

## Osobowość stresowa (typ D) a strategie zmagania się z chorobą nowotworową

**Grażyna Kozak**

Akademia Humanistyczno Ekonomiczna w Łodzi

### Streszczenie

Celem podjętych badań jest ustalenie różnic dla chorych onkologicznie, zachodzących pomiędzy wybranymi zmiennymi a umiejętnością radzenia sobie ze stresem choroby nowotworowej u obojga płci.

W badaniach zastosowano skalę do pomiaru osobowości Ds-14, czyli tzw. osobowości stresowej, skalę poczucia własnej wartości Rosenberga, skalę odczuwanego stresu (PSS-10), skalę satysfakcji z życia (SWSL), skalę kontroli emocji (CECS), skalę akceptacji choroby (AIS), skalę przystosowania psychicznego do choroby nowotworowej Mini-MAC.

Uzyskane wyniki badań mają kluczowe znaczenie dla rozwoju psychoprofilaktyki, z uwzględnieniem zróżnicowania działań dla obojga płci. Pozwolą na ustalenie kierunków, organizacji profesjonalnej opieki, w jej holistycznym wymiarze, będącym pograniczem nauk medycznych i humanistycznych.

**Słowa kluczowe:** Osobowość typu D, stres, negatywne emocje, radzenie sobie, wsparcie społeczne, choroba nowotworowa.

### Personality Stress (type D), and strategies for coping with cancer

#### Summary

The aim of the study is to determine differences for oncological patients, occurring between selected, and the ability to cope with the stress of cancer in both sexes.

In clinical scale used to measure Ds personality-14, ie. personality, stress, self-esteem scale of Rosenberg's scale of perceived stress (PSS-10), hall life satisfaction (SWSL), the scale of emotional control (CECS), the scale of acceptance of the disease (AIS), the scale of mental adaptation to cancer Mini-MAC.

The obtained results are crucial to the development of psycho, taking into account the diversity of activities for both sexes. Allow to determine the direction, organization, professional care, in its holistic dimension, which is a frontier of medical science and the humanities.

**Keywords:** Type D personality, stress, negative emotions, coping, social support, cancer.

## Wstęp

Choroby nowotworowe są drugą w kolejności po chorobach układach krążenia przyczyną zgonów w Polsce i na świecie. Niektórzy autorzy oceniają chorobę nowotworową, jako najbardziej obciążającą, wyczerpującą psychicznie i stresującą [1;2]. Mówi się nawet o tzw. zespole lękowym chorych nowotworowych, który może być spowodowany nie tylko przez czynniki psychologiczne, ale także poprzez zaburzenie relacji społecznej osoby chorej [3].

Pierwsze zapiski ten temat związków pomiędzy chorobą nowotworową, a czynnikami ludzkiej psychiki pochodzą już z czasów Hipokratesa i Galena, którzy twierdzili, że kobiety melancholijne częściej zapadają na raka [4]. Z wzorami zachowań wiążą się duże oczekiwania badaczy, spowodowało to zdefiniowanie osobowości typu D, czy inaczej podatnej na stres [5]. Pojęcie typu D do literatury wprowadził John Denollet w 1995 roku [6].

Zdaniem autora na typ D składają się dwa wymiary względnie trwałych cech osobowościowych, to jest negatywna emocjonalność i hamowanie społeczne. Negatywna emocjonalność wyraża się w skłonności jednostki do przeżywania silnych emocji o znaku negatywnym: gniew, lęk, wrogość, irytacja, depresja itp.. Hamowanie społeczne odnosi się do unikania zagrożenia związanego z reakcjami społecznymi i dotyczy skłonności do świadomego powstrzymywania się od negatywnych emocji i zachowań zgodnych z tymi emocjami [7].

Powodem takiego zachowania jest obawa przed dezaprobatą i odrzuceniem ze strony innych osób [8].

Stres jest nieodłącznym elementem współczesnej cywilizacji. Mówi się o „epidemii stresu” [9]. Według Locke’a. Szczególną rolę w rozwoju choroby nowotworowej przypisuje się takim reakcjom na stres jak: rezygnacja, poczucie niezdolności do obrony przed rzeczywistą lub wyimaginowaną utratą gratyfikacji, poczucie frustracji z silnym poczuciem winy. Istotne znaczenie ma także poczucie beznadziejności i bezradności rozwijające się w wyniku niezdolności do radzenia sobie z nagromadzeniem wydarzeń życiowych lub utratą znaczącego emocjonalnie obiektu [10].

Uważa się, że typowym dla ludzi skłonnych do chorób nowotworowych sposobem radzenia sobie z negatywnymi emocjami jest stosowanie mechanizmów obronnych, takich jak represja, wypieranie, zaprzeczanie, co objawia się przede wszystkim w tendencji do ukrywania i hamowania wszelkich problemów [11]. Za właściwości zwiększające ryzyko zachorowania uważa się także wypieranie lęku i gniewu, niski poziom neurotyzmu i małą ekspresję emocjonalną [12].

Wykazano, że określone warunki środowiskowe, hałas, zatłoczenie, nadmierna stymulacja zwiększają podatność na zachorowanie [13].

Dane prezentowane w literaturze wskazują, że prawdopodobieństwo wystąpienia choroby jest wyższe w okresie następującym po silnie stresujących wydarzeniach [14].

Przeglądu psychosomatycznych badań nad chorobami nowotworowymi dokonuje Baltrusch.

Dominujący jego koncepcji nieprawidłowy rozwój uczuciowy oraz silny stres psychospołeczny i emocjonalny na równi z innymi czynnikami może być przyczyną nowotworu [15].

Stres wpływa na odporność i może zwiększać ryzyko pojawienia się choroby. Efekt działania stresu zależy także od rodzaju, czasu trwania i sekwencji wydzielanych hormonów oraz aktywacji układu współczulnego [16]. Wpływ stresu na układ immunologiczny wskazuje, że kształtowanie umiejętności radzenia sobie ze stresem i wykorzystywanie technik kontroli stresu może zwiększyć aktywność tego układu. Szczególną rolę w radzeniu sobie ze stresem przypisuje się wsparciu społecznemu. Podobną rolę mogą pełnić niektóre formy radzenia sobie ze stresem, jak np. techniki relaksacyjne, medytacja, czy hipnoza [17].

### **Cel pracy**

Celem podjętych badań było ustalenie różnic dla obojga płci w zakresie natężenia stresu, poczucia własnej wartości, kontroli emocji, akceptacji choroby, satysfakcji z życia i umiejętności radzenia sobie z chorobą nowotworową u chorych onkologicznie, ze zróżnicowaniem dla obydwu wymiarów osobowości typu D. Odrębność tego procesu u obojga płci wynika z uwarunkowań osobowościowych, zachowań emocjonalnych oraz umiejętności przystosowawczych jednostki do funkcjonowania w stanie zagrożenia i stresu, którym niewątpliwie jest nowotwór.

Przegląd piśmiennictwa przedmiotu wskazuje, na celowość realizacji kolejnych empirycznych prób lepszego poznania i ujęcia „starego” problemu radzenia sobie ze stresem choroby nowotworowej. Pozwala na rozszerzenie wiedzy dotyczącej aktywności w radzeniu sobie ze stresem nowotworu z uwzględnieniem uwarunkowań tkwiących w strukturze osobowości.

Odmienność tego zjawiska u obojga płci, może być przydatna w działaniach praktycznych. Realizacja, tego projektu zdecydowanie różni się od standardowych badań naukowych, nie uwzględniania powszechnych zasad randomizacji. Utrudnia to formułowanie wniosków ogólnych z metaanalizy wielu publikacji o tej tematyce [18]. Zmniejsza także możliwości dyskusji nad wynikami badań, ale pomimo wielu ograniczeń nie obniża ich wartości.

### **Material i metody**

Badaniami objęto chorych onkologicznie z rozpoznanymi i potwierdzonymi różnymi rodzajami nowotworów złośliwych posiadających świadomość rozpoznania, pozostających w opiece paliatywnej w Łodzi i okolicach. W projekcie uczestniczyło łącznie 220 osób w tym: 59 mężczyzn w średnim wieku 53 lata i 161 kobiet w średnim wieku 66 lat. Badania odbywały się w wcześniej uzgodnionych terminach w okresie od 22.04.2009 r. do 30.11.2010r. Pomimo dużego zróżnicowania populacji chorych podjęto próbę analizy zebranego materiału.

W projekcie wykorzystano następujące techniki badawcze: skalę do pomiaru typu D tzw. DS-14, skalę do pomiaru poczucia własnej wartości Rosenberga, skalę odczuwanego stresu tzw. PSS-10, skalę satysfakcji z życia tzw. SWSL, skalę kontroli emocji tzw. CECS, skalę Mini-MAC, skalę Akceptacji Choroby tzw. AIS.

Zastosowano techniki statystyczne: test normalności rozkładu Kołomorgowa-Smirnowa.

Dla ustalenia związków przyczynowo-skutkowych zastosowano test U Manna-Whinteya, umożliwiające określenie związku między analizowanymi zmiennymi: osobowość typu D, poczuciem własnej wartości, odczuwanym stresem, kontrolą negatywnych emocji, a sposobami radzenia (zmagania) się z chorobą nowotworową, wyodrębnionych według skali Mini-MAC, to jest: zaabsorbowanie lękowe, bezradność/beznadziejność, duch walki, stoicka akceptacja. Przyjęto konwencjonalne poziomy istotności  $< 0.2$  brak związku liniowego,  $0.2- 0.4$  słaba zależność,  $0.4 -0.7$  umiarkowana zależność,  $0.7 - 0.9$  dość silna zależność,  $> 0.9$  bardzo silna zależność. Dane analiz zaprezentowano kolejno w tabelach, wykresach i opisach.

Wszystkie obliczenia zostały wykonane przy użyciu programu komputerowego w postaci pakietu SPSS12PL.

### **Wyniki badań**

Sprawdzono, czy płeć badanych różnicuje uzyskane wyniki w zakresie analizowanych zmiennych. W obydwu wymiarach osobowości typu D okazało się, że nasilenie negatywnej emocjonalność jest istotnie wyższe u kobiet ( $M=18,61$ )  $r = 0,01$ , w porównaniu do mężczyzn ( $M=17,47$ ). Odmienna jest sytuacja w natężeniu hamowania społecznego, które jest istotnie wyższe u mężczyzn ( $M=18,07$ ) w porównaniu do kobiet ( $M=17,10$ ),  $r = 0,01$

Uzyskane wyniki pokazują także, że badane kobiety charakteryzują się istotnie niższym poczuciem własnej wartości ( $M= 26,46$ ), mniejszą satysfakcją z życia ( $M=19,70$ ), a także wyższym poziomem odczuwanego stresu ( $M=23,06$ ), aniżeli badana grupa mężczyzn (kolejno dla poczucia własnej wartości  $M=34,83$ , dla satysfakcji z życia  $M=27,20$  i dla odczuwanego stresu  $M=21,64$ ).

W zakresie kontroli negatywnych emocji wyniki są następujące: kobiety lepiej niż mężczyźni kontrolują odczuwanie gniewu ( $M=17,80$ ), depresji ( $M=24,21$ ) lęku ( $M=19,23$ ), nie uzyskano istotności statystycznej  $r = 0$ . Można przyjąć, iż kobiety w porównaniu do mężczyzn mają zdecydowanie większe umiejętności ekspresji negatywnych emocji.

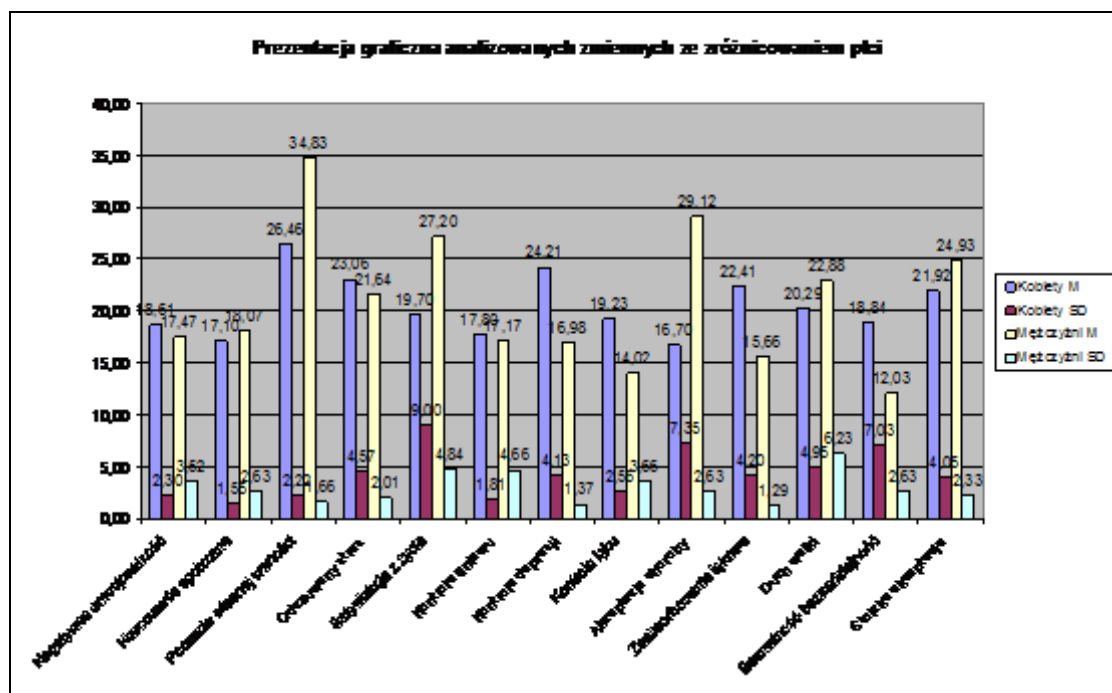
Różnice w zakresie akceptacji choroby są bardzo duże, kobiety znacznie trudniej akceptują chorobę ( $M=16,70$ ), aniżeli mężczyźni ( $M=29,12$ ). Także u kobiet przejawia się większa skłonność do stosowania destruktywnych, skoncentrowanych na emocjach strategii radzenia sobie z chorobą nowotworową, w porównaniu do mężczyzn ( $M=22,41$  vs  $M=15,66$ ): dla zaabsorbowania lękowego oraz  $M=18,84$  vs  $M=12,03$  dla bezradności/beznadziejności.

Mężczyźni częściej aniżeli kobiety stosują strategie konstruktywne, skoncentrowane na problemie: kobiety dla ducha walki ( $M=22,88$  vs  $M=20,29$ , dla stoickiej akceptacji  $M=24,93$  vs  $M=21,92$ ).

Dane prezentuje tabela I oraz wykres 1.

Tabela I. Analizowane zmienne a płeć chorych onkologicznie

	kobiety		mężczyźni		Test U Manna-Whitneya	
	M	SD	M	SD	U	Istotność
Negatywna emocjonalność	18,61	2,3	17,47	3,52	3 779,00	0,01
Hamowanie społeczne	17,1	1,55	18,07	2,63	3 771,00	0,01
Poczucie własnej wartości	26,46	2,22	34,83	1,66	0	0
Odczuwany stres	23,06	4,57	21,64	2,01	3 276,00	0
Satysfakcja z życia	19,7	9	27,2	4,84	2 439,00	0
Kontrola gniewu	17,8	1,81	17,17	4,66	3 449,00	0
Kontrola depresji	24,21	4,13	16,98	1,37	752,5	0
Kontrola lęku	19,23	2,56	14,02	3,66	1 132,00	0
Akceptacja choroby	16,7	7,35	29,12	2,63	1 288,50	0
Zaabsorbowanie lękowe	22,41	4,2	15,66	1,29	1 201,50	0
Duch walki	20,29	4,95	22,88	6,23	3 703,50	0,01
Bezradność-beznadziejność	18,84	7,03	12,03	2,63	2 466,00	0
Stoicka akceptacja	21,92	4,05	24,93	2,33	2 901,00	0



Rycina 1. Różnice między kobietami i mężczyznami, w zakresie analizowanych zmiennych ze zróżnicowaniem płci

Dla ustalenia związku przyczynowo-skutkowego między nasileniem osobowości typu D, a pozostałymi zmiennymi wykonano analizy testem U Manna-Whitneya. Badana populacja w całości prezentowała typ osobowości D, ale stopień zróżnicowania w zakresie obydwu wymiarów jest różny, mediana dla natężenia negatywnej emocjonalności  $Me=20$ , a dla natężenia hamowania społecznego

Me= 18. W wymiarze negatywnej emocjonalności osoby prezentujące jej niskie natężenie uzyskały wynik nie większy niż 19, (106 osób), a jednostki o wysokim jej natężeniu uzyskały wynik równy lub większy od 20, (114 osób).

W wymiarze hamowania społecznego osoby prezentujące niskie jego natężenie uzyskały wynik, nie większy niż 17, (74 osoby), a jednostki o wysokim jego natężeniu uzyskały wynik równy lub większy niż 18, (146 osób). Poziom negatywnej emocjonalności badanych osób zarówno niski jak i wysoki różnicuje prawie wszystkie zmienne pomiarowe.

Uzyskane wyniki prezentują jednostki o niskim nasileniu negatywnej emocjonalności jako takie, które charakteryzuje wyższy poziom poczucia własnej wartości (M=30,58), większy poziom satysfakcji z życia (M=24,90), ale także większe natężenie stresu (M=23,26) w porównaniu do osób, o wysokim nasileniu negatywnej emocjonalności dla poczucia własnej wartości, dla poziomu satysfakcji z życia M=26,96, M=18,75, dla natężenia stresu M=22,14. Osoby o niskim natężeniu negatywnej emocjonalności w istotnie mniejszym stopniu są zdolne do ekspresji lęku (M=15,26) i depresji (M=19,52), w porównaniu do jednostek o wysokim natężeniu tego wymiaru dla lęku (M=20,22) i dla depresji (M=24,83). Akceptacja choroby także różnicuje obydwa wymiary typu D. Niskie natężenie negatywnej emocjonalności zwiększa akceptację choroby (M=23,24) w porównaniu do jednostek o wysokim jej natężeniu (M=17,04). Chorzy o niskim poziomie negatywnej emocjonalności częściej prezentują konstruktywne strategie radzenia sobie ze stresem choroby: dla ducha walki (M=24,44), dla stoickiej akceptacji (M=23,99), w porównaniu do jednostek o wysokim nasileniu tego wymiaru: dla ducha walki (M=17,76) i dla stoickiej akceptacji (M=21,55).

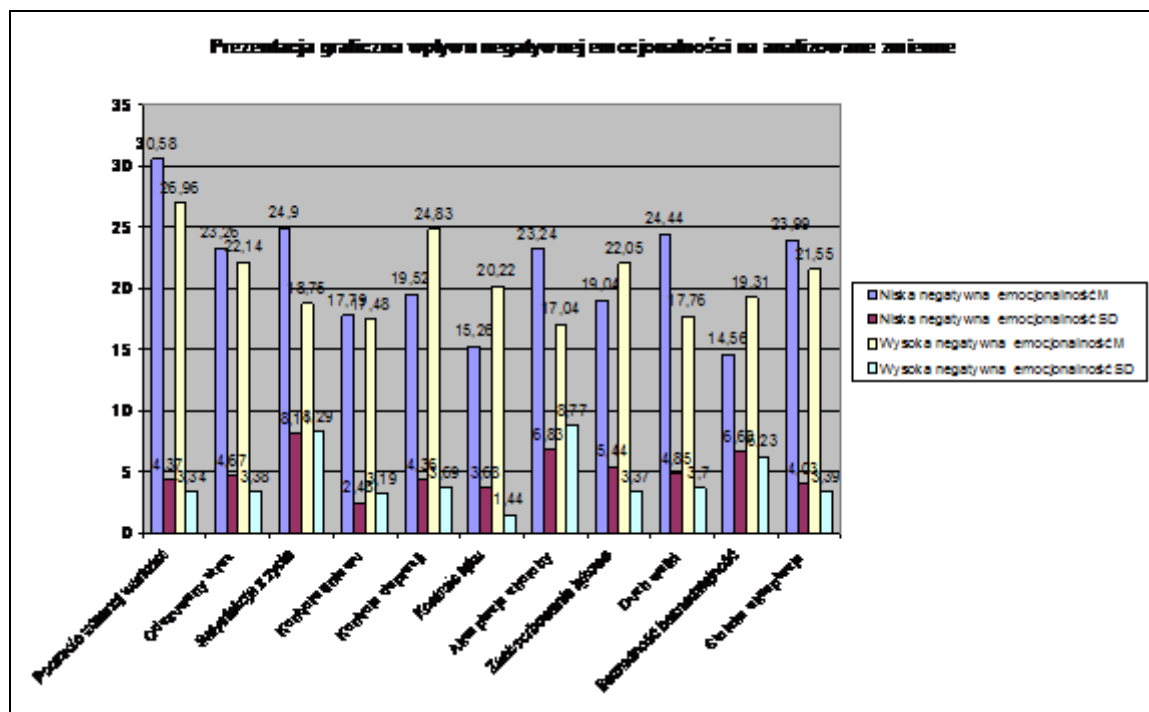
Odwrotnie sytuacja przedstawia się dla strategii destruktywnych. Z istotnie większą częstotliwością stosują je osoby o wysokim natężeniu negatywnej emocjonalności dla zaabsorbowania lękowego (M=22,05) i dla bezradności/beznadziejności (M=19,31), w porównaniu do osób o niskim natężeniu negatywnej emocjonalności dla zaabsorbowania lękowego (M=19,04) i dla bezradności/beznadziejności (M=14,56).

Dane prezentuje tabela II oraz rycina 2.

**Tabela II. Wpływ negatywnej emocjonalności na analizowane zmienne**

	Niska negatywna emocjonalność		Wysoka negatywna emocjonalność		Test U Manna-Whitneya	
	M	SD	M	SD	U	Istotność
<b>Poczucie własnej wartości</b>	30,58	4,37	26,96	3,34	3 512,00	0
<b>Odczuwany stres</b>	23,26	4,67	22,14	3,38	4 613,00	0
<b>Satysfakcja z życia</b>	24,9	8,11	18,75	8,29	3 688,50	0
<b>Kontrola gniewu</b>	17,79	2,48	17,48	3,19	5 802,00	0,6
<b>Kontrola depresji</b>	19,52	4,36	24,83	3,69	2 770,50	0
<b>Kontrola lęku</b>	15,26	3,68	20,22	1,44	1 264,00	0
<b>Akceptacja choroby</b>	23,24	6,83	17,04	8,77	4 313,50	0
<b>Zaabsorbowanie lękowe</b>	19,04	5,44	22,05	3,37	4 332,00	0
<b>Duch walki</b>	24,44	4,85	17,76	3,7	2 228,50	0

<b>Bezradność-bez nadziei</b>	14,56	6,68	19,31	6,23	4 373,00	0
<b>Stoicka akceptacja</b>	23,99	4,03	21,55	3,39	3 316,50	0



**Rycina 2. Różnice między chorymi o niskim i wysokim natężeniu negatywnej emocjonalności, w zakresie analizowanych zmiennych**

Następnie dokonano analiz dla drugiego wymiaru osobowości typu D, to jest hamowania społecznego. Jednostki o niskim nasileniu hamowania społecznego odczuwają niższe nasilenie doznawanego stresu (M=21,08) i większą satysfakcję z życia (M=28,43), w porównaniu do osób o wysokim stopniu nasileniu hamowania społecznego, u których następuje wyższe natężenie odczuwanego stresu (M=23,49) oraz zdecydowanie niższe poczucie satysfakcji z życia (M=18,30).

W zakresie kontroli emocji chorzy o niskim poziomie hamowania społecznego istotnie trudniej kontrolują odczuwanie gniewu (M=15,55), ale lepiej radzą sobie z doznaniem lęku (M=18,23), w porównaniu do osób o wysokim poziomie nasileniu hamowania społecznego, u których stwierdza się lepszą kontrolę gniewu (M=18,68), ale zdecydowanie mniejszą umiejętność kontroli lęku (M=17,63). Także w zakresie umiejętności akceptacji choroby występuje zróżnicowanie w zakresie obydwu wymiarów osobowości typu D. Jednostki o niskim poziomie hamowania społecznego zdecydowanie lepiej akceptują chorobę (M=24,76), w porównaniu do osób o wysokim natężeniu tego wymiaru (M=17,63).

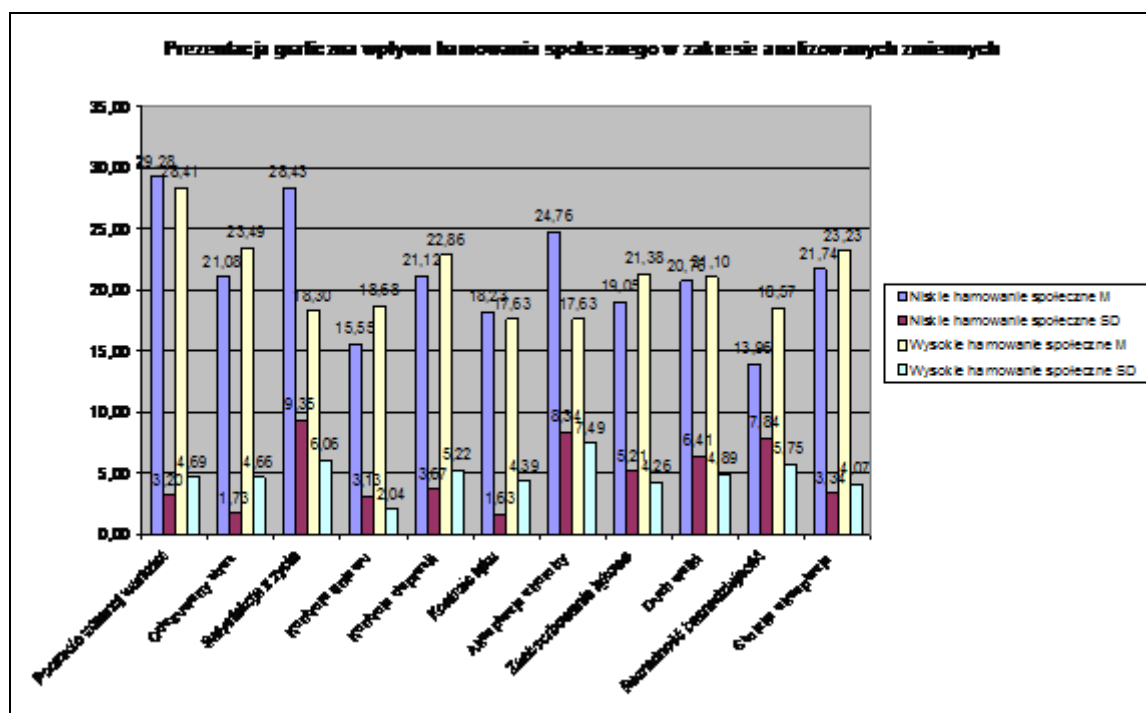
W zakresie strategii radzenia sobie ze stresem choroby nowotworowej osoby o niskim natężeniu hamowania społecznego, stosują wszystkie rodzaje strategii, w porównaniu z osobami o wysokim natężeniu hamowania społecznego, poza strategią ducha walki dla której różnic nie

zaobserwowano. Osoby o niskim nasileniu hamowania społecznego rzadziej stosują strategię zaabsorbowania lękowego ( $M=19,05$ ), bezradności/beznadziejności ( $M=13,96$ ) oraz stoickiej akceptacji ( $M=21,74$ ), w porównaniu do osób o wysokim natężeniu hamowania społecznego dla strategii zaabsorbowania lękowego ( $M=21,38$ ), dla bezradności/beznadziejności ( $M=18,57$ ) i dla stoickiej akceptacji ( $M=23,23$ ).

Dane prezentuje tabela III oraz rycina 3.

**Tabela III. Wpływ hamowania społecznego na analizowane zmienne**

	Niskie hamowanie społeczne		Wysokie hamowanie społeczne		Test U Manna-Whitneya	
	M	SD	M	SD	U	Istotność
Poczucie własnej wartości	29,28	3,2	28,41	4,69	4 708,00	0,11
Odczuwany stres	21,08	1,73	23,49	4,66	2 233,00	0
Satysfakcja życia	28,43	9,35	18,3	6,06	2 604,50	0
Kontrola gniewu	15,55	3,13	18,68	2,04	1 304,00	0
Kontrola depresji	21,12	3,67	22,86	5,22	4 892,00	0,24
Kontrola lęku	18,23	1,63	17,63	4,39	4 332,00	0,01
Akceptacja choroby	24,76	8,34	17,63	7,49	3 135,00	0
Zaabsorbowanie lękowe	19,05	5,21	21,38	4,26	4 415,50	0,02
Duch walki	20,76	6,41	21,1	4,89	5 124,00	0,53
Bezradność-beznadziejność	13,96	7,84	18,57	5,75	3 418,00	0
Stoicka akceptacja	21,74	3,34	23,23	4,07	3 317,50	0



**Rycina 3. Różnice między osobami o niskim i wysokim natężeniu hamowania społecznego w zakresie analizowanych zmiennych**



## Dyskusja

Prezentowane wyniki badań własnych ukazują liczne powiązania osobowości typu D ze zmiennymi psychologicznymi, oraz wskazują na zróżnicowane nasilenie obydwu wymiarów typu D, u obojga płci. Z badań wynika, że mężczyźni w porównaniu z kobietami, wykazują niższe nasilenie negatywnej emocjonalności, ale wyższe hamowanie społeczne [19]. Negatywna emocjonalność wiąże się przede wszystkim ze zmiennymi wchodzącymi w skład tzw. komponentu emocjonalnego (gniew, stres, satysfakcja z życia, strategie skoncentrowane na emocjach).

Z kolei hamowanie społeczne jest związane ze zmiennymi należącymi do tzw. komponentu behawioralnego (ekstrawersja, aktywność, poszukiwanie wrażeń, a także z przeżywanymi emocjami jak lęk i afekt negatywny). Zaprzestanie działań, brak umiejętności aktywnego radzenia sobie ze stresem wskazuje, że jednostki typu D przejawiają dystans wobec innych, a w sytuacji trudnej (a taką jest niewątpliwie choroba nowotworowa) unikają wsparcia społecznego i wycofują się z realizacji działań zmierzających do radzenia sobie z nowotworem. Podobne zjawiska opisywał w swoich badaniach Carver i wsp. 989 [20]. Zatem należy przyjąć, że zdecydowanie pogarszają proces zmagania się z nieuleczalną chorobą.

Kobiety w porównaniu z mężczyznami cechuje niższe poczucie własnej wartości, niższa satysfakcja z życia, gorsza akceptacja choroby, ale wyższe umiejętności wykorzystania i ekspresji negatywnych emocji. Częściej w sytuacji choroby stosują destruktywne strategie zmagania się z nowotworem. Wyniki te są odmienne od wyników innych badań [21;22]. Należy tu podkreślić bardzo duże zróżnicowanie jakościowe grupy, prezentującej typ D, co pozwala przyjąć, że posiadają większą tendencję do oceny transakcji stresowej przede wszystkim jako zagrożenia. Doświadczają silniejszych reakcji emocjonalnych w wyniku działających stresorów. Kobiety w porównaniu z mężczyznami charakteryzuje wyższy poziom odczuwanego stresu. Obydwa korelaty osobowości typu D wskazują, że im większa skłonność do przeżywania negatywnych emocji i powstrzymywanie się od ich ujawniania, tym większy poziom odczuwanego stresu [23].

Bardzo interesujące są wyniki badań w części, w której dokonano podziału badanej populacji za pomocą mediany. Uzyskane wyniki ukazują, że osoby chore onkologicznie w porównaniu z osobami zdrowymi wykazują wyższe nasilenie negatywnej emocjonalności i wyższe natężenie hamowania społecznego [24]. Oznacza to ogromną przewagę osób typu D. Wyniki badań potwierdzają związek osobowości typu D ze stanem zdrowia, liczne powiązania wymiarów typu D ze zmiennymi psychologicznymi i jej negatywnym wpływem na proces radzenia sobie z chorobą nowotworową. Osoby podatne na stres, w tym jednostki typu D charakteryzują się niższym poziomem spostrzegania wsparcia społecznego, co oznacza zmaganie się z sytuacjami trudnymi bez pomocy innych, a to nie sprzyja efektywności radzenia sobie [25].

Prezentowane wyniki badań ukazują negatywny wpływ osobowości typu D na proces radzenia sobie ze stresem nowotworem, przebiegający odmiennie u obojga płci. Można także sugerować predykcyjną rolę, typu osobowego D w procesie zapadalności na choroby nowotworowe.

Typ D nie może być traktowany jako przyczyna śmierci, ale jest czynnikiem zwiększającym ryzyko wcześniejszej śmierci.

Diagnoza osobowości, a co za tym idzie modyfikacja zachowań typu D może być także wykorzystywana u osób zdrowych w celu zmniejszania ryzyka zachorowań w przyszłości. Wówczas byłoby to oddziaływanie o charakterze prewencyjnym i profilaktycznym, a nie tylko wspierające w przebiegu choroby [26].

### **Podsumowanie i wnioski**

Przedstawione opracowania dotyczą problematyki uwarunkowań osobowościowych, stresu i radzenia sobie jako korelatów choroby nowotworowej ze zróżnicowaniem dla obojga płci i obydwu wymiarów osobowości typu D.

Zebrany materiał badawczy pozwala na sformułowanie następujące wniosków:

- płęć istotnie różnicuje poziom natężenia obydwu wymiarów osobowości typu D
- kobiety chore onkologicznie prezentują zdecydowanie wyższe nasilenie negatywnej emocjonalności, poczucie własnej wartości, mniejszą satysfakcję z życia, a także wyższy poziom odczuwanego stresu, wyższą umiejętność kontroli emocji w zakresie gniewu, depresji, lęku, przejawiają większą skłonność do stosowania w zmaganiu się z chorobą nowotworową strategii skoncentrowanych na emocjach (zaabsorbowanie lękowe, bezradność /beznadziejność), oraz zdecydowanie wyższą akceptację choroby
- mężczyźni chorzy onkologicznie prezentują zdecydowanie wyższe nasilenie hamowania społecznego, wyższe poczucie własnej wartości, większą satysfakcję z życia, a także niższy poziom odczuwanego stresu, niższą umiejętność kontroli emocji w zakresie gniewu, depresji, lęku, wyższą skłonność do stosowania konstruktywnych strategii zmagania się z chorobą nowotworową (duch walki, stoicka akceptacja), niższą akceptacją choroby. ***Dlatego projektowanie programów psychoprofilaktyki dla chorych onkologicznie musi być różne dla obojga płci.***
- szczególnie ważna dla funkcjonowania w nieuleczalnej chorobie jest zdolność do radzenia sobie z negatywnymi emocjami i wyraźna dominacja tzw. afektu pozytywnego nad negatywnym. Wzbudzanie pozytywnych emocji umożliwia zdecydowanie bardziej skuteczne radzenie sobie nawet w sytuacjach niezwykle traumatycznych np. w chorobie nowotworowej.
- ***Doświadczenie emocji pozytywnych czyni ludzi bardziej otwartymi i nastawionymi na innych. Przeżywanie pozytywnych emocji korzystnie wpływa na układ immunologiczny jednostki, zwiększając szanse na zdrowsze życie i poprawę jakości życia u chorych [27].***
- punktem wyjścia dla działań o charakterze profilaktycznym, prewencyjnym i wspierającym w chorobie nowotworowej jest profesjonalnie dokonywana ***diagnoza osobowości i jej modyfikacja.***

- Nieodłącznym elementem psychoprofilaktyki onkologicznej musi być *umiejętne wspieranie tych wszystkich, u których zostało rozpoznane zapotrzebowanie na wsparcie*, tkwiący w nim ogromny potencjał wiary w sens życia, nawet w czasie ciężkiej nieuleczalnej choroby jest źródłem inspiracji w poszukiwaniu sposobów konstruktywnego zmagania się z chorobą.

Wsparcie jest kluczowym czynnikiem chorych onkologicznie, dla istnienia i przeżycia w chorobie choćby ostatnich chwil życia w poczuciu godności, zrozumieniu, miłości, poszanowaniu i uznaniu pełni Ich człowieczeństwa.

### **Piśmiennictwo:**

1. Juczyński Z. Radzenie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową. W: Psychoonkologia. De Walden Gałuszko K. (red.). Kraków; Wydawnictwo Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego 2000.
2. Heszen I., Sęk H. Psychologia zdrowia. Warszawa; Wydawnictwo Naukowe PWN 2008.
3. Olszewski J. O zaradności obezwładnionych lękiem. Lublin; Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie Skłodowskiej 2010.
4. Ogińska-Bulik N. Rola stresu w etiopatogenezie chorób nowotworowych. Łódź; Wydawnictwo WSHE. Zeszyty Naukowe nr 2/2001: 27-39.
5. Ogińska –Bulik N. Osobowość typu D. Teoria i badania. Łódź, Wydawnictwo WSHE 2009.
6. Denollet J. Personality and coronary heart disease: The type D scale-16. *Annals of Behavioral Medicine* 20, (3) 1998: 209-215.
7. Denollet J. DS14 Standard assessment of negative affectivity, social inhibition and type D personality. *Psychosomatic Medicine* 67 2005: 89-97.
8. Juczyński Z. Ogińska-Bulik N. Kozak G. Wyznaczniki satysfakcji z życia chorych onkologicznie. W: Aktualności psychosomatyki okresu rozwojowego i dorosłości. Szewczyk L. Kulik A. (red.). Lublin; Wydawnictwo Prokurat 2007.
9. Joško J. Stres w chorobach przewlekłych. Warszawa; Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2007.
10. Wrześniewski K. Pomiar radzenia sobie ze stresem wybrane zagadnienia. *Promocja i nauki Społeczne i Medyczne* nr 3/1998: 78-89.
11. Zakrzewska T. Psychospołeczne czynniki zachorowania na raka – przegląd badań. *Przegląd Psychologiczny* tom XXXII nr 4/1998: 1019-1039.
12. Wrześniewski K. Psychologiczne uwarunkowania i powstawania chorób somatycznych. W: *Psychologia* (red.). Strelau J. Gdańska GWP 2000: t. 3.
13. Ogińska-Bulik N. Rola stresu w etiopatogenezie chorób nowotworowych W: *Zeszyty Naukowe* Nr 2 (15) Stres. Łódź; Wydawnictwo WSHE 2001: 27-38.
14. Bishop G. Psychologia zdrowia. Wrocław; Wydawnictwo Astrum 2000.
15. Heszen-Niejodek I. Problemy psychologiczne i zadania psychologa. Warszawa; PZWL 1990.

16. Ogińska-Bulik N. Rola stresu w etiopatogenezie chorób nowotworowych W: Stres Zeszyty Naukowe Nr 2 (15). Łódź; Wydawnictwo WSHE 2001: 27-38.
17. Bishop G. Psychologia zdrowia. Wrocław; Wydawnictwo Astrum 2000.
18. De Walden Gałuszko K. (red.). Podstawy opieki paliatywnej. Warszawa; Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2004.
19. Ogińska –Bulik N. Osobowość typu D. Teoria i badania. Łódź; Wydawnictwo WSHE 2009.
20. Carver C. Scheier M. Weintraub J. Assaying coping strategies. A theoretically based approach. Journal of Personality and Social Psychology No 52 1989: 267-283.
21. Ogińska-Bulik N. Kozak G. Akceptacja choroby, jako wyznacznik radzenia sobie z chorobą nowotworową u pacjentów opieki paliatywnej. W: Psychoonkologia zeszyt 1 tom 6 2002: 21-25.
22. Juczyński Z. Ogińska-Bulik N. Kozak G. Wyznaczniki satysfakcji z życia chorych onkologicznie. W: Aktualności psychosomatyki okresu rozwojowego i dorosłości. Szewczyk L. Kulik A. (red.). Lublin; Wydawnictwo Prokurat 2007.
23. Ogińska-Bulik N. Osobowość typu D. Teoria i badania. Łódź; Wydawnictwo WSHE 2009.

Tekst złożony w redakcji: 25.11.2018 r.

Przyjęto do druku: 15.01.2019 r.