

Związek cech osobowości, depresyjności i lęku z przebiegiem leczenia kobiet z nowotworem piersi

Relationships between personality, fear and depression in patients with breast cancer

Arkadiusz Stankiewicz, Wioletta Radziwiłłowicz, Mariola Bidzan

Instytut Psychologii, Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Gdański

Psychoonkologia 2011, 2: 48–54

Adres do korespondencji:

prof. UG, dr hab. Mariola Bidzan
Instytut Psychologii
Wydział Nauk Społecznych
Uniwersytet Gdański
ul. Bażyńskiego 4
80-952 Gdańsk
e-mail: psymbi@ug.edu.pl

Streszczenie

Prezentowane badanie dotyczy związku między profilem psychologicznym – w tym profilem osobowości, poziomem i charakterem lęku i depresyjności – a czasem od rozpoznania choroby nowotworowej. W badaniu uczestniczyło 30 kobiet z rozpoznaniem nowotworem piersi. Połowa badanych kobiet była poddana terapii od 5 lat, natomiast druga połowa rozpoczęła leczenie. Wyniki badania wskazują, że o ile różnice między obu porównywanymi grupami co do średniego poziomu poszczególnych cech nie są znaczące, to istnieją bardzo istotne różnice co do korelacji między poszczególnymi cechami osobowości a lękiem i depresją w obu grupach. W grupie pacjentek po 5 latach terapii ujawnił się mechanizm silniejszego kształtowania się lęku (w mniejszym stopniu depresyjności) pod wpływem neurotyczności, sumienności i ugodowości niż w grupie pacjentek na początku terapii.

Abstract

Presented paper discovers relations between psychological features – personality, fear and depression – and time from cancer diagnosis. Participants were 30 women with breast cancer. Half of the sample is the beginner group (at the start of therapy) and the second half is the group after 5 years of therapy. Results suggest there are no significant differences in means in many of analysed features, but very interested significant differences were found in correlations between personality features and fear or depression in both groups. Mechanism of fear and (less significant) depression building is strongly related to neurotism, agreeability and conscientiousness in patient after 5 years of therapy than patients at the beginning.

Słowa kluczowe: profil osobowości, lęk, depresyjność, czas od rozpoznania choroby nowotworowej.

Key words: personality, fear, depression, time from cancer diagnosis.

Wstęp

Osobowość rozumiana jest przede wszystkim jako „złożony zbiór własności psychicznych, które wpływają na charakterystyczne wzorce zachowania jednostki, niezmiennie czasowo i sytuacyjnie” [1, s. 201]. Pomimo że osobowość może być definiowana na wiele sposobów, prawie we wszystkich definicjach znajdziemy dwa podstawowe pojęcia: „wyjątkowość”

i „charakterystyczne wzorce zachowania”. Osobowość jest konstruktem pozwalającym wyjaśnić, w jakim stopniu właściwości psychiczne i wzorce zachowania są intersytuacyjnie spójne, a więc przewidywalne w różnych sytuacjach. Dlatego też w tym podejściu do opisu i wyjaśnienia zachowania jednostki szczególnie ważnym czynnikiem okazuje się czasowa stałość zachowania [1, 2].

Poznanie struktury osobowości może nastąpić dzięki danym pochodzącym z pięciu źródeł, tzn. a) samoopisu, b) obserwacji jednostki, c) obserwacji zachowania, d) danych biograficznych oraz e) pomiaru reakcji fizjologicznych [3]. Każde ze źródeł informacji umożliwia poznanie odmiennego aspektu funkcjonowania i obszaru zachowania się jednostki. Poziom samoopisu pozwala na poznanie przekonań, odczuć i świadomych doznań jednostki w związku z określonym typem bodźców. Dane z obserwacji pozwalają na opis charakterystycznych wzorców zachowania i podsumowanie jego ocen w środowisku, w którym jednostka stale przebywa. We współczesnej psychologii szczególną rolę odgrywają dane pochodzące z samoopisu, ponieważ wydają się one najlepiej wyjaśniać wzorce zachowania jednostki i pozwalają na najbardziej trafne ich przewidywanie. Dlatego też w psychologii szczególną rolę odgrywa podejście nomotetyczne zakładające identyczność struktury osobowości u wszystkich przedstawicieli określonej populacji, a różnice indywidualne polegają na zróżnicowaniu poziomu poszczególnych czynników osobowości.

Wyróżnia się pięć kategorii teorii osobowości: a) typów, b) psychodynamiczne, c) humanistyczne, d) uczenia się i poznawcze oraz e) cech lub czynników [1, 2]. Szczególnego znaczenia we współczesnej psychologii nabrały koncepcje osobowości w ujęciu cech, np. Cattella lub Costa i McCrae [4].

Teoria cech zakłada istnienie wymiarów ciągłych, jak inteligencja czy serdeczność, różniących się jakością i nasileniem. Cechy wyznaczają uogólnione skłonności do działania, którymi ludzie obdarzeni są w zróżnicowanym stopniu. Cechy odpowiadają za spójność zachowania, gdyż są trwałe i mają ogólny zasięg. Dzięki cechom dana osoba ma ujednoczone reakcje na różne bodźce, natomiast dzięki ich stałości zachowanie ludzkie jest spójne w różnych sytuacjach [2]. Szczególne znaczenie dla badań psychologicznych ma odkrycie licznych związków cech osobowości jako mediatora między zachowaniem i przekonaniem jednostki czy stresem a radzeniem sobie z nim.

Material i metody

Problem badawczy

Celem przeprowadzonego badania był zarówno opis poziomu funkcjonowania psychologicznego, jak i próba oceny wielkości wpływu czasu trwania choroby i terapii na kształtowanie się poziomu funkcjonowania psychologicznego pacjentów. Przeprowadzone badanie miało charakter quasi-eksperymentu na planie dwugrupowym, gdzie dokonywane były porównania poziomu funkcjonowania

pacjentów na początku terapii z poziomem funkcjonowania pacjentów po 5 latach terapii.

W niniejszej pracy sformułowane zostały trzy główne problemy badawcze, ujęte w postaci następujących pytań:

1. Czy pacjenci na początku terapii różnią się od pacjentów po 5-letnim leczeniu pod względem przeciętnego poziomu lęku, depresyjności oraz głównych czynników osobowości?

Hipoteza A: Przypuszczalnie pacjenci po 5 latach terapii będą się charakteryzować większym poziomem depresyjności i lęku [5], możliwe są również zmiany w zakresie struktury osobowości, np. zwiększona neurotyczność, introwersja oraz sumiennosc i obniżona ugodowosc [6, 7].

2. Czy zróżnicowanie pod względem poziomu lęku, depresyjności oraz głównych czynników osobowości w grupie pacjentów poddanych długoletniej terapii jest większe niż w grupie pacjentów na początku terapii?

Hipoteza B: Przypuszczalnie na początku terapii zróżnicowanie struktury osobowości i poziomu lęku oraz depresyjności wśród pacjentów może się okazać mniejsze niż zróżnicowanie w grupie pacjentów po 5 latach terapii ze względu na funkcjonowanie odmiennych mechanizmów radzenia sobie z chorobą [8], które różnią się nie tylko skutecznością (rozumianą jako faktyczne oddziaływanie na kształtowanie pozytywnych postaw i zachowań wobec choroby), lecz także charakterem oddziaływania na funkcjonowanie psychiczne pacjenta – w tym jego lęk, depresyjność i strukturę osobowości.

3. Czy związek pomiędzy depresyjnością i lękiem oraz głównymi czynnikami osobowości jest istotnie różny w grupie pacjentów poddanych długoletniej terapii od korelacji zaobserwowanej w grupie pacjentów na początku leczenia?

Hipoteza C: Trudno jest sformułować konkretną hipotezę w odniesieniu do tak postawionego pytania. Wydaje się, że może istnieć istotna statystycznie różnica między związkiem poszczególnych cech osobowości a lękiem i depresyjnością wśród pacjentów na początku i po 5 latach terapii, trudno jednak ocenić kierunek tej różnicy. Z jednej strony można sądzić, że związek lęku i depresyjności z osobowością będzie wyższy u pacjentów po 5 latach niż na początku terapii [8], z drugiej natomiast – że kształtowanie się lęku i depresyjności u pacjentów po 5 latach terapii będzie wysoce niezależne od struktury osobowości, a uwarunkowane jedynie wpływem czynników związanych z przebiegiem choroby – np. ocena własnego stanu zdrowia, szans na przeżycie lub ocena własnej przyszłości itd. [9]. Dlatego też w odniesieniu do tego pytania nie postawiono

hipotezy kierunkowej, przypuszczając jedynie istnienie różnic bez przyjmowania założeń co do ich kierunku.

Procedura i uczestnicy

Badanie odbyło się w Klinice Chirurgii Onkologicznej na Oddziale Chirurgii Onkologicznej Szpitala Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego i trwało od 3.05.2010 r. do 31.05.2010 r. Do próby badanej zostały zakwalifikowane wszystkie kobiety hospitalizowane w okresie obejmującym badanie. Ze względu na postawione w niniejszej pracy główne pytanie badawcze, czy długoletnia terapia sprzyja zmianom w poziomie funkcjonowania psychicznego hospitalizowanych kobiet, w badanej próbie wyróżniono dwie równoliczne grupy: a) pacjentek ($n = 15$) na początku terapii oraz b) pacjentek ($n = 15$) po 5 latach leczenia. W badaniu wzięło udział 30 kobiet w wieku 35–65 lat [średnia (M) = 48,87; odchylenie standardowe (SD) = 18,66]. Badane kobiety charakteryzowały się zróżnicowanym poziomem wykształcenia. Wykształcenie zawodowe deklarowało 11, średnie 12, natomiast wyższe 7 kobiet. Wszystkie kobiety miały od 1 do 3 dzieci.

Wyniki przeprowadzonej analizy ogólnych statystyk opisowych wskazują, że badana próba kobiet charakteryzuje się wynikami o rozkładzie normalnym. Test Kołmogorowa-Smirnowa dla oszacowania normalności rozkładu okazał się dla wszystkich wyróżnionych zmiennych statystycznie nieistotny. Pozwala to przyjąć hipotezę, że rozkład wyników wszystkich zmiennych jest zbliżony do normalnego. Do weryfikacji postawionych hipotez posłużono się zatem parametrycznymi testami statystycznymi.

W badanej grupie poziom neurotyzmu wahał się w granicach od 12 pkt do 36 pkt ($M = 20,97$ pkt, $SD = 6,21$ pkt), a typowy poziom neurotyzmu wynosił od 14,76 pkt do 27,17 pkt. W zestawieniu z normami stenowymi dla skali neurotyzmu w grupie osób powyżej 40 lat typowe wyniki w próbie mieszczą się w przedziale od 3. do 8. stena, zatem można je interpretować jako przeciętne lub nieznacznie podwyższone. Wyniki w skali ekstrawersji wahają się w granicach od 12 pkt do 40 pkt ($M = 26,4$ pkt, $SD = 7,96$ pkt), a typowy wynik w badanej próbie – od 18,44 pkt do 34,36 pkt. W odniesieniu do norm stenowych wyniki typowe kształtują się w granicach od 3. do 8. stena. Poziom otwartości na doświadczenia w badanej próbie waha się od 16 pkt do 32 pkt ($M = 23,27$ pkt, $SD = 4,18$ pkt). Typowa badana osoba osiąga wynik w granicach od 19,08 pkt do 27,45 pkt, co w odniesieniu do norm stenowych dla osób w wieku powyżej 40 lat oznacza wyniki od 4. do 7. stena. Poziom ugodowości w badanej próbie waha się w granicach 14–41 pkt ($M = 27,87$ pkt,

$SD = 6,47$ pkt). Typowa badana osoba charakteryzuje się wynikiem w granicach 21,39–34,34 pkt, tj. od 2. do 7. stena w odniesieniu do norm dla osób powyżej 40 lat. Wyniki pomiarów sumiennosci w badanej próbie plasują się natomiast w granicach od 11 pkt do 41 pkt ($M = 29,40$ pkt, $SD = 7,91$ pkt). Typowy wynik wynosił 21,49–37,31 pkt, co w odniesieniu do norm dla osób powyżej 40. roku życia odpowiada wynikom od 3. do 7. stena.

Poziom lęku w badanej próbie kształtuje się raczej w granicach wyniku niskiego. Najniższy wynik pomiaru lęku jako cechy wyniósł 22, natomiast lęku jako stanu 29 pkt, gdy najniższy teoretycznie możliwy do uzyskania wynik wynosi 20 pkt. Wyniki maksymalne, tzn. 64 pkt dla lęku jako cechy i 66 pkt dla lęku jako stanu, stanowią ok. 55–58% wyniku maksymalnego w skali. Wyniki typowe dla lęku jako cechy wahały się w przedziale od 29,05 pkt do 53,69 pkt (tj. 11,3–42,1% wyniku maksymalnego). Podobnie w skali lęku jako stanu typowy wynik w badanej próbie plasował się w granicach 33,97–52,77 pkt (tj. 17,5–41,0% wyniku maksymalnego).

Wyniki pomiaru depresyjności wskazują, że w badanej próbie waha się ona od 0 pkt do 49 pkt ($M = 15,17$ pkt, $SD = 12,48$ pkt), tzn. od braku depresji do silnej depresji. Typowy poziom wyników waha się w przedziale od 2,69 pkt do 27,65 pkt, tzn. typowy poziom depresyjności waha się od braku depresji do depresji umiarkowanej. Analiza wskaźników rozkładu wskazuje, że rozkład wyników pomiaru depresyjności charakteryzuje się znaczną asymetrią prawostronną, tzn. większość badanych kobiet charakteryzuje się depresyjnością poniżej średniej. Wyniki testu normalności Kołmogorowa-Smirnowa pozwalają jednak uznać to odchylenie od normalności za nieistotne statystycznie (tab. 1.).

Poziom i zróżnicowanie lęku oraz depresyjności u pacjentów na początku i po 5 latach terapii

Paragraf ten jest poświęcony weryfikacji hipotezy A, w której zakłada się, że pacjenci na początku terapii będą się różnić poziomem lęku od pacjentów leczonych od 5 lat, jednocześnie grupa pacjentów poddanych długotrwałemu leczeniu będzie wysoce heterogeniczna pod względem poziomu lęku. Hipoteza odnośnie do poziomu lęku w dwóch porównywanych grupach – a) pacjentów leczonych od 5 lat oraz b) pacjentów leczonych od niedawna – może wynikać z wielu pobudek teoretycznych. Z jednej strony pacjenci o dłuższym „stażu chorobowym” mają więcej doświadczeń w walce z chorobą i prawdopodobnie mogą bardziej zadaniowo i mniej emocjonalnie radzić sobie ze stresem wywo-

Tabela 1. Statystyki opisowe poziomu przeciętnego cech w badanej próbie
Table 1. Analyzed sample's descriptive statistics

Wymiar osobowości	Statystyki opisowe			Wartości skrajne		Statystyki rozkładu		Test Kołmogorowa-Smirnowa	
	M	SD	SEM	Min.	Maks.	Skośność	Kurtoza	Z	p
Neurotyczność	20,97	6,21	0,98	12	36	0,515	-0,002	0,602	0,861
Ekstrawersja	26,40	7,96	1,26	12	40	-0,010	-1,051	0,930	0,353
Otwartość	23,27	4,18	0,66	16	32	0,292	-0,403	0,732	0,657
Ugodowość	27,87	6,47	1,02	14	41	-0,358	-0,662	0,915	0,372
Sumienność	29,40	7,91	1,25	11	41	-0,500	-0,065	0,672	0,756
Lęk jako cecha	41,37	12,32	2,25	22	64	0,380	-0,872	0,632	0,819
Lęk jako stan	43,37	9,40	1,72	29	66	0,476	-0,166	0,637	0,812
Depresyjność	15,17	12,48	2,28	0	49	1,147	0,726	0,914	0,374

łanym niedogodnościami choroby i jej terapii niż pacjenci niemający takich doświadczeń (Chojnacka-Szawłowska, 1997). Z drugiej strony długotrwałe leczenie może nieść wiele negatywnych informacji – np. o niewielkich i niezadowolających postępach w terapii – a te mogą sprzyjać próbom emocjonalnego przepracowania stresu, jednocześnie zmniejszając szanse zadaniowego (chłodnego) stylu pracy nad stresem. Dlatego też wydaje się wysoce prawdopodobne, że w grupie pacjentów leczonych od 5 lat będzie występować efekt zwiększonego rozproszenia wyników, tzn. zwiększonej heterogeniczności. Można jednocześnie sądzić, że – choćby ze względu na znaczące skorelowanie poziomu depresyjności z lękiem czy też faktu, że depresyjność jest częstą reakcją na sytuacje trudne [11] – poziom depresyjności może różnicować pacjentów na początku terapii od pacjentów po 5-letnim leczeniu, jednocześnie okres 5-letniego leczenia może sprzyjać większemu zróżnicowaniu pacjentów pod względem poziomu depresyjności.

Analiza tak zdefiniowanej hipotezy przeprowadzona została z wykorzystaniem testu *t*-Studenta dla prób niezależnych, poprzedzonego analizą Levene'a jednorodności wariancji dla oszacowania homogeniczności wyników obu porównywanych prób (tab. 2.).

Test Levene'a jednorodności wariancji ujawnił istotną statystycznie różnicę między pacjentami z obu porównywanych grup co do zróżnicowania (heterogeniczności) w obrębie lęku jako cechy ($p = 0,034$) – w grupie pacjentów leczonych od co najmniej 5 lat istnieje znacząco większe zróżnicowanie pod względem lęku jako cechy ($SD = 13,69$) niż w grupie pacjentów na początku terapii ($SD = 11,56$). Odmienne jednak poziom depresyjności pacjentów po 5-letniej terapii jest znacząco ($p = 0,021$) mniej zróżnicowany ($SD = 10,02$) niż na jej początku ($M = 14,72$). Analiza statystyczna pozwala więc przyjąć hipotezę, że grupa pacjentów po 5-letniej terapii jest bardziej zróżnicowana (heterogeniczna) pod względem lęku jako cechy niż pacjentów na początku terapii, jednak zróżnicowanie poziomu depresyjności okazuje się znacząco niższe. Zróżnicowanie pod względem poziomu lęku jako stanu w obu grupach jest podobne. Pacjenci w obu grupach nie różnią się również co do przeciętnego poziomu lęku czy poziomu depresyjności, można więc powiedzieć, że postawiona hipoteza została jedynie częściowo potwierdzona – przeciętny poziom lęku i depresyjności nie różni się w obu badanych grupach, natomiast w grupie pacjentów leczonych od 5 lat ujawnia się istotnie większe zróżnicowanie lęku dyspozycyjnego, a zróżnicowanie

Tabela 2. Podsumowanie analizy wyników uzyskanych w grupie pacjentów na początku i po 5 latach leczenia pod względem poziomu lęku

Table 2. Summary of analysis of results obtained among patients at the beginning of the treatment and after 5 years of treatment with regard to level of fear

Wymiar	Początek leczenia			Po 5 latach terapii			Test Levene'a		Test t-Studenta			
	M	SD	SEM	M	SD	SEM	F (1;58)	p	t	df	p	d
Lęk jako cecha	44,40	11,56	2,99	38,33	13,69	3,28	4,838*	0,034	1,369	27,76	0,182	0,52
Lęk jako stan	44,87	9,08	2,34	41,87	9,80	2,53	1,717	0,198	0,870	58	0,392	0,23
Depresyjność	16,73	14,72	3,80	13,60	10,02	2,59	6,019*	0,021	0,050	21,90	0,961	0,02

* $p < 0,05$

pod względem poziomu depresyjności okazuje się znacząco niższe. Podobnie zróżnicowanie poziomu lęku sytuacyjnego okazuje się nieznacznie (i statystycznie nieistotnie) niższe.

Analiza korelacji między cechami osobowości a lękiem i depresyjnością pacjentów na początku i po 5 latach terapii

Niniejszy paragraf odnosi się do hipotezy C sformułowanej powyżej, zakładającej, że pacjenci na początku terapii będą się różnić pod względem siły i kierunku korelacji między osobowością a lękiem oraz depresyjnością od pacjentów leczonych od co najmniej 5 lat. Analiza statystyczna poświęcona tej hipotezie została przeprowadzona za pomocą porównania współczynników korelacji rangowej Spearmana testem Z-Fishera [12]. Ten rodzaj współczynnika korelacji został wybrany ze względu na niewielką liczbę osób badanych w obu porównywanych próbach ($n = 15$ w każdej próbie) i nie w pełni liniowy charakter zależności między badanymi zmiennymi (tab. 3.).

Wyniki analizy wskazują, że główne czynniki osobowości w sposób znaczący są skorelowane z lękiem, przy czym nieco silniejsze korelacje odnoszą się do lęku jako cechy niż lęku jako stanu.

Postawiona hipoteza znalazła potwierdzenie w odniesieniu do związku neurotyczności zarówno z lękiem jako stanem ($Z = 2,073$; $p = 0,038$), jak i lękiem jako cechą ($Z = 2,018$; $p = 0,44$). Korelacja między lękiem a neurotycznością okazała się znacząco wyższa w grupie pacjentów po 5 latach terapii. Natomiast w odniesieniu do związku neurotyczności z depresyjnością hipoteza znalazła jedynie częściowe potwierdzenie, ponieważ o ile korelacja między nimi jest znacząca jedynie w grupie pacjentów po 5 latach terapii ($r_{ho} = 0,651$), o tyle różnica między porównywanymi grupami okazała się sta-

tystycznie istotna jedynie na poziomie tendencji ($Z = 1,690$; $p = 0,091$).

Podobnie istotna różnica między obu porównywanymi grupami dotyczy siły związku między sumiennością a lękiem jako cechą ($Z = 3,756$; $p < 0,001$) i stanem ($Z = 5,268$; $p < 0,001$). Ponownie okazało się, że sumiennosc istotnie silniej koreluje z lękiem u pacjentów po 5-letniej terapii niż na jej początku. Natomiast w odniesieniu do korelacji sumiennosci z depresyjnością kierunek różnic okazał się podobny – korelacja w grupie pacjentów na początku terapii okazała się niższa ($r_{ho} = -0,47$) niż po 5 latach terapii ($r_{ho} = -0,770$), jednak różnica okazała się statystycznie nieistotna.

Kolejna interesująca różnica wiąże się z korelacją między lękiem jako stanem a ugodowością, która w grupie pacjentów na początku terapii jest słaba, lecz dodatnia ($r_{ho} = 0,142$), natomiast w grupie pacjentów po 5 latach terapii jest znacząco ujemna ($r_{ho} = -0,648$; $p = 0,092$); różnica między nimi okazała się statystycznie istotna ($Z = 2,246$; $p = 0,025$). W odniesieniu do związku między ugodowością a lękiem jako cechą i depresyjnością zaobserwować można ten sam kierunek różnic, jednakże nie osiągnęły one istotności statystycznej (ryc. 1.).

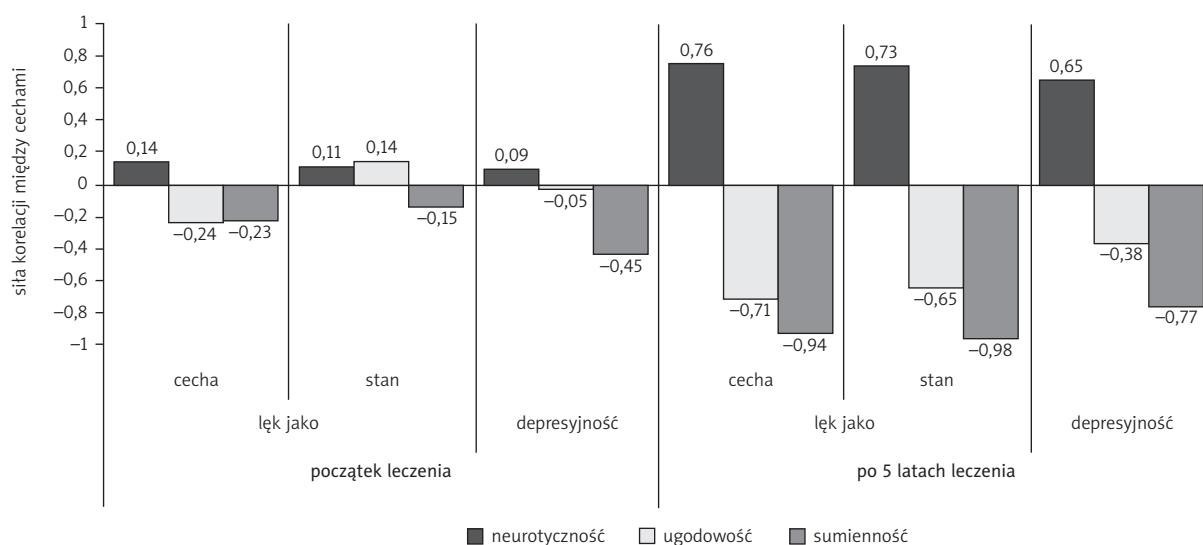
W odniesieniu do siły korelacji ekstrawersji i otwartości na doświadczenie z lękiem jako stanem i jako cechą oraz depresyjnością postawiona hipoteza nie znalazła potwierdzenia. Ujawnione różnice co do siły korelacji między porównywanymi grupami okazały się zgodne co do zakładanego kierunku – w grupie pacjentów po 5 latach terapii ujawniła się silniejsza korelacja między cechami osobowości a lękiem i depresyjnością, jednak różnice nie okazały się istotne statystycznie. Niemniej ekstrawersja wydaje się najsilniej (silniej nawet niż neurotyczność) korelować z lękiem jako stanem i jako cechą zarówno w grupie pacjentów na początku, jak i po 5 latach terapii.

Tabela 3. Zestawienie korelacji rangowych r_{ho} -Spearmana między cechami osobowości i lękiem oraz depresyjnością pacjentów na początku i po 5 latach terapii

Table 3. Summary of ranked correlations (ρ -Spearman) between personality features and level of fear and depression among patients at the beginning of therapy and after 5 years therapy

	Początek leczenia			Po 5 latach terapii			Bez podziału na grupy		
	lęk jako		depresyjność	lęk jako		depresyjność	lęk jako		depresyjność
	cecha	stan		cecha	stan		cecha	stan	
NEU	0,142	0,111	0,087	0,757**	0,733**	0,651**	0,491**	0,502**	0,355A
EKS	-0,451A	-0,473A	-0,274	-0,695**	-0,801***	-0,662**	-0,593**	-0,617***	-0,410*
OTW	-0,120	-0,163	-0,362	-0,316	-0,447A	-0,560*	-0,147	-0,272	-0,352A
UGD	-0,242	0,144	-0,046	-0,714**	-0,648**	-0,382	-0,533**	-0,296	-0,232
SUM	-0,227	-0,146	-0,447A	-0,943***	-0,980***	-0,770**	-0,612***	-0,561**	-0,561*

^a $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; NEU – neurotyczność, EKS – ekstrawersja, OTW – otwartość, UGD – ugodowość, SUM – sumiennosc



Rycina 1. Siła korelacji między neurotycznością, sumiennością i ugodowością a lękiem jako stanem i jako cechą oraz depresyjnością w grupie pacjentów na początku i po 5 latach terapii

Figure 1. The correlations between neuroticism, conscientiousness and agreeableness and fear as a state and as feature and level of depression among patients at the beginning of therapy and after 5 years therapy

Dyskusja i wyniki

Niniejszy artykuł opisuje wyniki badania porównawczego przeprowadzonego na grupie 30 pacjentek z nowotworem piersi. W badaniu postawiono trzy główne hipotezy, w których zakładano, że: a) będzie istnieć różnica między obu porównywanymi grupami pod względem poziomu cech osobowości oraz lęku i depresyjności, b) zróżnicowanie pod względem poziomu lęku i depresyjności będzie większe w grupie pacjentek po 5 latach terapii oraz c) korelacja między osobowością i poziomem depresji oraz lęku będzie istotnie różna w obu porównywanych grupach.

Wyniki badania pozwoliły wskazać, że badane osoby charakteryzują się zarówno znaczącym zróżnicowaniem poziomu cech osobowości, jak i poziomu lęku oraz depresyjności. Niemniej poziom przeciętny poszczególnych badanych cech nie wydaje się znacząco odbiegać od wyników przeciętnych charakterystycznych dla populacji ogólnej. Można się zatem spodziewać, że wyniki niniejszego badania mogą znaleźć potwierdzenie w prowadzonych badaniach o charakterze podłużnym.

W wyniku weryfikacji postawionych hipotez nie została potwierdzona hipoteza o istnieniu różnic między porównywanymi grupami pod względem poziomu przeciętnego poszczególnych cech osobowości czy lęku oraz depresyjności. Można zatem sądzić, że pod wpływem uczestnictwa w terapii nie następuje ilościowa zmiana co do przeciętnego poziomu poszczególnych cech osobowości, lęku lub depresyjności. Interesujący wydaje się jednak wynik

wskazujący, że poziom lęku dyspozycyjnego wśród pacjentek leczonych od 5 lat jest znacząco bardziej zróżnicowany w porównaniu z lękiem pacjentek na początku terapii, gdzie zróżnicowanie poziomu depresyjności oraz lęku sytuacyjnego wydaje się nieznacznie obniżyć. Sugeruje to, że zmaganie się z chorobą i uciążliwościami terapii na początku leczenia jest czynnikiem wysoce stresogennym i u osób o skłonnościach depresyjnych może wywoływać większe nasilenie objawów depresji. Po 5-letniej terapii następuje jednak do pewnego stopnia przepracowanie trudnej informacji o chorobie i unormowanie poziomu depresyjności, co sugerują niektóre modele teoretyczne [10]. Jeśli w prowadzonych aktualnie badaniach podłużnych uda się potwierdzić ten wynik na większej liczbie pacjentów, interesujące będzie poszukiwanie korelatów tego rosnącego zróżnicowania poziomu lęku. Najbardziej prawdopodobnymi uwarunkowaniami zmian – narastania lub zmniejszania się – poziomu lęku dyspozycyjnego u pacjentów leczonych długotrwale wydają się uwarunkowania osobowościowe – neurotyczność, sumienność czy styl radzenia sobie z chorobą, a także czynniki związane z przebiegiem choroby, np. jej postępy, czy subiektywny dobrostan pacjenta.

Można sądzić, że pozytywna weryfikacja hipotezy dotyczącej różnicy między siłą korelacji w dwóch grupach pozwala na wskazanie pewnego mechanizmu kształtowania się poziomu lęku i depresyjności u pacjentek po 5 latach terapii opartego na zróżnicowaniu funkcji neurotyczności, sumienności i ugodowości dla kształtowania się

zwłaszcza lęku, w mniejszym zaś stopniu depresyjności.

Spośród pięciu głównych cech osobowości neurotyczności jest jedyną dodatnio korelującą z lękiem jako stanem i jako cechą. Silniejsze korelacje występują w grupie pacjentów po 5 latach leczenia, u pacjentów na początku leczenia korelacje neurotyczności z lękiem są statystycznie nieistotne. Może to sugerować, że neurotyzm jest czynnikiem sprzyjającym narastaniu lęku zarówno jako stanu oraz jako cechy w dłuższym okresie leczenia lub – co wydaje się wysoce prawdopodobne, jednak wymaga dalszych badań w paradygmacie longitudinalnym – wyższy neurotyzm przeciwdziała obniżaniu się lęku wraz z przepracowywaniem sytuacji stresowej związanej z chorobą i uciążliwościami terapii.

Ekstrawersja jest cechą, która wydaje się najsilniej korelować z lękiem zarówno jako cechą, jak i jako stanem w obu porównywanych grupach. Oznacza to, że w obu sytuacjach – i na początku, i po 5 latach terapii – ekstrawersja sprzyja obniżaniu się lęku jako stanu i jako cechy. Jednocześnie różnice między badanymi grupami wydają się nieznaczne, choć nieco słabsze korelacje występują na początku leczenia niż w grupie po 5 latach terapii. Może to wskazywać, że ekstrawersja jest czynnikiem przybierającym znacznie na wartości – jako „katalizator” lęku – z narastaniem uciążliwości terapii oraz walki z chorobą. Ta teza wymagałaby jednak dalszych badań podłużnych, zwłaszcza z opisem danych większej liczby pacjentów.

Wyniki przedstawionego badania wydają się interesujące z punktu widzenia praktyki terapeutycznej na oddziale onkologicznym. Wskazują one bowiem, że osoby z chorobą nowotworową mogą w znaczący sposób różnić się nie tyle pod względem przeciętnego poziomu odczuwanej jakości życia – tutaj mierzonej przez lęk i depresyjność – ile poprzez rosnące zróżnicowanie poziomu tych cech. Jednocześnie interesujące wydaje się potwierdzenie znaczącej roli neurotyczności, sumienności i w pewnym stopniu ugodowości w kształtowaniu poziomu depresyjności i zwłaszcza lęku w grupie pacjentów po 5 latach terapii, gdy na jej początku cechy te wydawały się nie mieć żadnego znaczenia. Jeśli wyniki tego badania zostaną potwierdzone w dalszych badaniach o charakterze podłużnym, można będzie sądzić, że te cechy osobowości są ważnymi predyktorami poziomu lęku i depresyjności pacjentów po 5 latach terapii przeciwnowotworowej.

Piśmiennictwo

1. Strelau J. Psychologia – podręcznik akademicki. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
2. Zimbardo PG. Psychologia i życie. PWN, Warszawa 2004.

3. Zalewski B. Zjawisko pozycjonowania w dialogowych teoriach osobowości. *Roczniki Psychologiczne* 2004; 7: 23-43.
4. Mądrycki T. Osobowość jako system tworzący i realizujący plany. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1997.
5. Brown LF, Kroenke K, Theobald DE, Wu J, Tu W. The association of depression and anxiety with health-related quality of life in cancer patients with depression and/or pain. *Psychooncology* 2010; 19: 734-741.
6. Augustine AA, Larsen RJ, Walker MS, Fisher EB. Personality predictors of the time course for lung cancer onset. *J Res Pers* 2009; 42: 1448-1455.
7. Sifaka V, Hyphantis TN, Alamanos I i wsp. Personality Factors Associated With Psychological Distress in Testicular Cancer Survivors. *J Pers Assess* 2008; 90: 348-355.
8. Zenger M, Glaesmer H, Höckel M, Hinz A. Pessimism predicts anxiety, depression and quality of life in female cancer patients. *Jpn J Clin Oncol* 2011; 41: 87-94.
9. BurrIDGE LH, Barnett AG, Clavarino AM. The impact of perceived stage of cancer on carers' anxiety and depression during the patients' final year of life. *Psychooncology* 2009; 18: 615-623.
10. Chojnacka-Szawłowska G. Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych. Zakład im. Ossolińskich, Wrocław 1994.
11. Makarowski R. Granice ryzyka – paradygmat psychologiczny. Oficyna Wydawnicza „IMPULS”, Kraków 2008.
12. Ferguson GA, Takane Y. Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2001.
13. Skarstein J, Aass N, Fossa SD, Skovlund E, Dahl AA. Anxiety and depression in cancer patients: relation between the Hospital Anxiety and Depression Scale and the European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire. *J Psychosom Res* 2000; 49: 27-34.
14. Watson M, Homewood J. Mental Adjustment to Cancer Scale: psychometric properties in a large cancer cohort. *Psychooncology* 2008; 17: 1146-1151.