

Dorota Kubacka-Jasiecka

Funkcjonowanie emocjonalne kobiet po mastektomii z perspektywy rozważań nad wzorem zachowania typu C (WZC)

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

Instytut Psychologii Stosowanej,
Uniwersytet Jagielloński

Jaki jest udział stylu przeżywania rzeczywistości przez pacjenta na stan zdrowia sposób chorowania i zdrowienia? - pytała Marzanna Magdoń¹

Poniższe rozważania poszukujące odpowiedzi poświęcam pamięci współodczuwającej z cierpiącymi Marzanny.

Opracowanie przedstawia wyniki badań psychologicznych pacjentek onkologicznych po zabiegu mastektomii uczęszczających na spotkania klubu „Amazonek”².

1. Wzory zachowania emocjonalnego jako czynnik ryzyka psychosomatycznego

W ostatnich latach zgromadzono sporą liczbę danych empirycznych wspierających tezę, że wśród czynników indywidualnych sprzyjających zachorowaniu, takich jak genetyczne, dziedziczne, hormonalne, istotną rolę odgrywają uwarunkowania psychologiczne (por. Antonovsky 1984, Dolińska-Zygmunt 1996, Heszen-

Klemens 1983, Tylka 2000, Wrześniewski 2005a, b, Zakrzewska 1989 i wielu innych). Zazwyczaj wymienia się trzy grupy psychologicznych czynników ryzyka: sytuacyjne, osobowościowe (związane z wczesnodziecięcymi relacjami i konfliktami) oraz związane z występowaniem tzw. wzorów zachowania (Wrześniewski 2005a, b).

Wzory zachowania kształtują się w oparciu o wzory percepcyjne i emocjonalne; wzór percepcyjny to charakterystyczny dla jednostki sposób spostrzegania, interpretowania oraz wartościowania – oceny sytuacji. Wzór reagowania emocjonalnego to „charakterystyczna dla jednostki, w miarę niezależna od sytuacji stresowej tendencja do reagowania emocjonalnego” – pisze Wrześniewski (op. cit., s. 506). Wzory zachowania stanowią efekt utrwalenia określonej relacji między sytuacją a właściwościami osobowości, rozstrzygają o percepcji i interpretacji sytuacji, a tym samym bezpośrednio wpływają na zachowanie. Cechy osobowości są ponadto odpowiedzialne za wybór drogi życiowej, stylu życia, występujących konfliktów wewnątrzpsychicznych i interpersonalnych.

Powtarzające się sytuacje krytyczne i stresowe oraz strategie radzenia sobie ze stresem, zmagania się z konflikt-

¹ M. Magdoń (2000). Współodczuwanie w medycynie. Kraków: Wyd. Universitas, s. 15.

² Referowane wyniki stanowią wycinek wstępnych badań pilotażowych szerzej zakrojonego planu badań nad wzorem zachowania typu C, jako czynnikiem ryzyka psychosomatycznego.

tami, sposoby ich rozwiązywania stanowią podstawę utrwalania się wzorów zachowania. Długotrwałe, powtarzające się stany emocjonalne prowadzą do patogenicznych zmian fizjologicznych, których rodzaj zależy od ich intensywności, czasu trwania oraz treści emocji z jednej a konstytucjonalnej słabości narządu (biologiczne właściwości struktury, próg reaktywności narządu), a także łatwości warunkowania aktywacji narządu z drugiej strony (por. Aleksander 1966, Lipowski 1984, Reykowski, Krawczyk 1972). Wzory reagowania emocjonalnego kształtują się wcześnie, podlegając w biegu życia jednostki stosunkowo niewielkim przemianom. Dotychczas opisano trzy zróżnicowane antyzdrowotne wzory zachowania: A, C i D, stanowiące czynnik ryzyka somatycznego oraz wzory zachowania sprzyjające zdrowiu – B i O³ (Denolet 1991, Mirski 1998, Ogińska-Bulik, Juczyński 2004, Wrześniewski 1993).

2. Stres w etiologii chorób somatycznych

Wzorce reagowania emocjonalnego są istotnie związane z utrwalonymi sposobami radzenia sobie ze stresem i dotyczą trzech komponentów emocji: subiektywnych odczuć co do treści i siły emocji, zmian fizjologicznych i otwartego zachowania.

W wieloczynnikowym modelu etiologii chorób somatycznych centralną rolę pełni doświadczenie stresu. Na stres psychosomatyczny składa się najczęściej: nagromadzenie wydarzeń życiowych wymagających przystosowania, sytuacje traumatyczne utraty osób bliskich, wystąpienie sytuacji aktualizującej i/lub symbolizującej dawne konflikty (Baltrusch, Waltz 1985). Wzajemne zależności między czynnikami somatycznymi i psychologicznymi ujmuje teoria „skaza x stres”. Czynnikiem ryzyka jest indywidualna podatność na naruszenie równowagi skutkiem zbyt

silnego lub niedostatecznego pobudzenia, braku aktywności zaradczej (bezradność, reakcje unikowe) czy rozwiniętych kompetencji zmagania się. Utrwalone, powtarzające się wzory obronno-adaptacyjnych zachowań wyczerpują energię utrudniając dojrzałą adaptację rozwojową.

Różnice w funkcjonowaniu emocjonalnym osób zdrowych i chorych somatycznie w obliczu stresu można sprowadzić do następujących właściwości reagowania emocjonalnego; u osób chorych:

- stres wywołuje zbyt silne lub niedostateczne pobudzenie i mobilizację
- reakcje emocjonalne trwają dłużej i często są silnie zaznaczone, dłużej też trwa zaleganie emocji negatywnych (tzw. ruminacja)
- obserwuje się wycofywanie się z sytuacji stresu, preferowanie reakcji unikowych, deficyt poszukiwania rozwiązań i „atakowania” stresu
- przyjęcie w obliczu stresu postawy aktywnej czy agresywnej wywołuje wtórnie następne reagowanie poczuciem niepokoju i winy
- występuje słabsza „orientacja na zadanie”
- oraz silniejsza „orientacja na emocje” i obronę ego.

Ze wszystkich czynników powiązanych ze stresem za najważniejszy czynnik ryzyka somatycznego uważa się styl represywny zmagania się ze stresem – tendencję do posługiwania się obronnymi mechanizmami osobowości, w celu redukcji siły lęku i innych negatywnych emocji (Guzowska 2004, Weinberger, Schwartz, Davidson 1979). Osoby represywne, wypierające charakteryzuje stosunkowo niski poziom jawnego lęku i niepokoju oraz „fasadowa”, pozytywna autoprezentacja, u podstaw której leży dążenie do aprobaty społecznej. Represywna obrona pozwala na:

- interpretowanie w sposób niezagrożący bodźców płynących z własnego ciała i organizmu
- przekonywanie samych siebie o swojej odporności na silne negatywne emocje

³ O – tzw. wzór optymalny, wyróżniony przez Mirskiego (1998).

- doświadczanie nierealistycznego, obronnego, dyspozycyjnego optymizmu
- przekazanie innym, że nadal sprawują kontrolę nad swymi emocjami.

3. Psychologiczne czynniki ryzyka choroby nowotworowej

Poglądy wiążące zachorowalność na raka z wpływem czynników natury psychologicznej sięgają starożytności. Znaczenie takich czynników emocjonalnych, jak smutek, depresja, lęk, bezradność i rozczarowania w etiologii schorzeń onkologicznych akcentowali klinicyści przełomu XVIII i XIX wieku.

W ostatnim czasie w piśmiennictwie przedmiotu ugruntowuje się wspierane przez narastającą liczbę danych empirycznych przekonanie o chorobotwórczej roli czynników psychologicznych sprzyjających rozwojowi schorzeń onkologicznych.

Za ważne psychologiczne czynniki ryzyka choroby nowotworowej uważa się:

- utratę ważnego obiektu życiowego (z powodu śmierci lub rozvodu partnera)
- negatywne doświadczenie daremnego wysiłku adaptacyjnego, skutkiem wielości wydarzeń krytycznych i zmian życiowych
- sposób zmagania się ze stresem i zagrożeniem (tzw. tor regresji somatycznej) powodujący niezdolność radzenia sobie ze stresem, a w konsekwencji bezradność i rezygnacja. o predyspozycji do ich występowania przesądzają cechy osobowości: niskie poczucie własnej wartości i samoocena, dążenie do perfekcji, nasilone poczucie winy i wstydu.
- współwystępowanie ze stylem represyjnym tendencji do zachowań regresywnych, demonstrowania niezależności, samowystarczalności, nadmiernego optymizmu, dążenia do aprobaty społecznej, podtrzymywania fasady „bycia lepszym od innych”, pseudoaltruizmu i zaprzeczania (denial).

Wymienione czynniki w znacznej mierze pokrywają się z charakterystykami osobowości i wzoru zachowania typu C.

Wśród koncepcji silnie akcentujących rolę czynników psychologicznych największą popularność zyskały koncepcje Le Shana (Le Shan, Worthington 1956), Bahnsona i współ. (1971), Baltruscha (Baltrusch, Waltz 1985), a także ostatnio wspomniana koncepcja wzoru zachowania C (Morris, Greer, Pettingale 1981, Zakrzewska 1981).

Wspólne dla wspomnianych koncepcji jest przekonanie o znaczeniu dynamiki zależności w znaczących więzach emocjonalnych, których zagrożenie i/lub utrata prowadzi do załamania równowagi emocjonalnej otwierającego wrota procesom nowotworowym.

Przeszłe wczesnodziecięce doświadczenie zaburzonej, względnie zerwanej więzi z matką, pozostawia ślady w postaci rezerwy i obniżonej emocjonalności czy niedostępności emocjonalnej; ponadto obserwuje się ogólne zahamowanie, trudności komunikowania się oraz nasiloną obronność. Kształtujący się represywny wzór reagowania emocjonalnego cechuje się trudnościami ekspresji emocjonalnej, nasilonymi tendencjami tłumienia oraz represjonowania lęku i niepokoju (por. Ainsworth 1969, Tyszkowa 1990, Ziemska 1986)

W życiu dorosłym pacjentów charakteryzuje silna zależność od ważnego emocjonalnie obiektu, warunkującego szczęście i pomyślność, a jej brak bądź utrata przeżywane są jako traumatyczne. Poszukując bliskości z obiektem osoby te narażone są na silny stres, na który reagują bezradnością i utratą nadziei. Przeżywane problemy i konflikty powiązane z postacią matki mają często charakter symboliczny.

4. Wzór zachowania i osobowości typu C

Wzór zachowania C stanowi obok opisanych dotychczas wzorów antyzdrotnych a i D, poważny czynnik ryzyka somatycznego. Osobowość typu C (cancer prone personality) opisano właśnie w kontekście choroby nowotworowej jako

wzór do niej predysponujący. Za najbardziej charakterystyczne cechy WZC opisanego po raz pierwszy przez Temoshok w 1987 (Baltrusch, Waltz 1985, Eysenck 1988 za Fołtyn, Brodziak 1997) uważa się tłumienie negatywnych emocji, zwłaszcza złości, lęku i agresji oraz brak umiejętności konstruktywnego radzenia sobie ze stresem.

Realny wpływ WZC na rozwój choroby nowotworowej oraz jego znaczenie pozostaje nadal kwestią sporną i dyskusyjną, mimo że narasta piśmiennictwo podejmujące problematykę relacji pomiędzy osobowością i wzorcem zachowania typu C a psychicznymi właściwościami pacjentów z chorobą nowotworową, wraz z hipotetycznymi mechanizmami fizjologiczno-somatycznymi odpowiedzialnymi za rozwój onkologicznej symptomatologii. Występujące kontrowersje dotyczą statusu wzoru zachowania C; w poszczególnych ujęciach występuje on jako:

- wzór zachowania uwarunkowany temperamentalnie (konstytucjonalnie),
- wzór reagowania ukształtowany w okresie wczesnodziecięcym,
- wzór reakcji występujący w odpowiedzi na aktualny poważny stres (np. choroby).

Koncepcja Eysencka osobowości C (typ osobowości nr 1) narażonej na stres i podatnej na schorzenia somatyczne, szczególnie typu nowotworowego reprezentuje podejście pierwsze (1990, za Brzozowski, Drwal 1995, Kissen, Eysenck 1962). Uwarunkowany temperamentalnie typ konstytucjonalny plasuje się w lewej górnej ćwiartce układu współrzędnych Neurotyzm-Introwersja. Typ osobowości pierwszy (WZC) to introwertywny neurotyk, typ drugi - ekstrawertywny neurotyk odpowiada wzorowi zachowania a (WZA).

Typ pierwszy, mówiąc ogólnie, charakteryzuje tzw. Podminowanie (understimulation). Osoby o tym typie osobowości są zdaniem autora koncepcji silnie zależne od ważnego obiektu warunkującego dla nich szczęście i pomyślność, a którego brak lub utrata (zerwanie więzi) przeżywane są jako trauma. Poszukując

bliskości z obiektem przeżywają silny stres, reagują bezradnością i utratą nadziei na niepowodzenie. w przeciwieństwie do Eysencka, Morris i współ. (1981) wskazywali na podstawie danych empirycznych na tendencje do silnego wypierania oraz tłumienia lęku i gniewu, niską ekspresję uczuć i niski poziom neurotyzmu – typ zahamowany emocjonalnie (por. Mirski 1995, Pietruszyńska 1974).

Drugie ujęcie reprezentuje koncepcja LeShana (Le Shan, Worthington 1956, Simonton, Matthews, Simonton, Creighton 1993), który podkreślał rolę negatywnych i urazowych wczesnodziecięcych doświadczeń, skutkiem których dziecko po utracie więzi z osobą znaczącą (matką) przeżywa depresję, poczucie winy i osamotnienie. Przeżycia te kładą się cieniem na życiu dorosłego. Późniejsze związki emocjonalne nacechowane są nieufnością, niestałością i powierzchownością, a silne mechanizmy represywne podtrzymują kruchą adaptację. Ich załamanie reaktywuje wczesnodziecięce poczucie bezwartościowości i bezradności. Bahnson podkreślał rolę dynamiki zależności i ambiwalencji w związkach emocjonalnych pacjentów psychosomatycznych. Skutkują one wypieraniem i zaprzeczaniem uczuć negatywnych, kształtowaniem się postaw konformizmu i zależności. Kolejna utrata znaczącego obiektu załamuje zdolność utrzymania równowagi. Opisany wzorzec przypomina psychoanalityczny model charakteru oralnego (por. Kernberg 1998).

Badania chorych onkologicznie zwróciły uwagę na szczególne nagromadzenie w życiu pacjentów krytycznych wydarzeń życiowych w okresie około 2 lat poprzedzającym zachorowanie. Wydarzeń ocenianych jako silnie stresujące i wymagające wysiłku przystosowania, wśród których istotną rolę pełni utrata znaczących więzi emocjonalnych poprzez śmierć, odejście czy rozwód (Holmes, Rahe 1967, za Zakrzewska 1989). w ogólnych zarysach koncepcję tę potwierdzają liczne obserwacje kliniczne i badania Baltruscha, Le Shana, Bahnsona i Wirschinga (1994),

a także Simontonów (1993). Daremny wysiłek zmagania się ze stresem prowadzi do utrwalenia się represywnych wzorów reagowania oraz innych współwystępujących z nimi zachowań.

WZC stanowi konstelację poznawczych, emocjonalnych i behawioralnych komponent, które można pogrupować następująco:

a. Charakterystyczne zmaganie się ze stresem – silne, negatywne emocje; lęk, depresja, bezradność, gniew. Równocześnie zahamowanie emocjonalne, tłumienie emocji i nadmierna kontrola.

b. Relacje z innymi ludźmi cechuje zależność emocjonalna od osób znaczących, przy tym aktualne konflikty koncentrują się wokół postaci matki, przy równocześnie stosunkowo powierzchownych relacjach z innymi. Lęk przed opuszczeniem i odrzuceniem przejawia się uległością, konformizmem, fasadą dobroci; pomijanie własnych potrzeb i tendencją do poświęcania się dla innych (Le Shan, Worthington 1956, Łazowski, Płużek 1982).

c. Występują problemy wokół Ja – niskie poczucie własnej wartości, braku samoakceptacji i integracji osobowości. Można mówić o niedostatku samoopiekuńczych funkcji Ja oraz braku silnej więzi z życiem. Pacjentów cechują słabe granice Ja, niedostatek identyfikacji z własną płcią, przy prezentacji zachowania kulturowo stereotypowego dla płci.

5. Wyniki badań kobiet po mastektomii

Celem badań przedstawionych w niniejszym opracowaniu była weryfikacja tezy wiążącej występowanie choroby nowotworowej (w tym wypadku raka sutka) z ukształtowaniem się osobowości, względnie wzoru zachowania typu C. Referowane badania odnoszą się do dwu obszarów funkcjonowania pacjentów onkologicznych – przeżywanego lęku, stosowanych obron oraz „relacji z matką”. w ostatnim wypadku możliwe jest badanie zaledwie percepcji osoby matki i jej postaw wobec pacjentek w okresie wczesnodziecięcym widzianych

z perspektywy dorosłego. Nieco bardziej dostępne badaniu są przeżywane konflikty „wokół postaci matki”, których występowanie akcentowało wielu przywołanych wyżej badaczy psychologicznych uwarunkowań choroby nowotworowej w kontekście osobowości typu C.

Przedstawione poniżej rozważania opierają się na wynikach badań kobiet po mastektomii uczestniczących w spotkaniach organizowanych przez kluby „Amazonki”. Rak piersi jest jednym z najczęstszych nowotworów dotyczących kobiety. w krajach wysoko uprzemysłowionych stanowi problem onkologiczny zarówno pod względem zachorowalności, jak i umieralności, które współcześnie nadal wykazują tendencję wzrostową, szczególnie po okresie menopauzy. Jest drugą po raku płuc przyczyną zgonów wśród kobiet; w Polsce wskaźnik umieralności dochodzi do 6,5%, a szanse wyleczenia przy późnych rozpoznaniach pozostają zaledwie skromne (Baun, Saunders, Meredith 1995).

Ze względu na zróżnicowanie zachorowalności w różnych częściach świata i warunkach kulturowych uważa się, że czynniki środowiskowe mają większe znaczenie niż genetyczne, choć wciąż nieznane są w pełni przyczyny choroby – przyjmuje się, że jej ujawnienie się jest wynikiem współdziałania czynników wrodzonych i szeregu środowiskowych. Istotnym czynnikiem ryzyka zachorowania na raka sutka jest specyfika sekrecji hormonów żeńskich - estrogenów, a także diety rodzinnej.

Dla skuteczności wyleczenia istotna pozostaje możliwość wykrycia choroby we wczesnym stadium. Mastektomia, leczenie chirurgiczne (amputacja piersi), stanowi podstawową metodę leczenia raka piersi; w zależności od zaawansowania choroby może mieć formę radykalną lub oszczędzającą. Inne metody leczenia to terapie hormonalne, radioterapia czy chemioterapia.

Mastektomia jest zabiegiem obciążającym dla pacjentki zarówno somatycznie, jak i psychicznie, w tym drugim

wypadku dodatkowym obciążeniem jest kulturowe i symboliczne znaczenie kobiecych piersi. Rozpoznanie nowotworu rodzi silny, uogólniony lęk, a jego postać godzi w poczucie kobiecości, obniża samoocenę, poczucie własnej wartości i atrakcyjności seksualnej.

5.1. Charakterystyki WZC u kobiet po mastektomii

Prezentowane wyniki pochodzą z dwu odrębnych studiów. w pierwszym z nich⁴ hipotezę występowania WZC u kobiet po przebytej chorobie nowotworowej weryfikowano na podstawie kwestionariusza WZC⁵; w drugim studium nawiązano do koncepcji Eysencka definiującej WZC jako współwystępowanie neurotyzmu i introwersji.

Tab. 1 – Istotne różnice między grupami badawczą i kontrolną w poszczególnych skalach kwestionariusza WZC

Skale kwestionariusza WZC	Grupa po mastektomii N=36		Grupa kontrolna N=36		t-Studenta df=69	Istotności różnicy
	średni	odch. stand	średni	odch. stand		
Poczucie izolacji	5,03	1,59	4,06	1,55	-2,598	0,05

⁴ Badania w ramach seminarium magisterskiego pod kierunkiem autorki opracowania prowadziła w roku 2004/2005 Katarzyna Goncerz; badania objęły grupę 36 kobiet po mastektomii i równoliczną grupę kontrolną kobiet zdrowych dobraną parami w wieku 30-80 lat (średnia wieku – 53 lata), czas od zabiegu mastektomii wahał się od 1 roku do 14 lat.

⁵ Kwestionariusz WZC w pilotażowej wersji został przygotowany przez K. Goncerz i M. Hodurek; 32 pytania, α Cronbacha 0,68. Kwestionariusz bada następujące teoretycznie wyodrębnione skale - składowe skale typu C: a) emocje i uczucia, b) kompetencje radzenia sobie, c) relacje społeczne.

Uzależnienie od bliskich	6,53	1,40	7,20	1,25	2,125	0,05
Brak aktywności społecznej	6,05	5,28	4,17	1,58	-2,022	0,05

Kobiety z grupy po mastektomii uzyskują wyniki wskazujące na mniejszą aktywność społeczną oraz większe poczucie osamotnienia i izolacji społecznej niż grupa kontrolna. Równocześnie w większym stopniu niż grupa kontrolna zaprzeczają swojej zależności od innych⁶.

Wyniki analizy czynnikowej⁷ wskazują na występowanie u pacjentek po mastektomii trzech następujących czynników:

- tłumienia emocji negatywnych i rezygnacji z własnych potrzeb na rzecz innych
- poczucia niższej wartości, nieumiejętności prośbienia o pomoc oraz braku zaufania do nowości
- poczucia winy, osamotnienia i bezradności.

Tym samym uzyskane czynniki odzwierciedlają składowe wzoru zachowania C, w ujęciu zastosowanego kwestionariusza.

W studium drugim⁸ celem określenia WZC zastosowano kwestionariusz EPQ-R

⁶ Rezultat ten może być interpretowany jako przejaw nasilonej obronności, zgodnie z charakterystyką WZC.

⁷ Kwestionariusz poddano analizie czynnikowej metodą rotacji Varimax celem wyodrębnienia czynników, wokół których grupują się twierdzenia kwestionariusza.

⁸ Badania wykonane i opracowane przez Beatę Wojtowicz pod kierunkiem autorki opracowania w latach 2005-6 w ramach seminarium magisterskiego; badania objęły kobiety po mastektomii w liczbie 29 oraz 29 kobiet zdrowych w wieku 30-80 lat, średnia wieku osób po przebytej chorobie nowotworowej 52,3. czas od zabiegu mastektomii od roku do 6 lat.

Eysencka. Otrzymane wyniki przedstawia tabela nr 2.

Tab. 2 – Wyniki kwestionariusza Eysencka EPQ-R

Skale	Grupa po mastektomii N=29			Grupa kontrolna N=29			Test „t” df=56	Istotność różnicy	
	średnia		odchylenie stand.	średnia		odchylenie stand.			
	WS	S		WS	S				
Ekstrawersja	9,45	4	6,70	12,38	5	5,59	-1,81	zbl. 0,05	
Neurotyzm	15,28	5	5,72	14,66	5	4,31	0,47	ni	

Kobiety po mastektomii są nieco bardziej introwertywne niż grupa kontrolna o przeciętnym nasileniu zarówno cech introwersji, jak i ekstrawersji, natomiast grup nie różnicuje poziom neurotyzmu, zaledwie średni (badane nie są ani neurotyczne, ani zrównoważone). Pacjentki po mastektomii to osoby raczej introwertywne, o średnim poziomie neurotyzmu.

Podsumowując można powiedzieć, że referowane wyniki w pewnym zakresie wspierają tezę o występowaniu u pacjentek po przebytej chorobie onkologicznej przynajmniej niektórych właściwości wzoru zachowania typu C, w stopniu istotnie wyższym niż w grupie kontrolnej.

Tab. 3 – Wyniki badania poziomu lęku – skali szacunkowej, Kwestionariusza Cattella oraz skali Napięcia POMS grupy po mastektomii i kontrolnej (uwzględniono wyłącznie wyniki statystycznie istotne)

1.1. Poziom lęku i obrona przed lękiem

Wyniki badań poziomu lęku pochodzą ze studium pierwszego. Celem zbadania poziomu lęku zastosowano skalę szacunkową samooceny przeżywanego lęku (pomiar lęku świadomego), kwestionariusz Niepokoju Cattella oraz kwestionariusz samopoczucia POMS⁹.

⁹ Skala Napięcia kwestionariusza POMS (Profile of Mood States) D.M. McNair, M. Lorr, L.F. Droppleman, w adaptacji B. Dudka i J. Kornacha.

Poziom lęku	Grupa po mastektomii			Grupa kontrolna			t-Studenta df=69	Istotność różnicy
	średnia		odch. stand.	średnia		odch. stand.		
Skala szacunkowa	6,28			2,24	5,69		2,61	0,31
WN kwestionariusza Cattella	WS 39,00	S 7	13,27	WS 33,88	S 6	10,99	-1,77	0,05
C-	5,80	8	2,75	4,57	6,5	2,72	-1,90	0,05

Q ₄ +	11,03	8	4,45	9,26	7	4,14	-1,733	0,05
Napięcie POMS	8,75		6,82	6,46		7,09	-1,405	n.i

Analiza wyników wykazuje różnice między grupami w zakresie wyniku ogólnego Kwestionariusza Cattella oraz czynników C i Q₄ na poziomie istotności $p \leq 0,05$; kobiety po mastektomii cechuje istotnie wyższy poziom niepokoju psychologicznego i lęku oraz skłonności neurotycznych (czynnik C). Świadczą one o występowaniu wysokiego niepokoju ogólnego oraz bardzo wysokiej skłonności do zachowań neurotycznych, niezrównoważenia emocjonalnego, lękowości i niedojrzałości. Bardzo wysokie napięcie wewnętrzne (Q₄) – mówi o niezaspokojeniu potrzeb, małej tolerancji na frustrację, małym poczuciu wartości i niezadowolaniu z siebie pacjentek po mastektomii. Tendencje te są silniejsze w tej grupie, choć również stosunkowo wysokie w grupie kontrolnej, co obniża wymowę tego czynnika. Natomiast brakuje istotnych różnic między grupami w skali szacunkowej, na której badane w sposób świadomy i bezpośredni oceniały poziom

Tab. 4 – Poziom i intensywność lęku oraz poczucia winy w badanej grupie kobiet po mastektomii na podstawie projekcyjnego testu uzupełniania zdań

Sfera	Grupa badana		Grupa kontrolna		„t” df 4,33/55	Istotność różnicy
	M	odch. stand.	M	odch. stand.		
Lęki i obawy	2,38	1,74	1,45	0,95	2,53	0,01
Poczucie winy	3,48	1,64	1,61	1,50	4,50	0,001

Wyniki te pozwalają wnioskować, że kobiety po mastektomii statystycznie

przeżywanego przez siebie lęku, jak i podobnej skali napięcia - lęku kwestionariusza POMS wskazują (w zestawieniu z wynikiem kwestionariusza czynnikowego, jakim jest kwestionariusz Cattella) na stosowanie mechanizmów tłumienia, względnie wypierania lęku poprzez pacjentki po mastektomii.

Aby uwiarygodnić przedstawioną wyżej interpretację wyników badania lęku wskazującą na jego tłumienie i/lub wypieranie – funkcjonowanie represywnych mechanizmów obronnych dokonano analizy wypowiedzi byłych pacjentek w półprojekcyjnym teście uzupełniania zdań zastosowanym w studium drugim¹⁰. Rezultaty analizy treści wypowiedzi dotyczących przeżywanego lęku oraz poczucia winy przedstawia poniższa tabela.

¹⁰ Test uzupełniania zdań w klasycznej formie Sachsa-Levy'ego; wyniki z tabeli 4 dotyczą dwu sfer: lęki i obawy oraz poczucie winy

istotnie częściej przeżywają lęki i obawy, zwłaszcza cechuje je wysoki poziom poczucia. Znaczące różnice dotyczą treści lęków i obaw - o ile uzupełnienia zdań w

grupie kobiet zdrowych wskazywały na lęki powszechne, banalne i archetypowe (np. lęk przed burzą, pajakami, ciemnością itp.), wypowiedzi kobiet po mastektomii są bardziej osobiste, mówią o lęku przed okazywaniem swoich potrzeb, bezpośrednim ujawnianiem swoich uczuć czy osamotnieniem. Najczęściej jednak badane wypowiadały obawy o zdrowie własne i najbliższych, wskazywały na lęk przed chorobą, śmiercią własną czy członków rodziny, starością, przyszłością, a także obecność nieokreślonego silnego lęku.

Kobiety po mastektomii charakteryzuje również wysoki poziom poczucia winy, istotnie wyższy niż u kobiet zdrowych. Poczucie winy jest związane przede wszystkim z obwinianiem się o różnorodne przykre wydarzenia z życia osób bliskich; kobiety pragną również zapomnieć o lęku i innych negatywnych uczuciach, chorobie, smutku, bezsilności.

Tłumią przy tym przeżywane negatywne emocje oraz ukrywają je przed swoimi bliskimi.

Omówione wyniki półprojekcyjnego testu uzupełniania zdań pozostają w sprzeczności z wynikiem przedstawionym w tabeli nr 4, wskazującym na brak neurotyzmu w kwestionariuszu Eysencka. Pomimo wyniku sugerującego brak cech neurotycznych u kobiet po mastektomii należy przypuszczać, że u pacjentek po mastektomii cechy neurotyczne rzeczywiście występują – świadczą o tym wysoki poziom i charakter doświadczanego lęku oraz występowanie nasilonego poczucia winy, choć niekoniecznie w znaczeniu przyjmowanym w teorii Eysencka.

W omawianych badaniach studium pierwszego uwzględniono również inne zmienne indywidualne dotyczące współwystępujących z lekiem emocji i nastroju mierzone przez skale Kwestionariusza Samopoczucia POMS, którego wyniki wskazują na występowanie stosunkowo dużych statystycznie istotnych różnic pomiędzy obiema badanymi grupami.

Tab. 5 – Wyniki Kwestionariusza Samopoczucia POMS istotnie różnicujące grupę kobiet po mastektomii i grupę porównawczą

Skale POMS	Grupa po mastektomii		Grupa kontrolna		t-Studenta df=69	Istotność różnicy
	M	odch. stand.	M	odch. stand.		
Przygnębienie Depresja	18,75	10,39	12,40	10,52	-2,56	0,05
Złości- Wrogości	15,42	8,38	10,91	7,87	-2,33	0,05
Wigoru- Aktywności	16,25	6,14	20,14	6,81	2,53	0,05
Zmieszania- Zakłopotania	5,53	4,55	3,43	4,08	-2,042	0,05

Kobiety po mastektomii wykazują wyższy poziom przygnębienia i depresji, a także zmieszania i zakłopotania niż kobiety z grupy kontrolnej. Również odczuwany przez grupę kobiet po mastektomii wyższy poziom złości i wrogości do innych odróż-

nia tę grupę od kobiet zdrowych. Te ostatnie przejawiają natomiast większą aktywność i wigor w zachowaniu.

Wyniki te jednoznacznie ukazują gorsze samopoczucie kobiet z grupy po przebytej chorobie nowotworowej, wraz ze zmniejszeniem wigoru i aktywności, co

można uznać za skutki przebytej choroby. Czy poziom złości i wrogości wobec otoczenia również należy uznać za reaktywne, wtórny wobec stresu mastektomii? Rodzi się pytanie, czy skłonność do depresyjnego przeżywania zakłopotania i złości w relacjach interpersonalnych, przy obniżonym wigorze fizycznym i aktywności można uznać za względnie stałą, charakteryzującą funkcjonowanie byłych pacjentek przed chorobą? W podsumowaniu rezultatów badań postaram się ustosunkować do poruszonego zagadnienia.

Przy pomocy jakich strategii zmagania się i technik obronnych kobiety po mastektomii dążą do redukcji przeżywanego niepokoju i lęku? Na to pytanie odpowiedź przynoszą wyniki kwestionariusza DSQ40¹¹.

Otrzymane wyniki przedstawia tabela nr 6.

¹¹ Kwestionariusz DSQ40 zastosowany w badaniu pierwszym mierzy style i mechanizmy obronne nawiązujące do wyróżnionych w klasycznej psychoanalizie; mechanizmy uwzględnione w DSQ40 podzielono na dojrzałe, neurotyczne i niedojrzałe.

Tab. 6 – Wyniki kwestionariusza DSQ40 dla obu badanych grup; skale różniące grupy w sposób istotny statystycznie

Mechanizmy obronne	Grupa po mastektomii		Grupa kontrolna		t-Studenta df=69	Istotność różnicy
	M	odch. stand.	M	odch. stand.		
Projekcja	8,19	3,78	5,94	3,98	-2,44	0,05
Bierna agresja	8,34	3,88	6,37	3,96	-2,10	0,05
Przemieszczenie	9,33	3,46	7,00	4,44	-2,47	0,005

Dwustronny test t-Studenta dla grup niezależnych wykazał statystycznie istotne na poziomie $p < 0,05$ różnice w zakresie występowania mechanizmów obronnych projekcji, biernej agresji i przemieszczenia u kobiet w przebytej chorobie nowotworowej. Mechanizmy te zaliczają autorzy kwestionariusza do prymitywnych i niedojrzałych. Wbrew oczekiwaniom nie są typowe dla badanych powszechnie przypisywane osobowości typu C mechanizmy stłumienia i zaprzeczania, co pozostaje

staje w sprzeczności z innymi dowodami przedstawionymi w dalszym toku rozważań podtrzymującymi tezy stawiane w piśmiennictwie przedmiotu.

Na koniec omawiania wyników badań poziomu lęku i obrony przed lękiem pacjentek po mastektomii przytoczmy otrzymane zależności między wyłonionymi w analizie kwestionariusza WZC czynnikami a pozostałymi uwzględnionymi w badaniach zmiennymi.

Tab. 7 – Istotnie statystycznie wartości współczynnika r Pearsona między czynnikami Kwestionariusza WZC: czynnika 1 „wyparcie-tłumienie”, czynnika 2 „niskie poczucie wartości” i czynnika 3 „poczucie winy-osamotnienie” a pozostałymi uwzględnionymi w badaniach zmiennymi kwestionariusza Cattella, DSQ40; skali szacunkowej lęku i Napięcia POMS

Pozostałe zmienne	Współczynniki korelacji		
	Czynnik 1 WZC	Czynnik 2 WZC	Czynnik 3 WZC
Stłumienie DSQ40	0,41***		
Zaprzeczanie DSQ40	0,25*		0,33**
Napięcie POMS	-0,34**		0,36**
C – Kwestionariusz Cattella	0,38**		

O – Kwestionariusz Cattella		0,23*	0,47***
Q ₃ – Kwestionariusz Cattella	-0,51***		0,36**
Q ₄ – Kwestionariusz Cattella	-0,30*	0,30*	0,58***
Skala szacunkowa lęku		0,26*	0,57***

* korelacja na poziomie $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Jak ukazuje powyższa tabela występuje wiele zależności i to na rygorystycznych poziomach istotności. Ze względu na tezy opracowania szczególne znaczenie mają zależności między czynnikami kwestionariusza WZC a lękiem i poziomem skłonności neurotycznych. I tak:

Czynnik nr 1 – „Tłumienie-wypieranie” emocji i potrzeb koreluje z poziomem napięcia i niepokoju, tłumieniem i zaprzeczaniem oraz małą integracją ego, niską siłą woli i kontrolą emocji; również napięciem popędowym wynikającym z niezaspokojenia potrzeb.

Czynnik nr 2 – „poczucie niskiej wartości” (łącznie z nieumiejętnością prośzenia o pomoc i postawą konserwatywną) koreluje z poziomem świadomie przeżywanego lęku oraz poziomem napięcia popędowego związanego z niezaspokojeniem potrzeb, a także samoobwinianiem i niepewnością.

Czynnik nr 3 – „poczucie winy-osamotnienia” (wraz z bezradnością) również koreluje z poziomem świadomie przeżywanego lęku; skalą napięcia i niepokoju, napięciem popędowym, skłonnościami neurotycznymi, małą integracją ego i siłą woli, a także samoobwinianiem i niepewnością. Czynnik ten oraz pierwszy (tłumienie emocji i potrzeb) są w najsilniejszym stopniu powiązane z różnymi formami mniej lub bardziej świadomymi niepokoju, lęku oraz represywnymi obronami przed lękiem.

Spróbujmy podsumować rezultaty tej części badań charakteryzując **pacjentki po mastektomii**:

- Różnią się nasileniem wzoru zachowania C od osób zdrowych, szczególnie w kategoriach: poczucie

izolacji i osamotnienia oraz braku aktywności społecznej. Równocześnie zaprzeczają one swojemu uzależnieniu od bliskich.

- Cechują się stosunkowo wysokim poziomem lęku, napięcia, skłonności neurotycznych i niezrównoważenia. W dążeniu do obniżenia napięcia i lęku stosują mechanizmy represywne, nie przyznając się do przeżywanych obaw i wątpliwości. Teza ta znajduje potwierdzenie w wynikach badania kwestionariusza DSQ40, które potwierdziły występowanie u osób po przebytej chorobie niedojrzałych mechanizmów obronnych, takich jak: projekcja, przemieszczenie i bierna agresja; w niższym natomiast niż oczekiwano stopniu charakteryzuje badane kobiety mechanizmy zaprzeczania i tłumienia, przynajmniej w świetle tego kwestionariusza.

- Obecność represywnych obron oraz fasadowa pozytywna autoprezentacja prawdopodobnie nie pozwala na rzetelną ocenę możliwości realnie przeżywanego niepokoju i lęku byłych pacjentek oraz głębi poczucia osamotnienia i skrywanej wrogości wobec swojego otoczenia.

- W porównaniu z kobietami zdrowymi pacjentki cechuje wyższy poziom depresji i przygnębienia, ale także poczucia zakłopotania i poczucia winy, a także gniewu i wrogości.

- Występują nie zawsze wysokie ale istotne i bardzo istotne korelacje między wynikami kwestionariusza WZC - czynnikami: tłumienia emocji i potrzeb, poczucia winy, osamotnienia i bezradności a poziomem lęku zarówno świadomie przeżywanego, jak i tłumionego i wypieranego.

1.2. Relacje z matką pacjentek po mastektomii

Na podstawie danych piśmiennictwa oczekiwano, że matki osób po przebytej chorobie nowotworowej w okresie dzieciństwa pacjentek charakteryzowały się większym dystansem i chłodem emocjonalnym; wzbudzały u dzieci większy lęk nie dając poczucia bezpieczeństwa. Relacjom z matką zostało poświęcone studium drugie, którego najważniejsze wyniki zostaną poniżej przedstawione.

Przewidywania te w świetle otrzymanych danych¹² nie zostały w pełni potwierdzone – relacje badanych po mastektomii z matkami nie różniły się w sposób statystycznie istotny od relacji kobiet zdrowych, przynajmniej w świetle wyników kwestionariusza Roe, Siegelman. Nie uzyskano różnic w percepcji i ocenie matki na

¹² Otrzymanych w rezultacie zastosowania kwestionariusza Stosunków Między Rodzicami a Dziećmi A. Roe i M. Siegelman (PCR)

wymiarach: chłodna – ciepła, czy: wzbudzająca lęk – dająca bezpieczeństwo, jedyny wymiar który różnicuje obie grupy dotyczy siły i zaradności - kobiety po mastektomii spostrzegają swoje matki, jako osoby bierne, niezaradne i słabe psychicznie.

Natomiast istotne różnice w stosunku do matki otrzymano porównując relacje badanych z matką w obu grupach w oparciu o wypowiedzi projekcyjne testu uzupełniania zdań¹³. Wyniki przedstawia tabela nr 8. Porównanie natężenia konfliktów z matkami w obu grupach (na podstawie TZN) pokazuje statystycznie istotnie większą ($p \leq 0,03$ i $p \leq 0,001$) ilość konfliktów wokół postaci matki w grupie pacjentek po mastektomii w stosunku do kobiet zdrowych, zwłaszcza konfliktów średnio nasilonych.

¹³ Wypowiedzi projekcyjne, jako mniej kontrolowane, należy uznać za bardziej wiarygodne, niż wypowiedzi bezpośrednie kreujące fasadowy, pozytywny i korzystny obraz własnej osoby.

Tab. 8 – Stosunek do matki na podstawie wyników TZN

Sfera TZN	Grupa po mastektomii		Grupa kontrolna		t df 56	Istotność różnicy
	M	odch. stand.	M	odch. stand.		
Stosunek do matki	3,0	2,14	1,72	1,79	2,46	0,001

Różnice ilościowe między grupami znajdują potwierdzenie w analizie treści wypowiedzi związanych z tą sferą. Kobiety po mastektomii prezentują poprzez projekcję zdecydowanie bardziej negatywny obraz matki niż kobiety zdrowe (różnice statystyczne na poziomie $p < 0,05$); pacjentki po przebytej chorobie nowotworowej wypowiadają więcej pretensji, żalu i zarzutów, ujawniają poczucie krzywdy rzutujące na ocenę swoich relacji z matką. Kobiety po mastektomii skarżą się na to, że matki nie miały dla nich czasu, a ponadto były mało zaradne. Jeżeli nawet ich wypowiedzi nie były zdecydowanie negatywne, można było je zakwalifikować jako

neutralne bądź obojętne, które to uzupełnienia prawie nie występowały w grupie kontrolnej. Wypowiedzi byłych pacjentek nie zawsze odzwierciedlały zdecydowanie negatywne relacje z matką, częściej wskazywały na nijaki, raczej wątpliwy i słaby kontakt byłych pacjentek ze swymi matkami. Pacjentki nie zawsze potrafiły się z matką porozumieć – ich poglądy w wielu kwestiach różniły się, opinie i postawy pacjentek nie znajdowały zrozumienia ani uznania, były zmuszane, aby ostatecznie wbrew sobie podporządkować się zdaniu i woli matki.

Uderza stosunkowo duża liczba wypowiedzi unikowych¹⁴, sugerujących niechęć badanych do uświadomienia sobie bądź do ujawnienia konfliktowych relacji z matkami. Brakuje wypowiedzi bardzo pozytywnych, przedstawiających matkę jako postać idealną, bez zarzutu, które

¹⁴ Wypowiedzi unikowe w TZN interpretuje się jako wyraz niechęci ujawniania negatywnych uczuć, konfliktowych czy ambiwalentnych postaw.

nierzadko spotykamy w uzupełnieniach kobiet zdrowych (np. wypowiedzi: moja matka była wspaniała, kochana, zawsze mogłam na nią liczyć, itp.).

Analiza korelacyjna między percepcją postaw matek a wynikami kwestionariusza Eysencka ukazuje interesujące zależności; zostały one przedstawione w tabeli nr 9.

Tab. 9 – Istotne statystycznie zależności między percepcją postaw matki (PCR) a ekstrawersją i neurotyzmem (EPQ-R) w obu badanych grupach

Zmienne kwestionariusza PCR-Postawa	Skala Ekstrawersji		Skala Neurotyzmu	
	r Pearsona	istotność	r Pearsona	istotność
Kochająca	0,261	0,05 ^{xx}	-0,36	0,01 ^{xx}
Odrzucająca	-0,304	0,05 ^{xx}	0,250	n.i.
Wymagająca	0,466	n.i.	0,088	0,05 ^x
Odrzucająca	0,057	0,05 ^x	0,123	n.i.
Liberalna	0,036	n.i.	0,096	0,05 ^x

xx – tekst dwustronny x – tekst jednostronny

Dane tabeli 9 sugerują, że rozwojowi cech neurotycznych mogą sprzyjać postawy matki: Odrzucająca i Wymagająca; postawa Odrzucająca - sprzyja również kształtowaniu się cech introwertywnych. Natomiast postawy: Kochająca i Odrzucająca sprzyjają rozwojowi cechy ekstrawersji, a ponadto łącznie z Liberalną przeciwdziałają kształtowaniu się właściwości neurotycznych.

Można ponadto powiedzieć, że te dane łącznie z toczącymi się rozważaniami wokół roli neurotyzmu w rozumieniu kwestionariusza Eysencka w osobowości typu C w pewnym sensie i pośrednio określają pacjentki po mastektomii jako neurotyczne i introwertyczne, a więc spełniające kryteria WZC w ujęciu Eysencka. Otrzymane wyniki w sposób pośredni również wspierają tezę, że kształtowanie się właściwości typu C sprzyjają wczesnodziecięce dysfunkcjonalne relacje z matką; jeżeli nawet rezultaty badań nie pozostają w wyraźnej zależności od kształtu przeszłości, to teraz, w dorosłości, z perspektywy

czasu matka jest spostrzegana jako wymagająca oraz odrzucająca.

2. Podsumowanie wyników, wnioski i dyskusja

Próba weryfikacji występowania osobowości i wzoru zachowania C u pacjentek po mastektomii pozwoliła na:

1. wyodrębnienie trzech czynników WZC w wynikach zastosowanej pilotażowej wersji kwestionariusza WZC: „tłumienia-wypierania”, „poczucia niskiej wartości” i „osamotnienia”. U pacjentek po mastektomii właściwości te reprezentowane przez wymienione czynniki występują w istotnie silniejszym stopniu.
2. ustosunkowanie się do poglądów Eysencka – pacjentki po mastektomii są bardziej introwertywne niż grupa kontrolna, natomiast nie różnicuje ich poziom neurotyzmu w rozumieniu kwestionariusza Eysencka, który w obu badanych grupach plasuje się na poziomie średnim. Natomiast analiza wypowiedzi projekcyjnych w badanej

- grupie okazuje wyższy statystycznie poziom przeżywanego lęku i poczucia winy, co świadczy o funkcjonowaniu neurotycznych mechanizmów w zachowaniu. Interpretację tę wspierają wyniki czynnika C kwestionariusza Cattella mówiące o występowaniu w wyższym stopniu skłonności neurotycznych i nierównoważenia emocjonalnego u pacjentek onkologicznych.
3. weryfikację tez dotyczących poziomu lęku i obronności WZC – występuje rozbieżność między wynikami technik mierzących poziom lęku w sposób bezpośredni i projekcyjny. Lęk mierzony bezpośrednio jest średnio nasilony i nie różnicuje grupy pacjentek od grupy kontrolnej. Pacjentki po mastektomii ujawniają natomiast istotnie wyższy poziom lęku-niepokoju psychologicznego ogólnego oraz nierównoważenia i skłonności neurotycznych.
 - Obserwowane zróżnicowanie wyników dotyczących poziomu lęku zinterpretowano jako pośredni dowód stosowania przez pacjentki obron typu represywnego.
 - Analiza treści wypowiedzi projekcyjnych wspiera powyższą interpretację – wskazują one na występowanie licznych lęków i obaw (znacząco różniących tę grupę od wypowiedzi osób grupy kontrolnej) dotyczących rozmaitych aspektów własnego życia i najbliższych, którym zaprzeczają i/lub których w pełni sobie nie uświadamiają.
 - Z lękiem współwystępują inne negatywne stany emocjonalne – przygnębienie, depresja, wrogość wobec innych, przy jednoczesnym zahamowaniu ekspresji reakcji emocjonalnych – zmniejszonej aktywności i wigorze fizycznym oraz zakłopotaniu i nieśmiałości w relacjach z innymi.
 - Wyniki kwestionariusza DSQ40 bezpośrednio korespondują z danymi dotyczącymi podwyższonej obronności pacjentek po mastektomii, akcentują jednak raczej występowanie mechanizmów prymitywnych i niedojrza-
 4. weryfikację tez dotyczących relacji z matką, która przyniosła następujące rezultaty:
 - Uzyskane korelacje między czynnikami kwestionariusza WZC a pozostałymi analizowanymi zmiennymi w ogólnym zarysie wspierają przedstawione wyżej rezultaty.
 - wyniki skali kwestionariusza Roa-Siegelmana nie ujawniają różnic między grupami w percepcji i ocenie matki na wymiarach: chłodna-ciepła oraz wzbudzająca lęk-dająca bezpieczeństwo, natomiast kobiety po mastektomii spostrzegają swoje matki jako osoby słabe psychicznie, bierne i niezaradne;
 - wypowiedzi projekcyjne ujawniają istotnie bardziej konfliktowy stosunek kobiet po mastektomii do matki. Pacjentki wypowiadają więcej zarzutów, żalów i pretensji do swoich – skarżą się, że miały one dla nich mniej czasu, były słabe psychicznie i mało zaradne. Łączące je więzy widzą jako słabe, wątłe, nijakie; matki są widziane jako nie rozumiejące swoich córek i ich potrzeb, natomiast wymagające posłuszeństwa i podporządkowania się.
 - postawy matek: odrzucająca i wymagająca korelują z występującymi u pacjentek cechami osobowości C – introwersją i neurotyzmem. Równocześnie tzw. unikowe wypowiedzi pacjentek w TZN wraz z „zacieraniem” swojej rzeczywistej postawy wobec matki w odpowiedziach bezpośrednich sugerują niechęć pacjentek do ujawniania konfliktowych lub ambiwalentnych relacji z matką. Uzyskane wyniki są spójne ze stosunkowo nowymi tezami studiów w obszarze psychologii *gender*, akcentującymi negatywny wpływ konfliktów wokół postaci matki na późniejsze problemy identyfikacji z rolami wyznaczonymi przez płć biologiczną (por. Brannon 2002, Stępnia-Łuczywek 2004).

Spróbujmy spojrzeć w sposób bardziej ogólny na przedstawione rezultaty badań pacjentek onkologicznych po mastektomii. Kontakt z pacjentkami nie jest łatwy, starają się one utrzymywać dystans wobec osób badających; wypowiedzi w technikach bezpośrednich oraz unikowe w projekcyjnych świadczą o niechęci ujawnienia światu swoich emocji, postaw i konfliktów. Postawy takie, charakterystyczne dla osobowości typu C utrudniają badania psychologiczne, stawiając pod znakiem zapytania wiarygodność i trafność otrzymanych ostatecznie wyników.

Zróznicowanie wyników: wypowiedzi bezpośrednich – podlegających kontroli i wypowiedzi projekcyjnych, pozwalających wejrzeć w treści tłumione, sugeruje funkcjonowanie postaw obronnych typu represywnego: zaprzeczania, tłumienia mniej lub bardziej przeżywanymi emocjami, świadomego posługiwania się fasadowym wizerunkiem własnego Ja, czy idealizowanych relacji z innymi. Spostrzeżenia te wspierają wyniki badań, mówiące o stosowanych mechanizmach obronnych, zaprzeczania, projekcji, przemieszczenia, brakuje natomiast bezpośrednich danych o obecności bardziej podstawowych form obrony, takich jak wypieranie akcentowanych przez piśmiennictwo przedmiotu.

W tej sytuacji dowody na przeżywanie silnego lęku i niepokoju, depresji, ukrytej wrogości do innych na podłożu mechanizmów neurotycznych, muszą mieć z konieczności charakter pośredni. Podobnie rzecz się ma z percepcją osoby matki jako słabej i niezaradnej, więzi emocjonalnych z matką jako wątych, powierzchownych, naznaczonych dystansem, a równocześnie wymagających od pacjenta posłuszeństwa i podporządkowania. Przedstawione rezultaty mają więc z konieczności charakter hipotez wymagających dalszej weryfikacji.

Rezultaty te nasuwają dodatkowe wątpliwości metodologiczne. Czy wyniki wskazujące na poziom lęku i represywne obrony przed lękiem, zinterpretowane w paradygmacie psychosomatycznym jako powiązane ze wzorem typu C, stanowią

cego czynnik ryzyka choroby nowotworowej nie mogą być skutkiem choroby (paradygmat somatopsychiczny). Szereg argumentów przemawia jednakże na korzyść przyjętej interpretacji. Należą do nich:

- względna stałość struktury osobowości pozwala uznać tożsamość wzorów reagowania emocjonalnego sprzed choroby oraz w odpowiedzi na jej rozpoznanie
- techniki badawcze, jak kwestionariusz Eysencka czy niektóre czynniki kwestionariusza Niepokoju Cattella zakładają konstytucjonalny, a więc stały, temperamentalnie uwarunkowany charakter uwzględnionych czynników
- tezy piśmiennictwa traktujące stwierdzone właściwości kobiet po mastektomii jako czynniki ryzyka rozwoju choroby nowotworowej.

Inny problem wiąże się z badaniem relacji z matką – badanie dotyczyło dorosłych kobiet pytanych o obraz i relacje z matką w dzieciństwie, jak i późniejszych latach; uzyskane rezultaty nie odnoszą się więc wprost do rzeczywistych wczesnodziecięcych relacji, o których mówią koncepcje LeShana, Bahnsona czy Baltruscha. Odpowiedzialnie można jedynie powiedzieć, że kobiety po mastektomii charakteryzuje szczególna, odróżniająca je od grupy kontrolnej subiektywna percepcja zarówno postaci matki, jak i w pewnym sensie konfliktowych relacji łączących pacjentki z własnymi matkami.

Reasumując, rezultaty badań psychologicznych pacjentek onkologicznych po zabiegu mastektomii wspierają w ogólnym zarysie koncepcję wzoru zachowania C jako charakterystycznego dla chorych nowotworowych, szczególnie w zakresie posługiwania się represywnymi obronami, fasadową autoprezentacją oraz negatywną percepcją postaci matki i wzajemnych konfliktowych relacji.

Streszczenie

Opracowanie D. Kubackiej-Jasiockiej przedstawia wyniki badań psychologicznych – pacjentek onkologicznych

po zabiegu mastektomii, uczestniczących w spotkaniach klubu Amazonek w liczbie 65 osób oraz równoliczną grupę kontrolną. Przedmiotem badania była próba weryfikacji koncepcji osobowości i wzoru zachowania typu C jako czynników ryzyka rozwoju choroby nowotworowej. Badanie kliniczne przeprowadzone przy pomocy szeregu kwestionariuszy psychometrycznych, skal samooceny oraz technik projekcyjnych koncentrowały się na dwu obszarach tematycznych: poziomie przeżywanego lęku i współwystępujących z nim emocji negatywnych, wraz ze stosownymi technikami redukcji lęku oraz fasadowej autoprezentacji wraz z unikowymi i chwiejnymi wypowiedziami dotyczącymi wizerunku i relacji z matką. Uzyskane wyniki w ogólnym zarysie wspierają tezę koncepcji traktującej właściwości osobowości i wzoru zachowania typu C jako typowe dla chorych nowotworowych. Równocześnie stwierdzono, że represywne obrony oraz fasadowa autoprezentacja utrudniają zebranie w pełni wiarygodnych danych; nadaje to uzyskanym wynikom status hipotetyczny, wymagający dalszej weryfikacji.

Słowa kluczowe: mastektomia, wzór zachowania C, wzory funkcjonowania emocjonalnego, lęk, mechanizmy obronne, represywność, relacje rodzinne

Summary

The paper by d. Kubacka-Jasiecka presents the results of the psychological research conducted among female, post-mastectomy patients attending the women's clubs amazons. The group comprised 65 subjects, the same number as the control group. The research served as an attempt to validate the cancer personality model and the type cancer-prone pattern of behaviour as factors behind the risk of developing cancer illness. The clinical research involving a series of psychometric questionnaires, self-evaluation scales and projection techniques, focused on two

thematic fields: the level of perceived fear and accompanying negative emotions, along with appropriate techniques for the reduction of fear and the facade self-presentation, along with evasive and changeable statements regarding self-image and the relations with the mother. Generally the obtained results support the theses of the cancer-prone personality model as characteristic of the oncological patients. However the repressive defence and the facade self-presentation impede the collection of reliable data and render the results hypothetical and subject to further verification.

Keywords: post-mastectomy emotional functioning from type c personality perspective

Bibliografia

1. Ainsworth, M.D.S. (1969). *Object relations, dependency and attachment: a theoretical review of the infant-mother relationship*. *Child Development*, 40
2. Aleksander, F. (1966). *Psychosomatic Medicine*. New York: Norton
3. Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?* Warszawa: Fundacja IPN
4. Bahnson, C.B., Bahnson, M.B., Wardwell, W.I. (1971). *A psychological study of cancer abstracts*. *Psychosomatic Medicine*, 5
5. Baltrusch, H.J.F., Waltz, M. (1985). *Cancer from biobehavioral and social epidemiological perspective*. *Social Science Medicine*, 20
6. Baun, M., Saunders, Ch., Meredith, S. (1995). *Rak piersi. Poradnik dla kobiet i lekarzy*. Warszawa: Springer PWN
7. Brannon, L. (2002). *Psychologia rodzaju*. Gdańsk: GWP
8. Brzozowski, P., Drwal, R. (1995). *Kwestionariusz Osobowości Eysencka. Polska adaptacja EPQ-R*. Warszawa: Pracownia PTP

9. Denollet, J. (1991). *Negative affective and repressive coping. Pervasive influence on self – reported mood, health and coronary prone behavior.* *Psychosomatic Medicine*, 53
10. Dolińska-Zygmunt, G. (1996). *Psychologia a podatność na choroby.* [W:] G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia.* Wrocław: Wydaw. Uniwersytetu Wrocławskiego
11. Elias, A., Wrześniewski, K. (1988). *Ryzyko chorób psychosomatycznych: środowisko i temperament a wzór zachowania.* A. Wrocław: Ossolineum
12. Fołtyń, W., Brodziak, A. (1997). *Rola czynników psychologicznych w etiopatogenezie chorób nowotworowych.* *Sztuka Leczenia*, 4
13. Guzowska, M. (2004). *Represyjny styl radzenia sobie ze stresem a postawa wobec choroby u osób po zawale serca.* [W:] K. Wrześniewski, D. Włodarczyk (red.), *Choroba niedokrwienne serca.* Gdańsk: GWP
14. Heszen-Klemens, I. (1983). *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań.* Katowice: Wyd. UŚ
15. Kernberg, O. (1998). *Związki miłosne.* Poznań: Zys i S-ka
16. Kissen, D.M., Eysenck, H.J. (1962). *Personality in male lung cancer patients.* *Journal of Psychosomatic Research*, 6
17. Le Shan, L.L., Worthington, R.E. (1956). *Personality as factor in the pathogenesis of cancer: a review of the literature.* *British Journal of Medical Psychology*, 29
18. Lipowski, Z.J. (1984). *Psychosomatic medicine and liaison psychiatry. Selected papers.* New York: Plenum Publishing
19. Łazowski, J., Płużek, Z. (1982). *Problemy psychosomatyczne w pierwotnym nadciśnieniu tętniczym i chorobie wieńcowej.* Warszawa: PZWL
20. Magdoń, M. (2000). *Współodczuwanie w medycynie.* Kraków: Universitas
21. Mirski, A. (1995). *Udział czynników psychologicznych w etiologii chorób nowotworowych.* *Sztuka Leczenia*, 1
22. Mirski, A. (1998). *Optimum psychosomatyczne.* [W:] J. Łazowski, G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie. Materiały XIII Ogólnopolskiego Sympozjum Medycyny Psychosomatycznej i V Bałtyckiego Sympozjum Balintowskiego.* Kołobrzeg, maj 1997. Wrocław: Wyd. AWF
23. Morris, T., Greer, S., Pettingale, K.W., Watson, M. (1981). *Patterns of expression of anger and their psychological correlates in woman with breast cancer.* *Journal of Psychosomatic Research*, 2
24. Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2004). *Osobowość stresowa (typ D) a ryzyko występowania chorób układu krążenia.* [W:] K. Kosińska-Dec, L. Szewczyk (red.), *Rozwój, zdrowie, choroba. Aktualne problemy psychosomatyki.* Warszawa: Wyd. Bel Studio
25. Pietruszyńska, Z. (1974). *Pobudzeniowe i hamulcowe typy reakcji stresowych.* *Przegląd Psychologiczny*, 2
26. Reykowski, J., Krawczyk, M. (1972). *Emocje, osobowość a choroby psychosomatyczne.* *Psychologia Wychowawcza*, 5
27. Schalling, D., Cronholm, B., Asperg, M., Espmarks (1973). *Ratings of psychic and somatic anxiety indicants. Interrater reliability and relations to personality variables.* *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 49
28. Simonton, O.C., Matthews-Simonton, S., Creighton, I.L. (1993). *Triumf życia. Jak pokonać raka? Wskazówki dla pacjentów i ich rodzin.* Warszawa: Wyd. Medyczne
29. Stępniań-Luczywek, A. (2004). *Wpływ okresu dzieciństwa na małżeństwo.* *Przegląd teorii i badań. Małżeństwo i Rodzina*, T. III, 2
30. Tylka, J. (2000). *Psychosomatyka – wybrane zagadnienia z teorii i prak-*

- tyki. Warszawa: Wyd. Uniwersytetu Kardynała S. Wyszyńskiego
31. Tyszkowa, M. (red.) (1990). *Rodzina a rozwój jednostki*. Poznań. Grant CPBP
32. Weinberger, D.A., Schwartz, G.E., Davidson, R.J. (1979). *Low-anxious, high-anxious and repressive coping styles: psychometric patterns and behavioral and physiological response to stress*. *Journal of Abnormal Psychology*, 88
33. Wirsching, M. (1994). *Wokół raka. Pacjent, rodzina, opieka medyczna*. Gdańsk: GWP
34. Wrześniewski, K. (1993). *Styl życia a zdrowie. Wzór zachowania A*. Warszawa: Wyd. Instytutu Psychologii PAN
35. Wrześniewski, K. (2005a). *Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych*. [W:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. T. 3*. Gdańsk: GWP.
36. Wrześniewski, K. (2005b). *Medycyna psychosomatyczna i behawioralna*. [W:] J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki. T. 3*. Gdańsk: GWP.
37. Zakrzewska, T. (1989). *Psychospołeczne czynniki ryzyka zachorowania na raka*. *Przegląd Psychologiczny*, 4.
38. Ziemska, M. (red.) (1986). *Społeczne konsekwencje integracji i dezintegracji rodziny*. Warszawa: TWWP

Prof dr hab. Dorota Kubacka-Jasiecka
Instytut Psychologii Stosowanej, Uniwersytet Jagielloński
ul Józefa 19, Kraków