

Przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej a poznawcza regulacja emocji u pacjentów z chorobą nowotworową układu moczowo-płciowego

Psychological adaptation to cancer control emotion and cognitive patients with cancer of the genitourinary system

Marta Kulpa¹, Mariola Kosowicz², Urszula Ziętałowicz³, Beata J. Stypuła-Ciuba^{2,4,5}, Roman Sosnowski⁶

¹Zakład Psychologii Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Poradnia Psychoonkologii, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

³Katedra Psychopatologii i Psychoterapii, Wydział Psychologii, Uniwersytet Warszawski

⁴Klinika Diagnostyki Onkologicznej i Kardioonkologii, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

⁵Poradnia Leczenia Bólu i Medycyny Paliatywnej, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

⁶Klinika Nowotworów Układu Moczowego, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Streszczenie

Rozpoznanie choroby nowotworowej układu moczowo-płciowego, a w szczególności nowotworu jądra, wiąże się ze stresem związanym z zachorowaniem, lękiem przed cierpieniem i śmiercią oraz z obawą o utratę tożsamości płciowej, pogorszenie sprawności seksualnej i bezpłodność. Kryzys związany z chorobą nowotworową oraz jej leczeniem stanowi poważne obciążenie dla pacjenta, co może przyczynić się do rozwoju zaburzeń emocjonalnych i uruchamiania destruktywnych strategii radzenia sobie z chorobą. Celem badania było określenie, jakie strategie przystosowania psychicznego do choroby oraz jakie strategie związane z poznawczą regulacją emocji dominują u tych pacjentów oraz określenie związków między tymi strategiami a strategiami przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej. Celem praktycznym badania było zebranie danych umożliwiających opracowanie celowanych programów zajęć psychoedukacyjnych dla mężczyzn chorych na nowotwór gruczołu krokowego.

Zastosowano Kwestionariusz Poznawczej Regulacji Emocji – CERQ oraz Skalę Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – MINI-MAC. Kwestionariusz CERQ mierzy 9 strategii poznawczych stosowanych w odpowiedzi na negatywne doświadczenie. Skala MINI-MAC mierzy 4 postawy przyjmowane wobec choroby nowotworowej. Przebadano 112 pacjentów w wieku 19–78 lat z rozpoznaną chorobą nowotworową układu moczowo-płciowego. Wszyscy pacjenci objęci badaniem otrzymywali w trakcie pobytu w klinice wsparcie psychologiczne. Stwierdzono, że pacjenci poddani badaniu własnemu w porównaniu z grupą odniesienia charakteryzują się zdecydowanie niższym nasileniem zaabsorbowania lękowego, wyższym duchem walki, poczuciem bezradności – beznadziejności oraz porównywalnym nasileniem pozytywnego przewartościowania. Uzyskano wiele istotnych statystycznie związków. Wyniki badania wskazują na dobre przystosowanie do choroby uczestników badania.

Słowa kluczowe: przystosowanie psychiczne do choroby, kontrola emocji, nowotwór.

Abstract

Diagnosing a cancer of the urogenital system and in particular of the testicle of the testicle, is associated with stress related to illness, fear of suffering and death and fear of loss of sexual identity, sexual dysfunction and infertility. The crisis related to cancer and its treatment represents a serious burden on the patient, which can contribute to the development of emotional disorders and the emergence of destructive coping strategies. The purpose of the study is to examine mental adaptation in patients suffering from genitourinary cancers – investigate the relationship between the use of coping strategies and the styles of adaptation to the disease. The practical purpose of the study was to collect data enabling the development of the targeted psychoeducation programs aimed at men with prostate cancer. All patients included in the study received psychological support during their stay in the clinic.

Cognitive Explanation of Emotional Regulation – CERQ and Mental Abnormal Scale for MINI-MAC were used. The CERQ questionnaire measures 9 cognitive strategies used in response to ne-

gative experiences. The MINI-MAC scale measures 4 attitudes towards cancer. The study covered 112 people aged 19 to 78 with urogenital cancer. Patients included in the study were found to have significantly lower score of anxious preoccupation, higher score of fighting spirit, hopelessness, and similar score on the scale of positive reevaluation when compared with the reference group. A number of statistically significant associations were obtained. Results of the study indicate good adaptation to the disease in the study participants.

Key words: psychological adaptation, control emotion, cancer.

Adres do korespondencji:

Marta Kulpa, Zakład Psychologii Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny,
ul. Żwirki i Wigury 81, 02-091 Warszawa, e-mail: marta@kulpa.net.pl

WPROWADZENIE

Choroby nowotworowe zajmują drugą pozycję, ustępując chorobom kardiologicznym, wśród przyczyn chorób przewlekłych i niepełnosprawności na świecie [1]. Pomimo coraz większych sukcesów w zakresie terapii chorób nowotworowych choroba ta wciąż postrzegana jest jako ciężka i zagrażająca życiu. Zachorowanie na nowotwór złośliwy i konieczność poddania się leczeniu stanowi znaczące źródło stresu dla chorego i jej rodziny. Kryzys związany z chorobą nowotworową oraz jego leczeniem stanowi poważne obciążenie dla pacjenta, co może przyczynić się do rozwoju zaburzeń emocjonalnych i uruchamiania destruktywnych strategii radzenia sobie z chorobą. Rozpoznanie choroby nowotworowej układu moczowo-płciowego, a w szczególności nowotworu jądra, wiąże się nie tylko ze stresem związanym z zachorowaniem, lękiem przed cierpieniem i śmiercią, lecz także z obawą o utratę tożsamości płciowej, pogorszenie sprawności seksualnej i bezpłodność. W przypadku nowotworów układu moczowo-płciowego często wdrażane jest radykalne leczenie operacyjne. Ten rodzaj leczenia odbierany jest przez osoby chore jako wysoce inwazyjny i okaleczający. Konsekwencją radykalnego usunięcia jądra u młodych mężczyzn są problemy psychologiczne, takie jak: lęk o utratę męskości i płodności, obniżone poczucie własnej wartości i seksualności, lęk o jakość relacji intymnych, brak akceptacji swojego ciała i lęk przed odrzuceniem w związku. Potrzeba posiadania potomstwa może stać się ważniejsza niż potrzeba przeżycia i uzyskania remisji choroby. Deprywacja tych potrzeb może być przyczyną poważnych zaburzeń lękowo-depresyjnych i destruktywnego radzenia sobie z chorobą nowotworową u osób leczonych przeciwnowotworowo w sposób radykalny [2].

Teoria przystosowania się do choroby nowotworowej wyrażająca się przyjmowaniem strategii konstruktywnych lub destruktywnych konfrontacji z sytuacją przekraczającą możliwości człowieka poradzenia sobie z nią, oparta jest na koncepcji stresu

w nurcie poznawczo-transakcyjnym według Lazarusa i Folkman [3]. Teoria zakłada, że stres przeżywany w następstwie oceny bodźca jako zagrażającego (choroby nowotworowej) pociąga za sobą stosowanie nieadaptacyjnych sposobów radzenia sobie z nim, a te z kolei mogą prowadzić do gorszego przystosowania psychicznego do choroby. Greer [4] określił model radzenia sobie z chorobą nowotworową obejmujący pięć głównych postaw przystosowania się do niej: duch walki, unikanie/zaprzeczanie, fatalizm/stoicka akceptacja, bezradność/beznadziejność, lękowe zaabsorbowanie. Wyniki badań Greer i wsp. [5] wskazują, że różne typy przystosowania do choroby są związane z pozytywnymi lub z negatywnymi reakcjami. Postawa ducha walki związana jest z niskim zewnętrznym umiejscowieniem kontroli i wysokim wsparciem społecznym. Postawa bezradność/beznadziejność, przejawia się u chorego poczuciem beznadziei i bezradności, biernością, uczuciem lęku, przygnębieniem i depresją, jest związana z wysokim zewnętrznym umiejscowieniem kontroli i niskim wsparciem społecznym. Postawa lękowego zatroskania przejawia się u chorego lękowym nastawieniem do diagnozy, procesu diagnostycznego i leczniczego oraz często zachowaniami hipochondrycznymi. W zakresie zależności między rodzajem strategii radzenia sobie z chorobą a przebiegiem procesu choroby stwierdzono, że osoby przyjmujące postawy sklasyfikowane jako duch walki i zaprzeczanie wykazywały wyższy wskaźnik okresu remisji i przeżycia niż osoby stosujące strategię stoickiej akceptacji czy poczucia bezradności/beznadziejności [5, 6]. Badania porównawcze Chojnackiej-Szawłowskiej [7] potwierdziły, że pacjenci uruchamiający konstruktywne strategie radzenia sobie z chorobą nowotworową cechowali się wyższą jakością życia oraz lepszym rokowaniem w kontekście długości przeżycia i okresów remisji. Badania te również potwierdziły, że strategie aktywne, konfrontacyjne i ucieczkowe w większym stopniu wpływają na podwyższenie jakości życia niż strategie z przewagą bierności i rezygnacji. W badaniach Watson [8] wykazano, że rodzaj przyjmowanej

przez pacjentów postawy wobec choroby, podobnie jak wskaźniki depresji, koreluje z przeżywalnością pacjentów z chorobami nowotworowymi. Pacjentki z nowotworem piersi przyjmujące postawę bezradności/beznadziejności lub wykazujące wysokie nasilenie depresji mają znacznie obniżoną jakość życia oraz znacząco niższe szanse na 5-letnie przeżycie.

Celem badania była po pierwsze odpowiedź na pytania dotyczące funkcjonowania psychologicznego pacjentów z nowotworem układu moczowo-płciowego: jakie strategie przystosowania psychicznego do choroby oraz jakie strategie związane z poznawczą regulacją emocji dominują u tych pacjentów. Po drugie określenie związków między strategiami przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej a strategiami w zakresie poznawczej regulacji emocji. Celem praktycznym badania było, na podstawie uzyskanych wyników, opracowanie celowanych programów zajęć psychoedukacyjnych dla mężczyzn chorych na nowotwór gruczołu krokowego z zakresu pokonywania problemów psychologicznych.

MATERIAŁ I METODY

Osoby badane

Przebadano 112 pacjentów w wieku 19–78 lat z rozpoznaną chorobą nowotworową układu moczowo-płciowego leczonych w Klinice Onkologii. Badanie prowadzone było w okresie od stycznia 2016 r. do listopada 2016 r. Wszyscy pacjenci objęci badaniem otrzymywali wsparcie psychologiczne w trakcie pobytu w klinice.

Narzędzia pomiaru zmiennych

Osoby badane zostały poinformowane o poufności i dobrowolności badania. Po uzyskaniu ustnej zgody na udział w badaniu były proszone o jednokrotne wypełnienie trzech kwestionariuszy: metryczki demograficznej, Kwestionariusza Poznawczej Regulacji Emocji oraz Skali Przystosowania do Choroby Nowotworowej.

Metryczka demograficzna zawierała prośbę o podanie: wieku, płci, wielkości miejsca zamieszkania, sytuacji zawodowej, rodzaju i etapu choroby oraz rodzaju leczenia.

Kwestionariusz Poznawczej Regulacji Emocji – CERQ (*Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*) [9] mierzy 9 strategii poznawczych stosowanych w odpowiedzi na negatywne doświadczenie. Można wyróżnić strategie adaptacyjne: akceptacja, koncentracja na pozytywach, pozytywne przewartościowanie, spojrzenie z perspektywy, koncentracja na planowaniu oraz nieadaptacyjne: obwinianie siebie, ruminacja, katastrofizowanie, obwinianie

innych. Kwestionariusz składa się z 18 stwierdzeń; osoba badana określa na pięciostopniowej skali, od (prawie) nigdy do (prawie) zawsze, jak często postępuje w określony sposób w sytuacji stresującej.

Skala Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej – MINI-MAC [10] mierzy nasilenie 4 postaw przyjmowanych wobec choroby nowotworowej: zaabsorbowania lękowego, walki, bezradności-beznadziejności, pozytywnego przewartościowania. Można także określić dwie strategie radzenia sobie: konstruktywne i destruktywne, powstające z połączenia powyższych. Skala składa się z 29 stwierdzeń, osoba badana ustosunkowuje się do nich na skali od 1 – „zdecydowanie nie” do 4 – „zdecydowanie tak”. Skala służy do oceny reakcji na diagnozę choroby nowotworowej, ale również do ujęcia zmian zachodzących w trakcie procesu leczenia i rehabilitacji.

Analizy statystyczne

Wykonano test Kołmogorowa-Smirnova w celu określenia normalności rozkładów poszczególnych badanych zmiennych. Ze względu na brak normalności rozkładów części badanych zmiennych do analizy zależności zastosowano korelację rangową tau-b Kendalla, która jest odporna na brak normalności rozkładu zmiennych. We wszystkich obliczeniach przyjęto poziom istotności 5%. Analiza statystyczna wyników została przeprowadzona z użyciem pakietu SPSS PASW Statistics w wersji 22.

WYNIKI

W tabeli 1. zawarto statystyki opisowe: średnią i odchylenie standardowe strategii poznawczego radzenia sobie ze stresem oraz postaw przyjmowanych wobec choroby przez pacjentów z nowotworem gruczołu krokowego.

W tabeli 2. przedstawiono współczynniki korelacji tau-b Kendalla między poznawczymi strategiami radzenia sobie ze stresem a strategiami przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej. Zaobserwowano istotne statystycznie związki.

W zakresie związków między strategiami adaptacyjnymi poznawczej regulacji emocji oraz adaptacyjnymi strategiami przystosowania do choroby, zaobserwowano, że: występuje dodatni związek między stosowaniem strategii akceptacja, koncentracja na pozytywach i pozytywne przewartościowanie a duchem walki i pozytywnym przewartościowaniem; między koncentracją na planowaniu i pozytywnym przewartościowaniem oraz między spojrzeniem z perspektywy a duchem walki.

W zakresie związków między strategiami adaptacyjnymi poznawczej regulacji emocji oraz nieadaptacyjnymi

tacyjnymi strategiami przystosowania do choroby stwierdzono występowanie negatywnego związku między akceptacją, pozytywnym przewartościowaniem i spojrzeniem z perspektywy a zaabsorbowaniem lękowym i bezradnością – beznadziejnością; między koncentracją na pozytywach a zaabsorbowaniem lękowym oraz między koncentracją na planowaniu a bezradnością – beznadziejnością.

W zakresie związków między strategiami nieadaptacyjnymi poznawczej regulacji emocji oraz nieadaptacyjnymi strategiami przystosowania do choroby stwierdzono występowanie dodatnich zależności: między obwinianiem innych i katastrofizowaniem a zaabsorbowaniem lękowym i bezradnością – beznadziejnością oraz między obwinianiem siebie i ruminacją a zaabsorbowaniem lękowym.

OMÓWIENIE I WNIOSKI

Porównanie wyników badania własnego z wynikami uzyskanymi przez Juczyńskiego [11] podczas prac nad polską adaptacją kwestionariusza MINI-MAC wskazują, że pacjenci poddani badaniu własnemu w porównaniu z grupą odniesienia – pacjentami z rakiem prostaty – charakteryzują się zdecydowanie niższym nasileniem zaabsorbowania lękowego (d Cohena = 1,35), wyższym duchem walki (d Cohena = 0,33), niższym poczuciem bezradności

– beznadziejności (d Cohena = 0,79) oraz porównywalnym nasileniem pozytywnego przewartościowania (d Cohena = 0,16).

Częstość stosowanych strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową przez pacjentów w badaniu własnym można porównać zarówno z wynikami uzyskanymi przez osoby z przeciętnej populacji, jak i przez pacjentów z nowotworem prostaty. Naj-

Tabela 1. Statystyki opisowe: poznawcze strategie radzenia sobie ze stresem oraz strategie przystosowania do choroby u pacjentów z nowotworem gruczołu krokowego ($n = 112$)

	M ±SD
Obwinianie siebie	4,82 ±2,41
Akceptacja	7,91 ±1,67
Ruminacja	6,16 ±1,72
Koncentracja na pozytywach	7,18 ±2,02
Koncentracja na planowaniu	7,04 ±2,01
Pozytywne przewartościowanie	7,18 ±1,72
Spojrzenie z perspektywy	6,18 ±1,98
Katastrofizowanie	5,05 ±2,10
Obwinianie innych	3,04 ±1,73
Zaabsorbowanie lękowe	14,66 ±4,59
Duch walki	22,66 ±2,79
Bezradność – beznadziejność	11,30 ±4,45
Pozytywne przewartościowanie	21,59 ±3,59

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

Tabela 2. Poznawcze strategie regulacji emocji a strategie przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej ($N = 112$)

		Zaabsorbowanie lękowe	Duch walki	Bezradność – beznadziejność	Pozytywne przewartościowanie
Obwinianie siebie	tau-b	0,180*	0,123	0,096	0,012
	p	0,032	0,146	0,253	0,888
Akceptacja	tau-b	-0,256**	0,222**	-0,288**	0,257**
	p	0,003	0,010	0,001	0,003
Ruminacja	tau-b	0,285**	-0,078	0,120	0,038
	p	0,001	0,366	0,159	0,656
Koncentracja na pozytywach	tau-b	-0,235**	0,402**	-0,109	0,183*
	p	0,005	0,000	0,193	0,030
Koncentracja na planowaniu	tau-b	-0,049	0,156	-0,183*	0,165*
	p	0,555	0,065	0,028	0,049
Pozytywne przewartościowanie	tau-b	-0,218**	0,194*	-0,282**	0,285**
	p	0,010	0,023	0,001	0,001
Spojrzenie z perspektywy	tau-b	-0,277**	0,175*	-0,187*	0,160
	p	0,001	0,039	0,025	0,057
Katastrofizowanie	tau-b	0,470**	-0,065	0,270**	-0,055
	p	0,000	0,443	0,001	0,514
Obwinianie innych	tau-b	0,299**	-0,096	0,181*	-0,095
	p	0,001	0,278	0,038	0,279

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ tau-b – współczynnik korelacji nieparametrycznej tau-b Kendalla, p – istotność statystyczna (dwustronna)

częściej stosowanymi strategiami przez pacjentów w badaniu własnym są strategie adaptacyjne: akceptacja, koncentracja na pozytywach, pozytywne przewartościowanie, koncentracja na planowaniu oraz spojrzenie z perspektywy. Często stosowanie tych samych strategii adaptacyjnych stwierdzono w badaniu na grupie osób z przeciętnej populacji [9] oraz pacjentów z nowotworem prostaty [12]. Wyniki te także świadczą o dobrym przystosowaniu do choroby.

W zakresie zależności między przystosowaniem do choroby a stosowaniem strategii radzenia sobie ze stresem wyniki badań własnych są spójne z wynikami innych badań. Roesch i wsp. [13] stwierdzili, że lepsze przystosowanie psychiczne do choroby nowotworowej wiąże się ze stosowaniem strategii skoncentrowanych na zadaniu. Wynik ten jest analogiczny do uzyskanego w badaniu własnym, który wskazuje, że stosowanie takich strategii adaptacyjnych, jak koncentracja na planowaniu czy koncentracja na pozytywach, wiąże się z pozytywnym nastawieniem do choroby i jednocześnie z niższym nasileniem negatywnych emocji. Wyniki badania Woottena i wsp. [14] wskazują z kolei, że stosowanie stylu skoncentrowanego na emocjach wiąże się z gorszym przystosowaniem psychicznym. Analogiczny wynik uzyskano w badaniu własnym – stosowanie takich strategii, jak katastrofizacja, ruminacja, obwinianie siebie i innych, wiąże się z wyższym nasileniem lęku i większą skłonnością do postrzegania sytuacji jako zagrażającej, a więc z gorszym przystosowaniem do choroby.

Uzyskane wyniki wskazują na dobre przystosowanie psychiczne pacjentów do choroby nowotworowej, na co mogło mieć wpływ między innymi objęcie wsparciem psychologicznym w trakcie hospitalizacji. Tym samym wyniki dostarczają wskazówek, jakie działania należy uwzględnić podczas planowania interwencji psychologicznych wspierających proces leczenia medycznego. Przede wszystkim warto zachęcać pacjentów do mierzenia się w sposób aktywny z chorobą – do planowania kolejnych działań, dowiadywania się o przebieg choroby i proces leczenia, wyciągania wniosków na przyszłość. Warto także zachęcać pacjentów, aby patrzyli na obecne wydarzenia w szerszym kontekście, nie traktowali obecnej choroby jako sytuacji, w której są bezradni. Gdy pacjenci są skłonni obwiniać siebie lub innych za zaistniałą sytuację, warto przekierować ich uwagę na przyjemniejsze wydarzenia z przeszłości lub zachęcić ich do wyciągnięcia wniosków na przyszłość. Niewskazane jest bezproduktywne przeżywanie ciągle tych samych nieprzyjemnych emocji związanych z chorobą.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. Kotlińska-Lemieszek A. Epidemiologia bólu w chorobie nowotworowej w Polsce i na świecie. I cykl szkolenia onkologów. Warszawa 2007.
2. Grischke EA. Psychoonkologia w chorobach kobiecych z uwzględnieniem aspektów psychosomatycznych. W: Psychoonkologia. Dormuller M, Dietzfelbinger H, Sęk H (red.). Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009
3. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. Springer Publishing Company, 1984.
4. Greer S. CBT for emotional distress of people with cancer: some personal observations. *Psychooncology* 2008; 17: 170-173.
5. Greer S, Moorey S, Watson M. Patients' adjustment to cancer, the mental adjustment to cancer (MAC) scale vs clinical ratings. *J Psychosom Res* 1989; 33: 373-377.
6. Juczyński Z. Promocja zdrowia. W kręgu nauki i ideologii. Materiały XXVIII Zjazdu PTP. Wydawnictwo WSP, Opole 1993.
7. Chojnacka-Szawłowska G. Kryzys w chorobie nowotworowej i sposoby jego przezwyciężania W: Psychoonkologia. de Walden-Galuszko K (red.). Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000; 55-70.
8. Watson M, Haviland JS, Greer S i wsp. Influence of psychological response on survival in breast cancer, a population-based cohort study. *Lancet* 1999; 354: 1331-1336.
9. Garnefski N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire. *Eur J Psychol Assess* 2007; 23: 141-149.
10. Watson M. The Mini-MAC, further development of the mental adjustment to cancer scale. *Psychosomatic Oncol* 1994; 12: 33-46.
11. Juczyński Z. Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: Psychoonkologia. de Walden-Galuszko K (red.). Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
12. Sharpley CF, Bitsika V, Christie DR. How prostate cancer patients cope with the effects of diagnosis and treatment: Development of the Effects of Prostate Cancer Coping Strategies Scale. *J Men's Health* 2011; 8: 56-65.
13. Roesch SC, Adams L, Hines A i wsp. Coping with prostate cancer: a meta-analytic review. *J Behav Med* 2005; 28: 281-293.
14. Wootten AC, Burney S, Foroudi F i wsp. Psychological adjustment of survivors of localised prostate cancer: investigating the role of dyadic adjustment, cognitive appraisal and coping style. *Psychooncology* 2007; 16: 994-1002.