

Wyższa Szkoła Humanitas w Sosnowcu. Wydział Nauk Humanistycznych

JACEK KONRAD OLSZEWSKI

ORCID: 0000-0002-5323-4383

jackolszews@poczta.onet.pl

Formy zdrowia emocjonalnego a cechy osobowości u osób dotkniętych chorobą nowotworową (kobiet po mastektomii)

Forms of Emotional Health and Personality Traits of People Who Experienced Malignant Tumour
(Post-mastectomy Women)

STRESZCZENIE

Wiele danych świadczy o tym, że osoby dotknięte rakiem są bardziej lękowe i depresyjne niż zdrowa populacja. Jednakże należy zwrócić uwagę na wewnętrzne zasoby psychiczne pacjentów onkologicznych, które mogą pełnić funkcję bufora chroniącego przed zaburzeniami zdrowia psychicznego. Celem podjętych badań było określenie różnic w zakresie podstawowych cech osobowości kobiet po mastektomii i kobiet, które nie były dotknięte chorobą nowotworową, odznaczających się różnymi formami zdrowia emocjonalnego. Wyniki badań wskazują, że zarówno kobiety po mastektomii, jak i kobiety niedotknięte chorobą nowotworową nie stanowią pod względem formy zdrowia emocjonalnego grupy jednorodnej. Ponadto podgrupy kobiet po mastektomii i podgrupy kobiet niedotkniętych chorobą nowotworową, z różnymi formami zdrowia emocjonalnego, różnią się między sobą pod względem podstawowych cech osobowości, takich jak ekstrawersja i neurotyczność.

Słowa kluczowe: rak; osobowość; zdrowie emocjonalne

WPROWADZENIE

Choroby nowotworowe przez to, że prowadzą do fizycznego cierpienia i stanowią realne zagrożenie dla życia, są źródłem silnego napięcia psychicznego (Wrona-Polańska 1999). Wśród nich, ze względu na dużą zachorowalność, poważny problem medyczny stanowi rak piersi. Jest to nowotwór najczęściej występujący u kobiet. Zachorowalność na niego wzrasta wraz z wiekiem, zwłaszcza po okresie

menopauzy. Główną metodą terapii raka piersi jest mastektomia, która wyzwała poczucie utraty kobiecości, zaburza obraz siebie i wywołuje poczucie małowartościowości (de Walden-Gałuszko 2011; Mroczek i in. 2012). Wiele danych świadczy o tym, że osoby dotknięte rakiem są bardziej lękowe i depresyjne niż zdrowa populacja (Trzebiatowska 2002; Mess, Malewicz, Lisowska, Jonak 2006; Haan, Grothuesmann, Neise, Hille, Hillemanns 2010). Dodatkowo na ich stan psychiczny i radzenie sobie z chorobą mają wpływ cechy osobowości przedchorobowej. Należy zwrócić uwagę również na wewnętrzne zasoby psychiczne pacjentów onkologicznych, które mogą pełnić funkcję bufora chroniącego przed zaburzeniami zdrowia psychicznego. Można do nich zaliczyć dobrostan psychiczny wraz ze składającą się na niego satysfakcją z życia oraz powiązane z nimi cechy osobowości, które mogą sprzyjać bardziej efektywnemu funkcjonowaniu psychologicznemu.

CECHY OSOBOWOŚCI A PSYCHOPATOLOGIA I ZDROWIE SOMATYCZNE

1. Cechy osobowości a psychopatologia

Zależność między osobowością a zaburzeniami życia psychicznego jest faktem dawno zaobserwowanym i podkreślanym przez wielu psychiatrów i psychologów. Pewne cechy osobowości predysponują do wystąpienia zaburzeń, inne zaś wyznaczają ich obraz i jakościowe zróżnicowanie (por. Olszewski 2010). Wyniki wielu badań dostarczają przekonujących dowodów, że neurotyczność (czyli afektywność negatywna) oraz niski poziom ekstrawersji (czyli pozytywnej afektywności) znacząco zwiększają podatność na depresję i zaburzenia lękowe zarówno w populacji ogólnej, jak i u pacjentów onkologicznych (Carson, Butcher, Mineka 2008; Shimizu i in. 2015; Novakov, Popović-Petrović 2017; İzci i in. 2018). Ponadto neurotyczność i introwersja (w mniejszym stopniu także mała otwartość na doświadczenia i niska sumienność) decydują o stosowaniu sposobów radzenia sobie ze stresem zorientowanych na emocje oraz pasywnych, które generalnie są uznawane za mało adaptacyjne i stanowią zmienną pośredniczącą między cechami osobowości a patologią życia psychicznego, głównie emocjonalnego (por. Olszewski 2010). Zaburzenia osobowości (zwłaszcza tzw. obawowo-lękowe) również stanowią sprzyjające podłoże dla rozwoju m.in. zaburzeń lękowych i nastroju (głównie depresji) (Seligman, Walker, Rosenhan 2003; Carson i in. 2008; Millon, Davis 2012).

2. Cechy osobowości a zdrowie somatyczne

Ujmowanie osobowości w kategoriach cech, czyli względnie stałych właściwości psychicznych wyznaczających zespoły zachowań człowieka, jest użyteczne także w identyfikowaniu osobowościowych korelatów chorób so-

matycznych. Rezultaty wielu badań potwierdzają istnienie zależności między osobowością typu A, C i D a rozwojem chorób: nowotworowych, układu krążenia, układu pokarmowego i dermatoz (Ogińska-Bulik 2006; Wojciechowska, Pawłowski 2017). Są też badania wskazujące na związek neurotyzmu z zachorowalnością na raka (McCann 2017) i większą śmiertelnością w chorobach nowotworowych i chorobach serca (McCann 2014). Należy przy tym uwzględnić dwustronne związki między osobowością a chorobami somatycznymi: psychosomatyczne i somatopsychiczne.

Przedstawiciele nurtu psychosomatycznego wskazują, że takie cechy osobowości, jak tłumienie negatywnych emocji, duża odpowiedzialność, cechy kompulsywne i skłonność do depresji mogą być predyktorem chorób „psychosomatycznych” (Hamilton 1955, za: Wrześniewski 2000). I. Wojciechowska i T. Pawłowski (2017), na podstawie przeglądu dostępnych badań z obszaru psychoonkologii, doszli do wniosku, że jednak nie ma pewności co do roli określonych cech osobowości w patogenezie chorób nowotworowych. Wynika to z faktu, że choroby nowotworowe charakteryzuje polietologia, a stan psychiczny to jedno z wielu ogniw w złożonym procesie karcynogenezy.

Uwzględniając zależności somatopsychiczne, należy przyjąć, że skutkiem zmagania się z przewlekłą chorobą, będącą dużym obciążeniem psychicznym, może być zmiana osobowości (Pużyński, Wciórka 1997; Ogińska-Bulik 2006; Kubacka-Jasiecka 2010). D. Dudek i M. Siwek (2007) wskazali, że nowotwór złośliwy i przeżycia związane z chorobą mogą prowadzić do niekorzystnych zmian nawet w zakresie względnie trwałej struktury osobowości.

ZDROWIE EMOCJONALNE

Określenie pojęcia zdrowia dotyczącego sfery emocjonalnej jest niezwykle istotne dla podjęcia trafnych działań diagnostycznych, profilaktycznych i terapeutycznych. Tradycyjna negatywna koncepcja zdrowia już od dawna wydaje się niewystarczająca, a definicja zdrowia według WHO, akcentująca dobrostan w trzech ważnych sferach (fizycznej, psychicznej i społecznej), nadal nie ma konsekwentnego rozwinięcia (por. Olszewski 2015). Niewątpliwie brak objawów i zachowań połączonych z cierpieniem (ICD-10 – Pużyński, Wciórka 1997) to za mało, żeby człowieka uznać za zdrowego. Świadczy o tym również pozytywne zdrowie psychiczne, którego ważnym elementem jest dobrostan psychiczny obejmujący takie czynniki, jak: samoakceptacja, rozwój osobisty, posiadanie celu życiowego, pozytywne relacje interpersonalne, poczucie autonomii (Ogińska-Bulik, Juczyński 2008). Ponadto, jak wskazują przedstawiciele psychologii pozytywnej, dobrostan psychiczny może być ściśle dodatnio skorelowany z subiektywną oceną zdrowia osobistego (Trzebińska 2008; Carr 2009; Hoerger i in. 2016; Ćzci i in. 2018).

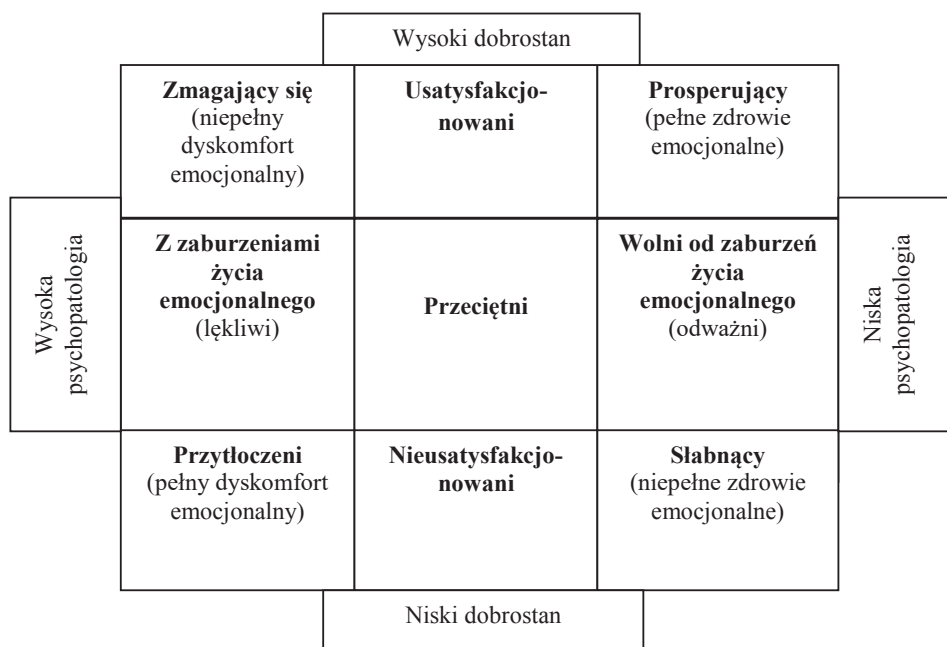
1. Model kompletnego zdrowia psychicznego

Przedstawiciele psychologii pozytywnej wysuwają propozycje modelu zdrowia psychicznego uwzględniające pożądane i niekorzystne aspekty funkcjonowania oraz subiektywny dobrostan i psychopatologię (Trzebińska 2008; Westerhof, Keyes 2010).

Takie stanowisko zajęli C.L.M. Keyes i S.J. Lopez (2002), którzy psychopatologię i dobrostan traktują jako ortogonalne wymiary opisu funkcjonowania osoby. Według tych badaczy oceny zdrowia psychicznego można dokonywać na podstawie ułożenia zaobserwowanych stanów psychicznych i zachowań w przestrzeni wyznaczonej tymi dwoma wymiarami. Model Keyesa i Lopez opisuje jakościowo odmienne formy zdrowia psychicznego, które są wyznaczone przez ortogonalne wymiary psychopatologii i dobrostanu. Obejmuje on cztery formy zdrowia: 1) kompletne zaburzenie psychiczne – grzęźnięcie; 2) niekompletne zaburzenie psychiczne – zmaganie się; 3) niekompletne zdrowie psychiczne – słabnięcie; 4) kompletne zdrowie psychiczne – prosperowanie (Trzebińska 2008; Westerhof, Keyes 2010).

W tym dwuwymiarowym modelu zdrowia psychicznego pozytywne zdrowie psychiczne, mimo różnicowania, jest powiązane z zaburzeniami psychicznymi. Osoby dotknięte zaburzeniami psychicznymi (depresją, zaburzeniami lękowymi) teoretycznie mogą wykazywać wysoki poziom pozytywnego zdrowia psychicznego i odwrotnie – brak psychopatologii nie zapewnia człowiekowi życia efektywnego. Diagnoza wiążąca zdrowie psychiczne i zaburzenia psychiczne w przeciwieństwie do diagnozy negatywnej pozwala na lepszą ocenę funkcjonowania psychospołecznego człowieka, gdyż spostrzega zdrowie i zaburzenia psychiczne jako komplementarne (por. Petrillo, Capone, Caso, Keyes 2014; Olszewski 2015, 2017).

W niniejszym opracowaniu autor odwołuje się do modelu zdrowia psychicznego Keyesa i Lopez (2002), przy czym w autorskim modelu (rys. 1) uwzględniono również przeciętne natężenie dobrostanu i psychopatologii (Olszewski 2012). Taka modyfikacja umożliwiła wyodrębnienie aż dziewięciu różnych form zdrowia psychicznego, które są zawężone do sfery emocjonalnej. Autor na użytek badań własnych uwzględnił wybrane aspekty zdrowia psychicznego. Wymiar psychopatologii został sprowadzony do zaburzeń związanych z lękiem, które odznaczają się dużym rozpowszechnieniem, natomiast wymiar dobrostanu zawężono do jednego z elementów subiektywnego dobrostanu, którym jest satysfakcja z życia. Przegląd literatury przedmiotu wskazuje, że w badaniach empirycznych częściej wykorzystuje się podejście związane z subiektywną satysfakcją z życia (por. Ogińska-Bulik, Juczyński 2008). Na potrzeby niniejszych badań autor dokonał arbitralnego wyboru kryteriów kwalifikacyjnych (lęk i satysfakcja z życia), które zoperacjonalizował za pomocą wystandaryzowanych i znormalizowanych narzędzi diagnostycznych.



Rys. 1. Model kompletnego zdrowia emocjonalnego

Źródło: opracowanie własne na podstawie: (Keyes, Lopez 2002, s. 50).

Ponadto można założyć, że każda z wyodrębnionych form zdrowia emocjonalnego wyraża się stopniem skuteczności radzenia sobie ze stresem. W modelu tym odchodzi się od pytań o patologię (Czy osoba ma jakieś zaburzenie?) na rzecz pytania: Jak radzi sobie osoba? (por. Olszewski 2012, 2015).

W niniejszych rozważaniach należy też zwrócić uwagę na związek elementów składających się na kompletne zdrowie emocjonalne (dobrostan, psychopatologia) z chorobą nowotworową.

I. Trzebiatowska (2002) wskazała na znaczne rozpowszechnienie zaburzeń psychicznych u osób z nowotworami złośliwymi. Choroby nowotworowe sprzyjają bowiem wystąpieniu zaburzeń emocjonalnych, wśród których dominują depresja, lęk i zaburzenia związane ze stresem (Cohen 2002; Mess i in. 2006; Dudek, Siwek 2007).

Obserwacje kliniczne i rezultaty wielu badań dowodzą, że pacjenci onkologiczni są bardziej nieszczęśliwi, lękowi i depresyjni niż zdrowa populacja (Kubacka-Jasiecka 2006; Ogińska-Bulik, Juczyński 2008; Hyphantis i in. 2013; Rana, Gellrich, Czens, Kanatas, Rana 2014). Istnieją jednak badania świadczące o występowaniu niewielkiej różnicy w satysfakcji z życia między ciężko chorymi a zdrowymi oraz między pacjentami z nowotworem łagodnym a złośliwym (Kalembrik, Juczyński 2001, za: Ogińska-Bulik, Juczyński 2008).

METODOLOGIA BADAŃ

Celem przeprowadzonych badań było określenie różnic w zakresie podstawowych cech osobowości kobiet po mastektomii i kobiet, które nie były dotknięte chorobą nowotworową, odznaczających się różnymi formami zdrowia emocjonalnego.

Na podstawie celu badań sformułowano następujące problemy badawcze:

1. Czy w grupie kobiet po mastektomii i w grupie kobiet, które nie były dotknięte chorobą nowotworową, można wyodrębnić podgrupy osób z różnymi formami zdrowia emocjonalnego? Jeśli tak, to:
2. Czy podgrupy kobiet po mastektomii i podgrupy kobiet niedotkniętych chorobą nowotworową, z różnymi formami zdrowia emocjonalnego, istotnie różnią się między sobą pod względem cech osobowości?

Przegląd prac empirycznych oraz informacje zawarte w literaturze przedmiotu dały podstawę do postawienia odpowiadających pytaniom badawczym hipotez:

H1. W grupie kobiet po mastektomii i w grupie kobiet, które nie były dotknięte chorobą nowotworową, można wyodrębnić podgrupy osób z różnymi formami zdrowia emocjonalnego.

H2. Podgrupy kobiet po mastektomii i podgrupy kobiet niedotkniętych chorobą nowotworową z różnymi formami zdrowia emocjonalnego istotnie różnią się między sobą pod względem cech osobowości.

OSOBY BADANE

Badaniami autor objął 37 kobiet po mastektomii z Lubelskiego Stowarzyszenia Amazonek, które utworzyły grupę kryterialną (K), oraz 24 kobiety niedotknięte chorobą nowotworową, które zostały włączone do grupy porównawczej (P). Do grupy kryterialnej osoby zostały zakwalifikowane poprzez dobór celowy. Kryterium doboru do tej grupy była diagnoza raka piersi i przejście mastektomii co najmniej 5 lat od przeprowadzenia badań. W skład grupy porównawczej weszły osoby, u których nie zdiagnozowano choroby nowotworowej i które nie były poddane operacji chirurgicznej. Do grupy tej włączono osoby na drodze doboru kwotowego, które spełniły takie kryteria przynależności do próby, jak: płeć, wiek, wykształcenie, stan cywilny. Wiek osób badanych mieścił się w przedziale 42–76 lat. Średnia wieku grupy K wyniosła 59,86 roku, natomiast średnia wieku grupy P to 58,67 roku. Informacje dotyczące liczebności grup i wieku osób badanych znajdują się w tab. 1.

Tab. 1. Liczebność grup i wiek osób badanych

Grupa badana	Liczba badanych	Wiek
Grupa kryterialna (K) Kobiety po mastektomii	N = 37	47–76 lat
		M = 59,86
Grupa porównawcza (P) Kobiety niedotknięte chorobą nowotworową	N = 24	42–76 lat
		M = 58,67

Źródło: opracowanie własne.

NARZĘDZIA BADAWCZE

W badaniach wykorzystano takie narzędzia badawcze, jak:

1. Skala Satysfakcji z Życia (SWLS). Jej autorami są E. Diener, R.A. Emmons, R.J. Larson i S. Griffin, a adaptacji dokonał Z. Juczyński (2001). Narzędzie obejmuje pięć stwierdzeń, które podlegają ocenie przez osoby badane w skali 7-stopniowej. Skala umożliwia badanie satysfakcji z życia, składającej się na subiektywny dobrostan (dobre samopoczucie).
2. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Autorami polskiej wersji są C.D. Spielberger, J. Strelau, M. Tysarczyk i K. Wrześniewski. Kwestionariusz daje możliwość zidentyfikowania osób o zdecydowanie niskim lub zdecydowanie wysokim poziomie lęku rozumianego jako stała dyspozycja wewnętrzna (cecha), a także rejestrowania zmian nasilenia lęku ujmowanego jako stan. W badaniach własnych uwzględniono lęk pojmowany jako cecha, który można badać za pomocą skali X-2 (Wrześniewski, Sosnowski, Matusik 2002).
3. Inwentarz Osobowości NEO-FFI, autorstwa P.T. Costy i R.R. McCrae. Polskiej adaptacji tego kwestionariusza dokonali B. Zawadzki, J. Strelau, P. Szczepaniak i M. Śliwińska (1998). Inwentarz zawiera pięć skal, które pozwalają na pomiar podstawowych cech osobowości, takich jak: neurotyczność (NEU), ekstrawersja (EKS), otwartość na doświadczenie (OTW), ugodowość (UGD) i sumienność (SUM). Składa się z 60 stwierdzeń ocenianych przez osoby badane w skali 5-stopniowej.

ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ

1. Formy zdrowia emocjonalnego w grupie kobiet po mastektomii i w grupie kobiet niedotkniętych chorobą nowotworową

Wyniki badań własnych wskazują, że w badanych grupach można wyodrębnić podgrupy osób z różnymi formami zdrowia emocjonalnego. Za pomocą analizy skupień metodą k-średnich, przeprowadzoną na wynikach badań Skalą SWLS i Inwentarzem STAI (z wykorzystaniem skali X-2), wśród kobiet po mastektomii

wyłoniono podgrupy odznaczające się dwiema formami zdrowia emocjonalnego: osoby „przytłoczone” (stanowiące liczniejszą grupę: $n = 20$) i „słabnące” ($n = 17$). Natomiast wśród kobiet niedotkniętych rakiem wyodrębniono dwie równoliczne podgrupy ($n = 12$): osoby „odważne” i „przytłoczone”. Podgrupy te istotnie statystycznie różniły się pod względem poziomu satysfakcji z życia i poziomu lęku. Liczebność, średnie wartości, odchylenia standardowe oraz istotność różnic dotyczącą badanych zmiennych w badanych grupach zawiera tab. 2.

Tab. 2. Liczebność (n), średnie wartości (M), odchylenia standardowe (SD) satysfakcji z życia (SWLS) i poziomu lęku (STAI) oraz istotność różnic między średnimi w podgrupach kobiet po mastektomii i w podgrupach osób niedotkniętych rakiem

Podgrupy grupy kryterialnej	„Przytłoczone” (PK) $n = 20$		„Słabnące” (SK) $n = 17$		Z	p<
	M	SD	M	SD		
SWLS	3,60	0,75	4,41	1,33	-1,95	0,05
STAI	6,90	1,21	4,35	1,12	-4,98	0,001
Podgrupy grupy porównawczej	„Odważne” (OP) $n = 12$		„Przytłoczone” (PP) $n = 12$		Z	p<
	M	SD	M	SD		
SWLS	6,33	1,16	4,25	1,22	-3,30	0,001
STAI	3,75	1,36	6,75	1,22	-3,81	0,001

Źródło: opracowanie własne.

Dane z tab. 2 świadczą o tym, że wśród osób dotkniętych chorobą nowotworową podgrupa „przytłoczonych” ($M = 6,90$) w zestawieniu z podgrupą „słabnących” ($M = 4,35$) odznaczała się istotnie wyższym poziomem lęku ($Z = -4,98$; $p < 0,001$) oraz istotnie niższym poziomem satysfakcji z życia (podgrupa „przytłoczonych”: $M = 3,60$; podgrupa „słabnących”: $M = 4,41$; $Z = -1,95$; $p < 0,05$).

Z danych zawartych w tab. 2 wynika, że w grupie porównawczej osoby „odważne” ($M = 6,33$) w zestawieniu z „przytłoczonymi” ($M = 4,25$) odznaczały się istotnie wyższym poziomem satysfakcji z życia ($Z = -3,30$; $p < 0,001$) oraz istotnie niższym poziomem lęku (podgrupa „odważnych”: $M = 3,75$; podgrupa „przytłoczonych”: $M = 6,75$; $Z = -3,81$; $p < 0,001$).

2. Różnice w zakresie cech osobowości w podgrupach kobiet po mastektomii i w podgrupach kobiet niedotkniętych chorobą nowotworową, odznaczających się różnymi formami zdrowia emocjonalnego

Z informacji zamieszczonych w tab. 3 wynika, że wśród kobiet dotkniętych rakiem podgrupa „słabnących” ($M = 6,41$) w porównaniu z podgrupą „przy-

tlóczonych” ($M = 4,70$) odznaczała się istotnie wyższym poziomem ekstrawersji ($t = -2,71$; $p < 0,01$). Ponadto „słabnące” wykazały istotnie niższy ($t = 2,38$; $p < 0,05$) poziom neurotyczności ($M = 4,65$) niż podgrupa „przytlóczonych” ($M = 6,10$).

Tab. 3. Średnie wartości (M), odchylenia standardowe (SD) cech osobowości oraz istotność różnic między średnimi w podgrupach kobiet po mastektomii i w podgrupach kobiet niedotkniętych chorobą nowotworową, odznaczających się odmiennymi formami zdrowia emocjonalnego

Podgrupy grupy kryterialnej	„Przytlózione” (PK) n = 20		Słabnące” (SK) n = 17		Wynik testu	p<
	M	SD	M	SD		
NEU	6,10	1,65	4,65	2,06	$t = 2,38$	0,05
EKS	4,70	2,16	6,41	1,58	$t = -2,71$	0,01
OTW	5,30	1,66	5,88	1,50	$t = -1,11$	n.i.
UGD	6,00	1,62	6,35	1,06	$Z = -0,19$	n.i.
SUM	5,00	1,81	5,59	1,33	$Z = -0,70$	n.i.
Podgrupy grupy porównawczej	„Odważne” (OP) n = 12		„Przytlózione” (PP) n = 12		Wynik testu	p<
	M	SD	M	SD		
NEU	3,92	1,38	6,58	1,56	$t = -4,43$	0,001
EKS	6,33	1,07	5,17	1,12	$t = 2,61$	0,05
OTW	5,17	1,59	4,17	1,59	$Z = -1,72$	n.i.
UGD	6,50	1,17	6,58	1,17	$t = -1,75$	n.i.
SUM	6,08	1,24	6,00	1,41	$t = 0,15$	n.i.

Źródło: opracowanie własne.

Podobnie wśród kobiet niedotkniętych chorobą nowotworową podgrupa „odważnych” ($M = 3,92$) w porównaniu z podgrupą „przytlóczonych” ($M = 6,58$) odznaczała się istotnie niższym poziomem neurotyczności ($t = -4,43$; $p < 0,001$). Podgrupa „odważnych” ($M = 6,33$) była też istotnie bardziej ekstrawertywna ($t = 2,61$; $p < 0,05$) od podgrupy „przytlóczonych” ($M = 5,17$).

Z formami zdrowia emocjonalnego sprzyjającymi lepszemu przystosowaniu zarówno w grupie osób dotkniętych rakiem (osoby „słabnące”), jak i w grupie osób niedotkniętych chorobą nowotworową (osoby „odważne”) mają zatem związek: większa ekstrawersja i niższa neurotyczność.

DYSKUSJA WYNIKÓW

Rezultaty przeprowadzonych badań pozwalają przyjąć hipotezę pierwszą, zgodnie z którą w grupie kobiet po mastektomii i w grupie kobiet, które nie były dotknięte chorobą nowotworową, można wyodrębnić podgrupy osób z różnymi

formami zdrowia emocjonalnego. Zarówno kobiety po mastektomii, jak i kobiety niedotknięte chorobą nowotworową nie stanowiły bowiem pod względem formy zdrowia emocjonalnego grupy jednorodnej.

Wśród kobiet po mastektomii wyłoniono podgrupy odznaczające się dwiema formami zdrowia emocjonalnego: osoby „przytłoczone” (stanowiące licznieszą grupę) i „słabnące”. Natomiast wśród kobiet niedotkniętych rakiem wyodrębniono dwie równoliczne podgrupy: osoby „odważne” i „przytłoczone”. Jak wskazują wyniki badań, u osób dotkniętych rakiem zidentyfikowano formy zdrowia emocjonalnego niesprzyjające skutecznemu funkcjonowaniu psychospołecznemu oraz – jak można mniemać – efektywnemu radzeniu sobie z trudnościami wynikającymi z choroby nowotworowej. Osoby „emocjonalnie przytłoczone” odznaczają się pełnym dyskomfortem emocjonalnym wynikającym z obniżonej satysfakcji z życia ($M = 3,60$) i podwyższonego poziomu lęku ($M = 6,90$), a osoby „słabnące w zmaganiu się z chorobą” wykazują niepełne zdrowie emocjonalne, które wynika z obniżonej satysfakcji życiowej ($M = 4,41$). Rezultaty badań własnych wydają się zgodne z obserwacjami klinicznymi i badaniami prowadzonymi w tym obszarze, pokazującymi, że pacjenci onkologiczni są bardziej lękowi i nieszczęśliwi niż zdrowa populacja (Kubacka-Jasiecka 2006; Ogińska-Bulik, Juczyński 2008; Hyphantis i in. 2013; Rana i in. 2014). Wyodrębnione w badanej grupie mało adaptacyjne formy zdrowia emocjonalnego mogą wynikać z obciążających psychicznie doświadczeń związanych z chorobą nowotworową i jej specyfiką (Haan i in. 2010), ponieważ rak piersi i jego terapia mogą wyzwać poczucie utraty kobiecości, zaburzać obraz siebie i wywoływać poczucie małowartościowości (de Walden-Gałuszko 2011; Mroczek i in. 2012).

Przyjmując, że w modelu kompletnego zdrowia emocjonalnego odchodzi się od pytań o patologię (Czy osoba ma jakieś zaburzenie?) na rzecz pytania: Jak sobie radzi?, należy założyć, że kobiety dotknięte rakiem piersi radzą sobie mało skutecznie z trudnościami, gdyż są przytłoczone chorobą ($n = 20$) lub słabną w zmaganiu się z nią ($n = 17$). Potwierdzają to inne badania autora, wskazujące, że kobiety po mastektomii częściej niż osoby zdrowe stosują pasywno-unikowe sposoby radzenia sobie (Olszewski 2014).

Zważywszy na fakt, że osoby dotknięte chorobą nowotworową pod względem formy zdrowia emocjonalnego mogą odznaczać się różnorodnością, celowe jest zapoznanie się (w postępowaniu diagnostycznym poprzedzającym podejmowane wspierająco-terapeutyczne oddziaływania psychologiczne) z formą zdrowia emocjonalnego konkretnego pacjenta. Wyodrębnienie podgrup kobiet po mastektomii odznaczających się odmiennymi formami zdrowia emocjonalnego wskazuje na zasadność dostrzegania indywidualnego, wynikającego z formy zdrowia emocjonalnego, charakteru zmagania się z chorobą zagrażającą życiu, co może przyczynić się do niesienia bardziej skutecznej pomocy psychologicznej.

Rezultaty przeprowadzonych badań pozwalają również przyjąć drugą z postawionych hipotez, zakładającą, że podgrupy kobiet po mastektomii i podgrupy kobiet niedotkniętych chorobą nowotworową, z różnymi formami zdrowia emocjonalnego, różnią się między sobą pod względem podstawowych cech osobowości.

Badane osoby odznaczające się formami zdrowia emocjonalnego sprzyjającymi lepszemu przystosowaniu, zarówno w grupie osób dotkniętych rakiem (osoby „słabnące w zmaganiu się z chorobą”), jak i w grupie osób niedotkniętych chorobą nowotworową (osoby „odważne”), były bardziej ekstrawertywne i istotnie mniej neurotyczne niż osoby z nieadaptacyjną formą zdrowia emocjonalnego („przyłtłoczone”) w obu badanych grupach. Stwierdzone różnice dotyczące podstawowych cech osobowości w wyodrębnionych podgrupach są zgodne z rezultatami badań F. İzci i in. (2018), które wskazują, że satysfakcja z życia pacjentek z rakiem piersi ujemnie koreluje z neurotycznością, lękiem, depresją i poczuciem beznadziejności.

Wyniki badań zdają się więc potwierdzać założenie, że neurotyczności przypisuje się szczególne powiązanie z zaburzeniami i chorobami, a ekstrawersja jest czynnikiem sprzyjającym zdrowiu i lepszemu przystosowaniu do otoczenia (Ogińska-Bulik, Juczyński 2008; Shimizu i in. 2015; Novakov, Popović-Petrović 2017; İzci i in. 2018). N. Ogińska-Bulik i Z. Juczyński (2008) zwrócili uwagę na negatywną dla zdrowia rolę neurotyczności i introwersji. Neurotyczność, związana z negatywną emocjonalnością, jest uważana za wyznacznik stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, ponieważ osoby neurotyczne doświadczają więcej dolegliwości fizycznych i nieprzyjemnych objawów związanych z samopoczuciem i jakością życia (Ogińska-Bulik, Juczyński 2008; Carr 2009; Hoerger i in. 2016). Wykazane w badaniach własnych różnice dotyczące podstawowych wymiarów osobowości w wyodrębnionych podgrupach mogą wynikać z faktu, że neurotyczność i introwersja oddziałują niekorzystnie na subiektywną ocenę osobistego zdrowia osób zdrowych somatycznie, a tym bardziej osób dotkniętych zdiagnozowaną, zagrażającą życiu chorobą (por. Carr 2009; Hoerger i in. 2016). W kontekście prowadzonych badań zasadne jest nawiązanie do koncepcji tzw. osobowości typu C (osobowości rakowej) oraz osobowości typu D (osobowości stresowej). Niektóre z wymienianych w literaturze cech tzw. osobowości rakowej (por. Olaszewski 2008; Wojciechowska, Pawłowski 2017) oraz wymiary tzw. osobowości stresowej (negatywna emocjonalność i hamowanie społeczne) korelują z neurotycznością, introwersją i psychologicznym dystresem (Ogińska-Bulik 2006; Shun i in. 2011; Novakov, Popović-Petrović 2017).

W świetle uzyskanych rezultatów badań uzasadnione może okazać się oddziaływanie na osoby dotknięte chorobą nowotworową (zwłaszcza „przyłtłoczone” chorobą lub/i trudnościami życiowymi) w celu poprawy ich funkcjonowania poprzez podnoszenie satysfakcji z życia (np. wykorzystując poznawczą zmianę standardów, w oparciu o które osoba ocenia swoją sytuację) i obniżanie poziomu lęku.

Niniejsze opracowanie jest wprowadzeniem do szerzej zakrojonych badań prowadzonych w tym obszarze. Badania na wstępnym etapie miały zasygnalizować problem i dać podstawy do dalszej eksploracji. Ze względu na małą liczebność grup badanych konieczne jest zachowanie dużej ostrożności w interpretacji wyników. Celem było zwrócenie uwagi na wewnętrzne zróżnicowanie grupy kobiet dotkniętych rakiem piersi, które przeszły mastektomię, pod względem jednego z ważnych aspektów funkcjonowania psychologicznego – formy zdrowia emocjonalnego, powiązanej z podstawowymi cechami osobowości. Uwzględnienie owej heterogeniczności umożliwia podejmowanie zindywidualizowanych pomocnych oddziaływań psychologicznych osobom dotkniętym chorobą nowotworową.

ZAKOŃCZENIE

Zarówno kobiety po mastektomii, jak i kobiety niedotknięte chorobą nowotworową nie stanowią pod względem formy zdrowia emocjonalnego grupy jednorodnej. Wśród kobiet po mastektomii dało się wyodrębnić grupy odznaczające się dwiema formami zdrowia psychicznego: osoby „przytłoczone” (stanowiące licniejszą grupę) i „słabnące”. Natomiast wśród kobiet niedotkniętych rakiem wyodrębniono dwie równoliczne grupy: osoby „odważne” i „przytłoczone”.

Z formami zdrowia emocjonalnego sprzyjającymi lepszemu przystosowaniu zarówno w grupie osób dotkniętych rakiem (osoby „słabnące”), jak i w grupie osób niedotkniętych chorobą nowotworową (osoby „odważne”) wiążą się większa ekstrawersja i niższa neurotyczność.

Wyodrębnienie podgrup kobiet po mastektomii odznaczających się odmiennymi formami zdrowia emocjonalnego wskazuje na zasadność dostrzegania indywidualnego, wynikającego z formy zdrowia emocjonalnego, charakteru zmagania się z chorobą zagrażającą życiu, co może przyczynić się do niesienia bardziej skutecznej pomocy psychologicznej osobom jej potrzebującym.

W świetle uzyskanych rezultatów badań uzasadnione może okazać się oddziaływanie na osoby dotknięte chorobą nowotworową (zwłaszcza „przytłoczone” chorobą lub/i trudnościami życiowymi) w celu poprawy ich funkcjonowania poprzez podnoszenie satysfakcji z życia i obniżanie poziomu lęku.

BIBLIOGRAFIA

- Carr, A. (2009). *Psychologia pozytywna*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Carson, R.C., Butcher, J.N., Mineka, S. (2008). *Psychologia zaburzeń*. Gdańsk: GWP.
- Cohen, M. (2002). Coping and Emotional Distress in Primary and Recurrent Breast Cancer Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 9(3), 245–251.
DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1016007529278>
- de Walden-Gałuszko, K. (2011). *Psychoonkologia w praktyce klinicznej*. Warszawa: PZWL.
- Dudek, D., Siwek, M. (2007). Współistnienie chorób somatycznych i depresji. *Psychiatria*, 4(1), 17–24.
- Haan, J., Grothuesmann, D., Neise, M., Hille, U., Hillemanns, P. (2010). Quality of life and satisfaction after breast cancer operation. *Gynecologic Oncology*, 282(1), 75–82.
DOI: <https://doi.org/10.1007/s00404-009-1302-y>
- Hoerger, M., Coletta, M., Sørensen, S., Chapman, B.P., Kaukeinen, K., Tu, X., ..., Bromberg, E. (2016). Personality and Perceived Health in Spousal Caregivers of Patients with Lung Cancer: The Roles of Neuroticism and Extraversion. *Journal of Aging Research*.
DOI: <https://doi.org/10.1155/2016/5659793>
- Hyphantis, T., Papadimitriou, I., Petrakis, D., Fountzilas, G., Repana, D., Assimakopoulos, K., ..., Pavlidis, N. (2013). Psychiatric manifestations, personality traits and health-related quality of life in cancer of unknown primary site. *Psycho-Oncology*, 22(9), 2009–2015.
DOI: <https://doi.org/10.1002/pon.3244>
- İzci, F., Sarsanov, D., Erdogan, Z.İ., İlgin, A.S., Çelebi, E., Alço, G., ..., Özmen, V. (2018). Impact of Personality Traits, Anxiety, Depression and Hopelessness Levels on Quality of Life in the Patients with Breast Cancer. *European Journal of Breast Health*, 14(2), 105–111.
DOI: <https://doi.org/10.5152/ejbh.2018.3724>
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Keyes, C.L.M., Lopez, S.J. (2002). Towards a science of mental health: Positive directions in diagnosis i interventions. W: C.R. Snyder, S.J. Lopez (eds.), *Handbook of Positive Psychology* (s. 45–62). New York: Oxford University Press.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2006). Funkcjonowanie emocjonalne kobiet po mastektomii z perspektywy rozważań nad wzorem zachowania typu C (WZC). *Sztuka Leczenia*, 13(3–4), 31–48.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2010). *Interwencja kryzysowa. Pomoc w kryzysach psychologicznych*. Warszawa: IPZ.
- McCann, S.J.H. (2014). Higher Resident Neuroticism is Specifically Associated with Elevated State Cancer and Heart Disease Mortality Rates in the United States. *Safe Open*.
DOI: <https://doi.org/10.1177/2158244014538268>
- McCann, S.J.H. (2017). The relation of state resident neuroticism levels to state cancer incidence in the USA. *Current Psychology*, 1–14. **DOI: <https://doi.org/10.1007/s12144-017-9774-6>**
- Mess, E., Malewicz, K., Lisowska, A., Jonak, K. (2006). Ocena poziomu lęku w chorobie nowotworowej układu krwiotwórczego. *Onkologia Polska*, 9(4), 158–161.

- Millon, T., Davis, D.R. (2012). *Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie*. Warszawa: IPZ.
- Mroczek, B., Kurpas, D., Grochans, E., Kuszmar, G., Rotter, I., Żułtak-Bączkowska, K., Karakiewicz, B. (2012). Funkcjonowanie psychoseksualne kobiet po leczeniu raka sutka. *Psychiatria Polska*, 46(1), 51–61.
- Novakov, I., Popović-Petrović, S. (2017). Personality traits as predictors of the affective state in patients after breast cancer surgery. *Archive of Oncology*, 23(1), 3–8.
DOI: <https://doi.org/10.2298/AOO1701003N>.
- Ogińska-Bulik, N. (2006). Czy osobowość sprzyja etiopatogenezie chorób? Nowe kierunki badań – osobowość typu D. *Nowiny Psychologiczne*, 2, 5–22.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2008). *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Difin.
- Olszewski, J. (2008). Wpływ osobowości na choroby i dysfunkcje somatyczne. Wybrane zagadnienia. *Annales UMCS. Sectio J*, 21, 113–129.
- Olszewski, J.K. (2010). *O zaradności obezwładnionych lękiem. Osoby z nerwicowymi zaburzeniami lękowymi a stres*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Olszewski, J.K. (2012). Związki między dobrostanem psychicznym – psychopatologią a radzeniem sobie ze stresem u osób z różnymi formami zdrowia psychicznego. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 12(4), 265–272.
- Olszewski, J.K. (2014). Formy zdrowia emocjonalnego a radzenie sobie ze stresem osób dotkniętych chorobą nowotworową (badania kobiet po mastektomii na tle grupy porównawczej). W: L. Szewczyk, A. Kulik (red.), *Problemy psychosomatyki okresu rozwojowego i dorosłości* (s. 95–113). Lublin: Prokurat.
- Olszewski, J.K. (2015). Sposoby radzenia sobie ze stresem w kontekście zdrowia emocjonalnego osób wkraczających w okres wczesnej dorosłości oraz osób starszych. W: Z. B. Gaś (red.), *Kłopoty z dorosłością* (s. 163–178). Lublin: Innovatio Press.
- Olszewski, J. (2017). Formy zdrowia emocjonalnego i radzenie sobie ze stresem u osób dotkniętych chorobami zagrażającymi życiu. W: D. Turska, E.M. Szepietowska, M. Sprawka (red.), *Konteksty cierpienia* (s. 79–89). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Petrillo, G., Capone, V., Caso, D., Keyes, C.L.M. (2015). The Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) as a Measure of Well-Being in the Italian Context. *Social Indicators Research*, 121(1), 291–312. **DOI:** <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0629-3>.
- Pużyński, S., Wciórka, J. (1997). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Kraków: Vesalius.
- Rana, M., Gellrich, N.C., Czens, F., Kanatas, A., Rana, M. (2014). Coping with oral cancer: The impact of health and disease-related personality traits. *Supportive Care in Cancer*, 22(11), 2981–2986. **DOI:** <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2300-6>.
- Seligman, M.E.P., Walker, E.F., Rosenhan, D.L. (2003). *Psychopatologia*. Poznań: Zys i S-ka.
- Shimizu, K., Nakaya, N., Saito-Nakaya, K., Akechi, T., Ogawa, A., Fujisawa, D., ..., Uchitomi, Y. (2015). Personality traits and coping styles explain anxiety in lung cancer patients to a greater extent than other factors. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 45(5), 456–463.
DOI: <https://doi.org/10.1093/jjco/hyv024>.

- Shun, S.-Ch., Hsiao, F.-H., Lai, Y.-H., Liang, J.-T., Yeh, K.-H., Huang, J. (2011). Personality Trait and Quality of Life in Colorectal Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*, 38(3), 221–228. DOI: <https://doi.org/10.1188/11.ONF.E221-E228>.
- Trzebiatowska, I. (2002). Zaburzenia lękowe w chorobie nowotworowej – aspekt praktyczny. *Psychoonkologia*, (6), 49–53.
- Trzebińska, E. (2008). *Psychologia pozytywna*. Warszawa: Wydawnictwa Naukowe i Profesjonalne.
- Westerhof, G., Keyes, C.L.M. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110–119.
DOI: <https://doi.org/10.1007/s10804-009-9082-y>.
- Wojciechowska, I., Pawłowski, T. (2017). Rola osobowości w patogenezie i progresji chorób nowotworowych. *Medycyna Rodzinna*, (3), 206–210. DOI: <https://doi.org/10.25121/MR.2017.20.3.206>.
- Wrona-Polańska, H. (1999). Zmiana samooceny w procesie zmagania się z chorobą o niepożytecznym rokowaniu. W: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową* (s. 197–223). Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Wrześniewski, K. (2000). Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki* (T. 3; s. 493–512). Gdańsk: GWP.
- Wrześniewski, K., Sosnowski, T., Matusik, D. (2002). *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI. Polska adaptacja STAI. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Zawadzki, B., Strelau, J., Szczepaniak, P., Śliwińska, M. (1998). *Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

SUMMARY

A lot of data indicate that people who experienced malignant tumours are more anxious than the healthy population. However, we should pay attention to inner mental resources of oncological patients that can be a buffer against disorders of mental health. The aim of this study is to identify differences in the basic personality traits of women who experienced mastectomy and healthy women characterized by different forms of emotional health and also to indicate correlations between the ways of coping with difficulties and the forms of emotional health in the tested groups. The results indicate that both women who experienced mastectomy and healthy women are not a homogeneous group in terms of emotional health forms. Moreover higher extroversion and lower neuroticism are related to the forms of emotional health promoting better adaptation.

Keywords: cancer; personality; emotional health

