

Przywiązanie a strategie przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej w grupie kobiet z rakiem piersi

Beata Kozieńska

Zakład Psychologii Klinicznej i Psychoprofilaktyki, Instytut Psychologii, Uniwersytet Szczeciński

Psychoonkologia 2013, 1: 1–9

Adres do korespondencji:

dr n. med. Beata Kozieńska
Zakład Psychologii Klinicznej
i Psychoprofilaktyki
Instytut Psychologii
Uniwersytet Szczeciński
ul. Krakowska 69
71-017 Szczecin
tel. 91 444 32 40
tel. kom. 504 127 718
e-mail: beata.kozinska@op.pl

Streszczenie

Celem artykułu jest ukazanie znaczenia przywiązania oraz mechanizmu regulacji emocji i dyspozycyjnego optymizmu dla uruchamiania strategii przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej w grupie 128 kobiet z rakiem piersi. Wykorzystano kwestionariusze: Skala Związku, Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby, Skala Kontroli Emocjonalnej, Test Orientacji Życiowej. Ustalono, że wyższy poziom optymizmu dyspozycyjnego pozostaje w związku z niższą wartością preferencji strategii „zaabsorbowanie lękowe” i wyższymi wskaźnikami preferencji strategii „pozytywne przewartościowanie”. W przypadku osób z lękowo-unikającym typem przywiązania nasilona kontrola ekspresji emocjonalnej lęku nasila prawdopodobieństwo uruchomienia strategii „zaabsorbowanie lękowe”, natomiast obniżenie kontroli ekspresji depresji zwiększa szanse uruchomienia strategii „duch walki” i „pozytywne przewartościowanie”. Dla osób tych korzystne jest także wzmacnianie optymistycznych przekonań, co w efekcie umożliwia obniżanie stresu fizjologicznego. Zaabsorbowany typ przywiązania przy obniżonej kontroli ekspresji emocjonalnej zwiększa szanse uruchomienia strategii „zaabsorbowanie lękowe” i strategii „beznadziejność/bezradność”, a zmniejsza szanse uruchomienia strategii „pozytywne przewartościowanie”.

Abstract

The main objective of the research was to apply the attachment theory to establish the importance of psychological predictors like emotional control and dispositional optimism, of the mental adjustment to cancer, in a group of 128 women suffering from breast cancer. The following questionnaires were used: Relationship Questionnaire – RQ, Mental Adjustment to Cancer – MAC, Courtauld Emotional Control Scale, Life Orientation Test – LOT-R. Statistically, women with higher level of dispositional optimism, show lower level of strategy “anxious preoccupation” and higher level of strategy “positive reframing”. In a group of women with fearful attachment, the higher level of control of expression of anxious is, the more probably is activating of strategy “anxious preoccupation”, and the lower level of control of expression of depression is, the more probably is activating of strategies “fighting spirit” and “positive reframing”. It is positive to women fearful attached to strength positive beliefs, which in result make physiological stress lower. Preoccupied attachment with lower level of control of emotional expression makes more probably activating of strategy anxious preoccupation and helpless-hopeless and less probably activating of strategy “positive reframing”.

Słowa kluczowe: przywiązanie, kontrola emocji, optymizm dyspozycyjny, przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej, choroba nowotworowa piersi.

Key words: attachment theory, emotional control, dispositional optimism, mental adjustment to cancer, breast cancer.

Wstęp

Celem badania była empiryczna weryfikacja założenia, że przywiązanie różnicuje mechanizmy kognitywno-afektywne aktywizowane w obliczu sytuacji stresowych, takich jak choroba nowotworowa. Za mediatory z jednej strony istotne dla strategii przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej, a z drugiej pozostające pod wpływem typu przywiązania uznano optymizm dyspozycyjny i kontrolę ekspresji emocji.

Zgodnie z teorią przywiązania [1], typy przywiązania działają jako wewnętrzne struktury organizujące myśli, afekty i zachowania istotne dla opamiętania stresu. Struktury przywiązaniowe tworzą się poprzez generalizację sposobów regulacji emocji, uformowanych w procesie kształtowania więzi w relacji z dorosłym opiekunem [2]. Wzorce przywiązania wpływają na typ, zakres i intensywność emocji przeżywanych w obliczu stresu oraz determinują sposoby radzenia sobie ze stresem [3]. W ten sposób wyjaśnia się wielokrotnie weryfikowany empirycznie fakt, że osoby z odmiennymi typami przywiązania ujawniają różnice indywidualne w reakcjach na sytuacje zagrażające. Poznawcze modele poszczególnych typów przywiązania zawierają właściwe dla nich reguły przetwarzania, interpretowania i zniekształcania informacji kluczowych dla problemów więzi. Dodatkowo modele poznawcze obejmują reguły budowania obrazu „ja” i „inny”, a także świadome i nieświadome struktury wpływające na ekspresję emocji, zasady regulacji afektu i samoregulacji oraz mechanizmy obronne [4]. Osoby z ufnym typem przywiązania mają pozytywny, a zarazem realistyczny obraz „ja”, co sprzyja utrzymaniu równowagi emocjonalnej. W obliczu stresu jednostki te polegają na innych, ufając, że są kochane oraz warte troski i opieki [5]. W przypadku osób pozbawionych poczucia bezpieczeństwa (*insecure*) w relacji przywiązania nawykowe mechanizmy regulacji emocjonalnej w obliczu stresu zniekształcają obraz „ja”, który jako nierealny i nieadekwatny może dodatkowo nasilać dezadaptację emocjonalną do sytuacji stresowej [6]. Osoby ujawniające zaabsorbowany wzorzec przywiązania (*preoccupied*) aktywują pasywne, ruminacyjne, skoncentrowane na emocjach strategie radzenia sobie ze stresem [2, 7]. W efekcie jednostki te prezentują wysoki poziom dystresu i znaczny stopień dezadaptacji [8]. Brak wewnętrznych mechanizmów kontrolnych koniecznych do efektywnej regulacji emocji niesie ze sobą nieumiejętność zdystansowania się od przytłaczającego wewnętrznego cierpienia [9]. Z kolei wysokie wskaźniki unikania prowadzą do powstrzymywania ekspresji emocjonalnej, czemu towarzyszy wysoki poziom lęku autonomicznego wyrażany

przez wskaźniki fizjologiczne. Jednostki z lękowo-unikającym (*fearful*) typem przywiązania dewaluuują swoje potrzeby miłości i opieki i powstrzymują się od ekspresji emocjonalnej w obliczu stresu. W obawie przed odrzuceniem ze strony bliskich ujawniają skłonność do hamowania negatywnych uczuć i aktywowania strategii „kompulsywnego polegania na sobie” (*compulsive self-reliance*). Z kolei osoby z odrzucająco-unikającym wzorcem przywiązania (*dismissing*) w obliczu sytuacji stresowej są skłonne deprecjonować źródło zagrożenia oraz intensyfikować dążenia do uzyskania autonomii i polegania na sobie. Obronnie wytworzony wyidealizowany obraz „ja” sprzyja zaprzeczaniu zagrożeniu i hamowaniu negatywnych uczuć, co pozwala na utrzymanie pozornej równowagi.

W przypadku pacjentów z rozpoznaniem choroby nowotworowej ocena skuteczności poszczególnych form zmagania się ze stresem wymaga szczególnej uwagi. W sytuacji braku możliwości wywierania faktycznego, rzeczywistego wpływu na przebieg sytuacji, w której uczestniczy chory, uzasadnione jest stosowanie strategii ukierunkowanych na obniżenie napięcia i lęku, a zwiększenie nadziei. Oznaczałoby to, że najefektywniej radzą sobie z chorobą nowotworową te osoby, które aktywnie z nią walczą, stosują strategię definiowania na nowo sensu i znaczenia choroby oraz wykorzystują zastępcze formy zaspokajania potrzeb. Nieefektywne są natomiast strategie odwołujące się do nadmiernej koncentracji na doświadczeniach chorobowych, analizie choroby i strategii zorientowane na emocje. Steven Greer i wsp. [10–14], pracując z pacjentkami z nowotworem piersi, wyróżnili następujące strategie przystosowania psychicznego do choroby:

- 1) zaabsorbowanie lękowe (*anxious preoccupation*) – świadczy o niepokoju spowodowanym chorobą, która jest spostrzegana przede wszystkim w kategoriach zdarzenia niekontrolowanego, zagrażającego, wywołującego lęk, co w konsekwencji powoduje, że każda zmiana interpretowana jest jako sygnał pogorszenia stanu zdrowia lub wznowy;
- 2) duch walki (*fighting spirit*) – oznacza postawę aktywnego działania i spostrzegania choroby jako osobistego wyzwania. Chore oczekują prawa decyzji i wyboru w sprawach dotyczących leczenia, często poszukują tzw. terapii komplementarnej, w której mogą aktywnie uczestniczyć, np. stosują nową dietę, rozpoczynają cykl ćwiczeń fizycznych czy uczestniczą w programach pomocy psychologicznej. Pacjentki podejmują decyzję o życiu w sposób możliwie pełny, wyznaczając sobie konkretne cele. W obrębie tej strategii mieszczą się również działania polegające na unikaniu poznawczym (*cognitive avoidance*), wcześniej nazywane zaprzeczaniem (*denial*). Przyjmu-

je się, że świadome odsuwanie od siebie myśli o chorobie i odwracanie swojej uwagi od konsekwencji procesu chorobowego jest aktywną formą walki;

- 3) bezradność/beznadziejność (*helpless-hopeless*) – osoby doświadczają silnego poczucia bezsilności, zagubienia i w rezultacie ujawniają tendencję do pasywnego poddawania się chorobie. Czują się przytłoczone przez chorobę i proces leczenia oraz podejmują niewielki wysiłek w kierunku przystosowania do choroby. Mogą przedwcześnie wycofywać się z życia zawodowego i izolować od ludzi, nawet jeśli choroba i leczenie bezpośrednio tego nie wymagają;
- 4) pozytywne przewartościowanie, wcześniej nazywane fatalizmem czy stoicką akceptacją – oznacza taką reorganizację obrazu swojej choroby, aby przy całkowitym uznaniu jej powagi zaakcentować nadzieję i satysfakcję z przeżytego życia oraz docenić jego wartość.

Material i metody

Badaniami objęto 128 kobiet z rakiem piersi. Dobór osób do grupy badanej miał charakter celowy, z uwzględnieniem następujących kryteriów:

- a) nowotwór piersi – rozpoznanie raka piersi potwierdzone badaniem histopatologicznym po mastektomii. Obecnie bez hospitalizacji i leczenia (chemio- lub radioterapią). W trakcie rehabilitacji. Bez wznowy. Czas od rozpoznania choroby – od 1 do 5 lat;
- b) wiek 20 do 70 lat;
- c) brak wcześniejszej diagnozy złośliwej choroby nowotworowej;
- d) chęć współpracy;
- e) świadoma zgoda na uczestniczenie w badaniu.

Do wyznaczenia typu przywiązania wykorzystano Skalę Związku przetłumaczoną na język polski w trakcie badań własnych [15]. Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby (*Mental Adjustment to Cancer* – MAC) została skonstruowana przez zespół pod kierunkiem Watson, a następnie zredu-

kowana i zaadaptowana przez Juczyńskiego do warunków polskich. Skala Kontroli Emocjonalnej (*Courtauld Emotional Control Scale*) autorstwa Watson i Greera, w polskiej adaptacji Juczyńskiego, jest narzędziem samoopisu, służącym do pomiaru subiektywnej kontroli gniewu, lęku i depresji w sytuacjach trudnych. Do pomiaru optymizmu dyspozycyjnego wykorzystano Test Orientacji Życiowej (*Life Orientation Test* – LOT-R) Scheiera, Carvera, Bridgesa w adaptacji Juczyńskiego i Poprawy [14].

Wykorzystano następujące metody statystyczne:

- 1) test χ^2 ;
- 2) test *U* Manna-Whitneya (Wilcoxon);
- 3) do oceny współzależności:
 - współczynnik korelacji liniowej Pearsona (dla $N > 25$),
 - współczynnik korelacji rang (kolejności) Spearmana;
- 4) analizę regresji wielokrotnej;
- 5) do porównania więcej niż 2 grup między sobą co do poziomu zmiennej zależnej:
 - test Kruskala-Wallisa,
 - test Steel-Dwass.

Wyniki

Typ przywiązania a strategie przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej

W grupie badanej stwierdzono występowanie istotnego statystycznie związku pomiędzy typem przywiązania a preferowaniem poszczególnych strategii przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej.

Występuje istotna statystycznie różnica w poziomie wskaźnika preferencji strategii „zaabsorbowanie lękowe”, strategii „duch walki” i strategii „pozytywne przewartościowanie” u osób z różnym typem przywiązania (tab. 1.).

Najwyższe wskaźniki preferencji strategii „zaabsorbowanie lękowe” prezentują osoby z zaabsorbowanym typem więzi. Występuje istotna statystycznie różnica w preferencji strategii „zaabsorbowanie

Tabela 1. Poziom wielkości wskaźników strategii przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej u osób o różnym typie przywiązania

Table 1. Level of index of mental adjustment to cancer for various attachment

	Ufny		Lękowo-unikający		Zaabsorbowany		Odrzucająco-unikający		<i>H</i> Kruskal-Wallis	<i>p</i>
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Zaabsorbowanie lękowe	14,8	4,50	13,49	3,29	21,74	4,41	15,11	5,44	61,54	0,001***
Duch walki	24,1	3,59	21,85	1,75	20,68	4,00	22,88	2,88	18,74	0,001***
Bezradność/beznadziejność	12,15	3,74	13,77	2,94	14,28	4,58	13,11	4,72	5,02	0,170
Pozytywne przewartościowanie	23,2	3,01	17,45	2,33	23,02	2,70	21,66	2,35	73,92	0,001***

Tabela 2. Analiza kontrastów w zakresie poziomu wielkości wskaźnika „zaabsorbowanie lękowe” u osób o różnym typie przywiązania**Table 2.** Analysis of contrasts in level of index “anxious preoccupation” for various attachment

	Ufny		Lękowo-unikający		Zaabsorbowany		Odrzucająco-unikający		Steel-Dwass	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Zaabsorbowanie lękowe	14,8	4,50	13,49	3,29					1,06	0,690
	14,8	4,50			21,74	4,41			-4,75	0,001***
	14,8	4,50					15,11	5,44	-0,11	0,999
			13,49	3,29	21,74	4,41			-7,48	0,001***
			13,49	3,29			15,11	5,44	-1,11	0,663
					21,74	4,41	15,11	5,44	4,11	0,001***

Tabela 3. Analiza kontrastów w zakresie poziomu wielkości wskaźnika „duch walki” u osób o różnym typie przywiązania**Table 3.** Analysis of contrasts in level of index “fighting spirit” for various attachment

	Ufny		Lękowo-unikający		Zaabsorbowany		Odrzucająco-unikający		Steel-Dwass	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Duch walki	24,1	3,59	21,85	1,75					3,11	0,009**
	24,1	3,59			20,68	4,00			2,93	0,015*
	24,1	3,59					22,88	2,88	1,42	0,461
			21,85	1,75	20,68	4,00			3,01	0,012*
			21,85	1,75			22,88	2,88	-1,07	0,684
					20,68	4,00	22,88	2,88	-2,44	0,062

Tabela 4. Analiza kontrastów w zakresie poziomu wielkości wskaźnika „pozytywne przewartościowanie” u osób o różnym typie przywiązania**Table 4.** Analysis of contrasts in level of index “positive appraisal” for various attachment

	Ufny		Lękowo-unikający		Zaabsorbowany		Odrzucająco-unikający		Steel-Dwass	p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD		
Pozytywne przewartościowanie	23,2	3,01	17,45	2,33					5,54	0,001***
	23,2	3,01			23,02	2,70			0,24	0,994
	23,2	3,01					21,66	2,35	1,91	0,205
			17,45	2,33	23,02	2,70			-7,55	0,001***
			17,45	2,33			21,66	2,35	-5,06	0,001***
					23,02	2,70	21,66	2,35	2,12	0,133

lękowe” między osobami z zaabsorbowanym typem przywiązania a osobami z innymi typami więzi: ufnym, lękowo-unikającym i odrzucająco-unikającym (tab. 2.).

Najwyższe wskaźniki preferencji strategii „duch walki” prezentują osoby z ufnym typem więzi. Występuje istotna statystycznie różnica w preferencji strategii „duch walki” między osobami z ufnym typem przywiązania a osobami z typem przywiązania lękowo-unikającym i z typem zaabsorbowanym (tab. 3.). Najwyższe wskaźniki preferencji strategii „pozytywne przewartościowanie” prezentują osoby z zaabsorbowanym i z ufnym typem więzi. Naj-

niższe wskaźniki preferencji strategii „pozytywne przewartościowanie” prezentują osoby z typem przywiązania lękowo-unikającym (tab. 4.).

Obliczono współczynniki korelacji między typem przywiązania a stopniem preferencji poszczególnych strategii przystosowana psychicznego do choroby nowotworowej (tab. 5.).

Istnieje ujemna korelacja pomiędzy gotowością do uruchamiania strategii „zaabsorbowanie lękowe” a typem przywiązania ufnym ($r = -0,17$ przy $p < 0,031$), lękowo-unikającym typem więzi ($r = -0,56$ przy $p < 0,001$) i odrzucająco-unikającym wzorcem przywiązania ($r = -0,20$ przy $p < 0,015$) oraz dodat-

nia korelacja pomiędzy gotowością do uruchamiania strategii „zaabsorbowanie lękowe” a typem przywiązania zaabsorbowanym ($r = 0,61$ przy $p < 0,001$). Ufny typ przywiązania w sposób istotny statystycznie jest związany (korelacja dodatnia) ze strategią „duch walki” ($r = 0,31$ przy $p < 0,001$), podczas gdy dla typu lękowo-unikającego zależność ta przebiega zaledwie na poziomie trendu ($r = 0,15$ przy $p < 0,065$). Dla osób z zaabsorbowanym typem przywiązania stwierdzono istotny statystycznie związek z preferencją strategii „duch walki” w postaci ujemnej korelacji ($r = -0,27$ przy $p < 0,001$). W odniesieniu do strategii „beznadzieść/beznadziejność” stwierdzono występowanie istotnego statystycznie związku z ufnym typem więzi ($r = -0,19$ przy $p < 0,022$). Wykazano, że występuje istotny statystycznie związek w postaci dodatniej korelacji pomiędzy stopniem preferencji strategii „pozytywne przewartościowanie” a ufnym typem przywiązania ($r = 0,29$ przy $p < 0,001$) i zaabsorbowanym wzorcem więzi ($r = 0,57$ przy $p < 0,001$) oraz istotny statystycznie związek w postaci korelacji ujemnej pomiędzy stopniem preferencji strategii „pozytywne przewartościowanie” a lękowo-unikającym typem przywiązania ($r = -0,57$ przy $p < 0,001$) i odrzucająco-unikającym modelem więzi ($r = -0,15$ przy $p < 0,066$).

Optymizm dyspozycyjny a strategie przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej

W tabeli 6. przedstawione są współczynniki korelacji stopnia preferencji strategii przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej i poziomu

wskaźników optymizmu dyspozycyjnego. W grupie badanej stwierdzono, że im wyższy był wskaźnik optymizmu dyspozycyjnego, tym niższa wartość preferencji strategii „zaabsorbowanie lękowe” (współczynnik Pearsona $r = -0,18$ przy $p < 0,026$ i współczynnik Spearmana $r = -0,23$ przy $p < 0,004$) i tym wyższy wskaźnik preferencji strategii „pozytywne przewartościowanie” (współczynnik Pearsona $r = 0,54$ przy $p < 0,001$ i współczynnik Spearmana $r = 0,56$ przy $p < 0,001$).

Kontrola ekspresji emocji a strategie przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej

Stwierdzono istotny statystycznie związek pomiędzy poziomem kontroli ekspresji emocjonalnej a stopniem preferencji strategii przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej (tab. 7.). Kontrola ekspresji gniewu koreluje dodatnio z preferencją strategii „duch walki” (współczynnik Pearsona $r = 0,20$ przy $p < 0,012$ i współczynnik Spearmana $r = 0,22$ przy $p < 0,006$) i preferencją strategii „beznadzieść/beznadziejność” (współczynnik Pearsona $r = 0,27$ przy $p < 0,001$ i współczynnik Spearmana $r = 0,27$ przy $p < 0,001$) i koreluje ujemnie z preferencją strategii „zaabsorbowanie lękowe” (współczynnik Pearsona $r = -0,33$ przy $p < 0,001$ i współczynnik Spearmana $r = -0,34$ przy $p < 0,001$) i z preferencją strategii „pozytywne przewartościowanie” (współczynnik Pearsona $r = -0,61$ przy $p < 0,001$ i współczynnik Spearmana $r = -0,59$ przy $p < 0,001$). Kontrola ekspresji depresji koreluje dodatnio z preferencją strategii „duch walki” (współ-

Tabela 5. Współczynniki korelacji Rho-Spearmana między typem przywiązania i stopniem preferencji poszczególnych strategii przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej

Table 5. Coefficients of correlations between attachment and index of mental adjustment to cancer

	Ufny		Lękowo-unikający		Zaabsorbowany		Odrzucająco-unikający	
	<i>rho</i>	<i>p</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>
Zaabsorbowanie lękowe	-0,17	0,031*	-0,56	0,001***	0,61	0,001***	-0,20	0,015*
Duch walki	0,31	0,001***	0,15	0,065	-0,27	0,001**	0,13	0,115
Beznadzieść/beznadziejność	-0,19	0,022*	0,09	0,236	-0,08	0,296	-0,02	0,797
Pozytywne przewartościowanie	0,29	0,001***	-0,57	0,001***	0,57	0,001***	-0,15	0,066

Tabela 6. Współczynniki korelacji stopnia preferencji strategii przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej i poziomu wskaźników optymizmu dyspozycyjnego

Table 6. Coefficients of correlations between index of mental adjustment to cancer and index of dispositional optimism

	Zaabsorbowanie lękowe				Duch walki				Beznadzieść/beznadziejność				Pozytywne przewartościowanie			
	Pearson		Spearman		Pearson		Spearman		Pearson		Spearman		Pearson		Spearman	
	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>
Optymizm dyspozycyjny	-0,18	0,027*	-0,23	0,004**	0,16	0,149	0,12	0,126	-0,11	0,178	-0,11	0,162	0,54	0,001***	0,56	0,001***

Tabela 7. Współczynniki korelacji stopnia preferencji strategii przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej i poziomu wskaźników kontroli emocji**Table 7.** Coefficients of correlations between index of mental adjustment to cancer and index of emotional control

	Zaabsorbowanie lękowe				Duch walki				Bezradność/ beznadziejność				Pozytywne przewartościowanie			
	Pearson		Spearman		Pearson		Spearman		Pearson		Spearman		Pearson		Spearman	
	r	p	rho	p	r	p	rho	p	r	p	rho	p	r	p	rho	p
Kontrola gniewu	-0,33	0,001***	-0,34	0,001***	0,20	0,012*	0,22	0,006**	0,27	0,001***	0,27	0,001***	-0,61	0,001***	-0,59	0,001***
Kontrola depresji	-0,30	0,001***	-0,32	0,001***	0,21	0,010*	0,21	0,011*	0,20	0,012*	0,22	0,005**	-0,56	0,001***	-0,60	0,001***
Kontrola lęku	-0,26	0,001**	-0,29	0,001***	0,30	0,001***	0,31	0,001***	0,30	0,001***	0,30	0,001***	-0,50	0,001***	-0,51	0,001***

Tabela 8. Wyniki analizy regresji krokowej wstecznej dla zmiennej zależnej „zaabsorbowanie lękowe” dla osób o różnym typie przywiązania**Table 8.** Results of stepwise regression of “anxious preoccupation” for various attachment

Typ przywiązania		β	R^2	R^2_{popr}	p
Ufny	–	–	–	–	–
Lękowo-unikający	Kontrola lęku	-0,55	30,61	29,34	0,001***
Zaabsorbowany	Optymizm dyspozycyjny	-0,33	21,08	17,72	0,003**
	Kontrola lęku	-0,38			
Odrzucająco-unikający	–	–	–	–	–

czynnik Pearsona $r = 0,21$ przy $p < 0,010$ i współczynnik Spearmana $r = 0,21$ przy $p < 0,001$) i preferencją strategii „bezradność/beznadziejność” (współczynnik Pearsona $r = 0,20$ przy $p < 0,0012$ i współczynnik Spearmana $r = 0,22$ przy $p < 0,005$), a koreluje ujemnie z preferencją strategii „zaabsorbowanie lękowe” (współczynnik Pearsona $r = -0,30$ przy $p < 0,001$ i współczynnik Spearmana $r = -0,32$ przy $p < 0,001$) i z preferencją strategii „pozytywne przewartościowanie” (współczynnik Pearsona $r = -0,56$ przy $p < 0,001$ i współczynnik Spearmana $r = -0,60$ przy $p < 0,001$). Kontrola ekspresji lęku koreluje dodatnio z preferencją strategii „duch walki” (współczynnik Pearsona $r = 0,30$ przy $p < 0,010$ i współczynnik Spearmana $r = 0,31$ przy $p < 0,001$) i preferencją strategii „bezradność/beznadziejność” (współczynnik Pearsona $r = 0,30$ przy $p < 0,0001$ i współczynnik Spearmana $r = 0,30$ przy $p < 0,001$), a koreluje ujemnie z preferencją strategii „zaabsorbowanie lękowe” (współczynnik Pearsona $r = -0,26$ przy $p < 0,001$ i współczynnik Spearmana $r = -0,29$ przy $p < 0,001$) i z preferencją strategii „pozytywne przewartościowanie” (współczynnik Pearsona $r = -0,50$ przy $p < 0,001$ i współczynnik Spearmana $r = -0,51$ przy $p < 0,001$). Podsumowując – im wyższy wskaźnik kontroli ekspresji emocjonalnej, tym wyższe wskaźniki preferencji strategii „duch walki” i „bezradność/beznadziejność” oraz tym niższe wartości osiągają dymensje strategii „zaabsorbowanie lękowe” i „pozytywne przewartościowanie”.

Wśród osób z lękowo-unikającym typem więzi występuje istotny statystycznie związek pomiędzy zmienną zależną „zaabsorbowanie lękowe” a zmienną niezależną „kontrola ekspresji lęku” ($\beta = -0,55$ przy $p < 0,001$) (wartość poprawionego współczynnika determinacji wynosi 29,34). Im wyższą wartość osiąga zmienna „kontrola ekspresji lęku” u osób z lękowo-unikającym typem więzi, tym niższe wartości w predykcji przyjmuje zmienna zależna „zaabsorbowanie lękowe”. Wśród osób z zaabsorbowanym typem więzi występuje istotny statystycznie związek pomiędzy zmienną zależną „zaabsorbowanie lękowe” a zmiennymi niezależnymi „optymizm dyspozycyjny” ($\beta = -0,33$) i „kontrola ekspresji lęku” ($\beta = -0,38$ przy $p < 0,003$) (wartość poprawionego współczynnika determinacji wynosi 17,72). Im wyższą wartość osiągają zmienne „kontrola ekspresji lęku” i „optymizm dyspozycyjny”, tym niższą wartość wśród osób z zaabsorbowanym typem więzi przypuszczalnie przyjmie analizowana zmienna zależna („zaabsorbowanie lękowe”) (tab. 8.).

Wśród osób z lękowo-unikającym typem przywiązania występuje istotny statystycznie związek pomiędzy zmienną zależną „duch walki” a zmienną niezależną „kontrola ekspresji depresji” ($\beta = -0,28$ przy $p < 0,034$). Im wyższe wartości osiąga zmienna „kontrola ekspresji depresji”, tym w predykcji niższe wartości przyjmuje zmienna zależna (strategia „duch walki”). Wśród osób z zaabsorbowanym typem przy-

wiązania występuje istotny statystycznie związek pomiędzy zmienną zależną „duch walki” a zmiennymi niezależnymi „kontrola ekspresji depresji” ($\beta = 0,27$) i „ optymizm dyspozycyjny” ($\beta = 0,58$ przy $p < 0,001$) (wartość poprawionego współczynnika determinacji wynosi 44,12). Zmienne te osiągnęły dodatni wskaźnik β : im wyższe przyjmują wartości, tym wyższą wartość w predykcji przyjmie zależna „duch walki”. Wyższą wartość bezwzględną ma „kontrola ekspresji depresji”, co oznacza, że modyfikacja tej zmiennej w największym stopniu wpływa na wartość zmiennej zależnej (strategia „duch walki”) (tab. 9).

Wśród osób z zaabsorbowanym typem więzi występuje istotny statystycznie związek pomiędzy zmienną zależną „beznadzieja/beznadziejność” a zmiennymi niezależnymi „kontrola ekspresji lęku” ($\beta = -0,42$) i „kontrola ekspresji gniewu” ($\beta = -0,34$ przy $p < 0,001$) (wartość poprawionego współczynnika determinacji wynosi 48,50). Im wyższe wartości osiągają te zmienne niezależne, tym w predykcji niższą wartość w grupie osób z zaabsorbo-

wanym typem więzi przyjmuje zmienna zależna „beznadzieja/beznadziejność” (tab. 10).

Stwierdzono, że w grupie badanej wśród osób z lękowo-unikającym typem przywiązania występuje istotny statystycznie związek pomiędzy zmienną zależną „pozytywne przewartościowanie” a zmiennymi niezależnymi „kontrola ekspresji depresji” ($\beta = 0,48$) oraz „ optymizm dyspozycyjny” ($\beta = -0,27$ przy $p < 0,001$), przy wartości poprawionego współczynnika determinacji wynoszącej 45,12. Dodatni wskaźnik β osiągnęła zmienna „ optymizm dyspozycyjny”, natomiast ujemny wskaźnik β ujawniła zmienna „kontrola ekspresji depresji”. Wyższą wartość bezwzględną ma „ optymizm dyspozycyjny”, co oznacza, że modyfikacja tej zmiennej niezależnej w największym stopniu wpływa na wartość zmiennej zależnej (strategia „pozytywne przewartościowanie”) w grupie osób z lękowo-unikającym typem przywiązania. Wśród osób z zaabsorbowanym typem przywiązania występuje istotny statystycznie związek pomiędzy zmienną zależną „pozytywne przewartościowanie” a zmienną niez-

Tabela 9. Wyniki analizy regresji krokowej wstecznej dla zmiennej zależnej „duch walki” dla osób o różnym typie przywiązania
Table 9. Results of stepwise regression of “fighting spirit” for various attachment

Typ przywiązania		β	R^2	R^2_{popr}	p
Ufny	–	–	–	–	–
Lękowo-unikający	Kontrola depresji	-0,28	7,89	6,22	0,034*
Zaabsorbowany	Optymizm dyspozycyjny	0,27	46,40	44,12	0,001***
	Kontrola depresji	0,58			
Odrzucająco-unikający	–	–	–	–	–

Tabela 10. Wyniki analizy regresji krokowej wstecznej dla zmiennej zależnej „beznadzieja/beznadziejność” dla osób o różnym typie przywiązania

Table 10. Results of stepwise regression of “helpless-hopeless” for various attachment

Typ przywiązania		β	R^2	R^2_{popr}	p
Ufny	–	–	–	–	–
Lękowo-unikający	–	–	–	–	–
Zaabsorbowany	Kontrola gniewu	-0,42	50,60	48,50	0,001***
	Kontrola lęku	-0,34			
Odrzucająco-unikający	–	–	–	–	–

Tabela 11. Wyniki analizy regresji krokowej wstecznej dla zmiennej zależnej „pozytywne przewartościowanie” dla osób o różnym typie przywiązania

Table 11. Results of stepwise regression of “positive appraisal” for various attachment

Typ przywiązania		β	R^2	R^2_{popr}	p
Ufny	–	–	–	–	–
Lękowo-unikający	Optymizm dyspozycyjny	0,48	47,08	45,12	0,001***
Zaabsorbowany	Kontrola depresji	-0,27			
		Kontrola gniewu	0,42	18,43	16,73
Odrzucająco-unikający	–	–	–	–	–

leżną „kontrola ekspresji gniewu” ($\beta = 0,42$ przy $p < 0,001$). Zmienna „kontrola ekspresji gniewu” osiągnęła w grupie osób z zaabsorbowanym typem więzi dodatni wskaźnik β – im wyższe wartości osiąga zmienna „kontrola ekspresji gniewu”, tym w predykcji niższe wartości przyjmuje zmienna zależna „pozytywne przewartościowanie” (tab. 11.).

Dyskusja

Ustalono, że w grupie badanej istnieje istotny statystycznie związek pomiędzy typami przywiązania a aktywowanymi strategiami przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej. Ufny typ przywiązania nasila tendencję do uruchamiania konstruktywnych strategii „duch walki” i „pozytywne przewartościowanie”, a obniża skłonność do aktywowania strategii destruktywnych, takich jak „zaabsorbowanie lękowe” i „beznadziejność”. Zaabsorbowany wzorec więzi sprzyja uruchamianiu strategii „zaabsorbowanie lękowe” i „pozytywne przewartościowanie”, a jednocześnie obniża prawdopodobieństwo wystąpienia strategii „duch walki”. Stwierdzono, że wyższe wartości lękowo-unikającego i odrzucająco-unikającego typu przywiązania pozostają w związku z niższą gotowością do uruchamiania strategii „zaabsorbowanie lękowe” i „pozytywne przewartościowanie”.

Nasilona kontrola ekspresji emocjonalnej lęku u osób z lękowo-unikającym typem przywiązania zwiększa prawdopodobieństwo uruchomienia strategii „zaabsorbowanie lękowe”. Z kolei obniżenie kontroli ekspresji depresji w grupie kobiet z rakiem piersi z lękowo-unikającym typem przywiązania zwiększa szanse uruchomienia strategii „duch walki” i „pozytywne przewartościowanie”. Zaabsorbowany typ przywiązania przy obniżonej kontroli ekspresji emocjonalnej zwiększa szanse uruchomienia strategii „zaabsorbowanie lękowe” i strategii „beznadziejność”, a zmniejsza szanse uruchomienia strategii „pozytywne przewartościowanie”.

Stwierdzono, że optymizm dyspozycyjny pozostaje w istotnym statystycznie związku z typem przywiązania u osób badanych. Ufny i zaabsorbowany typ przywiązania sprzyjają wyższym wskaźnikom optymizmu dyspozycyjnego. Wyniki takie są zgodne z założeniami teoretycznymi odnośnie do kształtowania się optymizmu w kontekście relacji przywiązania. Zgodnie z teorią Bartholomew [16] typ ufny i typ zaabsorbowany charakteryzują się pozytywnym obrazem „inny”. Pozytywne oczekiwania wobec ludzi z otoczenia i najbliższych znaczących osób sprzyjają lepszemu funkcjonowaniu. O ile jednak w przypadku osób z ufny typem przywiązania można oczekiwać realności w spostrzeganiu siebie i innych, o tyle wśród osób z ty-

pem przywiązania zaabsorbowanym przypuszczalnie będziemy mieć do czynienia z tzw. hiperoptymizmem i nierealnym spostrzeganiem rzeczywistości. Juczyński [14] wyróżnia optymizm funkcjonalny i obronny. Optymizm funkcjonalny jest zgodny z realnymi zasobami, do jakich jednostka ma dostęp w zmaganiu z trudną sytuacją życiową. Optymizm obronny z kolei charakteryzuje się nierealistycznym nastawieniem, bez uwzględniania znaczenia kontekstu sytuacyjnego. Z medycznego punktu widzenia przebieg choroby nowotworowej jest często nieprzewidywalny, co oznacza, że zastosowane metody terapii mogą przynieść zarówno pożądane wyleczenie i wyzdrowienie, jak i niepomyślny przebieg i śmierć. W takim znaczeniu choroby nowotworowe można potraktować jako sytuacje niekontrolowalne [17] i wymagające (zwłaszcza na wczesnych etapach) raczej podporządkowania i oddania kontroli lekarzom. Co więcej, choroba ta ma charakter niemodyfikowalny, nie można cofnąć jej skutków, np. utraty piersi. Jak jednak pokazują dane, również „nierealistyczny optymizm” może w przypadku np. choroby nowotworowej nieść ze sobą pozytywne konsekwencje. Potwierdza to teoria adaptacji poznawczej Taylor [18, 19], która dowodzi na podstawie badań kobiet z nowotworem gruczołu piersiowego, że ukierunkowany wysiłek poznawczy, polegający na odpowiedniej „obróbce poznawczej” zdarzenia, zmierzający do uzyskania przekonania o osobistej kontroli oraz o możliwościach lekarzy w zakresie kontrolowania procesu chorobowego, umożliwiał konfrontację z niepomyślnym losem, a u części badanych pozwalał nawet na lepsze funkcjonowanie w takich wymiarach psychologicznego funkcjonowania, jak samopoczucie emocjonalne i stopień satysfakcji życiowej, niż w czasie przed chorobą. Z uzyskanych danych wynika, że im wyższy jest wskaźnik optymizmu dyspozycyjnego, tym niższa wartość preferencji strategii „zaabsorbowanie lękowe” i tym wyższy wskaźnik preferencji strategii „pozytywne przewartościowanie”.

Na podstawie uzyskanych wyników możliwe jest sformułowanie praktycznych wskazówek do pracy psychologicznej, ze szczególnym uwzględnieniem zróżnicowania form oddziaływania psychologicznego wobec pacjentek z chorobą nowotworową ze względu na charakteryzujący je typ przywiązania. Implikacje dla opieki medycznej i psychologicznej skierowanej do pacjentek z lękowo-unikającym typem przywiązania zawierają wskazania do podjęcia takich działań, jak: nazywanie emocji i ich regulacja, nabywanie umiejętności samouspokajania, praca nad przetwarzaniem informacji (rozpoznawanie zniekształceń poznawczych, np. nieodczytywanie dobrych sygnałów i informacji otrzymywanych od osób z otoczenia). Pośred-

nim celem oddziaływań psychologicznych w przypadku osób z lękowo-unikającym typem więzi było poszukiwanie i uzyskiwanie wsparcia od innych. W relacji terapeutycznej z pacjentkami z zaabsorbowanym typem więzi korzystna jest natomiast praca nad rozwojem funkcji refleksyjnego spostrzeżenia własnego doświadczenia emocjonalnego i oddziaływanie bardziej racjonalne – koncentracja na aktualnych wydarzeniach, zwiększanie dystansu emocjonalnego poprzez podkreślanie znaczenia kontekstu, położenie nacisku na zrozumienie swoich reakcji. Szczególnie istotna jest tu przejrzysta struktura pomocy psychologicznej z jasno doprecyzowanymi celami i zasadami regulującymi proces pomagania.

Wnioski

1. Im wyższy poziom optymizmu dyspozycyjnego, tym niższa wartość preferencji strategii „zaabsorbowanie lękowe” i tym wyższy wskaźnik preferencji strategii „pozytywne przewartościowanie”.
2. U osób z lękowo-unikającym typem przywiązania nasilona kontrola ekspresji emocjonalnej lęku zwiększa prawdopodobieństwo uruchomienia strategii „zaabsorbowanie lękowe”, natomiast obniżenie kontroli ekspresji depresji zwiększa szanse uruchomienia strategii „duch walki” i „pozytywne przewartościowanie”. Dla osób tych korzystne jest także wzmacnianie optymistycznych przekonań, co w efekcie umożliwia obniżenie stresu fizjologicznego.
3. Zaabsorbowany typ przywiązania przy obniżonej kontroli ekspresji emocjonalnej większe szanse uruchomienia strategii „zaabsorbowanie lękowe” i strategii „bezradność/beznadziejność”, a zmniejsza szanse uruchomienia strategii „pozytywne przewartościowanie”.

Piśmiennictwo

1. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 2: Separation, anxiety and anger. Basic Books, New York 1973.
2. Mikulincer M, Florian V, Weller A. Attachment styles, coping strategies and posttraumatic psychological distress: the impact of the Gulf War in Israel. *J Pers Soc Psychol* 1993; 64: 817-826.
3. Mikulincer M, Florian V, Tolmacz R. Attachment styles and fear of personal death: a case study of affect regulation. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58: 273-280.
4. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. Basic Books, New York 1969.
5. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol* 1987; 52: 511-524.
6. Mikulincer M. Attachment working models and the sense of trust: an exploration of interaction goals and affect regulation. *J Pers Soc Psychol* 1998; 74: 1209-1224.
7. Shaver PR, Hazan C. Adult romantic attachment: theory and evidence W: *Advances in personal relationships*. Tom 4. JAI, Greenwich 1993; 29-70.

8. Manne S, Glassman M, Du Hamel K. Intrusion, avoidance and psychological distress among individuals with cancer. *Psychosom Med* 2001; 63: 658-667.
9. Mikulincer M. Adult attachment style and information processing: individual differences in curiosity and cognitive closure. *J Pers Soc Psychol* 1997; 72: 1217-1230.
10. Majkovicz M, Trzebiatowska I, Zwaliński M, de Walden-Gatuszko K, Emerich J. Strategie przystosowania się do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia* 1997; 1: 19-22.
11. Watson M, Pettingale K, Greer S. Emotional control and automatic arousal in breast cancer patients. *J Psychosom Res* 1984; 28: 467-474.
12. Pettingale K, Watson M, Greer S. The validity of emotional control as a trait in breast cancer patients. *J Psychosoc Oncol* 1985; 2: 21-30.
13. Greer S. Fighting spirit. *Adv Mind Body Med* 2000; 16: 157-158.
14. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
15. Kozłowska B, Tyszkiewicz M. Kwestionariusz Relacji (Relationship Questionnaire – RQ) – badanie zgodności odpowiedzi i zgodności typów. W: Gazińska M (red.). *Interdyscyplinarne wykorzystanie metod ilościowych*. Wydawnictwo Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin 2006; 149-161.
16. Bartholomew K. Assessment of individual differences in adult attachment. *Psychological Inquiry* 1994; 5: 23-67.
17. Heszen-Niejodek I. Rola psychologa w diagnostyce i leczeniu chorób somatycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1990.
18. Taylor SE. Adjustment to threatening events: a theory of cognitive adaptation. *Am Psychol* 1983; 38: 1161-1173.
19. Sędek G. Jak ludzie radzą sobie z sytuacjami, na które nie ma rady? W: Kofta M, Szustrowa T (red.). *Złudzenia, które pozwalają żyć*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001; 226-248.