

Lęk w chorobach somatycznych

Anxiety in physical diseases

JANUSZ MACIEJ KACPERCZYK

Z Samodzielnej Pracowni Psychopatologii Instytutu Neurologiczno-Psychiatrycznego PAM w Szczecinie

STRESZCZENIE. *Celem badań była ocena nasilenia objawów zespołu lękowego u pacjentów chorych somatycznie oraz porównanie udziału lęku i depresji w obrazie klinicznym wydzielonych grup chorób somatycznych. Badaniami objęto 93 pacjentów hospitalizowanych z powodu różnych chorób somatycznych. Pierwszą grupę stanowili pacjenci z chorobami psychosomatycznymi, drugą - z chorobami nowotworowymi, trzecią - po zabiegach chirurgicznych. Grupę kontrolną stanowiły osoby zdrowe, wybrane losowo. W pierwszej części badania przeprowadzono wywiad psychiatryczny oraz dokonywano klinicznej oceny nasilenia lęku (LH) i depresji wg skali Hamiltona (DH). W drugiej części zastosowano kwestionariusze Inwentarza Stanu i Cechy Lęku. Stwierdzono, że kobiety w sytuacji stresu związanego z chorobą i leczeniem szpitalnym reagowały silnym lękiem i depresją, natomiast mężczyźni w podobnej sytuacji reagowali głównie nasileniem objawów depresyjnych. Osoby o wysokim poziomie lęku (jako cechy) były częściej skłonne do zapadania na choroby psychosomatyczne i nowotworowe. Osoby z chorobami psychosomatycznymi skutecznie stosowały mechanizmy obronne zmniejszając lęk (jako stan), natomiast w chorobach nowotworowych mechanizmy te okazały się mało skuteczne, prawdopodobnie z powodu zbyt silnego zagrożenia utratą zdrowia i życia. Występowanie lęku (jako cechy) nie predysponowało do występowania chorób "chirurgicznych", natomiast stres związany z przebyciem operacji chirurgicznej powodował nasilenie lęku jako stanu. Ciężkość stanu somatycznego nie miała decydującego wpływu na nasilenie zaburzeń emocjonalnych i nasilenie poczucia choroby. Poczucie choroby było tym większe im bardziej nasilone były objawy depresyjne i objawy lęku jako cechy osobowości.*

SUMMARY. *The aim of the study was to assess anxiety symptoms intensity in patients suffering from a physical disease, and to compare relative share of anxiety and depression in the clinical pattern of selected groups of somatic diseases. Subjects were 93 patients hospitalized for the following groups of physical diseases: psychosomatic (N=32), neoplastic (N=31), and after surgery (N=30). The control group (N=31) consisted of randomly selected healthy persons. The first part of the study consisted of a psychiatric interview and clinical assessment of anxiety and depression level using the Hamilton scale. In the second part the State-Trait Anxiety Inventory was administered. In the stressful situation of illness and hospital treatment women were found to respond with severe anxiety and depression, while men -with an increased intensity of depressive symptoms mostly. Persons with a high trait anxiety level more often indicated a tendency to psychosomatic and neoplastic diseases. Patients with psychosomatic conditions effectively used their defence mechanisms of state anxiety reduction. However, in the case of neoplastic diseases these mechanisms efficacy turned out to be unsatisfactory, probably due to a strong endangerment of these patients' health and life. Trait anxiety did not predispose to "surgical" conditions incidence, while stress associated with undergoing a surgery resulted in increased state anxiety level. The patients' somatic condition severity had no marked effect on either affective disorders aggravation or heightened subjective experience of illness. The sense of being sick was the stronger the more intense were both the patient's depressive symptoms and his anxiety as a personality trait.*

Słowa kluczowe: lęk / choroby somatyczne / choroby nowotworowe / choroby psychosomatyczne / choroby chirurgiczne

Key words: anxiety / physical diseases / neoplastic diseases / psychosomatic diseases / surgical conditions

WSTĘP

Jednym z najczęściej występujących stanów emocjonalnych u osób chorych jest lęk. Emocja ta często negatywnie wpływa na stan psychiczny i somatyczny chorego. Lęk przeważnie rozumiany jest jako subiektywny stan emocjonalny zbliżony charakterem przeżywania do strachu, ale bezprzedmiotowy, nie uwarunkowany wydarzeniami w świecie zewnętrznym, jako uczucie nieokreślonego niebezpieczeństwa, którego człowiek nie jest w stanie ani dokładnie opisać, ani nazwać (13, 14, 18).

Wśród wielu klasyfikacji lęku, na uwagę zasługuje rozróżnienie lęku jako stanu aktualnie przeżywanego i lęku jako cechy osobowości (2, 20). Ma to szczególne znaczenie dla pomiaru lęku i wymaga zastosowania różnych narzędzi badawczych. Zgodnie z tą koncepcją lęk jako stan można ujmować w dwóch aspektach, tzn. jako świadome przeżywanie lęku oraz jako wykładniki wegetatywno-behawioralne. Natomiast lęk jako cecha może być rozumiany jako stały element osobowości, warunkujący sposób reagowania w sytuacjach zagrożenia (3). Osoby o wysokim nasileniu lęku jako cechy, są skłonne do odbierania różnych sytuacji jako zagrażających, w przeciwieństwie do osób o mniejszym nasileniu tej cechy, dla których sytuacje takie nie stanowią zagrożenia i nie są lękorodne. Lęk jako cecha jest dyspozycją do lękowego sposobu reagowania, a lęk jako stan jest lękowym sposobem reagowania. Stan lęku jest funkcją współdziałania czynników osobowościowych i sytuacyjnych (19). Koncepcja ta zdobyła dużą popularność i w ostatnich latach w powszechnym użyciu jest Inwentarz do Pomiaru Stanu i Cechy Lęku (21).

Jednym z częściej występujących objawów u osób chorych jest, obok lęku, depresja. Ob-

jawy te bardzo często ze sobą współlistnieją (5, 10, 18). Lęk jest typowym objawem zespołów depresyjnych. Przy ocenie nasilenia lęku wydaje się z tego powodu celowa również ocena nasilenia objawów zespołu depresyjnego.

Można wskazać na dwa znaczenia lęku w chorobach somatycznych:

1. lęk jako czynnik etiopatologiczny chorób somatycznych (podejście psychosomatyczne),
2. lęk jako objaw wynikający z trudnej psychologicznie sytuacji pacjenta chorego somatycznie.

Z klinicznego punktu widzenia, bardzo istotna wydaje się ocena udziału lęku i depresji w ogólnej ocenie stanu pacjenta chorego somatycznie. Czynniki psychiczne mają istotny wpływ na przebieg choroby i leczenia. Ważna jest obiektywna ocena nasilenia i udziału lęku w obrazie choroby oraz ustalenie czynników nasilających i zmniejszających napięcie lękowe u chorych. Taką możliwość stwarza zastosowanie w klinice chorób somatycznych specjalnie przygotowanych skal oceny obecności i nasilenia lęku oraz depresji.

CEL

Pierwszym celem tej pracy były: przeprowadzenie skalowanej oceny obecności i nasilenia objawów zespołu lękowego lub depresyjnego w schorzeniach somatycznych oraz odpowiedź na pytanie - czy u pacjentów leczonych w szpitalu z powodu różnych chorób somatycznych nasilenie ocenianych zaburzeń emocjonalnych było większe niż u osób zdrowych?

Drugim celem było porównanie klinicznego obrazu zespołu lękowego w grupach schorzeń somatycznych o różnym wpływie czynników psychicznych na etiopatogenezę choroby oraz o różnym zagrożeniu utratą życia.

Trzecim celem były: ocena udziału objawów zespołu lękowego lub depresyjnego w

ogólnej ocenie ciężkości stanu somatycznego pacjentów i próba odpowiedzi na pytanie - czy poczucie choroby było adekwatne do ciężkości ich stanu somatycznego lub nasilenia ocenianych zaburzeń emocjonalnych?

BADANE OSOBY I METODA BADANIA

Zbadano 93 pacjentów (56 kobiet i 37 mężczyzn) z rozpoznaniem różnych chorób somatycznych. Średni wiek chorych wynosił 46.65 ± 11.45 lat (dla kobiet 45.13 ± 11.28 , dla mężczyzn 48.95 ± 11.47).

Badanie składało się z dwóch części. W pierwszej części wypełniano kwestionariusz osobowy i przeprowadzano wywiad psychiatryczny ze szczególnym zwróceniem uwagi na objawy świadczące o zaburzeniach emocjonalnych. Nasilenie symptomatyki depresyjnej określano przy pomocy Skali depresji Hamiltona. W celu dokonania klinicznej oceny lęku wydzielono z tej skali objaw 10 i 11. Uzyskaną sumę z oceny tych objawów potraktowano jako wymierną kliniczną ocenę lęku.

Dalszym etapem badania była ocena subiektywnego poczucia choroby dokonywana przez pacjenta w skali od 0 do 10.

W drugiej części badania pacjenci otrzymywali do samodzielnego wypełnienia kwestionariusze samooceny lęku. Wykorzystano polską adaptację *State-Trait Anxiety Inventory*, STAI (21) dokonaną przez Wrześniewskiego i Sosnowskiego pod nazwą Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (25).

Do oceny ogólnego stanu somatycznego chorych posłużono się skalą *Clinical Global Impression*, CGI (8).

Grupę kontrolną stanowiły osoby odpowiednio dobrane pod względem płci i wieku spośród zdrowych somatycznie. Losowo wybrano 30 osób spośród pracowników PAM i PSK-1 w przedziale wieku od 25 do 60 lat (średni wiek 41.77 ± 10.38), w tym - 15 kobiet (41.27 ± 11.21) i 15 mężczyzn (42.27 ± 9.85).

Badaną grupę osób chorych somatycznie podzielono na trzy podgrupy. Pierwszym kry-

terium podziału było uwzględnienie czynników psychicznych w etiopatogenezie danej grupy chorób. Drugim kryterium podziału była sytuacja psychologiczna, w jakiej się znalazł pacjent, uzależniona od rodzaju choroby w sensie powszechnego mniemania o jej przelekłości oraz zagrożeniu życia.

Pierwszą grupę stanowili pacjenci z chorobami psychosomatycznymi, w których czynniki psychiczne mają znaczny udział w etiopatogenezie. W grupie tej znaleźli się pacjenci leczeni w Klinice Gastroenterologii i Klinice Endokrynologii Instytutu Chorób Wewnętrznych PAM. Było wśród nich 15 kobiet (48.93 ± 12.57) i 17 mężczyzn (47.65 ± 12.07) w przedziale wieku od 30 do 70 lat (średnia wieku 48.25 ± 12.12) leczonych z powodu choroby wieńcowej, przebytego zawału mięśnia sercowego, samoistnego nadciśnienia tętniczego, choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy oraz wrzodziejącego zapalenia jelita grubego.

Drugą grupę stanowiło 31 osób (średni wiek 45.97 ± 10.25) z chorobami nowotworowymi leczonych w Klinice Radioterapii Instytutu Radiologii PAM. Grupa ta liczyła 24 kobiety (44.96 ± 8.73) i 7 mężczyzn (49.43 ± 14.66) leczonych z powodu raka narządów rodnych, raka płuc, pęcherza moczowego, raka migdałków podniebiennych, raka sutka, raka śródpiersia i ziarnicy złośliwej.

Trzecią grupę stanowili pacjenci leczeni w Oddziale Chirurgii Ogólnej WSZ w Szczecinie. Były to osoby, które przebyły zabieg operacyjny. Kryterium zaliczenia do tej grupy było przebycie zabiegu chirurgicznego bez powikłań (w ocenie lekarza chirurga). Z grupy tej wyłączono pacjentów przed zabiegiem operacyjnym ze względu na dość powszechny w tym okresie tzw. lęk przedoperacyjny. W grupie tej znalazło się 30 chorych (45.63 ± 12.06), w tym 17 kobiet (42.0 ± 12.86) oraz 13 mężczyzn (50.38 ± 9.38) po zabiegach operacyjnych z powodu: zapalenia wyrostka robaczkowego, kamicy pęcherzyka żółciowego, przepukliny pachwinowej, żylaków kończyn

Tablica 1. Porównanie nasilenia lęku i depresji ocenianego różnymi skalami klinicznymi w grupie badanej i w grupie kontrolnej.

Objaw	Grupa badana (n=93)		Grupa kontrolna (n=30)		Poziom istotności	
	średnia	SD	średnia	SD		
DH	6.49	5.84	2.27	2.15	t=5.86	p<0.001
LH	1.15	1.55	0.17	0.46	t=5.41	p<0.001
X-1	43.11	10.44	37.63	6.07	t=3.53	p<0.001
X-2	44.63	8.92	40.30	6.74	t=2.44	p<0.050

DH- depresja wg skali depresji Hamiltona

LH- kliniczna ocena lęku

X-1- lęk jako stan wg podskali X-1 skali STAI

X-2- lęk jako cecha wg podskali X-2 skali STAI

SD - odchylenie standardowe

n.s.- różnica nieistotna statystycznie

dolnych i żylaków odbytu oraz niedrożności mechanicznej.

Zgodnie z pierwszym kryterium podziału uznano, że największy udział czynników psychicznych w etiopatogenezie chorób występuje w chorobach psychosomatycznych, mniejszy w chorobach nowotworowych, a najmniejsze - w badanej grupie chorób wymagających interwencji chirurgicznych.

Zgodnie z drugim kryterium podziału założono, że w sensie powszechnego mniemania największe zagrożenie utratą życia istnieje wśród pacjentów leczonych z powodu chorób nowotworowych, mniejsze wśród pacjentów leczonych z powodu chorób psychosomatycznych, a najmniejsze wśród pacjentów docho-

dzących do zdrowia po zabiegach chirurgicznych, u których nie wystąpiły powikłania pooperacyjne.

W opracowaniu statystycznym do oceny zależności pomiędzy badanymi cechami posłużono się testem χ^2 . Istotność różnic między średnimi porównywano testem t-Studenta.

WYNIKI

Porównanie nasilenia lęku i depresji w całej przebadanej grupie osób chorych (GB) i grupie osób zdrowych stanowiących grupę kontrolną (GK) wykazało istotne statystycznie większe nasilenie lęku i depresji w grupie badanej - tab. 1.

Tablica 2. Porównanie nasilenia lęku i depresji ocenianego różnymi skalami klinicznymi w grupie pacjentów z chorobami psychosomatycznymi (PS) i w grupie kontrolnej.

Objaw	Pacjenci (PS) (n=32)		Grupa kontrolna (n=30)		Poziom istotności	
	średnia	SD	średnia	SD		
DH	6.06	4.74	2.27	2.15	t=4.10	p<0.001
LH	0.94	1.52	0.17	0.46	t=2.73	p<0.050
X-1	41.28	10.62	37.63	6.07	t=1.67	n.s.
X-2	44.50	7.31	40.30	6.74	t=2.35	p<0.050

oznaczenia jak w tabl. 1

Tablica 3. Porównanie nasilenia lęku i depresji ocenianego różnymi skalami klinicznymi w grupie pacjentów z chorobami nowotworowymi (N) i w grupie kontrolnej.

Objaw	Pacjenci (PS) (n=31)		Grupa kontrolna (n=30)		Poziom istotności	
	średnia	SD	średnia	SD		
DH	7.94	6.99	2.27	2.15	t=4.31	p<0.001
LH	1.45	1.71	0.17	0.46	t=4.04	p<0.001
X-1	46.27	10.68	37.63	6.07	t=3.88	p<0.001
X-2	46.84	10.59	40.30	6.74	t=2.89	p<0.050

oznaczenia jak w tabl. 1

W dalszym opracowaniu statystycznym materiału porównano średnie wartości nasilenia lęku i depresji w wydzielonych grupach osób z chorobami psychosomatycznymi (PS), osób leczonych z powodu chorób nowotworowych (N) oraz osób po zabiegach chirurgicznych (CH) i z grupy kontrolnej (GK).

Analiza wykazała, że średnie nasilenie lęku i depresji jest większe w grupie osób z chorobami psychosomatycznymi niż w grupie kontrolnej. Jedynie większe nasilenie lęku jako stanu mierzone skalą X-1 kwestionariusza STAI nie różniło się istotnie statystycznie w porównaniu z grupą kontrolną (tab. 2).

Grupa osób z chorobami nowotworowymi cechowała się również podwyższonym poziomem lęku i depresji w porównaniu z grupą kontrolną (tab. 3).

Pacjenci po zabiegach chirurgicznych wykazywali jedynie podwyższone nasilenie lęku i depresji (znamiennie statystycznie) mierzone skalą depresji Hamiltona (DH) i kliniczną oceną lęku (LH) oraz skalą lęku jako stanu (X-1) wg kwestionariusza STAI (tab. 4).

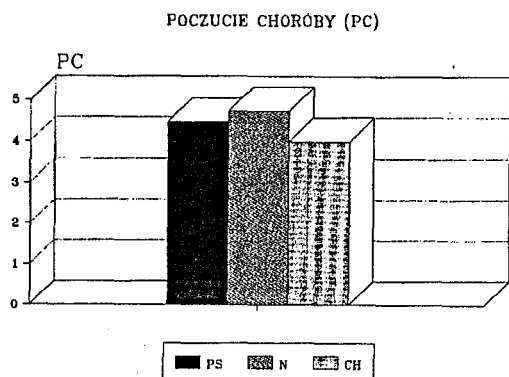
W dalszej analizie porównano średnie wartości nasilenia lęku i depresji oraz poczucia choroby (PC) w wydzielonych grupach chorych (PS, N, CH). Analiza wykazała, że największe nasilenie lęku i depresji mierzone wszystkimi użytymi skalami występowało w grupie osób z chorobami nowotworowymi, chociaż różnice te nie były znamienne statystycznie. Również poczucie choroby było największe w grupie pacjentów z chorobami nowotworowymi, mniejsze u pacjentów z chorobami psychosomatycznymi, a najmniejsze u

Tablica 4. Porównanie nasilenia lęku i depresji ocenianego różnymi skalami klinicznymi w grupie pacjentów po zabiegach chirurgicznych (CH) i w grupie kontrolnej.

Objaw	Pacjenci (CH) (n=30)		Grupa kontrolna (n=30)		Poziom istotności	
	średnia	SD	średnia	SD		
DH	5.47	5.48	2.27	2.15	t=2.98	p<0.05
LH	1.07	1.41	0.17	0.46	t=3.32	p<0.05
X-1	41.83	9.57	37.63	6.07	t=2.03	p<0.05
X-2	42.50	8.31	40.30	6.74	t=1.13	n.s.

oznaczenia jak w tabl. 1

pacjentów po zabiegach chirurgicznych (różnice nieistotne statystycznie) (rys. 1).



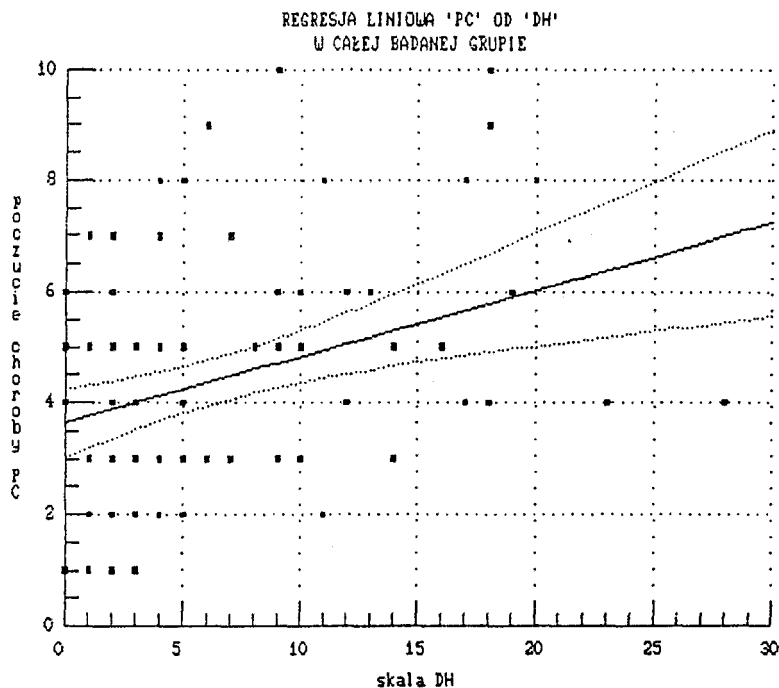
Rysunek 1. Porównanie średnich wartości nasilenia poczucia choroby w grupach badanych.

Następnie analizowano zależności między ciężkością stanu somatycznego (CG) a nasileniem lęku i depresji ocenianymi wszystkimi

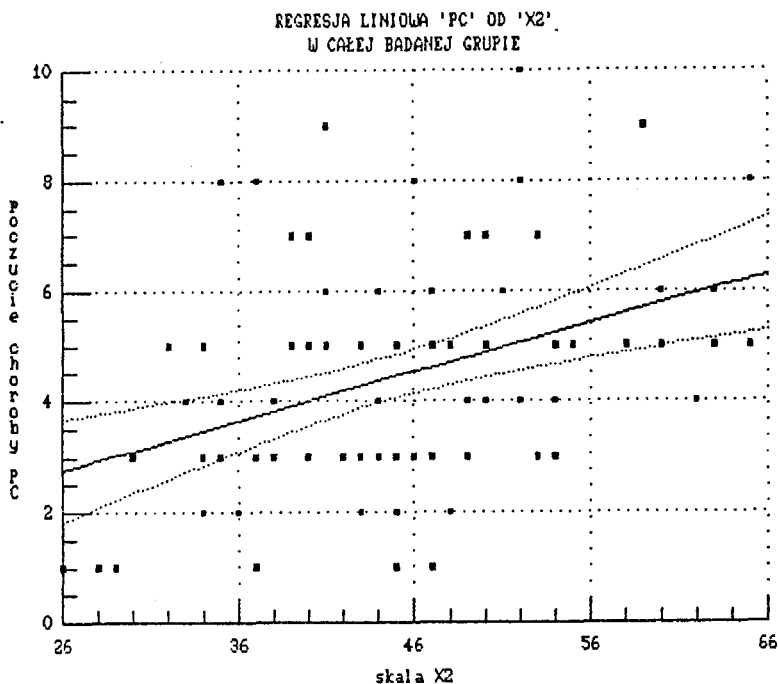
zastosowanymi skalami zarówno w wydzielonych grupach (PS, N, CH), jak i też w całej grupie badanej. Takiej zależności nie znaleziono. Nie stwierdzono również zależności między ciężkością stanu somatycznego a poczuciem choroby.

Kolejna analiza wykazała w całej grupie badanej (GB) istotną statystycznie zależność między nasileniem poczucia choroby (PC) a nasileniem depresji wg skali Hamiltona. Poczucie nasilenia choroby było również zależne od lęku jako cechy osobowości (skala X-2, STAI). Powyższe zależności przedstawiono graficznie w postaci prostych regresji na rys. 2 i 3.

Uwzględniając podział na kobiety i mężczyzn porównano średnie wartości nasilenia lęku i depresji w grupie badanej oraz w grupie kontrolnej. W grupie badanej kobiety cechowały się podwyższonymi wartościami średnich lęku i depresji we wszystkich zastosowanych skalach. Były to różnice statystycznie (tab. 5).



Rysunek 2. Regresja liniowa poczucia choroby (PC) od depresji w skali DH



Rysunek 3. Regresja liniowa poczucia choroby (PC) od lęku-cechy (X-2).

W grupie kontrolnej nie znaleziono statystycznie istotnych różnic między kobietami i mężczyznami.

Dokonano również porównania średnich wartości nasilenia objawów lęku i depresji pomiędzy kobietami z grupy badanej i kontrolnej. Kobiety chore somatycznie charakteryzowały się znamienym statystycznie większym nasileniem lęku i depresji (tab. 6).

Przeprowadzone podobne porównanie pomiędzy mężczyznami z grupy badanej i kontrolnej wykazało, że nasilenie lęku u chorych somatycznie i zdrowych nie różniło się istotnie. Jedynie nasilenie depresji oceniane skalą depresji Hamiltona okazało się w sposób istotny statystycznie większe u chorych mężczyzn (tab. 7).

Tablica 5. Porównanie nasilenia lęku i depresji ocenianego różnymi skalami klinicznymi w grupie badanej z uwzględnieniem podziału na kobiety i mężczyzn.

Objaw	Grupa badana				Poziom istotności	
	Kobiety (n=56)		Mężczyźni (n=37)			
	średnia	SD	średnia	SD		
DH	8.14	6.34	4.00	3.87	t=3.91	p<0.001
LH	1.66	1.60	0.38	1.11	t=4.56	p<0.001
X-1	46.46	10.27	38.03	8.58	t=4.13	p<0.001
X-2	47.84	9.17	39.78	5.88	t=5.16	p<0.001

oznaczenia jak w tabl. 1

Tablica 6. Porównanie nasilenia lęku i depresji ocenianego różnymi skalami klinicznymi u kobiet w grupie badanej i w grupie kontrolnej.

Objaw	Grupa badana (n=56)		Grupa kontrolna (n=15)		Poziom istotności	
	średnia	SD	średnia	SD		
DH	8.14	6.34	2.80	2.18	t=5.21	p<0.001
LH	1.66	1.60	0.20	0.41	t=6.11	p<0.001
X-1	46.46	10.27	36.00	6.12	t=5.00	p<0.001
X-2	47.84	9.17	41.80	7.00	t=2.37	p<0.050

oznaczenia jak w tabl. 1

W celu znalezienia ewentualnych przyczyn braku różnic w średnim nasileniu lęku wśród mężczyzn przeprowadzono porównanie tych wartości między zdrowymi i chorymi mężczyznami oddzielnie w każdej grupie badanej (PS, N, CH). Porównania te również wykazały, że mężczyźni z chorobami psychosomatycznymi, chorobami nowotworowymi oraz po zabiegach chirurgicznych nie różnili się pod względem nasilenia lęku od mężczyzn zdrowych.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Zgodnie z oczekiwaniem wykazano, że nasilenie lęku i objawów depresyjnych jest znacznie większe w grupie osób chorych niż w grupie osób zdrowych. Potwierdziły to

wszystkie zastosowane skale do pomiaru lęku i depresji. W dostępnej literaturze przeważa pogląd o większym nasileniu objawów lęku i depresji w grupie osób z chorobami psychosomatycznymi niż u osób zdrowych (1, 17). Potwierdzają to również przedstawione wyniki badań. Warto podkreślić fakt, że nasilenie lęku jako stanu ocenianego skalą X-1 kwestionariusza STAI nie okazało się w sposób istotny statystycznie wyższe w tej grupie badanej. Nieistotność statystyczna różnic w nasileniu lęku jako stanu w grupie pacjentów z chorobami psychosomatycznymi oraz w grupie kontrolnej wydaje się zrozumiała w myśl poglądów o zastosowaniu w stanach chorobowych obronnego mechanizmu zaprzeczenia (*denial*) (9).

Tablica 7. Porównanie nasilenia lęku i depresji ocenianego różnymi skalami klinicznymi u mężczyzn w grupie badanej i w grupie kontrolnej.

Objaw	Grupa badana (n=37)		Grupa kontrolna (n=15)		Poziom istotności	
	średnia	SD	średnia	SD		
DH	4.00	3.87	1.73	2.05	t=2.74	p<0.01
LH	0.38	1.11	0.13	0.52	t=1.08	n.s.
X-1	38.03	8.58	39.27	5.76	t=0.51	n.s.
X-2	39.78	5.88	38.80	6.34	t=0.53	n.s.

oznaczenia jak w tabl. 1

Porównując grupę osób z chorobami nowotworowymi z grupą kontrolną wykazano znaczne nasilenie objawów lęku i depresji u pacjentów onkologicznych, co jest zgodne z licznymi doniesieniami na ten temat (4, 6, 15, 23).

W prezentowanych badaniach pacjenci onkologiczni cechowali się istotnie podwyższonym nasileniem zarówno lęku jako stanu jak i lęku jako cechy w porównaniu z grupą kontrolną. Nasilenie lęku jako stanu może świadczyć o spostrzeganiu przez tych pacjentów swojej sytuacji jako silnie zagrażającej zdrowiu i życiu. Natomiast wysokie nasilenie lęku jako cechy osobowości może wskazywać na udział czynników psychologicznych w etiopatogenezie chorób nowotworowych, co znajduje potwierdzenie w doniesieniach naukowych (7, 11, 16).

W grupie osób po zabiegach chirurgicznych przedstawione badania wykazały istotnie większe, w porównaniu z grupą kontrolną, nasilenie depresji wg skali Hamiltona oraz nasilenie lęku w ocenie klinicznej i lęku jako stanu w skali STAI. Podkreślić należy fakt znacznych różnic w nasileniu lęku jako stanu, a brak różnic w nasileniu lęku jako cechy osobowości. Wynika to w sposób oczywisty z faktu, że występowanie chorób powodujących interwencje chirurgiczne nie jest związane z predyspozycją do zachowań lękowych. Natomiast istotnie większe nasilenie lęku jako stanu w tej grupie badanej jest uwarunkowane sytuacyjnie w związku z przebyciem zabiegu chirurgicznego. Szczególnie interesujące wydaje się również porównanie nasilenia lęku jako cechy w grupie pacjentów z chorobami psychosomatycznymi (nasilenie lęku jako cechy istotnie wyższe niż w grupie kontrolnej) i grupie pacjentów po zabiegach chirurgicznych (nasilenie lęku jako cechy nie różni się w sposób istotny od nasilenia lęku w grupie kontrolnej). Różnice te przemawiają za stwierdzeniem, że pacjenci z wysokim poziomem lęku jako cechy osobowości mają większe predyspozycje do zachorowania na choroby psychosomatyczne, podczas gdy nie mają tej

predyspozycji pacjenci po zabiegach chirurgicznych.

Analiza nasilenia objawów lęku i depresji oraz nasilenia poczucia choroby w poszczególnych grupach badanych (choroby psychosomatyczne, choroby nowotworowe, choroby "chirurgiczne") wykazała, że nie zachodzą różnice w nasileniu ocenianych zaburzeń emocjonalnych. Dało się jednak zauważyć, że w ocenie wszystkimi zastosowanymi skalami, największe nasilenie lęku i depresji istnieje u pacjentów z chorobami nowotworowymi. Jest to zgodne z założeniem, że nasilenie lęku i depresji w dużej mierze zależy od świadomości zagrożenia życia, co w chorobach nowotworowych jest zjawiskiem powszechnym.

Przy ocenie nasilenia poczucia choroby w poszczególnych grupach, mimo braku istotnych statystycznie różnic, dało się zauważyć, że największe poczucie choroby występowało u pacjentów z chorobami nowotworowymi, mniejsze u pacjentów z chorobami psychosomatycznymi, a najmniejsze u pacjentów po zabiegach chirurgicznych. Taki rozkład nasilenia poczucia choroby jest w pewnej mierze potwierdzeniem słuszności założenia drugiego kryterium podziału badanych grup, tzn. o różnej sytuacji psychologicznej chorych w zależności od charakteru schorzenia i poczucia zagrożenia życia.

Ważną wydaje się również kwestia niezna-
leżenia zależności pomiędzy ciężkością stanu somatycznego a nasileniem poczucia choroby i nasileniem objawów zespołu lękowego i depresyjnego. Choć w dużej mierze samopoczucie chorego zależy od dolegliwości fizycznych związanych z chorobą - to wydaje się, że ocena ciężkości stanu somatycznego nie ma decydującego znaczenia dla pacjenta. Zależy to przede wszystkim od oddziaływania choroby na stan psychiczny człowieka chorego na drodze psychologicznej. Pomiedzy rozpoznaniem ustalonym przez lekarza i jego oceną ciężkości stanu somatycznego a oceną choroby przez pacjenta zachodzą zwykle znaczne różnice (4, 12, 22).

Poczucie choroby u osób badanych było tym większe im bardziej były nasilone objawy depresyjne, co jest zgodne z obrazem klinicznym zespołów depresyjnych. Poczucie choroby było zależne również od nasilenia lęku jako cechy osobowości. Wydaje się to zgodne z definicją lęku jako pewnej stałej cechy osobowości. Osoby o dużym nasileniu lęku jako cechy są bardziej skłonne do wyolbrzymiania zagrożenia, a tym samym mogą również reagować silniejszym poczuciem choroby w sytuacjach stresowych.

Przy ocenie nasilenia lęku i depresji z uwzględnieniem podziału na płeć nie stwierdzono różnic istotnych między zdrowymi kobietami i zdrowymi mężczyznami, natomiast ciekawa jest różnica, jaka zaznaczyła się w grupie osób chorych somatycznie. Kobiety cechowały się wyraźnie większym nasileniem lęku i depresji niż mężczyźni.

Nieco zaskakujące okazały się wyniki porównania średnich wartości nasilenia lęku grupy badanej z grupą kontrolną z podziałem na płeć. Kobiety chore zgodnie z oczekiwaniami cechowały się wyraźnie większym poziomem lęku niż kobiety zdrowe. Natomiast wśród mężczyzn różnica ta okazała się nieistotna statystycznie. Wynikałoby z tego, że chorzy somatycznie mężczyźni nie różnią się w zakresie poziomu lęku zarówno jako stanu i cechy od zdrowych mężczyzn. Wydaje się, że te wyniki trzeba interpretować bardzo ostrożnie. W wykorzystanym piśmiennictwie przeważają poglądy o większym poziomie lęku zarówno u chorych kobiet, jak i u chorych mężczyzn (15, 17). Niektóre jednak badania mogą potwierdzać przedstawione wyniki (24).

Trudny do interpretacji jest również fakt braku różnic w lęku rozumianym jako cecha osobowości. Zrozumiałe to może być w grupie mężczyzn po zabiegach chirurgicznych, gdzie lęk jako cecha osobowości nie warunkuje wystąpienia ocenianych chorób kwalifikujących się do zabiegów chirurgicznych. Brak różnic w poziomie lęku jako cechy osobowości w grupie mężczyzn z chorobami psychosoma-

tycznymi i chorobami nowotworowymi w porównaniu z grupą kontrolną wskazuje, że w występowaniu tych chorób u mężczyzn czynniki psychiczne nie odgrywają znaczącej roli. Wydaje się jednak, że przedstawione hipotezy wymagają sprawdzenia w dalszych badaniach na większej grupie chorych.

Przedstawione wyniki oraz wszystkie powyższe rozważania utwierdzają w przekonaniu, że problematyka zaburzeń emocjonalnych u pacjentów z chorobami somatycznymi stanowi istotne zagadnienie w praktyce klinicznej.

WNIOSKI

1. Nasilenie zaburzeń emocjonalnych - zespołu lękowego i zespołu depresyjnego u pacjentów chorych somatycznie było większe niż u osób zdrowych. Kobiety w sytuacji stresu związanego z chorobą i leczeniem szpitalnym reagowały przede wszystkim silnym lękiem, natomiast mężczyźni głównie nasileniem objawów depresyjnych.
2. Zespoły lękowe w różnych grupach schorzeń somatycznych wykazywały odmienne cechy. W schorzeniach psychosomatycznych stwierdzono przede wszystkim występowanie mechanizmów obronnych zmniejszających lęk. W chorobach nowotworowych stres związany z sytuacją realnego zagrożenia życia był na tyle duży, że pacjenci nie byli w stanie uruchomić skutecznych mechanizmów obronnych zmniejszających lęk jako stan. Przebycie zabiegu chirurgicznego związane było z nasileniem lęku - stanu jako reakcji na stres związany z chorobą i leczeniem operacyjnym. Wysoki poziom lęku jako cechy osobowości stwierdzony zarówno u chorych psychosomatycznie jak i u pacjentów z chorobą nowotworową sugeruje konieczność uwzględnienia mechanizmów lękowych także w patogenezie chorób nowotworowych.
3. Ciężkość stanu somatycznego nie miała decydującego wpływu na nasilenie zaburzeń emocjonalnych i nasilenie poczucia choro-

by. Osoby o wysokim poziomie depresji i lęku jako cechy osobowości reagowały silnym poczuciem choroby.

PIŚMIENNICTWO

1. Baer P.E., Collins E.H., Bourianoff G.G., Ketchel M.F.: Assessing personality factors in essential hypertension with a brief self - report instrument. *Psychosom. Med.* 1979, 41, 321.
2. Cattell R.B., Scheier I.H.: The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. Ronald. New York 1961.
3. Cattell R.B.: Anxiety and motivation: Theory and crucial experiments. W: Spielberger Ch.D. (red.): *Anxiety and behavior.* Academic Press, New York - London 1966.
4. Craig T.I., Abeloff M.O.: Psychiatric symptomatology among hospitalized cancer patients. *Am. J. Psychiat.* 1974, 131, 1323-1327.
5. Fawcett J., Talley J.H.: Differentiating Anxiety From Organic Illness. W: Leaman T.L. (red.): *Management of anxiety in primary care. A medical and social Challenge.* Challenge 2. Pragmaton, Chicago 1985.
6. Genzdilov A.V., Alexandrin G.P., Simonov N.N.: The role of stress factors in the postoperative course of patients with rectal cancer. *J. Surg. Oncol.* 1977, 9, 517-523.
7. Grossarth-Maticek R., Kanazir H., Schmidt P.: Psychosomatic Factors Involved in the Process of Cancerogenesis. *Psychoter. Psychosom.* 1983, 40, 197-210.
8. Guy W.: 028 CGI Clinical Global Impressions. W: ECDEU. *Assessment manual for psychopharmacology Revised 1976.* U.S. Department of Health, Education and Welfare. Rockville 1976.
9. Hackett T.P., Cassem N.H.: Development of a quantitative rating scale to assess denial. *J. Psychosom. Res.* 1974, 18, 93-96.
10. Hamilton M.: Symptoms and assessment of depression. W: Paykel E.S. (red.): *Handbook of Affective Disorders.* Guilford Press 1982.
11. Hiller I.E.: Breast cancer: a psychogenic disease? *Woman - Health*, 1989, 15, 5-18.
12. Jarosz M.: *Psychologia lekarska.* PZWL, Warszawa 1988.
13. Kondas O.: *Psychologia kliniczna.* PWN, Warszawa 1984.
14. Lewis A.: Problems presented by the ambiguous word anxiety as used in psychopathology. W: Burrows G., Davies B. (red.): *Handbook of Studies on Anxiety.* Elsevier, Amsterdam 1980.
15. Łosiak W.: Reakcje obrony i zwalczania stresu u pacjentów onkologicznych. *Przegl. Lek.* 1989, 3, 334-337.
16. Martin P.: Psychology and the immune system. *New Scientist* 1987, 9, 46.
17. Ploeg H.M., Buren E.T., Brummeln P.: The role of Anger in Hypertension. *Psychoter. Psychosom.* 1985, 43, 186.
18. Pużyński S.: *Depresje.* PZWL, Warszawa 1988.
19. Sosnowski T.: Lęk jako stan i jako cecha w ujęciu Ch.D. Spielbergera. *Przegl. Psycholog.* 1977.
20. Spielberger Ch.D. (red.): *Anxiety and Behavior.* Academic Press, New York, London 1966.
21. Spielberger Ch.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E.: *Manual for the State - Trait Anxiety Inventory.* Consulting Psychologists Press, Palo Alto, Calif. 1970.
22. Stenback A.: Physical health and physical disease as objective fact and subjective experience. *Arch. Gen. Psychiat.* 1964, 3, 290-301.
23. Turuk T.: Psychologiczne aspekty choroby nowotworowej. *Nowotwory* 1973, 23, 329-334.
24. Wrześniewski K., Lepczyński P.: Wzory reagowania emocjonalnego w sytuacjach stresowych i ich związek z chorobą somatyczną. *Pol. Tyg. Lek.* 1985, 46-47, 1285-1290.
25. Wrześniewski K., Sosnowski T.: *Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ISCL).* Polska adaptacja STAI. Pol. Tow. Psychol., Warszawa 1987.

Adres: Dr Janusz M. Kacperczyk, Samodzielna Pracownia Psychopatologii Instytutu Neurologiczno-Psychiatrycznego PAM, ul. Broniewskiego 32, 71-460 Szczecin