

# Związek stylu przywiązania z poziomem emocji negatywnych u osób chorych onkologicznie

*Relationship between attachment style and level of negative emotions in patients with cancer disease*

Iwona Wasilewko, Mikołaj Majkowicz, Agata Zdun-Ryżewska

Zakład Badań nad Jakością Życia, Katedra Psychologii, Wydział Nauk o Zdrowiu z OP i IMMiT,  
Gdański Uniwersytet Medyczny

*Psychoonkologia* 2014, 1: 8–16

## Adres do korespondencji:

Iwona Wasilewko  
Zakład Badań nad Jakością Życia  
Gdański Uniwersytet Medyczny  
ul. Tuwima 15, 80-210 Gdańsk  
e-mail: iwonawa@gumed.edu.pl

## Streszczenie

**Wstęp:** Choroba nowotworowa i jej leczenie wywołują u pacjentów negatywne emocje i zachowania nieadaptacyjne. Wyniki badań nad więzią u ludzi dorosłych pozwalają sądzić, że proces przystosowania do choroby może być warunkowany jakością wczesnodziecięcych doświadczeń z pierwotnym opiekunem. Celem badania było ustalenie związków pomiędzy stylem przywiązania osoby chorej a poziomem przeżywanego przez nią lęku, depresji i agresji.

**Materiał i metody:** Grupę badaną stanowiło 246 osób chorych onkologicznie: 176 kobiet w wieku 26–87 lat i 70 mężczyzn w wieku 28–84 lat; średnia wieku dla kobiet wynosiła 56,5 roku (SD = 11,7), a dla mężczyzn 59 lat (SD = 12,8). W badaniu zastosowano następujące metody: *Kwestionariusz bliskiego związku (Relationships Questionnaire – RQ)* oraz *Szpitalną skalę lęku, depresji i agresji (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS-M)*.

**Wyniki:** Uzyskano istotne statystycznie korelacje pomiędzy stylem przywiązania a poziomem lęku, depresji i agresji. Bezpieczny styl przywiązania współwystępuje z niskim poziomem emocji negatywnych. Dwa spośród pozabezpiecznych stylów: lękowo-unikający i zaabsorbowany, wiążą się z wysokim poziomem emocji negatywnych. Wbrew przewidywaniom nie stwierdzono istotnych statystycznie związków pomiędzy niez zaangażowanym stylem przywiązania a emocjami negatywnymi. Przypuszcza się, że wynik ten może być spowodowany specyfiką tego stylu przywiązania.

**Wnioski:** Style przywiązania są dobrym predyktorem nasilenia emocji negatywnych u pacjentów chorych onkologicznie.

## Abstract

**Objective:** Cancer and its treatment induces negative emotions in patients and non-adaptive behavior. The results of the bond in adults suggest that the process of adaptation to the disease can be conditioned by the quality of early childhood experiences with the primary caregiver. The aim of the study was to determine the possible links between attachment style of cancer patients and the levels of their anxiety, depression and aggression.

**Material and methods:** Participants were 246 individuals suffering from cancer: 176 women aged from 26 to 87 and 70 men aged from 28 to 84. Mean age for women was 56.5 (SD = 11.7) and for men 59 (SD = 12.8). The research involved using the following methods: Four Category Relationship Questionnaire (RQ) and The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-M).

**Results:** There was found a significant correlation among attachment styles, level of anxiety, depression and irritation. Safe attachment style is correlated to low level of negative emotions. Both of non-safe styles: preoccupied and fearful-avoidant are related with high levels of negative emotions. Contrary to expectations, no significant association was found between dismissing-avoidant

style and negative emotions. This may be due to the specificity of this non-safe type of bond.

**Conclusions:** Attachment styles may be a good predictor of negative emotions in oncological patients. However, future studies are needed to explore this issue.

**Słowa kluczowe:** przywiązanie, lęk, depresja, choroba nowotworowa.

**Key words:** attachment, anxiety, depression, cancer.

---

## Wstęp

W Polsce od lat obserwuje się wzrost liczby zachorowań na nowotwory złośliwe. Pomimo programów badań profilaktycznych i postępów medycyny w leczeniu, umieralność z powodu chorób nowotworowych nie spada [1]. W świadomości społecznej diagnoza choroby nowotworowej wiąże się nieodłącznie z utratą zdrowia i życia, dlatego też staje się często silnie stresującym wydarzeniem o znamionach stresu pourazowego [2]. Pacjenci obawiają się także samego procesu leczenia, który jest szczególnie uciążliwy i wiąże się z ryzykiem trwałego okaleczenia ciała oraz różnorodnymi skutkami ubocznymi, takimi jak ból, zmęczenie, nudności czy zaburzenia poznawcze. Silny lęk spowodowany jest także antycypowanymi zaburzeniami w życiu osobistym i zawodowym oraz pogorszeniem sytuacji materialnej rodziny [3, 4].

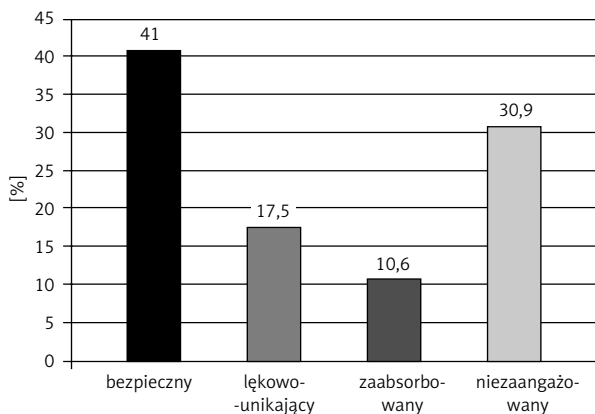
Liczne badania z obszaru psychoneuroimmunologii donoszą o szkodliwych dla zdrowia skutkach długotrwałego stresu [5]. Dlatego też w psychoonkologii nieodzowne staje się diagnozowanie i monitorowanie emocji negatywnych oraz podejmowanie wysiłków w celu obniżenia ich nasilenia. Zgodnie z transakcyjną teorią stresu Lazarusa [6], reakcja na kryzysowe wydarzenia życiowe jest zróżnicowana indywidualnie. To, w jaki sposób osoba potraktuje sytuację choroby, jest uzależnione od jej subiektywnej oceny tego faktu, która jest uwarunkowana szeregiem czynników osobowościowych [7]. Rozwój badań nad więzią u ludzi dorosłych sugeruje istnienie możliwych powiązań pomiędzy zróżnicowanymi indywidualnie reakcjami na sytuację choroby i procesami przystosowawczymi a ukształtowanym w dzieciństwie stylem przywiązania [8]. Styl przywiązania rozumiany jest jako wewnętrzny system regulacji emocji i zachowań, którego podstawę stanowią procesy neurofizjologiczne [9]. Kształtuje się w toku wczesnodziecięcej relacji z pierwotnym opiekunem, kiedy to wypracowane zostają wzorce zachowań wiążących, których celem jest uzyskanie bliskości, opieki i zniwelowanie lęku. Zdobywane przez dziecko doświadczenia internalizują się w postaci tzw. modeli roboczych (*working models*), stając się jednym

ze składników osobowości [10]. Są one względnie trwałe w ciągu całego życia i stanowią wzorzec funkcjonowania emocjonalnego oraz społecznego w dorosłych związkach intymnych z innymi ludźmi [9, 10]. Wewnętrzny system przywiązania szczególnie silnie uaktywnia się w sytuacjach zagrożenia i decyduje o sposobach reagowania emocjonalnego i zachowaniach [10]. Chociaż teoria więzi powstała na bazie obserwacji rozwoju dzieci zapoczątkowanych przez Bowlby'ego i kontynuowanych przez Ainsworth [11], stała się także inspiracją dla badań nad przywiązaniem w życiu dorosłym.

Stwierdzono, że relacje z partnerem w intymnym związku są odzwierciedleniem tych samych biologicznych mechanizmów wiążących, które były podstawą wczesnodziecięcych doświadczeń z pierwotnym opiekunem [12]. Hazan i Shaver, badając związki romantyczne, wyróżnili, odpowiednio do zdefiniowanych u dzieci przez Ainsworth [11], trzy style przywiązania u osób dorosłych: bezpieczny (*secure*), unikający (*avoidant*) i lękowo-ambiwalentny (*anxious-ambivalent*) [13]. W toku dalszych badań nad więzią u ludzi dorosłych Bartholomew i Horowitz [14] dokonali bardziej precyzyjnego podziału na cztery style przywiązania: bezpieczny (*secure*), zaabsorbowany (*preoccupied*), lękowo-unikający (*fearful-avoidant*) i niezaangażowany (*dismissing-avoidant*). Podział ten opiera się na dwóch wymiarach: mentalnych reprezentacjach „ja” (siebie) i „innych” oraz natężeniu lęku i unikania. Te wewnętrzne wzorce reagowania mają istotny wpływ na funkcjonowanie społeczno-emocjonalne człowieka. Biorą one udział w procesach uwagi, selekcji i przetwarzania nowych informacji oraz determinują przystępność poznawczą. Decydują o przekonaniach człowieka dotyczących m.in. własnych kompetencji w bliskich związkach i radzeniu sobie w sytuacjach stresowych. Charakterystyka osób o bezpiecznym stylu przywiązania (*secure*) jest zbieżna z opisem dokonany przez Hazan i Shavera [13]. Osoby o więzi bezpiecznej dobrze myślą o sobie i o innych ludziach. Charakteryzuje je niski poziom lęku, duże poczucie bezpieczeństwa w związku i pełne ufności kontakty z innymi ludźmi. Nie obawiają się bliskości i zażyłości, ale też dobrze czują się, będąc same. Potrafią radzić sobie

ze stresem w sytuacji trudnej, a w razie potrzeby prosić i przyjmować wsparcie. Osoby o stylu zaabsorbowanym (*preoccupied*), podobnie jak te o lękowym wg Hazan i Shavera [13], wyróżnia negatywny obraz siebie. Jest on niespójny i w dużej mierze uzależniony od akceptacji osób znaczących, które są postrzegane jako idealne. Jednocześnie osoby znaczące są źródłem cierpień z powodu swojej niedostępności i nadmiernych wymagań. Silna potrzeba bliskości i stałego zainteresowania ze strony partnera relacji wpływa na ich wysokie zaangażowanie związkiem. Złość, smutek i lęk, które często przeżywają, nie są ujawniane z obawy przed utratą relacji i byciem samemu. Bartholomew, w odróżnieniu od Hazan i Shavera [13], zidentyfikowała dwa unikające style przywiązania [14]. Styl lękowo-unikający (*fearful-avoidant*) charakteryzuje osoby o wysokim poziomie lęku i unikania wynikającym z postrzegania innych ludzi jako odrzucających i niewspierających, którym trudno zaufać. Osoby o tym stylu same czują się nieatrakcyjne i mało wartościowe, więc unikają kontaktów społecznych i zażyłości w relacjach z innymi ludźmi z obawy przed odrzuceniem i porzuceniem. Są podatne na przeżywanie silnego stresu, nie podejmują żadnych środków zaradczych. Łatwo rezygnują z własnych potrzeb na rzecz realizacji potrzeb partnera [15]. Osoby o stylu niezaangażowanym (*dismissing-avoidant*) uważają siebie za wartościowe i samowystarczalne, natomiast innych ludzi postrzegają jako mało wiarygodnych i nieprzyjaznych. Odczuwają silny dyskomfort w sytuacji bliskości, niechętnie wchodzi w bliskie relacje, dystansując się emocjonalnie. Obronnie podtrzymują więc poczucie niezależności i odporności na zranienie, zaprzeczając potrzebie intymnego związku. Przejawiają też brak umiejętności radzenia sobie z emocjami w kryzysie [16, 17].

Choroba nowotworowa traktowana jako zagrożenie dla bliskich relacji z partnerem związku



Rycina 1. Style przywiązania w badanej grupie chorych onkologicznie (w procentach)

Figure 1. Attachment styles in the study group (in percent)

spowodowane hospitalizacją, skutkami ubocznymi leczenia czy śmiercią aktywizuje schematy reagowania uwarunkowane rodzajem więzi [8, 10]. Celem badania było określenie roli stylu przywiązania w kształtowaniu poziomu emocji negatywnych (lęku, depresji i agresji) w odpowiedzi na chorobę nowotworową.

Na podstawie modelu przywiązania Bartholomew i Horowitz [14] przyjęto następujące hipotezy:

1. Styl przywiązania bezpieczny i niezaangażowany współwystępują z niskim poziomem emocji negatywnych.
2. Styl przywiązania lękowo-unikający i zaabsorbowany współwystępują z wysokim poziomem emocji negatywnych.

## Material i metody

W badaniu wzięło udział 246 pacjentów Wojewódzkiego Centrum Onkologii w Gdańsku: 174 kobiety (70,7%) w wieku 26–87 lat ( $M = 56,5$ ) i 72 mężczyzn (29,3%) w wieku 28–84 lat ( $M = 59$ ). Każdy z pacjentów Centrum został poinformowany o celu badania, zapewniono im także o anonimowości i dobrowolności przystąpienia do badania. Osoby badane uprzedzono, że mogą się wycofać z badania w każdym momencie bez podania przyczyny. Badanie uzyskało akceptację Komisji Bioetycznej.

Kryteria włączające do grupy badawczej to: ukończone 18 lat, choroba nowotworowa w trakcie pierwszego leczenia i nawrotów oraz wyrażenie przez pacjenta zgody na kwestionariuszowe badanie psychologiczne. Kryteria wyłączające to: niepełnoletność, zaburzenia poznawcze uniemożliwiające badanie oraz etap diagnostyczny i terminalny choroby.

Charakterystyka demograficzna grupy przedstawia się następująco: 78,9% badanych mieszkało w dużym mieście, większość (54,5%) to osoby z wykształceniem średnim, wyższe wykształcenie miało 27,4% badanych. Stały związek z partnerem deklarowało 67,1% badanych, 61,4% nie pracowało zawodowo. Charakterystyka kliniczna grupy: lokalizacja nowotworu – sutek (37,8%), jelito grube i odbył (18,7%), płuca (6,9%), narządy rodne (6,5%) i inne (29,3%); czas trwania choroby – mniej niż rok (37%), 1–2 lata (19,1%), 2–5 lat (26%) i powyżej 5 lat (17,5%); etap choroby – pierwsze leczenie (73,6%), kolejne leczenie (26,4%); leczenie operacyjne – jedna operacja (52,8%), dwie i więcej (10,6%); chemioterapii poddanych było 32,1% pacjentów, a radioterapii – 1,2%. Charakterystykę grupy osób badanych ze względu na dominujący styl przywiązania przedstawiono na rycinie 1.

W badanej grupie osoby o bezpiecznym stylu przywiązania stanowią 41%, natomiast o stylach pozabezpiecznych – 59%. Jest to proporcja odwrotna w stosunku do występującej w populacji osób dorosłych, gdzie odsetek osób o bezpiecznym stylu przywiązania wynosi 60% [13]. Zmienione proporcje stylów przywiązania stwierdzono też w innych badaniach z udziałem chorych onkologicznie [18, 19]. W grupach klinicznych większy odsetek stanowią osoby o unikającym stylu przywiązania, a mniejszy – osoby o stylu bezpiecznym [20]. Osoby o unikającym stylu to w modelu Bartholomew i Horowitz [14] osoby o lękowo-unikającym i niezaangażowanym stylu. W badaniu własnym osób o tych stylach jest łącznie 48,4%, a więc prawie dwukrotnie więcej niż w populacji. Istotnie mniej jest osób o bezpiecznym i zaabsorbowanym (ambivalentnym) stylu przywiązania. Przypuszcza się, że to zachwianie proporcji stylów u chorych może wynikać z większej podatności na chorobę osób o określonym typie więzi [20, 21]. Z drugiej jednak strony dopuszcza się możliwość samostnej modyfikacji stylu przywiązania pod wpływem traumy choroby lub w konsekwencji zmienionej relacji z osobą bliską w relacji intymnej [22].

Do oceny stylu przywiązania zastosowano *Kwestionariusz bliskiego związku (Relationship Questionnaire – RQ) Bartholomew i Horowitz (1991)*.

Kwestionariusz bada cztery style przywiązania: bezpieczny (*secure*), lękowo-unikający (*fearful*), zaabsorbowany (*preoccupied*) i niezaangażowany (*dismissing*). Podstawą takiego podziału jest kombinacja dwóch wymiarów: lęku (wysoki – lękowo-unikający i zaabsorbowany, niski – bezpieczny i niezaangażowany) i unikania (wysokie – lękowo-unikający i niezaangażowany, niskie – bezpieczny i zaabsor-

bowany) oraz dwóch typów wewnętrznych modeli roboczych. Stanowią one reprezentacje siebie jako wartego miłości i wsparcia (bezpieczny i niezaangażowany) lub niewartego (lękowo-unikający i zaabsorbowany) oraz reprezentacje innych jako godnych zaufania i dostępnych (bezpieczny i zaabsorbowany) lub zawodnych i niewspierających (lękowo-unikający i niezaangażowany).

Badani przy każdym opisie sposobu funkcjonowania w bliskim związku zaznaczają na 7-stopniowej skali (dla każdego opisu osobno), w jakim stopniu utożsamiają się z prezentowanymi twierdzeniami. Końcowe punkty skali są zakotwiczone określeniami: 1 – w ogóle do mnie niepodobne i 7 – bardzo do mnie podobne. Zakłada się, że każdy styl stanowi kominację lęku i unikania.

Do oceny emocji negatywnych zastosowano *Szpitalną skalę lęku, depresji i agresji (The Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS-M)*. Skala bada nasilenie emocji negatywnych. W badaniach psychoonkologicznych dopuszcza się możliwość interpretowania wyników tej metody jako nasilenia stresu [23]. Metoda składa się z 7 pozycji badających lęk i 7 badających depresję oraz 2 pytań dotyczących agresji (rozdrażnienia). Wynik testu stanowi sumę punktów w danej kategorii.

## Wyniki

Związek pomiędzy stylami przywiązania a poziomem emocji negatywnych sprawdzano za pomocą współczynnika korelacji. Poziom emocji negatywnych oszacowano na podstawie kwestionariusza HADS-M. Wyniki przedstawiono w tabeli I.

Graficzną ilustrację wyników przedstawia rycina 2.

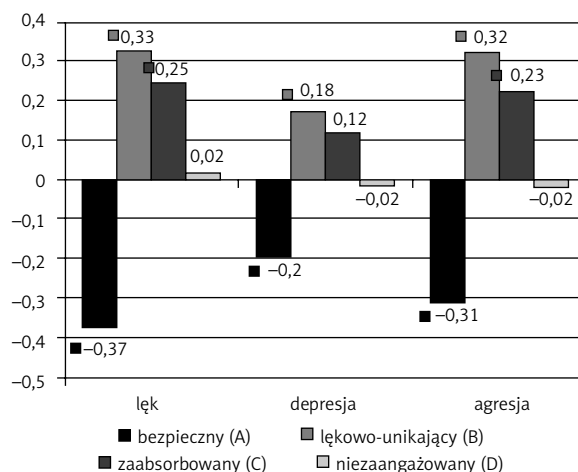
**Tabela 1.** Styl przywiązania a emocje negatywne (HADS-M)  
*Table 1.* Attachment style and negative emotions (HADS-M)

Styl przywiązania		Emocje negatywne (HADS-M)	Lęk	Depresja	Agresja
A. styl bezpieczny ( <i>secure</i> )	korelacja Pearsona		<b>-0,374(**)</b>	<b>-0,196(**)</b>	<b>-0,312(**)</b>
	istotność		0,000	0,002	0,000
	N		246	246	246
B. styl lękowo-unikający ( <i>fearful-avoidant</i> )	korelacja Pearsona		<b>0,327(**)</b>	<b>0,175(**)</b>	<b>0,323(**)</b>
	istotność		0,000	0,006	0,000
	N		243	243	243
C. styl zaabsorbowany ( <i>preoccupied</i> )	korelacja Pearsona		<b>0,246(**)</b>	0,119	<b>0,226(**)</b>
	istotność		0,000	0,063	0,000
	N		245	245	245
D. styl niezaangażowany ( <i>dismissing-avoidant</i> )	korelacja Pearsona		0,019	-0,017	-0,019
	istotność		0,770	0,797	0,767
	N		245	245	245

Tabela 2. Wyniki wielowymiarowej analizy wariacji MANOVA dla natężenia emocji negatywnych  
 Table 2. Results of multivariate analysis of variance MANOVA for the intensity of negative emotions

	Styl A (n = 96)						Styl B (n = 42)						Styl C (n = 25)						Styl D (n = 79)						Analiza wariacji			Test post-hoc Scheffe (istotność)						
	M		SD		M		SD		M		SD		M		SD		F(3; 238)		P		$\eta^2$		A : B		A : C		A : D		B : C		B : D		C : D	
Lęk	5,35	3,539	10,45	4,634	8,19	4,565	9,60	4,890	7,44	4,838	7,44	4,838	16,220	< 0,001	0,170	0,000	0,000	0,020	0,895	0,005	0,198	0,000	0,000	0,000	0,020	0,895	0,005	0,198	0,000	0,000	0,020	0,895	0,005	0,198
Depresja	3,04	3,019	8,19	4,565	7,44	4,565	7,44	5,001	6,27	4,626	6,27	4,626	20,357	< 0,001	0,204	0,000	0,000	0,000	0,913	0,112	0,669	0,000	0,000	0,000	0,000	0,913	0,112	0,669	0,000	0,000	0,000	0,913	0,112	0,669
Agresja	2,36	1,423	3,48	1,838	3,48	1,838	3,52	1,295	2,67	1,781	2,67	1,781	6,613	< 0,001	0,077	0,004	0,019	0,668	1,000	0,080	0,156	0,004	0,019	0,668	1,000	0,080	0,156	0,004	0,019	0,668	1,000	0,080	0,156	

Lambda-Wilksa = 0,755;  $p < 0,001$ ;  $\eta^2 = 0,089$



Uwaga: ■ oznacza wynik istotny statystycznie.

Rycina 2. Styl przywiązania a poziom emocji negatywnych (HADS-M)

Figure 2. Attachment style and the level of negative emotions (HADS-M)

Stwierdzono istotne statystycznie związki pomiędzy bezpiecznym stylem przywiązania (A) oraz dwoma pozabezpiecznymi: lękowo-unikającym (B) i zaabsorbowanym (C), a emocjami negatywnymi. Stwierdzono ujemne korelacje pomiędzy bezpiecznym stylem przywiązania a lękiem, depresją i agresją. Oznacza to, że im wyższy styl bezpieczny (A) prezentują osoby badane, tym odczuwają mniejszy lęk, depresję i agresję. Styl lękowo-unikający (B) wykazuje dodatni związek z lękiem, depresją i agresją. Oznacza to, że im wyższy styl lękowo-unikający (B) prezentują osoby badane, tym silniej odczuwają lęk, depresję i agresję. Styl zaabsorbowany (C) koreluje dodatnio z lękiem i agresją. Oznacza to, że im wyższe jest nasilenie stylu zaabsorbowanego, tym wyższy poziom lęku i agresji u osoby badanej.

Nie stwierdzono istotnego związku pomiędzy zaabsorbowanym stylem przywiązania (C) a poziomem depresji oraz pomiędzy niezaangażowanym stylem przywiązania (D) a badanymi emocjami negatywnymi.

Porównano nasilenie poszczególnych emocji u osób wyodrębnionych na podstawie dominującego stylu przywiązania. Wyniki wielowymiarowej analizy wariacji (MANOVA) zamieszczono w tabeli II.

Wynik testu Lambda-Wilksa wynoszący 0,755 wskazuje na to, że style przywiązania różnicują emocje przeżywane przez pacjentów. Różnice między osobami w zakresie dominującego stylu przywiązania wyjaśniają 9% wariacji emocji negatywnych.

Stwierdzono istotne różnice w przeżywanym lęku u osób o różnych stylach przywiązania. Zróż-

nicowanie w stylach wyjaśnia 17% wariacji lęku w badanej próbie. Wyniki szczegółowych porównań w przeżywanym lęku między wyróżnionymi grupami zaprezentowano na rycinie 3.

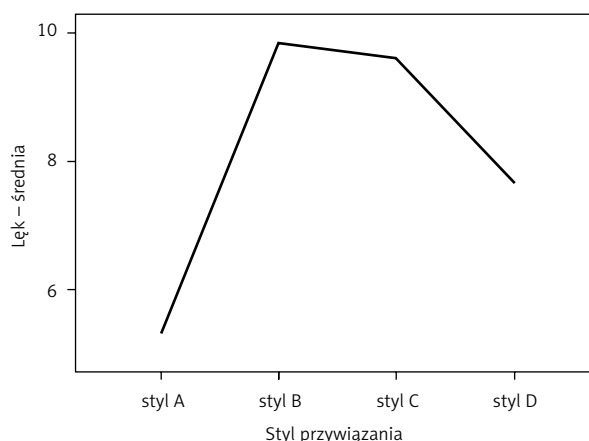
Najniższy poziom lęku odnotowano w grupie o bezpiecznym stylu przywiązania (A). Różni się on istotnie od poziomu lęku wszystkich pozostałych stylów. Stwierdzono ponadto istotną różnicę w poziomie lęku pomiędzy stylami lękowo-unikającym (B) a niezaangażowanym (D). Osoby o dominującym stylu lękowo-unikającym (B) wykazują najwyższy poziom lęku. Różnice między stylami są istotne na poziomie  $p < 0,05$ .

Stwierdzono istotne różnice w przeżywanej depresji u osób o różnych stylach przywiązania. Zróznicowanie w stylach wyjaśnia 20% wariacji depresji w badanej próbie. Wyniki szczegółowych porównań w przeżywanej depresji między wyróżnionymi grupami zaprezentowano na rycinie 4.

Podobnie jak w przypadku lęku, najniższy poziom depresji zaobserwowano u osób o bezpiecznym stylu przywiązania (A). Osoby z tej grupy różnią się istotnie w poziomie depresji od osób o pozabezpiecznych stylach przywiązania.

Stwierdzono także istotne różnice w poziomie agresji u osób o różnych stylach przywiązania. Zróznicowanie w stylach wyjaśnia 8% wariacji agresji w badanej próbie. Wyniki szczegółowych porównań w przeżywanej agresji pomiędzy wyróżnionymi grupami prezentuje rycina 5.

W przypadku agresji również najniższy poziom zaobserwowano u osób o stylu bezpiecznym (A). Wyniki te są istotnie statystycznie niższe niż wyniki osób o stylu lękowo-unikającym (B) i stylu zaabsorbowanym (C). Wyniki agresji uzyskane przez osoby o stylu niezaangażowanym (D) znalazły się pośrodku – natężenie agresji nie jest ani istotnie

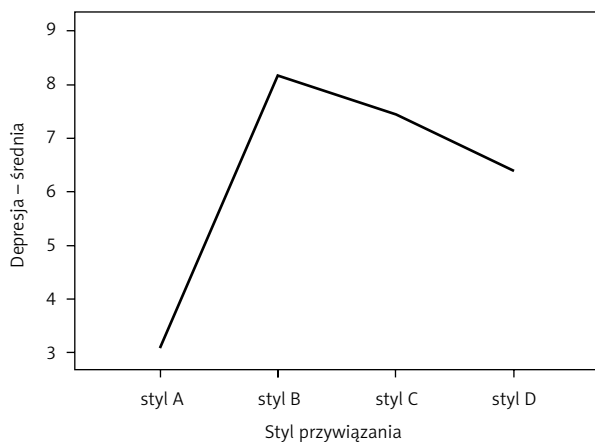


**Rycina 3.** Średni poziom lęku w zależności od dominującego stylu przywiązania

**Figure 3.** The average level of anxiety depending on the dominant style of attachment

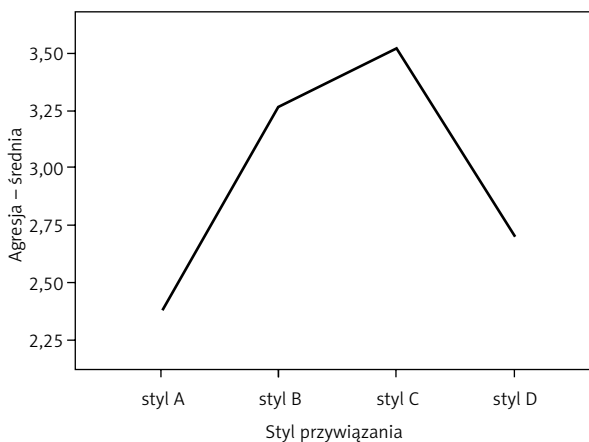
niższe niż u osób o stylu lękowo-unikającym (B), ani istotnie wyższe niż u osób o stylu bezpiecznym (A). Nie stwierdzono także istotnych różnic w poziomach agresji pomiędzy osobami o bezpiecznym (A) stylu przywiązania a osobami o stylu niezaangażowanym (D).

Uzyskane dane oznaczają, że im większe jest nasilenie stylu bezpiecznego, tym niższy jest poziom emocji negatywnych. Natomiast wśród osób o pozabezpiecznych typach więzi najmniejsze natężenie emocji negatywnych przejawiają osoby o niezaangażowanym stylu przywiązania. Najwyższy poziom lęku i depresji prezentują osoby o stylu lękowo-unikającym. Natomiast poziom nasilenia agresji u tych osób jest tylko nieznacznie niższy niż u osób o stylu zaabsorbowanym i różnica ta jest nieistotna statystycznie.



**Rycina 4.** Średni poziom depresji w zależności od dominującego stylu przywiązania

**Figure 4.** The average level of depression depending on the dominant style of attachment



**Rycina 5.** Średni poziom agresji w zależności od dominującego stylu przywiązania

**Figure 5.** The average level of aggression depending on the dominant style of attachment

## Dyskusja

Celem pracy było sprawdzenie, jaką rolę odgrywa styl przywiązania w kształtowaniu poziomu lęku, depresji i agresji (rozdrażnienia) u osób w sytuacji choroby nowotworowej.

W badaniu własnym została potwierdzona ta część hipotezy 1., w której założono, że styl bezpieczny (*secure*) współwystępuje z niskim nasileniem emocji negatywnych. Osoby o bezpiecznym typie więzi przejawiały istotnie niższy statystycznie poziom lęku, depresji i agresji niż osoby o pozabezpiecznych stylach przywiązania. Jeżeli natężenie emocji negatywnych mierzonych skalą HADS-M potraktujemy jako miarę natężenia stresu [23], to spójne z uzyskanymi wynikami będą dane z badań osób z czerniakiem złośliwym stwierdzające niski poziom stresu u pacjentów o bezpiecznym typie więzi [24]. Także istotny statystycznie niski poziom depresji wykryto u chorych przywiązanych bezpiecznie oczekujących na operację z powodu raka płuca [25] oraz w terminalnym stadium choroby [26]. Choroba nowotworowa traktowana jako zagrożenie dla utraty bliskich relacji z osobą znaczącą uruchamia wewnętrzny system przywiązania [8, 10, 27]. Osoby o bezpiecznej więzi czują się komfortowo w bliskości z innymi, ale też fizyczne oddalenie od partnera nie wywołuje u nich poczucia zagrożenia. Dlatego też w sytuacji choroby nie przeżywają silnego lęku z powodu choroby czy separacji. Doświadczenie we wczesnym dzieciństwie adekwatnej opieki ze strony opiekuna sprzyjało usprawnianiu mechanizmów samoregulacji emocji oraz kształtowaniu obrazu siebie jako osoby wartej miłości i opieki [28]. Utwierdzało też w przekonaniu, że inni ludzie są dostępni i w razie potrzeby pospieszą z pomocą. W wyniku tego w dorosłym życiu osoby przywiązane bezpiecznie nawiązują relacje oparte na zaufaniu i postrzegają wydarzenia kryzysowe jako mniej zagrażające [16]. Stanowi to czynnik chroniący przed stresem oraz ułatwia adaptację emocjonalną [29]. Osoby te na ogół dobrze znoszą rozłąkę z partnerem i uciążliwości wynikające z procesu leczenia [30].

Wbrew przewidywaniom nie uzyskano istotnych statystycznie powiązań pomiędzy stylem niezaangażowanym (*dismissing-avoidant*) a poziomami lęku, depresji i agresji. Analiza wariancji wykazała jednak, że poziom tych emocji były niższe niż w wypadku dwóch pozostałych pozabezpiecznych stylów. Podobne wyniki uzyskano w badaniach osób o unikającym typie więzi zmagających się z czerniakiem. Przeżywały one tak samo jak osoby przywiązane bezpiecznie istotnie mniejszy dystres i większy dobrostan niż osoby o stylach pozabezpiecznych [24]. Także u osób z rakiem płuca charak-

teryzujących się wysokim unikaniem stwierdzono niskie poziomy lęku i depresji [25, 30]. Uzyskane wyniki pozwalają przypuszczać, że antycypowana separacja z powodu choroby onkologicznej nie wywołuje u osób o niezaangażowanym stylu nieprzyjemnego napięcia stresowego. Negatywny obraz innych jako niewspierających i niespieszących z pomocą oraz pozytywny siebie [14] sprawia, że osoby o wysokim unikaniu przejawiają tendencję do wycofywania się emocjonalnego i „dezaktywacji” (*deactivating*) systemu przywiązania [31]. Obronnie unikając emocjonalnego zaangażowania w relacje intymne, kompulsywnie polegają na sobie [16]. Nawet gdy żyją w związkach, to zachowują niezależność i autonomię. Poprzez dystansowanie się od emocji, z którymi nie umiałyby sobie poradzić [32], nie przeżywają lęku separacyjnego. Przypuszcza się, że osoby te mogą dysponować silnymi mechanizmami kontroli lęku lub przejawiać trudności w rozpoznawaniu u siebie objawów stresu [33]. W sytuacji choroby osoby te mogą nie okazywać emocji i unikać szukania pomocy medycznej, próbując sobie radzić samodzielnie.

Zgodnie z hipotezą 2. ustalono dodatkowo korelacje pomiędzy stylami: lękowo-unikającym (*fearful-avoidant*) i zaabsorbowanym (*preoccupied*), a lękiem i agresją (rozdrażnieniem). Istotny statystycznie dodatni związek z depresją ujawniono jedynie u osób o stylu lękowo-unikającym. Spójne z tymi wynikami są dane stwierdzające u pacjentów o tych typach więzi istotnie wysoki poziom stresu i niski poziom ogólnego dobrostanu [24]. Także doniesienia z badań osób w terminalnym stadium choroby onkologicznej wskazują, że lękowo-unikający styl przywiązania jest bezpośrednio związany z wysokim poziomem stresu [34]. Na podstawie modelu Bartholomew i Horowitza [14] wiadomo, że dla osób o lękowo-unikającym i zaabsorbowanym stylu charakterystyczny jest wysoki lęk i negatywny obraz siebie jako osoby niewartej miłości i opieki. Wysoki lęk osobowościowy predysponuje osobę do oceniania zdarzenia jako bardziej zagrażającego i reagowania na nie wzmożonym pobudzeniem lękowym [7]. W taki nieadekwatny sposób może być też postrzegana choroba onkologiczna. Wczesnodziecięce doświadczenia osób o lękowo-unikającym stylu przywiązania skutkują przekonaniem o innych ludziach jako niebudzących zaufania i niewspierających. Dlatego też obawiają się one zażyłości, pomimo że pragną intymnych związków z innymi ludźmi. Wysoki poziom lęku u tych osób wynika ze sprzecznych tendencji – silnego pragnienia bliskości i jednocześnie minimalizowania tej potrzeby w obawie przed odrzuceniem [14]. Nie potrafiąc zaufać innym ludziom, sami pozbawiają się możliwości wsparcia,

które pomogłoby im złagodzić stres. W efekcie prezentują one zachowania uległe w procesie leczenia, które mogą być przejawem lękowego dystansu i biernej agresji uwidaczniającej się w postaci ignorowania wskazań lekarskich [35].

Tymczasem osoby o zaabsorbowanym typie więzi, dla których charakterystyczny jest pozytywny obraz innych ludzi i niskie unikanie, są silnie emocjonalnie zaangażowane w bliską relację intymną [14]. Choroba onkologiczna, niosąc ze sobą ryzyko utraty związku [8, 27] z powodu antycypowanego opuszczenia przez partnera i osamotnienia, wywołuje u nich wysokie napięcie stresowe [13]. W obliczu zagrożenia wykazują one tendencję do hiperaktywacji (*hyperactivating*) systemu przywiązania. Przejawia się to m.in. w zachowaniach Ignających i szukaniu wsparcia poprzez nadmierną ekspresję emocji negatywnych [31], co może stanowić czynnik chroniący je przed zaburzeniami depresyjnymi. Taki sposób reagowania wynika z wczesnodziecięcych doświadczeń tych osób, kiedy to jedynie reagowanie silnym afektem zwiększało prawdopodobieństwo pozyskania uwagi ze strony opiekuna [36]. Dlatego też w sytuacji choroby mogą się domagać wzmoczonej opieki poprzez zachowania silnie ekspresyjne, a także nadmierne skargi somatyczne [30].

Statystycznie istotny wysoki poziom depresji wykryto jedynie u osób o lękowo-unikającym stylu przywiązania. Podobne wyniki uzyskano u pacjentów onkologicznych z przerzutami do innych narządów, którzy skarżyli się na liczne objawy fizyczne choroby. Badania wykazały większą podatność na doświadczanie symptomów depresyjnych u osób o typie więzi charakteryzującej się wysokim lękiem [26] oraz u osób o typach więzi unikającej i lękowej [37]. Doniesienia z innych badań wskazują na związek pomiędzy umiarkowanym nasileniem depresji a stylem zaabsorbowanym i lękowo-unikającym [38]. Według autorów świadczy to o tym, że oba te style mogą predysponować do rozwoju depresji. Badacze przypuszczają jednak, że czynnikiem ochronnym przed rozwinięciem pełnych klinicznych objawów depresji u osób o zaabsorbowanym typie więzi może być niskie unikanie i gotowość do zwracania się do innych o pomoc.

Badanie wykazało, że choroba nowotworowa traktowana jako zagrożenie dla intymnych związków partnerskich silnie uaktywnia wewnętrzny system przywiązania. Dlatego też osoby doświadczające w dzieciństwie różnych wzorców sprawowania opieki inaczej oceniają zagrożenie i uruchamiają odmienne mechanizmy regulacji emocji [31, 39].

Uzyskane wyniki wskazują, że style przywiązania mogą być dobrym predyktorem nasilenia

emocji negatywnych u osób chorych onkologicznie. Aby lepiej rozpoznawać i zaspokajać potrzeby pacjentów o różnych typach więzi, należałoby kontynuować badania nad związkami pomiędzy stylem przywiązania a adaptacją do choroby onkologicznej.

## Wnioski

1. Osoby o bezpiecznym stylu przywiązania przeżywają niższy poziom lęku, depresji i agresji niż osoby o pozabezpiecznych typach więzi.
2. Przed wysokim nasileniem emocji negatywnych chroni bezpieczny i niezaangażowany styl przywiązania.
3. Style lękowo-unikający i zaabsorbowany stanowią czynnik ryzyka wysokiego poziomu lęku i agresji (rozdrażnienia). Dodatkowo styl lękowo-unikający może sprzyjać ujawnianiu objawów depresji.
4. W kontaktach z pacjentami należy uwzględniać specyfikę charakterystycznego dla nich stylu przywiązania dotyczącą ich poczucia bezpieczeństwa i związanego z tym nasilenia emocji negatywnych.

## Piśmiennictwo

1. Wojciechowska U, Didkowska J, Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce. Cancer in Poland in 2010. Warszawa 2012. Strona internetowa: [http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory\\_2010.pdf](http://onkologia.org.pl/wp-content/uploads/Nowotwory_2010.pdf).
2. Jacobsen PB, Sadler JJ, Booth-Jones M, Soety E, Weitzner MA, Fields KK. Predictors of posttraumatic stress disorder symptomatology following bone marrow transplantation for cancer. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70: 235-240.
3. Adamczak M. Wybrane procesy poznawcze i emocjonalne u kobiet po mastektomii. Uniwersytet im. A. Mickiewicza, Poznań 1988; 1: 72.
4. Rolland JS. Cancer and the family: an integrative model. W: Cancer. Supplement: Cancer survivorship: resilience across the lifespan. American Cancer Society, Washington 2005; 104: 2584-2595.
5. Felten SY, Madden KS, Bellinger DL, Kruszewska B, Moynihan JA, Felten DL. The role of the sympathetic nervous system in the modulation of immune responses. *Adv Pharmacol* 1998; 42: 583-587.
6. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. Springer-Verlag, New York 1984.
7. Wrześniewski K, Skuza B (red.). Wybrane zagadnienia medycyny psychosomatycznej i psychologii chorego somatycznie. Uniwersytet Medyczny, Warszawa 2007.
8. Hunter JJ, Maunier RG. Using attachment theory to understand illness behavior. *Gen Hosp Psychiatry* 2001; 23: 177-182.
9. Bowlby J. A secure base: parent-child attachment and healthy human development. Basic Books, New York 1988.
10. Bowlby J. Attachment and loss. Separation: anxiety and anger. T. 2. Basic Books, New York 1973.
11. Ainsworth MD, Blechar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Lawrence Erlbaum Associates, New York 1978.



12. Hazan C, Shaver PR. Love and work: an attachment – theoretical perspective. *J Pers Soc Psychol* 1990; 59: 270-280.
13. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol* 1991; 61: 226-244.
14. Hazan C, Shaver PR. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J Pers Soc Psychol* 1987; 52: 511-524.
15. Davila J, Kashy DA. Secure base processes in couples: daily associations between support experiences and attachment security. *J Fam Psychol* 2009; 23: 76-88.
16. Mikulincer M, Florian V. The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. W: *Attachment theory and close relationships*. Simpson JA, Rholes WS (red.). Guilford Press, New York 1998; 46-76.
17. Levy KN, Blatt SJ, Shaver PR. Attachment styles and parental representations. *J Pers Soc Psychol* 1998; 74: 407-419.
18. Tacon AM, Caldera YM, Bell NJ. Attachment style, emotional control and breast cancer. *Fam Syst Health* 2001; 19: 319-326.
19. Kozińska B. Przywiązanie a funkcjonowanie kobiet z chorobą nowotworową piersi. *Annales Academiae Medicae Stetinensis, Szczecin* 2012; 58: 22-30.
20. Thomas C. Cancer and youthful mind: a forty year perspective. *Advanced* 1998; 5: 42-58.
21. Kotler T, Buzwell S, Romeo Y, Bowland J. Avoidant attachment as a risk factor for health. *Br J Med Psychol* 1994; 67: 237-245.
22. Kripatrik LA, Hazan C. Attachment styles and close relationships: A four-year prospective study. *Personal Relationships* 1994; 1: 123-142.
23. Majkowicz M. Wielopoziomowa ocena stanu podmiotowego pacjentów z chorobą nowotworową. *Annales Academiae Medicae Gedanensis, Gdańsk* 2005; tom XXXV, suplement 2.
24. Hamama-Raz Y, Solmon Z. Psychological adjustment of melanoma survivors: The contribution of hardiness, attachment, and cognitive appraisal. *J Individual Differences* 2006; 27: 172-182.
25. Szymczak J. Bliskie relacje w rodzinie a dystres psychologiczny u chorych na raka płuca oczekujących na leczenie chirurgiczne oraz u zdrowych. *Wiadomości Lekarskie* 2006; 59: 654-658.
26. Rodin G, Walsh A, Zimmermann C i wsp. The contribution of attachment security and social support to depressive symptoms in patients with metastatic cancer. *Psychooncology* 2007; 16: 1080-1091.
27. Mikulincer M, Gillath O, Halevy V, Avihou N, Avidan S, Eshkoli N. Attachment theory and reactions to others' needs: evidence that activation of the sense of attachment security promotes empathic responses. *J Pers Soc Psychol* 2001; 81: 1205-1224.
28. Mikulincer M, Florian V. Are emotional and instrumental supportive interactions beneficial in times of stress? The impact of attachment style. *Anxiety Stress Coping* 1997; 10: 109-127.
29. Pietromonaco PR, Uchino B, Dunkel Schetter C. Close relationship processes and health: implications of attachment theory for health and disease. *Health Psychol* 2013; 32: 499-513.
30. Szymczak J. Style przywiązania a lęk u chorych na raka płuca zakwalifikowanych do leczenia chirurgicznego i u osób zdrowych. *Psychoonkologia* 2001; 9: 53-62.
31. Mikulincer M, Florian V, Weller A. Attachment styles, coping strategies, and post-traumatic psychological distress: the impact of the Gulf War in Israel. *J Pers Soc Psychol* 1993; 64: 817-826.
32. Iniewicz G. Zaburzenia emocjonalne u dzieci i młodzieży z perspektywy teorii przywiązania. *Psychiatr Pol* 2008; 42: 671-682.
33. Collins NL. Working models of attachment: implications for explanation, emotion, and behavior. *J Pers Soc Psychol* 1996; 71: 810-832.
34. Hunter MJ, Davis PJ, Tunstall JR. The influence of attachment and emotional support in end-stage cancer. *Psychooncology* 2006; 15: 431-444.
35. Tyszkiewicz-Bandura M, Kozińska B. Relacja lekarz-pacjent w kontekście teorii przywiązania. *Annales Academiae Medicae Stetinensis, Szczecin* 2009; 55: 90-98.
36. Jacobsen T, Edelstein W, Hofmann V. A longitudinal study of the relation between representations of attachment in childhood and cognitive functioning in childhood and adolescence. *Developmental Psychology* 1994; 30: 112-124.
37. Wei M, Heppner P, Russell D, Young S. Maladaptive perfectionism and ineffective coping as mediators between attachment and future depression: a prospective analysis. *J Couns Psychol* 2006; 53: 67-79.
38. Carnelley KB, Pietromonaco PR, Jaffe K. Depression, working models of others and relationship functioning. *J Pers Soc Psychol* 1994; 66: 127-140.
39. Fuendeling JM. Affect regulation as a stylistic process within adult attachment. *J Soc Pers Relationships* 1998; 15: 291-322.