

Poczucie umiejscowienia kontroli oraz nadzieja podstawowa jako cechy korelujące z psychicznym przystosowaniem do choroby nowotworowej u kobiet z rakiem piersi – doniesienie wstępne

Locus of control and basic hope as variables correlating with mental adjustment to neoplastic disease in women with breast cancer – preliminary report

¹ Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej UM w Łodzi. Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Józef Kocur

² Zakład Psychopatologii i Psychologii Klinicznej Instytutu Psychologii UŁ.

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Józef Kocur

Correspondence to: Joanna Kot, Zakład Rehabilitacji Psychospołecznej UM w Łodzi, pl. Hallera 1, 90-647 Łódź, tel.: 042 639 33 24, e-mail: joanna_grzyb@o2.pl

Source of financing: Department own sources

Streszczenie

Wprowadzenie: Współcześnie istnieje szereg doniesień opisujących znaczenie czynników psychologicznych dla procesu zdrowienia w grupie pacjentów onkologicznych. Jednym z nich jest konstrukt określany jako psychiczne przystosowanie do choroby nowotworowej, który obejmuje zarówno reakcję na diagnozę, jak i zmiany postaw jednostki wobec choroby zachodzące w trakcie procesu leczenia oraz rehabilitacji. Wywiady prowadzone wśród kobiet po mastektomii wykazały, że reakcje pojawiające się w odpowiedzi na diagnozę i terapię można zakwalifikować jako „stoicką akceptację”, „zaprzeczanie”, „bezradność – beznadziejność” oraz postawę „ducha walki”. W dalszych badaniach okazało się, że powyższe postawy ściśle wiążą się z aktywnością układu immunologicznego, a w efekcie z długością oraz jakością życia. Ważne zatem wydaje się dokładne zidentyfikowanie czynników współwystępujących z konstruktywnym przystosowaniem do choroby nowotworowej. **Cel pracy:** Celem badań była ocena związku pomiędzy poczuciem umiejscowienia kontroli oraz nadzieją podstawową a mechanizmami psychicznego przystosowania do choroby nowotworowej u kobiet z rakiem piersi. **Materiał i metodyka:** Badaniem psychologicznym objęto 45 kobiet z rozpoznaniem złośliwych zmian nowotworowych w obrębie piersi, w wieku od 35 do 83 lat. Posłużono się następującymi narzędziami: Skalą Przystosowania Psychicznego do Choroby Nowotworowej Mini-MAC, Kwestionariuszem DELTA, Kwestionariuszem Nadziei Podstawowej (BHI-12) oraz ankietą socjodemograficzną. **Wyniki:** Wyniki analizy statystycznej wskazały na istotny związek ($p < 0,05$) pomiędzy wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli a przyjmowaniem strategii „ducha walki”. Dostrzeżono również współzależność w zakresie zewnętrznego poczucia umiejscowienia kontroli oraz destruktywnego przystosowania do choroby, głównie poprzez postawę „bezradność – beznadziejność”. Nie wykazano istotnych statystycznie korelacji pomiędzy adaptacją do nowotworu a nadzieją podstawową. Postrzeganie świata oraz własnego życia jako kontrolowanego wiąże się z doświadczaniem pozytywnych stanów emocjonalnych, które za pośrednictwem osi korowo-podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej stymulują m.in. układ odpornościowy. Dlatego też postawa „ducha walki”, charakterystyczna dla kobiet z wewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli, przyczynia się do wydłużenia życia i poprawy jego jakości. Brak poczucia wpływu na rzeczywistość, typowy dla kobiet destruktywnie przystosowanych do choroby nowotworowej, jest silnym, najczęściej przewlekłym distresem, który prowadzi do znacznego obniżenia wydajności układu odpornościowego, a tym samym do wzrostu wskaźnika śmiertelności w tej grupie chorych.

Słowa kluczowe: psychiczne przystosowanie do choroby nowotworowej, poczucie umiejscowienia kontroli, nadzieja podstawowa, rak piersi

Summary

Introduction: To date, there are several reports devoted to the influence of psychological factors on treatment outcome in oncological patients. One of these factors is a construct defined as mental adjustment to neoplastic disease, encompassing both patient's reaction to diagnosis and modification of his/her attitude towards the disease in the course of treatment and rehabilitation. Interviews with mastectomized women revealed that their reactions in response to the diagnosis and therapy may be classified as: "stoic acceptance", "negation", "helplessness – hopelessness" and "fighting spirit". Subsequent studies demonstrated that these attitudes closely correlate with activity of the patients' immune system, and thus with survival rate and quality of life. Therefore it appeared worthwhile to precisely identify factors coexisting with constructive adjustment to cancer. **Aim of paper:** The aim of this study was to assess correlations between locus of control, basic hope and mechanisms of mental adjustment to neoplastic disease in women with breast cancer. **Material and method:** Forty-five women with a diagnosis of breast cancer aged 35-83 underwent psychological examination. The following instruments have been used: Mental Adjustment to Cancer Scale (Mini-MAC), DELTA questionnaire, Basic Hope Inventory (BHI-12) and sociodemographic questionnaire. **Results:** Statistical analysis revealed significant correlation ($p < 0.05$) between sense of internal locus of control and adoption of "fighting spirit" strategy. There was also a correlation between external locus of control and destructive adjustment to the disease, resulting mainly in adoption of the "helplessness – hopelessness" strategy. No significant correlations between type of adjustment to disease and basic hope were noticed. Perception of outer environment and own life as controlled entities is associated with experience of positive emotional states, which via cortico-hypothalamic-pituitary-adrenal axis stimulate the patients' immune system. Therefore, the "fighting spirit" attitude, typical for women with internal locus of control, contributes to improved survival and quality of life. Lack of sense of control over reality, typical for women with destructive adaptation to their disease, is a powerful and usually prolonged stressor, leading to significant reduction of effectiveness of immune system, thus resulting in increased mortality rate in this group of patients.

Key words: mental adjustment to cancer, locus of control, basic hope, breast cancer

WPROWADZENIE

Pomimo licznych i zaawansowanych badań prowadzonych w zakresie psychoneuroimmunologii (PNI) brak jest jednoznacznych dowodów na to, że czynniki psychologiczne mogą powodować raka. Rola osobowości w wyjaśnianiu etiopatogenezy chorób nowotworowych wciąż pozostaje bardzo kontrowersyjnym zagadnieniem^(1,2). Bezsprzecznie potwierdzono jednak, że czynniki psychospołeczne mają istotny wpływ na proces zdrowienia. Wieloletnie badania Simontona pokazują, że pacjenci z zaawansowaną chorobą nowotworową, którzy oprócz leczenia onkologicznego poddani byli psychoterapii, żyli nawet dwukrotnie dłużej od pacjentów leczonych jedynie konwencjonalnie w najlepszych klinikach onkologicznych Stanów Zjednoczonych. Dodatkowo wyraźnie wzrosła jakość ich życia, a wskaźniki immunologiczne wskazywały na większą aktywność układu odpornościowego, co sprzyjało procesowi zdrowienia⁽³⁻⁵⁾. Inne doniesienia zwróciły uwagę na kluczową rolę przystosowania do choroby nowotworowej jako czynnika istotnego dla przeżycia^(6,7). Proces radzenia sobie z chorobą nowotworową i psychicznego przystosowania do niej związany jest z aktywizacją mechanizmów, które na poziomie poznawczym, behawioralnym oraz emocjonalnym składają jednostkę do prób uniknięcia, zmniejszenia lub asymilacji psychologicznych konsekwencji stresu doświadczanego w chorobie lub oczekiwanego na skutek przewidywanych stresorów z nią związanych⁽⁸⁻¹⁰⁾.

INTRODUCTION

In spite of numerous sophisticated studies conducted in the field of psychoneuroimmunology (PNI), to date there is no unambiguous proof that psychological factors may cause cancer. The role of personality in elucidation of aetiology and pathogenesis of cancer is still an utterly controversial issue^(1,2). Nevertheless, it has been undoubtedly confirmed that psychosocial factors have a significant influence on treatment outcome. Studies by Simonton lasting for several years indicate that patients with end-stage cancer, subjected to oncological treatment and psychotherapy, survived twice as long as those receiving only the best conventional treatment in the best American oncological centres. Furthermore, their quality of life improved considerably and immunological indices were consistent with enhanced activity of their immune system, thus promoting the healing process⁽³⁻⁵⁾. Other reports highlight the role of adaptation to cancer as a factor contributing to survival^(6,7). The process of coping with cancer and mental adjustment to it is associated with activation of mechanisms, which at the cognitive, behavioural and emotional level induce the individual to try to avoid, reduce or assimilate psychological consequences of stress associated with the disease or expected due to foreseen hardships associated therewith⁽⁸⁻¹⁰⁾. It encompasses such components as coping with limitations and requirements imposed by the dis-

Zawiera on takie komponenty, jak radzenie sobie z ograniczeniami i wymaganiami choroby oraz skutkami ubocznymi terapii, strategie wykorzystywane w rozwiązywaniu nieoczekiwanych problemów i okoliczności związanych z chorobą, a także umiejętność werbalizowania, kontroli i nadawania znaczenia bardzo silnym emocjom negatywnym, które towarzyszą chorym w procesie diagnostycznym i później – podczas leczenia oraz rokowania⁽¹¹⁾. Wywiady prowadzone wśród kobiet po mastektomii wykazały, że ich reakcje w odpowiedzi na diagnozę i terapię można było zakwalifikować jako „stoicką akceptację”, „zaprzeczanie”, „bezradność – beznadziejność” oraz postawę „ducha walki”. Kategorie te korelowały z prognozą po 5 i 10 latach. Pacjentki przyjmujące takie postawy, jak „duch walki” czy „zaprzeczanie”, charakteryzowały się wyższym wskaźnikiem przeżycia i brakiem nawrotu choroby w stosunku do chorych wykazujących „stoicką akceptację” oraz „bezradność – beznadziejność”⁽⁷⁾. Inne badania potwierdziły te wyniki, wskazując „ducha walki” jako postawę sprzyjającą zdrowieniu, a postawę bezradności jako czynnik powodujący wzrost śmiertelności wśród pacjentek z rakiem piersi⁽⁶⁾. Predyktory psychicznego przystosowania do raka obejmują różnorodne czynniki poznawcze, w tym między innymi przekonania dotyczące własnej osoby i otaczającego świata, poczucie umiejscowienia kontroli czy samoskuteczności, atrybucję oraz wyuczoną bezradność, jak również osobowościowe – głównie optymizm/pesymizm, odporność, poczucie koherencji czy też pozytywną lub negatywną emocjonalność⁽⁸⁾.

W świetle powyższych badań wydaje się, iż ważnym zagadnieniem jest dokładne zidentyfikowanie czynników współlistniejących z konstruktywnym przystosowaniem do raka oraz precyzyjne opisanie mechanizmów zaradczo-przystosowawczych.

CEL

W podjętych przez nas badaniach cel stanowiła weryfikacja założenia o zależności pomiędzy poczuciem umiejscowienia kontroli opisanego jako przekonanie o posiadaniu wpływu na własne życie lub jako przekonanie, że zależy ono od zewnętrznych okoliczności, oraz nadzieją podstawową rozumianą jako przekonanie o sensowności i względnej przychylności świata a mechanizmami psychicznego przystosowania do choroby nowotworowej opisanymi według skali Mini-MAC jako konstruktywne („stoicka akceptacja”, „duch walki”) i destruktywne („zaabsorbowanie lękowe”, „bezradność – beznadziejność”) w grupie pacjentek z rozpoznaniem nowotworu złośliwego w obrębie piersi.

MATERIAŁ I METODYKA

Badaniem psychologicznym objęto 45 kobiet hospitalizowanych na Oddziale Chirurgii Onkologicznej Woje-

ease and side effects of therapy, strategies implemented to solve unexpected problems and situations associated with the disease, as well as ability to verbalize, control and provide a sense to strong negative emotions which may arise first in the process of diagnosis and then in during therapy and prognosis⁽¹¹⁾.

Interviews with mastectomized women revealed that their reaction in response to diagnosis and therapy may be classified as: “stoic acceptance”, “negation”, “helplessness – hopelessness” and “fighting spirit”. These categories correlated with prognosis at 5- and 10-years’ follow-up. Patients adopting such attitudes as “fighting spirit” and “negation”, were characterised by better survival rate and lack of recurrence as compared with patients preferring “stoic acceptance” and “helplessness – hopelessness”⁽⁷⁾. Other studies confirmed these findings, pointing to “fighting spirit” as a healing-promoting attitude, while the “helplessness” attitude was a factor increasing mortality rate in patients with breast cancer⁽⁶⁾. Predictors of mental adjustment to cancer include several cognitive factors, e.g. convictions related to own person and surrounding world, locus of control or self-effectiveness, attribution and learned helplessness, as well as personality-associated features, mainly optimism/pessimism, resistance, sense of coherence and a positive or negative emotional profile⁽⁸⁾.

In view of these findings, it appears that precise identification of factors contributing to a constructive adjustment to cancer and precise description of remedial-adaptation mechanisms is highly justified.

AIM OF THE PAPER

The aim of our studies was to verify assumed correlation between locus of control, defined as conviction about controlling own life or belief that it depends on external circumstances and basic hope, defined as conviction about sense and relative benevolence of the world and mechanisms of mental adjustment to cancer described according to the Mini-MAC scale as constructive (“stoic acceptance”, “fighting spirit”) or destructive (“anxiety”, “helplessness – hopelessness”) in a group of patients with the diagnosis of breast cancer.

MATERIAL AND METHOD

Psychological assessment encompassed 45 women hospitalised at the Dept. of Oncological Surgery of the M. Kopernik Regional Specialized Hospital in Łódź, Poland, and at the Dept. of Oncological Surgery and Breast Diseases of the Polish Mother Memorial Health Institute in Łódź. Patients’ mean age was 57.8 years (range: 35-83 years). All patients were diagnosed with malignant breast tumour. Diagnosis was confirmed by cytological examination, needle biopsy, or, in the absence of visible pathology on cytological study, by clinical cytolog-

wódzkiego Specjalistycznego Szpitala im. M. Kopernika w Łodzi oraz w Klinice Chirurgii Onkologicznej i Chorób Piersi w ICZMP w Łodzi. Wiek badanych mieścił się w przedziale od 35 do 83 lat (średnia: 57,8 roku). Wszystkie pacjentki posiadały kliniczne rozpoznanie złośliwych zmian nowotworowych w obrębie piersi. Diagnozę postawiono na podstawie wyniku badania cytologicznego i biopsji cienkoigłowej oraz, w przypadku braku widocznych zmian w badaniu cytologicznym, na podstawie badania klinicznego cytologicznego lub mammograficznego z zakwalifikowaniem do biopsji wycinkowej. Socjodemograficzną charakterystykę badanej grupy przedstawiono w tabeli 1.

ical or mammographic study referring the patient to open biopsy. Sociodemographic features of these patients population is presented in table 1. Measurement of particular psychological parameters was performed using the following instruments.

**MENTAL ADJUSTMENT TO CANCER,
Mini-MAC SCALE**
(by Maggie Watson, Matthew Law, Steven Greer,
John Baruch, Judith Bliss)

The questionnaire is designed to assess patient's adaptation to cancer by measuring his/her reaction to the diag-

Zmienne Variable		n=45
Wiek Age	(35-85) lat (35-85) years	$\bar{X}=57,9; S=10,5$
Miejsce zamieszkania Place of residence	Wieś Village Małe miasto Small city Duże miasto Large city	7 15 23
Stan cywilny Marital status	Panna Unmarried woman Zamężna Married woman Wdowa Widow Separowana Separated Rozwiedziona Divorced	2 27 8 1 7
Wykształcenie Education level	Podstawowe Primary Zawodowe Vocational Średnie Secondary Wyższe High	9 5 20 11
Otrzymywanie wsparcia Support	Nie No Tak Yes	5 40
Wcześniejsze rozpoznania Previous diagnoses	Nie No Tak Yes	33 13

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna grupy badanej
Table 1. Sociodemographic characteristics of the study population

W celu pomiaru poszczególnych parametrów psychologicznych wybrano poniżej opisane narzędzia.

SKALA PRZYSTOSOWANIA PSYCHICZNEGO DO CHOROBY NOWOTWOROWEJ Mini-MAC
(Maggie Watson, Matthew Law, Steven Greer, John Baruch, Judith Bliss)

Kwestionariusz służy do diagnozy przystosowania do choroby nowotworowej poprzez ocenę reakcji na diagnozę choroby nowotworowej oraz ocenę zmian zachodzących w trakcie procesu leczenia i rehabilitacji⁽¹²⁾. Bada on zatem nie tylko style radzenia sobie z chorobą będące wynikiem wolicjonalnego, poznawczego lub behawioralnego wysiłku, ale przede wszystkim przystosowanie psychiczne obejmujące mimowolne reakcje emocjonalne na trudne lub zagrażające wydarzenia^(10,13). Polska wersja skali Mini-MAC zawiera 29 stwierdzeń, które odnoszą się do następujących podskali:

- „zaabsorbowanie lękowe” – przejawia się w nieustannym zaniepokojeniu chorobą oraz w interpretowaniu każdej zmiany jako oznaki pogarszającego się stanu zdrowia;
- „duch walki” – skłania chorego do potraktowania swojego położenia w kategoriach osobistego wyzwania i do podjęcia działań zwalczających chorobę;
- „bezradność – beznadziejność” – wyraża poczucie zagubienia i bierne poddanie się chorobie;
- „stoicka akceptacja” – świadczy o spokojnym uznaniu powagi choroby i jej akceptacji jako swoistego losu⁽¹²⁾. Poszczególne strategie łączą się ze sobą, dając dwie kolejne, bardziej ogólne: **destruktywną** („bezradność – beznadziejność” i „zaabsorbowanie lękowe”) oraz **konstruktywną** („duch walki” i „stoicka akceptacja”).

KWESTIONARIUSZ DELTA (Radosław L. Drwal)

Kwestionariusz składa się z 24 stwierdzeń i służy do diagnozy umiejscowienia poczucia kontroli opisanego jako przekonanie o posiadaniu wpływu na własne życie lub jako przekonanie, że zależy ono od zewnętrznych okoliczności. Aby kontrolować tendencję badanych do przedstawiania się w nieadekwatnie korzystnym świetle, autor dodał również skalę kłamstwa⁽¹⁴⁾.

**KWESTIONARIUSZ NADZIEI
PODSTAWOWEJ BHI-12**
(Jerzy Trzebiński, Mariusz Zięba)

Test ten dotyczy pomiaru konstruktów osobowości zwanego nadzieją podstawową i określanego jako przekonanie o sensowności i względnej przychylności świata. Obok innych czynników determinuje ona odpowiedź jednostki na 2 typy sytuacji:

- a) nowości – zwiększa gotowość do podejmowania nowych wyzwań i budowania nowego ładu;

and evaluation of changes occurring throughout therapy and rehabilitation⁽¹²⁾. Therefore, it explores not only styles of coping with cancer, resulting from conscious cognitive and behavioural effort, but also and foremost mental adaptation encompassing unconscious emotional response to difficult or threatening events^(10,13). Polish version of the Mini-MAC scale includes 29 items, addressing the following subscales:

- “anxious focusing” – manifesting by incessant alarm by disease and interpretation of any change in symptoms as a sign of deterioration of health;
- “fighting spirit” – induces the patient to consider own position in terms of personal challenge and to undertake effective measures to combat the disease;
- “helplessness – hopelessness” – expresses feelings of being lost and passive surrender to the disease;
- “stoic acceptance” – calm acceptance of seriousness of the disease and its acceptance as irrevocable fate⁽¹²⁾. Particular strategies are closely correlated, and may be classified into 2 broader and more general categories: **destructive** (“helplessness – hopelessness”, “anxious focusing”) and **constructive** (“fighting spirit”, “stoic acceptance”).

DELTA QUESTIONNAIRE
(by Radosław L. Drwal)

The questionnaire includes 24 items (statements) and is designed to localization of locus of control defined as conviction about controlling own life or belief that it depends entirely on external circumstances. In order to neutralize the patients’ inclination to present themselves in overly favourable light, the author used an additional lie scale⁽¹⁴⁾.

BASIC HOPE INVENTORY, BHI-12
(by Jerzy Trzebiński, Mariusz Zięba)

The instrument used to assess personality construct called basic hope and defined as belief in general sense and relative benevolence of environment. Besides other factors, it determines response of people to 2 types of situations:

- a) novelty – enhanced readiness to undertake new challenges and construct new orderly patterns;
- b) disintegration of past order and irreversible loss.

The questionnaire includes 12 statements. It is used to evaluate individual’s type of response to stress and trauma, as well as speed and ease of adjustment to novel situations⁽¹⁵⁾.

SOCIODEMOGRAPHIC QUESTIONNAIRE

The instrument includes 8 questions and is used to collect sociodemographic data (age, marital status, education level, place of residence and size of family), as

b) rozpadu dotychczasowego ładu i nieodwracalnej straty.

Kwestionariusz składa się z 12 stwierdzeń. Jest odpowiedni do diagnozy sposobu reagowania człowieka na stres i traumę oraz szybkości i konstruktywności adaptacji do nowych sytuacji⁽¹⁵⁾.

ANKIETA SOCJODEMOGRAFICZNA

Sklada się z 8 pytań i służy zebraniu danych socjodemograficznych (wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, miejsca zamieszkania oraz liczebności rodziny), jak

well as psychosocial data (quality of support provided by other family members).

RESULTS

Statistical analysis of data obtained was performed using correlation matrix and Student t-test. Adopted level of confidence was at $p < 0.05$. A significant correlation was noticed between adoption of “fighting spirit” strategy and sense of internal locus of control. However, this association is relatively weak. Furthermore it turned out that sense of external locus of control is moderately correlat-

Zmienna X Variable X	p<,05000, n=45					
	Średnia Mean	Odchylenie standardowe Standard deviation	r (X, Y)	r ²	t	p
LOC ZAL	6,755 18,467	2,947 5,181	0,187	0,035	1,253	0,220
LOC WAL	6,756 23,067	2,947 3,393	-0,296	0,087	-2,032	0,048*
LOC BEZ	6,755 13,333	2,947 4,824	0,426	0,182	3,089	0,003*
LOC AKC	6,755 20,867	2,947 4,746	-0,169	0,028	-1,129	0,265
LOC AKT	6,755 43,933	2,947 6,206	-0,292	0,085	-1,999	0,052
LOC DES	6,755 31,800	2,947 9,080	0,334	0,111	2,320	0,025*
NP ZAL	26,755 18,467	9,772 5,181	-0,074	0,005	-0,490	0,627
NP WAL	26,755 3,393	9,772 23,067	-0,108	-0,012	-0,715	0,478
NP BEZ	26,755 13,333	9,772 4,824	0,018	0,0003	0,122	0,903
NP AKC	26,755 20,867	9,772 4,746	0,189	0,035	1,258	0,215
NP AKT	26,755 43,933	9,772 6,206	0,085	0,007	0,557	0,579
NP DES	26,755 31,800	9,772 9,079	-0,032	0,001	-0,214	0,832
LOC – poczucie umiejscowienia kontroli ZAL – „zaabsorbowanie lękowe” WAL – postawa „ducha walki” BEZ – „bezradność – beznadziejność” AKC – „stoicka akceptacja” AKT – aktywne przystosowanie do choroby nowotworowej DES – destruktywne przystosowanie do choroby nowotworowej NP – nadzieja podstawowa * – wynik istotny statystycznie			LOC – locus of control ZAL – “focus on anxiety” WAL – “fighting spirit” attitude BEZ – “helplessness – hopelessness” AKC – “stoic acceptance” AKT – active adaptation to cancer DES – destructive adaptation to cancer NP – basic hope * – result statistically significant			

Tabela 2. Wyniki macierzy korelacji oraz testu istotności dla badanych zmiennych
 Table 2. Results of correlation matrix and significance test for variables studied

również psychospołecznych (ocena wsparcia otrzymanego od członków rodziny).

WYNIKI

Do analizy statystycznej zebranych danych wykorzystano macierz korelacji oraz test t-Studenta. Przyjęty poziom ufności wyniósł $p < 0,05$. Dostrzeżono istotną współzależność pomiędzy przyjmowaniem strategii „ducha walki” a poczuciem wewnętrznego umiejscowienia kontroli. Jest to jednak związek stosunkowo słaby. Okazało się również, że poczucie zewnętrznego umiejscowienia kontroli koreluje w stopniu umiarkowanym z postawą „bezradność – beznadziejność” oraz ogólnie z destruktywnym przystosowaniem do choroby nowotworowej w zakresie funkcjonowania psychicznego. Nie wykazano istotnych statystycznie korelacji pomiędzy sposobem przystosowania do choroby a nadzieją podstawową. Wyniki analizy statystycznej przedstawiono w tabeli 2.

OMÓWIENIE

Z uwagi na znaczenie psychologicznej odpowiedzi pacjentów onkologicznych na diagnozę i terapię istotne wydaje się zidentyfikowanie czynników, które decydują o rodzaju tej odpowiedzi. Jak wspomniano wcześniej, pełni ona rolę adaptacyjną i ma związek z długością i jakością życia chorych⁽⁶⁾. Badania własne wskazują na pewne tendencje widoczne w grupie badanej związane ze znaczeniem umiejscowienia poczucia kontroli dla psychicznego przystosowania do choroby nowotworowej. Postrzeganie kontroli to czynnik wpływający na podejmowanie zachowań zdrowotnych i ich rezultaty, zatem zdaje się być istotne w procesie adaptacji⁽¹⁶⁾. W przeprowadzonych badaniach pacjentki, u których zdiagnozowano postawę „ducha walki”, charakteryzowało wewnętrzne poczucie umiejscowienia kontroli, natomiast tym, które postrzegały własne życie i otaczający świat jako słabo kontrolowalne, właściwe były destruktywne postawy związane z adaptacją do choroby. Jako mechanizm przystosowawczy wybierały one głównie postawę „bezradność – beznadziejność”. Zależności te, choć istotne statystycznie, nie okazały się zbyt silne, jednak można założyć, iż przy większej próbie z populacji zostałyby wyraźnie potwierdzone. Dla powyższych wyników istnieje szereg odwołań w literaturze⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Poczucie umiejscowienia kontroli ma niebagatelne znaczenie z uwagi na umiejętności radzenia sobie, samopoczucie emocjonalne, jakość życia, a także zdrowie fizyczne i pracę układu immunologicznego⁽¹⁶⁾. Jak donoszą badania, poczucie braku możliwości wpływania na rzeczywistość wiąże się z większą podatnością na zaburzenia psychiczne, częstszymi nawrotami raka, a nawet szybszą śmiercią^(19,20). Szeroko w literaturze psychosomatycznej opisany został syndrom poddawania się/rezygnacji, którego głównymi cechami są wycofanie,

ed with the attitude “helplessness – hopelessness” and generally destructive type of adjustment to neoplastic disease in the area of mental functioning. No statistically significant correlations were noticed between type of adjustment to the disease and basic hope. Results of statistical analyses are presented in table 2.

DISCUSSION

In view of importance of type of psychological response of cancer patients to diagnosis and therapy, the essential issue would be to identify factors which determine the type of this response. As already mentioned, it plays a role in adjustment to the disease and is correlated with length of survival and quality of life⁽⁶⁾. Own studies indicate certain trends, noticeable in our population of patients and associated with significance of locus of control for mental adjustment to cancer. Perception of control is a factor influencing undertaking of health-preserving behaviours and their outcome, so it appears essential for adjustment process⁽¹⁶⁾. In this study, patients showing the “fighting spirit” attitude, were characterized by internal locus of control, while those who perceived own life and surrounding world as poorly controlled, adopted destructive attitudes when adjusting to the disease. They usually chose the “helplessness – hopelessness” attitude as the main adjustment pattern. These correlations, while statistically significant, were not overly strong. Nevertheless it may be safely assumed that with a larger population of patients they would be clearly confirmed. These findings are widely referred-to in the literature⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Sense of locus of control plays a considerable role in one’s ability to cope, emotional well-being, quality of life, somatic health and function of the immune system⁽¹⁶⁾. Studies demonstrated that sense of inability to influence reality is associated with greater susceptibility to mental disorders, more frequent recurrence of cancer and even greater mortality^(19,20). Psychosomatic literature contains many in-depth descriptions of the so-called surrender/resignation syndrome, the main features thereof being withdrawal, submission, passivity and depression, largely associated with the sense of lack of control⁽²¹⁾. Such a state constitutes itself a powerful distress, resulting in hypercortisolaemia and secondary decrease of activity of the immune system. This obviously will influence the course of the healing process⁽²²⁾.

Sense of controlling reality is also associated with the “fighting spirit” attitude. This correlation is confirmed by the effect of positive emotional states, which by the cortical-hypothalamic-pituitary-adrenal axis are closely correlated with a more effective work of the nervous, endocrine and immune systems. Pattern of one’s adjustment to cancer is very individual and, as studies demonstrated, is one of factors which determine survival. It

uległość, pasywność oraz depresyjność, a więc w dużej mierze te związane z poczuciem braku kontroli⁽²¹⁾. Jako że stan taki jest silnym distresem, za pośrednictwem kortyzolu powoduje znaczne obniżenie aktywności układu odpornościowego. Nie pozostaje to bez wpływu dla przebiegu procesu zdrowienia⁽²²⁾.

Okazało się, że poczucie wpływu na rzeczywistość pozostaje w związku także z postawą „ducha walki”. Korelację tę można opisać poprzez znaczenie doświadczania pozytywnych stanów emocjonalnych, które za pośrednictwem osi korowo-podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej ściśle korespondują z wydajną pracą układu nerwowego, hormonalnego i immunologicznego. Sposób, w jaki jednostka przystosuje się do choroby nowotworowej, jest uwarunkowany indywidualnie i, jak pokazują doniesienia, jest to jeden z czynników warunkujących przeżycie. Wykazano, że postawa „bezradność – beznadziejność” koreluje z wysoką śmiertelnością wśród pacjentów onkologicznych, zaś u tych, którzy przystosowywali się do choroby poprzez postawę „ducha walki”, obserwowano znacznie dłuższe przeżycie⁽⁶⁾.

W świetle powyższych doniesień znaczące jest rozwinięcie działań psychorehabilitacyjnych, które ukierunkowane byłyby m.in. na kształtowanie wewnętrznego poczucia kontroli. Skuteczność tego typu interwencji potwierdziły badania w grupach pacjentek z rakiem piersi, u których po zakończeniu stwierdzono zmniejszenie lęku i obaw związanych z chorobą i jej nawrotem, zmniejszenie objawów depresyjnych, poprawę samopoczucia emocjonalnego, lepsze radzenie sobie ze stresem ukierunkowane na rozwiązanie problemu, a także wzrost w zakresie wewnętrznego poczucia kontroli^(23,24). Tym samym coraz bardziej poszerza się zakres możliwych oddziaływań terapeutycznych wśród chorych onkologicznych, przyczyniających się do wydłużenia życia i znacznej poprawy jego jakości w chorobie.

WNIOSKI

1. Widoczny jest związek pomiędzy wewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli a podejmowaniem strategii „ducha walki” wśród kobiet z rozpoznaniem raka piersi.
2. U kobiet, które w sposób destruktywny przystosowują się do choroby nowotworowej, obserwuje się poczucie braku wpływu na własne życie oraz otaczającą rzeczywistość.
3. Pacjentki, które preferują postawę „bezradność – beznadziejność”, charakteryzują się zewnętrznym poczuciem umiejscowienia kontroli.

was clearly shown that the “helplessness – hopelessness” attitude correlates with high mortality rate among cancer patients, while those who adopted the “fighting spirit” attitude had a significantly better survival rate⁽⁶⁾. In view of these reports, it appears reasonable to intensify psychorehabilitation activities, focused on enhancement of internal locus of control. Effectiveness of such type of intervention has been confirmed by studies encompassing patients with breast cancer. After completion of psychotherapy course, they showed a reduction of anxiety and worries associated with cancer and its recurrence, reduction of depressive symptoms, improved emotional mood, better coping with stress focused on problem-solving, as well as enhanced internal locus of control^(23,24). This might broaden even more the scope of our therapeutic interventions among cancer patients, contributing to prolong life and a noticeable improvement of its quality in disease.

CONCLUSIONS

1. There is an association of internal locus of control and adopting the “fighting spirit” strategy among women with the diagnosis of breast cancer.
2. Women who adopt a destructive pattern of adjustment to cancer, show a sense of lack of control of own life and surrounding reality.
3. Patients who preferred the “helplessness – hopelessness” attitude are characterized by external locus of control.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Nakaya N., Tsubono Y., Nishino Y. i wsp.: Personality and cancer survival: the Miyagi cohort study. *Br. J. Cancer* 2005; 92: 2089-2094.
2. Zachariae R., Jensen A.B., Pedersen C. i wsp.: Repressive coping before and after diagnosis of breast cancer. *Psychooncology* 2004; 13: 547-561.
3. Simonton O.C., Matthews-Simonton S., Sparks T.F.: Psychological intervention in the treatment of cancer. *Psychosomatics* 1980; 21: 226-227, 231-233.
4. Spiegel D., Bloom J.R., Kraemer H.C., Gottheil E.: Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989; 2: 888-891.
5. Simonton O.C., Matthews-Simonton S., Creighton J.L.: Triumf życia. Jak pokonać raka? Wskazówki dla pacjentów i ich rodzin. Wydawnictwo Medyczne Med Tour Press International, Warszawa 1993: 10.
6. Osborne R.H., Sali A., Aaronson N.K. i wsp.: Immune function and adjustment style: do they predict survival in breast cancer? *Psychooncology* 2004; 13: 199-210.
7. Juczyński Z.: Psychologiczne wyznaczniki przystosowania się do choroby nowotworowej. *Psychoonkologia* 1997; 1: 3-10.
8. Jadoulle V., Rokbani L., Ogez D. i wsp.: Coping and adapting to breast cancer: a six-month prospective study. *Bull. Cancer* 2006; 93: E67-E72.

9. Brennan J.: Adjustment to cancer – coping or personal transition? *Psychooncology* 2001; 10: 1-18.
10. Nordin K., Berglund G., Terje I., Glimelius B.: The Mental Adjustment to Cancer Scale – a psychometric analysis and the concept of coping. *Psychooncology* 1999; 8: 250-259.
11. Nairn R.C., Merluzzi T.V.: The role of religious coping in adjustment to cancer. *Psychooncology* 2003; 12: 428-441.
12. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.
13. Cayrou S., Dickès P., Gauvain-Piquard A., Rogé B.: The Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale: French replication and assessment of positive and negative adjustment dimensions. *Psychooncology* 2003; 12: 8-23.
14. Drwal R.L.: Opracowanie kwestionariusza Delta do pomiaru poczucia kontroli. *Studia Psychologiczne* 1979; 18: 67-83.
15. Trzebiński J., Zięba M.: Kwestionariusz Nadziei Podstawowej – BHI-12. Podręcznik. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2003.
16. Henderson J.W., Donatelle R.J.: The relationship between cancer locus of control and complementary and alternative medicine use by women diagnosed with breast cancer. *Psychooncology* 2003; 12: 59-67.
17. Rowe J.L., Montgomery G.H., Duberstein P.R., Bovbjerg D.H.: Health locus of control and perceived risk for breast cancer in healthy women. *Behav. Med.* 2005; 31: 33-40.
18. Cousson-Gélie F., Irachabal S., Bruchon-Schweitzer M. i wsp.: Dimensions of cancer locus of control scale as predictors of psychological adjustment and survival in breast cancer patients. *Psychol. Rep.* 2005; 97: 699-711.
19. Dow K.H., Ferrell B.R., Haberman M.R., Eaton L.: The meaning of quality of life in cancer survivorship. *Oncol. Nurs. Forum* 1999; 26: 519-528.
20. Gerits P., De Brabander B.: Psychosocial predictors of psychological, neurochemical and immunological symptoms of acute stress among breast cancer patients. *Psychiatry Res.* 1999; 85: 95-103.
21. Łazowski J. (red.): Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy. PZWL, Warszawa 1985.
22. Tjemsland L., Søreide J.A., Matre R., Malt U.F.: Pre-operative psychological variables predict immunological status in patients with operable breast cancer. *Psychooncology* 1997; 6: 311-320.
23. Kim C.J., Hur H.K., Kang D.H., Kim B.H.: The effects of psychosocial interventions to improve stress and coping in patients with breast cancer. *Taehan Kanho Hakhoe Chi* 2006; 36: 169-178.
24. Cameron L.D., Booth R.J., Schlatter M. i wsp.: Changes following use of a group psychosocial support program for women recently diagnosed with breast cancer. *Psychooncology* 2007; 16: 171-180.

Informacja dla autorów!

Chcąc zapewnić naszemu czasopismu „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” wyższą indeksację MNiSW i Index Copernicus, zwracamy się do autorów o dopełnienie poniższych warunków podczas przygotowywania pracy do publikacji:

- Praca oryginalna powinna być poprzedzona **streszczeniem** zawierającym **od 200 do 250 słów**, a praca poglądowa i kazuistyczna – **od 150 do 200 słów**.

Streszczeniu pracy oryginalnej należy nadać budowę strukturalną: wstęp, materiał i metoda, wyniki, wnioski.

- Liczba **słów kluczowych** nie może być mniejsza niż 5. Słowa kluczowe nie powinny być powtórzeniem tytułu. Najlepiej stosować słowa kluczowe z katalogu MeSH.

– **Praca oryginalna** winna zawierać elementy: wstęp, materiał i metoda, wyniki, omówienie, wnioski, piśmiennictwo.

- **Piśmiennictwo** powinno być ułożone w **kolejności cytowania**.

Pełny Regulamin ogłaszania prac znajduje się na stronie 124.