strukturze poszczególnych narządów a jedynie w ich funkcjonowaniu np. w postaci kolki nerkowej, dolegliwości pochodzących z przewodu pokarmowego, czy też z układu sercowo-naczyniowego. Konwersję historyczną uważano za jeden z mechanizmów powstawania zaburzeń psychosomatycznych, było to symboliczne rzutowanie przeżyć psychicznych na somę, odzwierciedlające się w postaci konkretnych objawów somatycznych, które nie miały wyraźnego podłoża organicznego (35).

Późniejsze koncepcje także zorientowane dynamicznie zmierzały, w wyniku badań o charakterze *case study*, do opisu tzw. profili osobowości. w ten sposób powstały profile osobowości wrzodowca, nadciśnieniowca, zawałowca (7, 19). Jednakże trudno było określić, na ile te cechy osobowości są czynnikiem ryzyka choroby, gdyż nie badano osobowości przedchorobowej.

Do głównych badaczy problemów psychosomatycznych w nurcie psychoanalitycznym należał niewątpliwie Franz Alexander (5), który w etiopatogenezie tych chorób wyróżnił następujące czynniki: a) właściwości osobowości wynikające z konfliktu wczesnodziecięcego, b) aktualny stres aktywizujący dawny konflikt, c) konstytucjonalnie osłabiony dany narząd. Te uwarunkowania wyjaśniały, dlaczego jedni ludzie chorują na zawał serca, inni na chorobę wrzodową żołądka lub dwunastnicy itp.

Inny nurt badań w podejściu psychosomatycznym zmierzał do wyjaśnienia tych chorób w ujęciu psychofizjologii i jako reakcji na stres, a także zmiany w układzie odpornościowym (25). Były to interdyscyplinarne badania, które doprowadziły do powstania psychoneuroimmunologii zajmującej się zależnościami zachodzącymi między układem nerwowym, hormonalnym i odpornościowym. Zakładano, że czynniki psychologiczne wchodzi w interakcję z czynnikami biologicznymi i w taki sposób dochodzi do powstania choroby. Bodźce stresowe poprzez pobudzenie układu nerwowego wzmagają jednocześnie aktywność hormonów, które wpływają bezpośrednio na funkcje komórek układu immunologicznego, zmniejszając zasoby odpornościowe organizmu. Za twórcę tej współczesnej psychosomatyki uważa się

Roberta Adera (1). Liczne badania prowadzone przez Solomona (27) i innych ukazały, że stres i jego spostrzeganie wiąże się ściśle z funkcjonowaniem systemu nerwowego (Sheridan, Radmacher, 26), zaś odporność immunologiczna nie jest tylko procesem fizjologicznym ale zależy w bardzo dużym stopniu od czynników psychologicznych, a przede wszystkim oceny przeżywanego stresu, wzbudzanych emocji oraz sposobów radzenia sobie ze stresem. Przewlekły stres i nieskuteczne radzenie sobie z nim, tj. bierny styl radzenia, prowadzi do kumulacji negatywnych emocji, nadmiernego wydzielania hormonu stresu – kortyzolu krążącego we krwi, a w konsekwencji do hiperadaptyzy, skutkującej w zależności od wzorów reagowania wegetatywnego zmianami w narządach wewnętrznych czyli chorobą – depresją i zwiększonym prawdopodobieństwem ryzyka choroby nowotworowej.

Współczesne podejście do chorób psychosomatycznych uwzględnia złożone modele funkcjonowania czynników ryzyka, np. uwarunkowania genetyczne, społeczne, psychologiczne, wzory reagowania wegetatywnego, percepcyjnego, emocjonalnego, wzory zachowania. Istniejące liczne badania wskazują, że wzór zachowania a prowadzi do choroby niedokrwiennej serca (35), zaś wzór zachowania C charakteryzujący się kumulowaniem negatywnych emocji i przeżywaniem poczucia winy prowadzi do chorób nowotworowych, gdyż emocje te działają immunosupresyjnie na układ odpornościowy (26).

Generalnie, w tradycyjnym podejściu psychosomatycznym poszukiwano czynnika urazowego i osobowości przedchorobowej w powstawaniu choroby nowotworowej (2). Współcześnie w powstawaniu nowotworów bierze się pod uwagę wieloczynnikowe uwarunkowania, w tym bardzo duży udział stresu i jego immunosupresyjny wpływ na układ odpornościowy.

Na gruncie polskim bardzo duże zasługi w rozwoju problematyki psychosomatycznej przypisuje się Ośrodkowi

Krakowskiemu, zwłaszcza Julianowi Aleksandrowiczowi, lekarzowi i wielkiemu humaniście, inicjatorowi III rewolucji zdrowotnej zapoczątkowanej konferencją naukowo-humanistyczną w 1972 roku w Krakowie, którego uważa się za nestora polskiej psychosomatyki i twórcę edukacji psychosomatycznej (4, 34). Kontynuatorami tej idei są m. in. Gaertner, Magdoń – założyciele Towarzystwa Edukacji Psychosomatycznej z siedzibą w Krakowie (21).

Idea ta znalazła wyraz w publikacjach (3), a najpełniej wyraziła się w sentencji znajdującej się u wejścia do Kliniki Hematologii Collegium Medicum UJ: *klinika nie tylko leczy, ale uczy jak żyć, aby zachować zdrowie*.

Współczesne myślenie o chorobie i człowieku chorym wymaga także podejścia somatopsychicznego jako komplementarnego, które najpełniej zawiera się w pytaniu: Jak chorzy radzą sobie z tym jednym z największych stresów, jakim jest choroba białaczkowa i jak można im w tym pomóc? To pytanie stało się początkiem szeroko zakrojonych badań prowadzonych przez autorkę wśród chorych na białaczkę (30).

Celem pracy jest ukazanie roli osobowości w walce ze stresem na przykładzie zmiany obrazu samego siebie w procesie zmagania się z chorobą białaczkową.

Z psychologicznego punktu widzenia choroba białaczkowa zagrażając biologicznej egzystencji człowieka, a także dotychczasowym relacjom społecznym, realizowanym wartościami osobistym stanowi specyficznie trudną i stresową sytuację (18, 19, która prowadzi do powstania u chorego wysokiego napięcia, manifestującego się wzmożoną aktywnością systemu nerwowego oraz całego organizmu. o sile stresu decyduje percepcja własnej choroby (17), a także specyfika białaczki – w porównaniu z innymi typami nowotworów, która ma charakter uogólniony (atakuję cały organizm a nie pojedynczy narząd) i nie ma w niej zależności między wyleczeniem a wczesnym rozpoznaniem

(6). Przeżywane przez chorego zagrożenie potęgowane jest przez społeczny obraz choroby nowotworowej tj. ugruntowane negatywne i lękowe postawy związane z rakiem (22). Powstały skutkiem stresu lęk, jako typowa reakcja na zagrożenie przy braku możliwości skutecznego zareagowania (11, 28, 33) prowadzi z czasem do dezorganizacji zachowania i dezintegracji względnie trwałych struktur osobowości, w szczególności obrazu samego siebie (10, 20, 23).

Obraz Ja, definiowany przez Rogersa (24) jako zbiór sądów opisowych i wartościujących dotyczących własnej osoby, pełni funkcję nadrzędnego regulatora funkcjonowania człowieka. Szczególną rolę regulacyjną pełnią wzajemne relacje między realnym a idealnym obrazem JA, traktowane jako wskaźnik społecznego przystosowania człowieka. Jak wynika z literatury i badań własnych obraz JA pełni regulacyjną rolę w procesie radzenia sobie ze stresem. Stres wynikający z poważnej choroby somatycznej i hospitalizacji prowadzi u chorych do wytworzenia swoistej koncepcji własnej choroby (15), która składa się z 3 pytań: Czym dana choroba jest?, Jak powstała?, Jaki będzie jej przebieg? Jest ona wyrazem percepcji własnej choroby mającej decydujący wpływ na zmaganie się z nią.

Wzajemne zależności, jakie zachodzą między chorobą jako stresorem a Obrazem własnej choroby, będącym wypadkową spostrzegania choroby przez pryzmat swoich możliwości – zasobów, prowadzącym do oceny stresu i aktywnego lub biernego zmagania się z chorobą przedstawia rys. 1.

Celem niniejszej pracy jest odpowiedź na pytania:

1. W jaki sposób chorzy skutecznie zmagają się ze stresem wynikającym z choroby i hospitalizacji?
2. Jakie zmiany obrazu JA sprzyjają efektywnemu zmaganiu się z chorobą?

### **Metoda i grupa badana**

Badania prowadzone były metodą kliniczną w trakcie codziennych kontaktów

i rozmów z chorymi. Podstawowymi metodami były: obserwacja zachowania pacjenta i wywiad kliniczny dotyczący psychologicznej sytuacji chorego. Poziom lęku i niepokoju określono na podstawie wyników 5-czynnikowego Arkusza Samopoznania Cattella, 10-stopniowej skali samooceny lęku (PL) oraz Skali Obserwacji stanu psychicznego pacjenta rejestrowanego przez psychologa na odpowiednich skalach obserwacyjnych. Do badania obrazu Ja użyto listy przymiotników ACL Gougha i Heilbruna (8). Zmaganie się z chorobą zdefiniowano operacyjnie, wyróżniając 6 wskaźników: lęk, kontrola emocji, sytuacja rodzinno-zawodowa, plany na przyszłość, rola chorego, depresja, ocenianych na 5-stopniowej skali.

Przebadano około 100 pacjentów z rozpoznaniem różnego typu białaczki, hospitalizowanych w Klinice Hematologii Collegium Medicum UJ. Ze względu na niekompletność części badań wynikającą z dużej śmiertelności chorych, w analizie wykorzystano badania 60 chorych. Wyróżniono trzy 20-osobowe grupy różniące się w sposób statystycznie istotny czasem chorowania i wiekiem.

### **Wyniki**

Z punktu widzenia praktyki klinicznej i oddziaływania psychoterapeutycznego, niezwykle istotne wydawało się określenie, jak chorzy zmagają się ze stresem choroby białaczkowej oraz jaki sposób zmagania się z chorobą jest najbardziej skuteczny, efektywny?

W oparciu o przyjętą operacyjną definicję zmagania się z chorobą, uwzględniającą 6 wskaźników, wyróżniono 2 grupy chorych – skutecznie i nieskutecznie zmagających się z chorobą (rys. 2).

Chorych nieskutecznie zmagających się z chorobą odróżnia istotnie wyższy poziom depresji, brak planów na przyszłość, trudności w przyjęciu roli chorego oraz brak wsparcia w rodzinie.

**Chorych nieskutecznie zmagających się z chorobą cechuje:**

- znacznie nasilone tendencje do apatii i rezygnacji przejawiające się w zachowaniu jako brak aktywności, bierność,
- brak jakichkolwiek planów na przyszłość, zarówno długo- jak i krótko-dystansowych lub też zatrzymanie ich do okresu wyzdrowienia,
- trudności w pogodzeniu się z faktem zachorowania i hospitalizacją, chorzy buntują się dlaczego mnie to spotkało, co ja takiego zrobiłem w życiu, mają krytyczny stosunek do zaleceń lekarskich, narzekają na warunki szpitalne i personel medyczny,
- posiadają w mniejszym stopniu satysfakcjonujące stosunki w rodzinie, zwłaszcza ze współmałżonkiem oraz cechuje ich mniejsza gotowość do przejścia na rentę chorobową.

**Natomiast chorych skutecznie zmagających się z chorobą charakteryzuje:**

- satysfakcjonujące stosunki ze współmałżonkiem oparte na serdeczności i wzajemnym zrozumieniu oraz zadowolenie z dotychczas pełnionej roli zawodowej,
- akceptacja roli chorego przejawiająca się w zaufaniu do lekarzy i personelu medycznego, stosowaniu się do ich zaleceń oraz bardziej aktywnym uczestniczeniu w procesie leczenia,
- posiadanie planów na przyszłość, nie koniecznie związanych z chorobą, które zasadniczo nie uległy zmianie, ale nie pojawiają się żadne nowe,
- w mniejszym stopniu cechuje ich apatia i rezygnacja,
- potrafią bardziej skutecznie kontrolować własne niepokoje i obawy (różnica jest bliska istotności statystycznej,  $t = 1,77, p > 0,10$ ).

Charakterystyczny brak różnic w poziomie lęku między dwoma wyróżnionymi grupami chorych może świadczyć o tym, że o nieskutecznym zmaganiu się decyduje nie poziom przeżywanego lęku

ale nieumiejętność wypracowania skutecznej strategii zaradczej, wynikająca z braku akceptacji siebie oraz apatii i bierności utrudniającej proces leczenia.

**Sposób zmagania się z chorobą a zmiana obrazu JA**

Z punktu widzenia praktyki klinicznej niezwykle istotne było określenie, jaka zmiana obrazu samego siebie, będąca skutkiem przeżywanego lęku związanego z chorobą, sprzyja bardziej skutecznemu zmaganiu się z chorobą?

Próbowano odpowiedzieć na pytanie: Czy chorzy skutecznie zmagający się z chorobą będą charakteryzować się bardziej pozytywnym obrazem siebie? Zakładano, że nieskuteczne zmaganie się z chorobą może prowadzić do dezintegracji obrazu JA czyli negatywnej percepcji siebie.

Porównano obraz JA dwóch grup chorych różniących się znacząco sposobem zmagania się z chorobą.

**Obraz JA chorych efektywnie zmagających się z chorobą cechuje (rys 3):**

- Wyraźna zbieżność realnego i idealnego obrazu JA (różnice istotne statystycznie występują tylko w 5 skalach), świadcząca o obniżeniu sfery dążeniowej badanych i przejęciu przez JA realne funkcji regulacyjnych.
- Realny obraz JA ma charakter pozytywny, chorzy zasadniczo akceptują siebie i wyrażają chęć pozostania takimi, jakimi są, cechuje ich wytrwałość w przetrzymywaniu aktualnych trudności.
- Dążenia chorych efektywnie zmagających się z chorobą zmierzają w kierunku:
  - zwiększenia pozytywnej samooceny i samoakceptacji,
  - zmniejszenia postawy zależności oraz oczekiwania na pomoc i akceptację ze strony otoczenia a pragnienie stania się człowiekiem bardziej niezależnym i samowystarczalnym,

- dążenie do bardziej skutecznego opanowywania własnych lęków i obaw poprzez wykształcenie silnej samokontroli,
- chorzy marzą o względnej stabilizacji swojego życia oraz chcą być bardziej otwarci na innych ludzi.

Dążenia chorych efektywnie zmagających się z chorobą zmierzają zatem w kierunku akceptacji siebie oraz bardziej skutecznego zmagania się z chorobą poprzez zmniejszenie uzależnienia od innych i bardziej skuteczne opanowywanie własnych niepokojów i obaw.

Wydaje się, że dążenia te są adekwatne do sytuacji życiowej badanych, wynikającej z nieuleczalnej i postępującej choroby, mają charakter pozytywny, bo ograniczają się jedynie do tych wartości, które są możliwe do realizacji w aktualnej sytuacji – choroby i hospitalizacji – a ich osiągnięcie pozwalałoby na jeszcze bardziej skuteczne zmaganie się z chorobą.

**Obraz JA chorych nieefektywnie zmagających się z chorobą** posiada w pewnym sensie przeciwstawne cechy (rys. 4):

- Występują znaczne rozbieżności pomiędzy realnym a idealnym obrazem JA, wynikające z braku akceptacji uznawanych dotąd wartości, w związku z czym JA idealne pełni nadal funkcje regulacyjne zachowania.
- W aktualnej percepcji siebie chorych nieefektywnie zmagających się z chorobą dominuje znacznie nasilona postawa uległości i zależności od innych przy równocześnie występującym lęku przed brakiem akceptacji ze strony otoczenia, wyrażającym się w poczuciu swojej mniejszej wartości.
- Rozbieżności pomiędzy realnym a idealnym obrazem JA (statystycznie istotne aż w 13 skalach) dotyczą:
  - podniesienia samooceny i samoakceptacji poprzez zmniejszenie krytycznego i negatywnego stosunku do samego siebie,
  - uzyskania większego zaufania i wiary we własne siły,
  - dążenia do bardziej skutecznego opanowywania i kontrolowania własnych emocji

na drodze wzmocnienia postawy obronnej, a zwłaszcza wypracowania bardziej skutecznych sposobów kontroli lęku i obaw,

- chorzy marzą o odgrywaniu w otoczeniu ważnej i znaczącej roli, uzyskaniu społecznego znaczenia i uznania, uwolnieniu się od lęku przed brakiem akceptacji ze strony otoczenia,
- pragnienia wykształcenia w większym stopniu wytrwałości w przezwyciężaniu trudności na drodze do osiągnięcia celu – odzyskania zdrowia,
- w zakresie relacji z ludźmi występują elementy ambiwalencji – przy pragnieniach większego otwarcia się na innych ludzi, poszukiwania kontaktu, zwłaszcza z osobami najbliższymi dla uzyskania emocjonalnego wsparcia i pomocy, ujawnia się chęć zmniejszenia zależności i uległości wobec innych, stania się człowiekiem samowystarczalnym, mniej zabiegającym o sympatię i akceptację przez innych.

Porównanie realnego i idealnego obrazu JA tych dwóch grup chorych różniących się sposobem zmagania się z chorobą nie ujawnia żadnych statystycznie istotnych różnic w percepcji siebie, jedynie występuje różnica w poziomie przeżywanego lęku przed brakiem akceptacji ze strony otoczenia, znacznie nasilonego u chorych nieefektywnie zmagających się z chorobą ( $p > 0,05$ ), który utrudnia im współbrzmienie z otoczeniem i współpracę z zespołem leczącym, a w konsekwencji zmaganie się z chorobą. Jednakże wnikliwa analiza prowadzi do następujących wniosków:

- W realnym obrazie JA chorzy nieefektywnie zmagający się z chorobą uzyskali zasadniczo niższe wyniki we wszystkich skalach (mimo, iż statystycznie nieistotne), co świadczyłoby o braku akceptacji uznawanych dotychczas wartości przez chorych, wobec czego realny obraz siebie przybiera charakter negatywny, przeważa krytyczne spojrzenie na siebie.
- Chorych nieefektywnie zmagających się z chorobą charakteryzuje aktualnie:

- znacznie nasilony lęk przed brakiem akceptacji ze strony otoczenia przejawiający się w tendencji do samooskarżania, uległości i trudności z akceptacją siebie,  
- chorzy ci w wyższym stopniu niż efektywnie zmagający się z chorobą są uzależnieni od innych, poszukują akceptacji i pomocy ze strony otoczenia dla uzyskania bezpieczeństwa, brak im samodzielności.

\* w zakresie idealnego JA chorzy z trudnościami w zmaganiu się z chorobą uzyskują zasadniczo wyższe wyniki, różnice ujawniają się w skalach odnoszących się do pozytywnej i negatywnej oceny siebie (skale 3 i 4, wartości są bliskie istotności statystycznej,  $p > 0,10$ ), co świadczyłoby o tym, że pragną bardziej pozytywnie oceniać siebie, dążą do wyższej samooceny i samoakceptacji w porównaniu z chorymi skutecznie zmagającymi się z chorobą, jednakże ich dążenia w sytuacji nieuleczalnej choroby są nieadekwatne.

### Dyskusja i wnioski

Przedstawione wyniki badań dotyczące sposobów zmagania się z chorobą białaczkową w zależności od percepcji siebie chorych potwierdziły znaczącą rolę osobowości w walce ze stresem choroby, a równocześnie ukazały szczególne znaczenie problematyki obrazu JA w strukturze osobowości. Potwierdziły także znaczenie zależności somatopsychicznych ukazujących wpływ stresu związanego z chorobą na zmiany względnie stałych struktur osobowości, tj. obrazu JA.

Analiza obrazu JA chorych różniących się sposobem zmagania się z chorobą ujawniła, że **efektywnemu zmaganiu się z chorobą** sprzyja obraz JA chorych, którzy akceptują siebie i zmagają do lepszego przystosowania się poprzez wypracowanie bardziej skutecznej kontroli własnych lęków i obaw. Staje się to oczywiste w sytuacji nieuleczalnej choroby, w której nie ma już czasu na zmianę siebie i realizację szerokich planów, a jedynym celem chorych pozo-

staje znoszenie z godnością własnego cierpienia poprzez wzmocnienie samokontroli. Pozytywna, mimo iż w pewnym stopniu nierealistyczna, kompensacyjna percepcja siebie sprzyja akceptacji siebie w roli chorego i ułatwia zmaganie się z chorobą.

Duża zbieżność realnego i idealnego obrazu siebie u chorych efektywnie zmagających się z chorobą przemawiałaby za tym, iż prawdopodobnie podwyższają oni samoocenę w sferach „nienaruszonych” przez chorobę dla zachowania poczucia własnej wartości i pozytywnej samooceny.

Nieefektywne zmaganie się z chorobą wiąże się z negatywnym obrazem siebie chorych, pełnym sprzeczności i ambiwalencji – zwłaszcza w zakresie relacji z ludźmi i postawy zależności od otoczenia, brakiem akceptacji siebie i dążeniem do zmiany, co znajduje odbicie w znacznych rozbieżnościach między realnym a idealnym obrazem JA. Brak akceptacji samego siebie, krytyczny i negatywny stosunek do siebie utrudnia przyjęcie roli chorego i pogodzenie się z faktem zachorowania. Negatywna i pełna sprzeczności percepcja siebie utrudnia współbrzmienie z otoczeniem i w rezultacie prowadzi do nieefektywnego zmagania się z chorobą.

Otrzymane wyniki badań są zasadniczo sprzeczne z danymi z literatury dotyczącymi inwalidów (9, 16) i chorych z nowotworami ściśle zlokalizowanymi, względnie dobrze rokującymi (13, 14, 32, 33), u których konieczne jest kształtowanie realistycznego obrazu siebie uwzględniającego pewne ograniczenia wynikające z kalectwa, aby możliwe było ich funkcjonowanie w społeczeństwie. Natomiast w przypadku ludzi nieuleczalnie chorych, nierealistyczna ale pozytywna percepcja siebie sprzyjająca akceptacji siebie i aktywnemu zmaganiu się z chorobą, jest jedyną obroną jaka jest możliwa w tej sytuacji. Taka pozytywna choć nierealistyczna percepcja siebie staje się złudzeniem, które pozwala żyć (12). Dlatego też kompensacyjny obraz JA u chorych białacz-

kowych zyskuje nowy sens i znaczenie, zapewniając w pewnym sensie stałość JA, sprzyja w pewnym stopniu efektywnemu zmaganiu się z chorobą (30, 33).

Negatywną cechą kompensacyjnego obrazu JA jest jego nieadekwatność do sytuacji i nierealistyczny charakter, który z czasem może doprowadzić do całkowitego oderwania chorego od rzeczywistości. Jednakże ta nieadekwatność nie koniecznie musi być nieprzystosowawcza, gdyż kompensacyjny obraz JA jako zastępcza, swoista samopercepcja (zastępczy obraz samego siebie) umożliwia względnie skuteczne zmaganie się z chorobą, przejawiające się głównie w pogodzeniu się z chorobą i rolą chorego oraz wytworzeniu silnej samokontroli ułatwiającej z godnością znoszenie własnego cierpienia.

Otrzymane wyniki prowadzą do pewnych wniosków aplikacyjnych: psychotherapia chorych białaczkowych powinna zmierzać w kierunku obniżenia lęków i napięć związanych z sytuacją choroby i hospitalizacji, aby nie dopuścić do dezintegracji obrazu JA i powstania wtórnego źródła lęku. Powinno się dążyć do podtrzymania pozytywnego obrazu JA u chorych, wynikającego z pogodzenia się z chorobą i akceptacji siebie z pewnymi ograniczeniami dla bardziej efektywnego zmagania się z chorobą.

Celem psychotherapii chorych na białaczkę powinno być podtrzymywanie, a także rozwijanie pozytywnego, często nierealistycznego, obrazu JA sprzyjającego zachowaniu własnej tożsamości i efektywnemu zmaganiu się z chorobą. Teza ta znalazła potwierdzenie w praktyce klinicznej z chorymi na białaczkę.

Osiągnięcia hematologii ostatnich lat stworzyły chorym na białaczkę ostrą możliwość „drugiego narodzenia” poprzez przeszczep szpiku kostnego, których liczba rośnie z roku na rok, dzięki wysiłkom i ogromnym staraniom m. in. Krakowskiego Ośrodka Hematologii im. Profesora Aleksandrowicza, kierowanego przez profesora Aleksandra B. Skotnickiego. Jednakże leczenie tego typu, mimo ogromnego po-

stępu w tej dziedzinie, nie ma jeszcze charakteru powszechnego ze względu na różnorodne uwarunkowania.

## Streszczenie

Praca ukazuje rolę osobowości w walce ze stresem na przykładzie zmiany obrazu JA w procesie zmagania się z chorobą białaczkową. Przebadano 60 pacjentów Kliniki Hematologii Collegium Medicum UJ. Badania prowadzone były metodą kliniczną. Poziom lęku określono na podstawie Arkusza Samopoznania Cattella, skali samooceny lęku i skali obserwacji zachowania pacjenta. Do badania obrazu JA użyto listy przymiotników ACL Gougha i Heilbruna. Zmaganie się z chorobą zdefiniowano operacyjnie wyróżniając 6 wskaźników ocenianych na 5-stopniowej skali. Analiza wyników ujawniła, że efektywne zmaganie się z chorobą prowadzi do ukształtowania pozytywnego obrazu JA, podczas gdy nieefektywne zmaganie się z chorobą wiąże się z negatywnym obrazem JA utrudniającym akceptację choroby i siebie w roli chorego. Celem psychotherapii chorych na białaczkę powinno być podtrzymywanie, a także rozwijanie pozytywnego, często nierealistycznego, obrazu JA sprzyjającego zachowaniu własnej tożsamości i efektywnemu zmaganiu się z chorobą. Teza ta znalazła potwierdzenie w praktyce klinicznej z chorymi na białaczkę.

**Słowa kluczowe:** Osobowość, obraz JA, zmaganie się ze stresem, białaczka

## Summary

A study on the relationship between coping process with leukemia illness and their self concepts is presented. Sixty leukemia patients at the Hematology Clinic, Collegium Medicum Jagiellonian University were studied clinically. Anxiety was assessed with Cattell's IPAT, a 10-point anxiety rating scale and an observation scale. Self-concept was assessed with the Gough-Heilbrun ACL. Coping with illness

was assessed on the basis of six indices operationally defining coping: anxiety, emotional control, family-job situation, plans for the future, sick role, and depression, rated on five-point scales. Effective coping with illness was found to relate to positive self-concept whereas ineffective coping with illness was found in patients with a negative self-concept impeding the acceptance of the sick role and the illness. Psychotherapy of leukemia patients should aim at lowering the level of anxiety through individual contact with the patient and preventing the development of negative changes in the self-concept.

**Keywords:** personality, self concept, coping with stress, leukemia

### Bibliografia

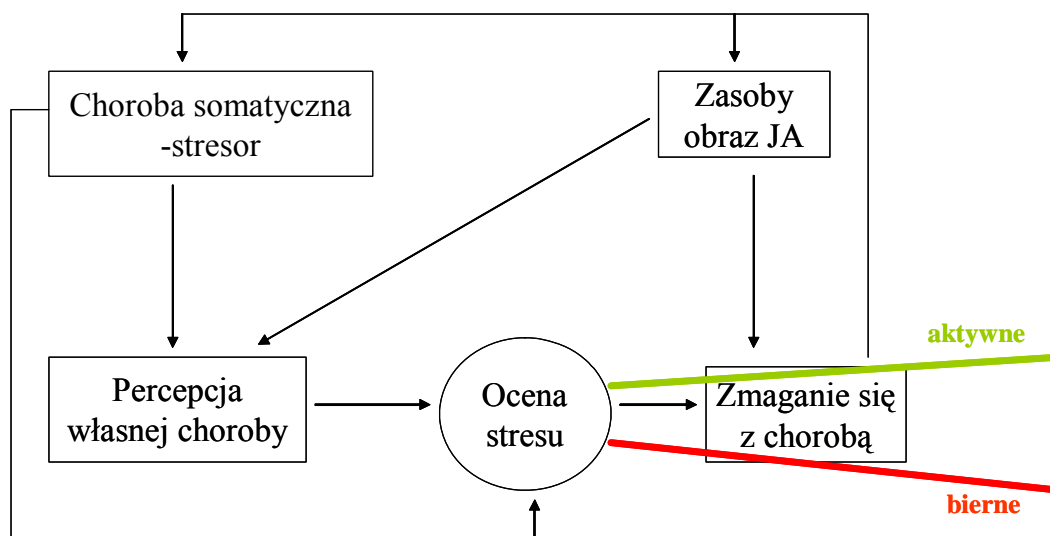
1. Ader R., Cohen N., Behavior and the immune system, w: W. D. Gentry (red.): Handbook of behavioral medicine, New York, Guilford Press, 1984.
2. Aleksandrowicz J., Kępiński A., Skotnicka A., Żurowska A., Próba analizy psychologicznej chorych na białaczkę, „Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej”, 23, 1117-1121, 1963.
3. Aleksandrowicz J., Ćwiklicka A., Płużek Z., Niektóre cechy osobowości chorych na różne typy białaczek, „Polski Tygodnik Lekarski”, 26, 426-428, 1971.
4. Aleksandrowicz J. (red.), Rewolucja naukowo-humanistyczna, Warszawa, Wiedza Powszechna, 27-35, 1974.
5. Alexander F., Psychosomatic Medicine. Its Principles and Applications. London: George Allen University Ltd, 1952.
6. Blicharski J., Dyskusja. Człowiek w obliczu śmierci, z uwzględnieniem etyki marksistowskiej, granic i praw reanimacji. Krajowa Konferencja Lekarzy i Humanistów, KAW, 93—99, Gdańsk, 1976.
7. Dunbar F., Emotion and Bodily Changes. a Survey of Literature on Psychosomatic Interrelationships, Columbia University Press, New York, 1954.
8. Gough H. G., Heilbrun A. B., The adjective check list manual, Consulting Psychologist Press, Palo Alto, 1971.
9. Heflich-Piątkowska H., Walicka J., Problemy psychologiczne i psychopatologiczne w ciężkich uszkodzeniach narządu ruchu, PZWL, Warszawa 1975.
10. Kępiński A., Psychopatologia nerwic. PZWL, Warszawa, 1972.
11. Kępiński A., Lęk. PZWL, Warszawa, 1977.
12. Kofta M., Szustrowa T. (1991), Wprowadzenie. Czy złudzenia pozwalają żyć?, [w:] M. Kofta, T. Szustrowa (red.), Złudzenia, które pozwalają żyć, PWN, Warszawa 1991, 5-14.
13. Kubacka-Jasiecka D., Wrona-Polańska H., Pojęcie ja i samoocena pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej, Zeszyty Naukowe UJ, Prace psychologiczno-pedagogiczne, Zeszyt 31, 1980, 69-84.
14. Kubacka-Jasiecka D., Wrona-Polańska H., Obrona przed lękiem a koncepcja samego siebie pacjentów z chorobą nowotworową, Zeszyty Naukowe UJ, Prace psychologiczno-pedagogiczne, Zeszyt 33, 1981, 113-136.
15. Kulczycki M., Psychologiczne problemy człowieka chorego, Ossolineum, Wrocław, 1971.
16. Larkowa H., Problemy wartościowania i samooceny w rehabilitacji inwalidów, w: H. Larkowa (red.) Problemy psychologiczne w rehabilitacji inwalidów, PZWL, 36-48, Warszawa, 1974.
17. Lazarus R.S., Psychological stress and the coping process, McGraw-Hill. New York 1966.
18. Lewicki A., Psychologia kliniczna. PWN, Warszawa, 1972.
19. Łazowski J. (red.), Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej, PZWL, Warszawa 1978.
20. Łukaszewski W., Osobowość—struktura i funkcje regulacyjne. PWN, Warszawa, 1974



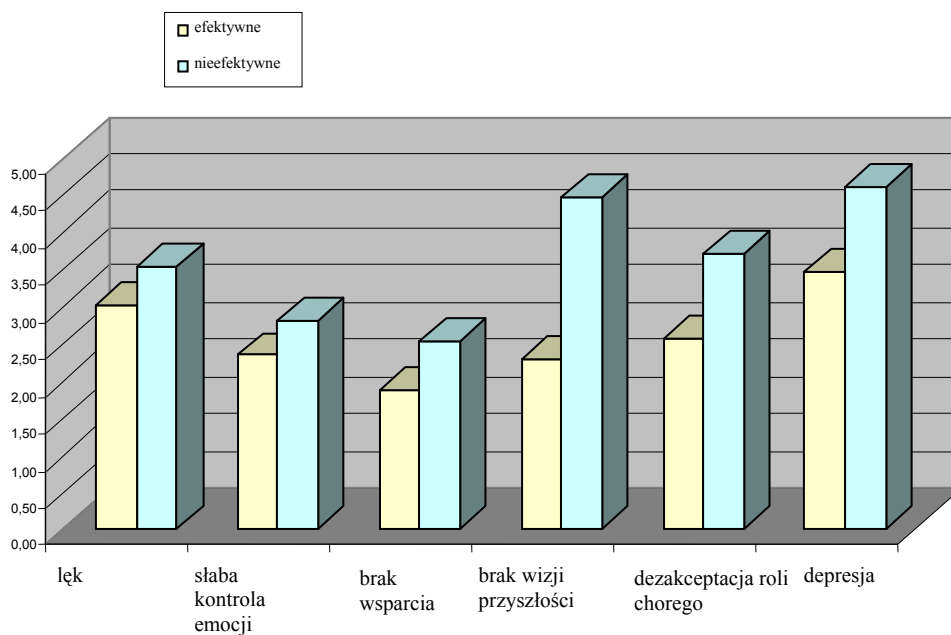
21. Magdoń M., Profesor Henryk Gærtner w 80. rocznicę urodzin, *Sztuka Leczenia* 2002, 2, 7-10.
22. Nęcki Z., Górniak L., Przekonania i postawy społeczne wobec chorób nowotworowych, [w:] D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową*, Wydawnictwo UJ, Kraków 1999, 101-122.
23. Reykowski J., Obraz własnej osoby jako mechanizm regulujący postępowanie, *Kwart. Pedagog.*, 3, 45-58, 1970.
24. Rogers C.R., Theory of therapy, personality and interpersonal relations, as developed in the client centered framework, In: S. Koch (ed.), *Psychology: a study of a science, Study I*, vol. 3, Mc Graw-Hill, New York, 1959.
25. Sęk H., *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2001.
26. Sheridan Ch. L., Radmacher S. A., *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 1998.
27. Solomon G. F., Amkraut A. A., Emotions, stress and immunity, *Front. Radiation Ther. Onc.* 1972, 7, 64-96.
28. Spielberger Ch. D., Anxiety as an Emotional State, In: Spielberger Ch. D. (ed.), *Anxiety Research vol. I*, Academic Press, New York, 1972.
29. Susułowska M. Raport z badań programu rządowego Nr 6: Zwalczanie chorób nowotworowych (mps), 1980.
30. Wrona-Polańska H., Zmiana obrazu samego siebie i adaptacja do choroby u pacjentów z leukemią, praca doktorska, Kraków 1983, Biblioteka UJ.
31. Wrona-Polańska H., Poziom lęku a czas trwania choroby u chorych na białaczkę, „Polski Tygodnik Lekarski”, 1985, 40, 130-4-1307.
32. Wrona-Polańska H., Sposoby obrony przed lękiem a obraz samego siebie u chorych na białaczkę, „Polski Tygodnik Lekarski”, 1989, 44, 446-448.
33. Wrona-Polańska H., Self-concept and adjustment to illness in leukemia patients, *Polish Psychological Bulletin*, 1991, 22/3, 169-178.
34. Wrona-Polańska H., Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem. Psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania zdrowia w zawodzie nauczyciela. Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków, 2003.
35. Wrześniewski K., Medycyna psychosomatyczna i behawioralna, w: J. Strelau (red.), *Psychologia – Podręcznik akademicki*, Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Naukowe, 2002, t. 3, 450-456.

**Adres do korespondencji**

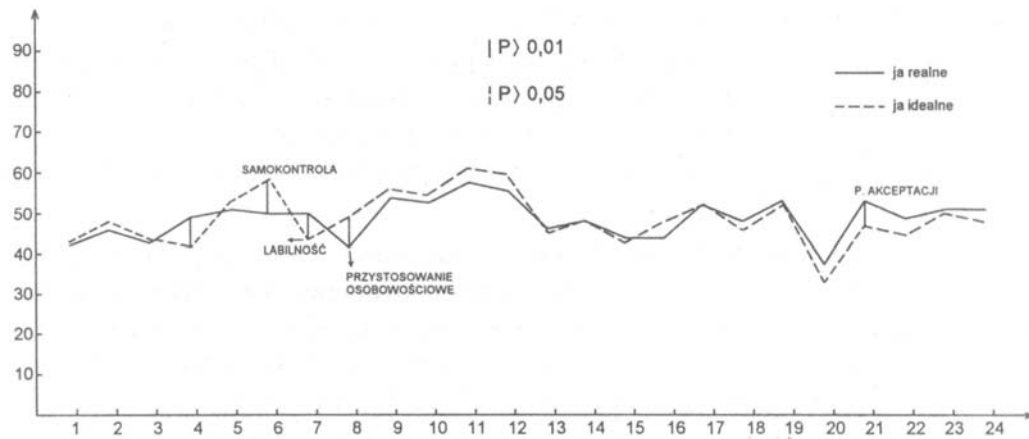
Prof. dr hab. Helena Wrona-Polańska  
Zakład Psychologii Zdrowia  
Katedra Psychologii  
Akademia Pedagogiczna w Krakowie  
ul. Podchorążych 2  
30-084 Kraków



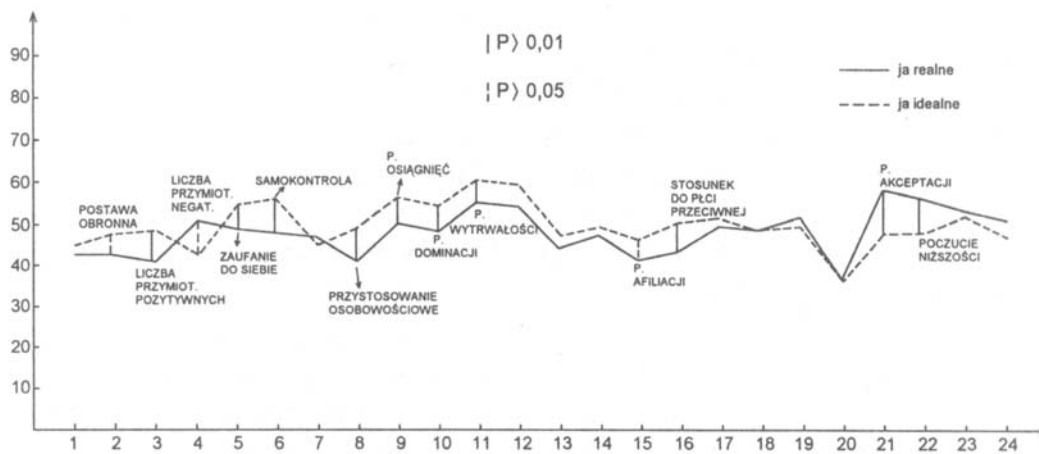
Rys. 1 Interakcyjny model radzenia sobie ze stresem w chorobie somatycznej



Rys. 2 Porównanie dwóch grup pacjentów z efektywnym i nieefektywnym zmaganiem się z chorobą



Rys 3. Profil testu ACL pacjentów efektywnie zmagających się z chorobą



Rys 4. Profil testu ACL pacjentów nieefektywnie zmagających się z chorobą