

## Profil osobowości pacjentów z zaburzeniami lękowymi oceniony za pomocą Inwentarza Temperamentu i Charak- teru Cloningera (TCI) oraz Kwestionariusza Osobowości- wego R.B. Cattella

### Personality profile of patients with anxiety disorder, as studied with the 16PF Cattell's questionnaire and Cloninger's TCI

Jerzy Samochowiec<sup>1</sup>, Jolanta Kucharska-Mazur<sup>1</sup>, Anna Hajduk<sup>2</sup>, Bartosz  
Wojciechowski<sup>3</sup>, Agnieszka Samochowiec<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Klinika Psychiatrii Pomorskiej AM w Szczecinie  
Kierownik: dr hab. n. med. J. Samochowiec

<sup>2</sup>Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego i Rehabilitacyjnego PAM w Szczecinie  
Kierownik: dr n. med. A. Hajduk

<sup>3</sup>Międzywydziałowe Studium Kształcenia Pedagogicznego, Uniwersytet Szczeciński  
Kierownik: dr B. Baran

#### Summary

The aim of the present study is a characterisation of the personality dimensions of patients with anxiety disorder.

**Method.** Personality of 103 patients with different mixed ICD-10 diagnosis of anxiety disorders (79 females, 24 males, mean age:  $38 \pm 12$  years) were studied and compared to 183 healthy controls (117 females, 66 males, mean age:  $35 \pm 14$ ) using the 16 PF Cattell's Questionnaire and Cloninger's TCI. Spielberger's State and Trait Anxiety Inventory and Self-evaluation of the Beck's Depression Scale were also applies.

**Results.** Levels of anxiety and depression were significantly higher in patients. It was found that patients with anxiety disorders scored higher in Cattell's following factors: O, Q4 and lower in: C, E, F, H, Q3 when compared to standard population norms.

Following TCI scales differentiated the personality of patients when compared to the controls:

A significant increase of all HA subscales, decrease of NS in females and NS1 in both female and male patients, increase in RD1 and decrease in RD3 in patients, decrease of P, SD, C (except C4 and C5 subscales) were observed.

**Conclusion.** Both TCI and 16 PF describe similar traits in the personality of patients with anxiety disorders, and are helpful in the diagnosis and prognosis of therapy.

*Słowa klucze:* osobowość, zaburzenia lękowe, TCI, 16-czynnikowy Kwestionariusz Osobowościowy Cattella

*Key words:* personality, anxiety disorder, TCI, 16 PF Cattell's Inventory

## Wstęp

Pomimo intensywnych badań nie udało się dotychczas wyjaśnić zależności pomiędzy cechami osobowości a podatnością na występowanie zaburzeń lękowych. W piśmiennictwie podkreśla się częste współwystępowanie tego typu zaburzeń z objawami depresji i pewnymi typami zaburzeń osobowości, które wg DSM-IV należą do tzw. klastra B (osobowość borderline i histrioniczna) oraz klastra C (osobowość unikająca, zależna i anankastyczna) [1, 2, 3]. U pacjentów z osobowością unikającą i zależną potwierdzono gorsze rokowanie w zaburzeniu lękowym uogólnionym i w fobii społecznej, ale nie w napadach paniki [4]. Iketani i wsp. [5] zaobserwowali częstsze występowanie zaburzeń osobowości w grupie osób z napadami paniki i agorafobią aniżeli w grupie osób z napadami paniki bez agorafobii. Mężczyźni z napadami paniki mają częściej osobowość typu borderline lub schizoidalną, a kobiety – osobowość histrioniczną bądź zależną [6]. Z badań Reicha i wsp. [7] wynika, że fobia społeczna często współistnieje z osobowością schizoidalną, unikającą lub borderline [7]. Massion i wsp. [8] w 5-letnim badaniu typu follow-up 514 osób z zaburzeniami lękowymi stwierdzili, że:

– z zaburzeniem lękowym uogólnionym współistnieją: w 20% – osobowość unikająca, w 10% – zależna, w 7% – histrioniczna;

– z fobią społeczną współwystępują: w 35% – osobowość unikająca, w 8% – borderline, w 7% – anankastyczna;

– z napadami paniki z agorafobią współistnieją: w 12% – osobowość unikająca, w 5% – zależna, w 5% – anankastyczna, a z napadami paniki bez agorafobii – zaburzenia osobowości współistnieją stosunkowo rzadko, w 14% – osobowość unikająca.

Przedmiotem badań było nie tylko współwystępowanie zaburzeń osobowości i zaburzeń lękowych, ale także zależność między występowaniem zaburzeń lękowych a określonymi wymiarami charakteru i temperamentu. Cloninger i wsp. [9] zasugerowali, że opracowane przez nich kwestionariusze TPQ i TCI (Tridimensional Personality Questionnaire, Temperament and Character Inventory) mogą być przydatne do wyodrębnienia wymiarów osobowości predysponujących do wystąpienia zaburzeń lękowych. Zgodnie z biosocjalną teorią uczenia się osoby z różnymi rodzajami zaburzeń lękowych wykazują wyższe wartości w skali unikania przykrości, co zostało potwierdzone przez wielu autorów [10, 11, 12, 13]. Brak jest natomiast zgodności w ocenie pozostałych wymiarów osobowości mierzonych skalą TCI. U pacjentów z napadami paniki Ampollini i wsp. [10] stwierdzili wyższe wartości w skali uzależnienia od nagrody, a Perna i wsp. [14] – niższe wartości w skali wytrwałość. Brown i wsp. [13] ocenili, że wartości skal: zapotrzebowania na stymulację i uzależnienia od nagrody nie były zależne od poziomu lęku. Z kolei Fossey i wsp. [za: 9] nie zanotowali istotnych różnic w wymiarach temperamentu między pacjentami z zaburzeniem lękowym uogólnionym i napadami paniki, natomiast stwierdzili istotnie wyższe wartości unikania przykrości, zapotrzebowania na stymulację, a niższe wartości uzależnienia od nagrody u osób z zaburzeniami lękowymi w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej bez zaburzeń lękowych.

Kamiński [15] oraz Klimowicz [16] podjęli próbę opisu osobowości pacjentów z zaburzeniami lękowymi za pomocą Kwestionariusza Osobowościowego Cattella, uzyskując istotne różnice w zakresie średnich wyników skal tego kwestionariusza

w stosunku do norm stenowych. Z kolei Mlott i Vale [17], używając kwestionariusza Cattella, dokonali porównania rodzin z agorafobią i bez agorafobii [17].

Celem badań była ocena profilu osobowości pacjentów z zaburzeniami lękowymi za pomocą kwestionariusza Temperamentu i Charakteru Cloningera oraz Inwentarza Osobowościowego R.B.Cattella.

### Material i metody

W badaniu uczestniczyły 103 nie spokrewnione osoby (79 kobiet, 24 mężczyzn) spełniające kryteria zaburzeń lękowych wg ICD-10, w wieku  $38 \pm 12$ , bez współistniejących innych zaburzeń psychicznych z osi I wg ICD-10. Grupa kontrolna składała się ze 117 kobiet i 66 mężczyzn (wiek  $35 \pm 14$ ), dobranych wiekiem, płcią i sytuacją socjalną do grupy badanej, bez zaburzeń psychicznych z osi I. Protokół badania został zaakceptowany przez Komisję Etyczną Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. Wszyscy uczestnicy wyrazili pisemną zgodę na udział w badaniach po uzyskaniu pisemnej informacji o ich celu i przebiegu. Rekrutacja pacjentów odbywała się w Klinice Psychiatrii PAM w Szczecinie oraz w Centrum Psychiatrycznym – na Oddziale Nerwic w Szczecinie. Osoby te były zbadane i zdiagnozowane przez specjalistę psychiatrę za pomocą CIDI (Composite International Diagnostic Interview) [18]; każdy z pacjentów spełniał kryteria więcej niż jednego zaburzenia z kręgu zespołów lękowych. Profil osobowości oceniono na podstawie dwóch kwestionariuszy, opartych na różnych założeniach teoretycznych:

1 – siedmiowymiarowego, zawierającego 240 pytań, Inwentarza Temperamentu i Charakteru Cloningera (TCI), będącego modyfikacją wcześniejszego Trójwymiarowego Kwestionariusza Osobowości (TPQ), wiążącego cechy osobowości z rodzajami neuroprzebiegu w OUN;

2 – 16-czynnikowego Kwestionariusza Osobowościowego Cattella, opartego na teorii cech, klasycznie stosowanego w psychologii do opisu osobowości pacjentów z zaburzeniami ze spektrum lękowego ze względu na jego wysoką rzetelność i trafność.

TCI składa się z następujących czterech wymiarów temperamentu i trzech wymiarów charakteru: zapotrzebowanie na stymulację (NS – novelty seeking: tendencja do aktywnego reagowania na nowe bodźce, 40 pytań), unikanie przykrości (HA – harm avoidance: tendencja do zahamowania działań w odpowiedzi na bodźce negatywne, 35 pytań), uzależnienie od nagrody (RD – reward dependence: skłonność do podporządkowywania zachowań pozytywnym wzmocnieniom, 24 pytania), wytrwałość (P – persistence: zdolność do samodzielnego podtrzymywania danego rodzaju aktywności, 8 pytań), zdolność do samoukierunkowania (SD – self-directedness: zdolność do kontrolowania, regulowania i dostosowywania własnego zachowania do sytuacji, 44 pytania), zdolność do współpracy (C – cooperativeness: zdolność do identyfikacji i akceptacji zachowań innych osób, 42 pytania), zdolność do samotranscendencji (ST – self-transcendence: poczucie danej osoby, że jest częścią wszechświata, związane z odczuwaniem duchowości, 33 pytania); 14 pytań jest „pustych”, nie podporządkowanych żadnej skali [19].

W niniejszej pracy wykorzystano także, dokonaną przez psychologa klinicznego, ocenę osobowości za pomocą kwestionariusza Cattella, składającego się z 305 pytań, pogrupowanych w podskale, opisujące 16 czynników (A, B, C, E, F, G, H, I, L, M,

N, O, Q1, Q2, Q3, Q4). Wyniki, po przeliczeniu zgodnie z tablicami norm, wyrażono w skali stenowej [20].

Ponadto, osoby z grupy badanej poddano badaniu za pomocą składającego się z 40 stwierdzeń kwestionariusza Spielbergera, służącego do oceny lęku jako stanu i jako cechy [21]. Do porównania nasilenia objawów depresyjnych w grupie badanej i kontrolnej zastosowano skalę depresji Becka [22].

Do obliczeń statystycznych użyto programu komputerowego SPSS [23].

## Wyniki

Tabela 1

Wymiary osobowości w grupie osób z zaburzeniami lękowymi i w grupie kontrolnej ocenione na podstawie TCI Cloningera

Wymiar osobowości	Grupa badana N=73	Grupa kontrolna N=73	Podzmiernosc p	Grupa badana - mężczyźni N=34	Grupa kontrolna - mężczyźni N=34	Podzmiernosc p	Grupa badana - kobiety N=39	Grupa kontrolna - kobiety N=39	Podzmiernosc p
NS	11,2±2,2	10,2±4,4	0,004	11,2±2,2	10,2±2,2	0,109	11,2±2,2	10,2±4,4	0,017
NS1	4,2±2,2	4,1±2,2	0,001	3,7±2,2	5,1±2,2	0,001	4,2±2,2	4,1±2,2	0,001
NS2	4,2±2,2	4,2±2,2	0,000	5,2±2,2	5,2±1,2	0,044	4,2±2,2	4,2±2,2	0,050
NS3	4,2±2,2	5,2±2,2	0,000	4,2±2,2	4,2±1,2	0,000	4,2±2,2	5,2±2,2	0,000
NS4	4,2±1,2	3,2±1,2	0,000	4,2±2,2	4,2±1,2	0,000	4,2±1,2	3,2±1,2	0,018
HA	21,2±2,2	14,2±2,2	0,001	21,2±2,2	14,2±2,2	0,001	21,2±2,2	14,2±2,2	0,001
HA1	0,2±2,2	4,2±2,2	0,001	1,2±2,2	3,2±2,2	0,001	0,2±2,2	4,2±2,2	0,001
HA2	4,2±1,2	3,2±2,2	0,001	4,2±1,2	3,2±1,2	0,001	4,2±1,2	4,2±2,2	0,001
HA3	4,2±1,2	3,2±2,2	0,001	4,2±1,2	3,2±1,2	0,001	4,2±1,2	4,2±1,2	0,001
HA4	1,2±2,2	3,2±2,2	0,001	1,2±1,2	3,2±1,2	0,001	1,2±2,2	3,2±2,2	0,001
RD	10,2±2,2	14,2±2,2	0,000	14,2±2,2	10,2±2,2	0,000	10,2±2,2	14,2±2,2	0,000
RD1	1,2±2,2	4,2±2,2	0,000	4,2±2,2	4,2±2,2	0,000	1,2±1,2	1,2±2,2	0,000
RD2	4,2±1,2	4,2±1,2	0,000	4,2±1,2	4,2±1,2	0,000	4,2±1,2	4,2±1,2	0,010
RD4	3,2±1,2	3,2±1,2	0,000	3,2±1,2	3,2±1,2	0,000	3,2±1,2	3,2±1,2	0,000
P	3,2±1,2	4,2±1,2	0,007	3,2±1,2	4,2±1,2	0,000	3,2±1,2	4,2±1,2	0,007
SO	10,2±1,2	10,2±2,2	0,001	11,2±1,2	11,2±2,2	0,001	10,2±1,2	10,2±2,2	0,001
SO1	3,2±2,2	5,2±1,2	0,001	3,2±1,2	5,2±1,2	0,001	3,2±2,2	5,2±1,2	0,001
SO2	3,2±1,2	5,2±1,2	0,001	4,2±1,2	5,2±1,2	0,000	3,2±1,2	5,2±1,2	0,001
SO3	1,2±1,2	3,2±1,2	0,001	1,2±2,2	3,2±1,2	0,001	1,2±1,2	3,2±1,2	0,001
SO4	5,2±2,2	4,2±2,2	0,002	4,2±2,2	5,2±2,2	0,004	5,2±2,2	4,2±2,2	0,001
SO5	5,2±2,2	4,2±2,2	0,001	4,2±2,2	1,2±2,2	0,001	5,2±2,2	4,2±2,2	0,001
C	20,2±2,2	20,2±2,2	0,001	21,2±1,2	20,2±2,2	0,004	20,2±2,2	20,2±2,2	0,001
C1	5,2±1,2	4,2±1,2	0,001	5,2±1,2	4,2±1,2	0,001	5,2±1,2	4,2±1,2	0,001
C2	4,2±1,2	4,2±1,2	0,001	3,2±1,2	3,2±1,2	0,001	5,2±1,2	5,2±1,2	0,001
C3	5,2±1,2	4,2±1,2	0,001	4,2±1,2	4,2±1,2	0,000	5,2±1,2	4,2±1,2	0,001
C4	1,2±2,2	1,2±2,2	0,000	4,2±2,2	4,2±2,2	0,011	1,2±2,2	1,2±2,2	0,000
C5	4,2±1,2	1,2±1,2	0,000	4,2±1,2	4,2±1,2	0,000	4,2±1,2	1,2±1,2	0,001
ST	10,2±2,2	14,2±2,2	0,004	10,2±2,2	14,2±2,2	0,000	10,2±2,2	14,2±2,2	0,000
ST1	5,2±2,2	5,2±2,2	0,000	4,2±2,2	5,2±2,2	0,001	5,2±2,2	5,2±2,2	0,004
ST2	3,2±2,2	3,2±2,2	0,000	3,2±2,2	3,2±2,2	0,000	3,2±2,2	3,2±2,2	0,004
ST3	4,2±2,2	4,2±2,2	0,000	4,2±2,2	5,2±2,2	0,001	4,2±2,2	4,2±2,2	0,000

Tabela 2  
Czynniki osobowościowe mierzone za pomocą Kwestionariusza Osobowościowego Cattella (16 PF)

Czynnik osobowości	Grupa badana M ± SD	Grupa kontrolna M ± SD	Podobnieżność p < 0,05
Czynnik A	5,7 ± 2,3	6,7 ± 2,2	0,001
Czynnik B	5,7 ± 2,3	6,3 ± 2,1	0,000
Czynnik C	2,7 ± 1,6	5,7 ± 2,3	0,000
Czynnik E	3,7 ± 2,7	4,7 ± 1,4	0,000
Czynnik F	3,7 ± 2,1	5,7 ± 1,9	0,000
Czynnik G	5,7 ± 1,6	6,7 ± 2,1	0,014
Czynnik H	3,7 ± 2,7	5,7 ± 2,3	0,000
Czynnik I	7,7 ± 1,6	6,7 ± 2,7	0,014
Czynnik L	7,7 ± 1,7	5,7 ± 2,7	0,000
Czynnik M	6,7 ± 1,7	5,7 ± 1,9	0,000
Czynnik N	4,7 ± 2,3	5,7 ± 2,3	0,000
Czynnik O	6,7 ± 1,6	5,7 ± 2,3	0,000
Czynnik Q1	4,7 ± 1,7	4,7 ± 1,6	0,325
Czynnik Q2	5,7 ± 2,3	4,7 ± 2,3	0,000
Czynnik Q3	3,7 ± 1,7	5,7 ± 1,6	0,000
Czynnik Q4	6,7 ± 1,6	5,7 ± 2,7	0,000

W początkowej analizie wyników uzyskanych w grupach badanej i kontrolnej wykazano różnice na poziomie istotności  $p < 0,05$  dotyczące 14 czynników: A, B, C, E, F, H, I, L, M, N, O, Q2, Q3, Q4.

W odniesieniu do całej grupy ( $n=103$ ) stwierdzono odchylenia od statystycznie przyjętej normy (steny 4–7) w zakresie czynników: C, E, F, H, Q3 – poniżej 4 stena, a czynniki: O, Q4 powyżej 7 stena. Dwa czynniki znajdowały się na pograniczu normy statystycznej: I, L (sten 7).

Tabela 3  
Średnie poziomy natężenia lęku mierzone za pomocą kwestionariusza Spielberga

Natężenie lęku	Grupa badana M ± SD	Grupa kontrolna M ± SD	Podobnieżność p
Lęk jako stan (STA 1-1)	5,7 ± 1,6	3,7 ± 1,6	0,0001
Lęk jako cecha (STA 1-2)	5,7 ± 1,6	3,7 ± 1,6	0,0001

Tabela 4  
Średnie poziomy natężenia depresji mierzone za pomocą skali Becka

Natężenie depresji	Grupa badana M ± SD	Grupa kontrolna M ± SD	Podobnieżność p
BDI	2,7 ± 1,6	1,7 ± 1,6	0,0001

Pacjenci z zaburzeniami lękowymi otrzymali znamienne wyższe wyniki lęku określonego jako stan i jako cecha, badanego za pomocą kwestionariusza Spielberga. Stwierdzono również wyższy poziom depresyjności. Wykazano korelacje (wg Pear-

sona), obie na poziomie istotności  $p < 0,0001$ , zarówno pomiędzy wynikami natężenia lęku jako stanu i lęku jako cechy a poziomem depresyjności. Pacjenci z zaburzeniami lękowymi nie spełniali kryteriów rozpoznania epizodu depresyjnego wg ICD-10.

### Omówienie

Wyniki badań za pomocą kwestionariusza Cattella wskazują, iż osoby z zaburzeniami lękowymi ujawniają tzw. „niską siłę ego” (czynnik C), związaną z niedojrzałością emocjonalną – niska siła ego przejawia się brakiem odporności na frustrację, labilnością emocjonalną, trudnością w odraczaniu gratyfikacji. W relacjach społecznych osoby takie są submisyjne (czynnik E), bierne i ulegające, nie wykazują chęci do aktywności i dominacji w kontaktach z innymi. Nie przejawiają zachowań ekspansywnych (czynnik F), niechętnie podejmują szybkie decyzje, nie potrafią się cieszyć z własnych osiągnięć i je doceniać. W codziennym życiu często bywają chmurne, pesymistyczne, niemrawe i asteniczne. Odporność tych osób na sytuacje stresowe jest niska (czynnik H), przez co są one zahamowane, lękliwe, pełne rezerwy i nieśmiałe. Brak wiary we własne możliwości prowadzi do ostrożności i zamknięcia się na podejmowanie decyzji w nowych sytuacjach. Osoby z zaburzeniami lękowymi mają tendencję do obarczania się winą (czynnik O), przejawiają potrzebę pokutowania, częściej przeżywają niepokój, bojaźliwość. Ich osobowość jest słabo zintegrowana (czynnik Q3), czego wynikiem jest niska samokontrola. Efektem jest brak wytrwałości w dążeniach, słabość woli i „słomiany zapal” przy ich realizacji. Powyższe czynniki znajdują swoje odzwierciedlenie w tzw. napięciu ergicznym (czynnik Q4), co ujawnia się w rozdrażnieniu, napięciu emocjonalnym, nerwowości i niepokoju psychomotorycznym.

Osoby z zaburzeniami lękowymi uzyskały w badaniu wyniki graniczne w czynnikach: I (wrażliwość, neurotyczność, sensytywność) oraz L (podejrzliwość, paranoiczność, gotowość do urojeniowej interpretacji otoczenia).

Podejmując próbę opisu dynamiki osobowości osób z zaburzeniami lękowymi należy zwrócić uwagę na konstytucjonalne (niska odporność wegetatywna – H) i środowiskowe cechy osobowości (niedojrzałość osobowości – C). Powstały i utrwalony konstrukt osobowościowy ujawnia się w: submisyjności (E), niskiej samokontroli (Q3). Efektem obrazu samego siebie zbudowanego z powyższych cech jest brak ekspansywności i niezadowolenie z siebie (F), niewspółmierne przeżywanie poczucia winy (O) oraz narastające napięcie emocjonalne (Q4). Towarzyszącymi cechami mogą być również neurotyczna wrażliwość (I) oraz paranoiczna podejrzliwość (L).

Pozostałe czynniki osobowości, tj.: cyklotymia – schizotymia (A), inteligencja (B), „silne – słabe superego” (G), ekscentryczność – praktyczność (M), wyrafinowanie – prostota (N), radykalizm – konserwatyzm (Q1), samowystarczalność – zależność od grupy (Q2), nie różniły się istotnie od średnich w populacji. Brak związku tych czynników z zaburzeniami lękowymi nie może podlegać jednoznacznej interpretacji i pozostaje w obszarze dalszej eksploracji badawczej.

W niniejszym badaniu oraz w cytowanych pracach Klimowicz [16] oraz Kamińskiego [15] uzyskano podobne tendencje wyników, a szczególną zgodność w czynnikach C, Q4.

Również w badaniu za pomocą Inwentarza Temperamentu i Charakteru Cloningera stwierdzono liczne różnice pomiędzy osobami z zaburzeniami lękowymi a osobami

z grupy kontrolnej. Zgodnie z danymi z piśmiennictwa [10, 11, 12, 13], osoby z zaburzeniami lękowymi osiągają większe wartości w skali unikania przykrości (HA) – są więc osobami ostrożnymi, pełnymi obaw, niezdecydowanymi, biernymi, skłonny do onieśmienia w sytuacjach społecznych, obdarzonymi małą energią, odczuwającymi chroniczne zmęczenie, wrażliwymi na krytykę.

Wyniki uzyskane w skali zapotrzebowania na stymulację (NS) nie różnicują już tak istotnie grupy badanej i kontrolnej. W odróżnieniu od Fossey'a i wsp. [za: 9], badających tylko osoby z napadami paniki i zaburzeniem lękowym uogólnionym, stwierdzono mniejsze wartości w skali NS w całej grupie osób z zaburzeniami lękowymi i w podgrupie kobiet, w porównaniu z grupą kontrolną, co oznacza, że te osoby nie wykazywały ciekawości poznawczej, były mało dociekliwe, nieskłonne do entuzjazmu, refleksyjne, a szczególnie wykazywały małe zapotrzebowanie na nowe bodźce i tolerowały monotonię, przedkładały znane miejsca i sytuacje nad poszukiwanie nowych podniet (małe NS1).

Osoby z zaburzeniami lękowymi i osoby z grupy kontrolnej nie uzyskały w skali uzależnienia od nagrody (RD) znacząco różniących się wyników, prócz pojedynczych wyników podskal (większe RD1 w grupie lękowej – większa skłonność do sentymentalizmu, oraz mniejsze RD3 – przedkładanie prywatności i izolowania się nad wchodzenie w interakcje społeczne). Uzyskane wyniki różnią się od wyników badania Ampolliniego i wsp. [10], przeprowadzonego za pomocą kwestionariusza TPQ w populacji osób tylko z napadami paniki z agorafobią lub bez niej, a więc w grupie innej niż opisywana przez nas.

Osoby z zaburzeniami lękowymi uzyskiwały mniejsze wyniki w skali wytrwałości (P), co jest zgodne z wynikami Perny i wsp. [14]. Takie wyniki związane są ze skłonnością do lenistwa, małej aktywności, niesolidności, chwiejności, niekonsekwencji, rezygnacji z wysiłku pod wpływem krytyki, frustracji lub zmęczenia. Osoby te dobrze sobie radzą tylko w sytuacjach, gdy ich wysiłki są szybko nagradzane.

Spośród skal TCI oceniających charakter najistotniejsze różnice zaobserwowano w skalach: zdolności do samoukierunkowania (SD) oraz zdolności do współpracy (C) – osoby z zaburzeniami lękowymi uzyskiwały niższe wyniki. Osoby z niższymi wynikami w skali SD są opisywane jako: niedojrzałe, obdarzone „słabym charakterem”, destruktywne, nieefektywne, lekkomyślne, słabo zintegrowane. Klinicyści często przypisują im zaburzenia osobowości. Ich zachowanie jest bardziej zależne od zewnętrznych czynników niż od wewnętrznych zasad. Z kolei osoby uzyskujące niskie wyniki w skali C charakteryzuje: nietolerancyjność, skupianie się na sobie, niezdolność do empatii, niechęć do pomocy innym. Nie stwierdzono znaczących różnic w podskali C4 (współczucie versus mściwość). W podskali C5 (altruizm versus dbałość o własne interesy) – istotnie wyższe wyniki obserwowano tylko w grupie kobiet.

Nie stwierdzono różnic w skali zdolności do samotranscendencji (ST) między osobami z zaburzeniami lękowymi a osobami z grupy kontrolnej.

Pomimo istotnych różnic w podstawach teoretycznych i metodologicznych pomiędzy Kwestionariuszem Osobowościowym Cattella a Inwentarzem Charakteru i Temperamentu Cloninger'a – opisy cech osobowości pacjentów z zaburzeniami lękowymi, dokonane za pomocą obu tych narzędzi, wykazują interpretacyjną zbieżność. Do takich cech należą: niedojrzałość emocjonalna, słaba integracja osobowości, mała odporność na frustrację i zmęczenie, trudności w odraczaniu gratyfikacji, słabość woli,



O, Q4, und statistisch niedrigere in den Faktoren C, E, F, H, Q3 des Fragebogens von Cattell, sie überschritten die Standardnormen der Population.

Die Persönlichkeit der Patienten mit Angststörungen unterschieden sich von den gesunden Probanden in folgenden TCI Skalen: bedeutend höhere Werte in der Skala und allen Unterskalen HA (Verdrüßmeiden), Unterskala RD1 (Sentimentalität), niedrigere Werte der NS Skala (Suche nach Neuigkeiten) bei Frauen und Unterskala NS1 (Bedarf an Stimulation), RD3 (Neigung zum Einknüpfen der sozialen Beziehungen), P (Ausdauer) - bei beiden Geschlechtern, niedrigere Werte der SD Skalen und Unterskalen (Selbstrichtung) und C (Kooperation), außer C4 (Mitleid) und C5 (Altruismus).

**Schlussfolgerung.** Beide Fragebogen beschreiben ähnlich die Persönlichkeit der Patienten mit Angststörungen und können bei der Diagnose und Therapie behilflich sein.

### Le profile de la personnalité des patients souffrant des troubles anxieux analysé avec le Questionnaire de Cattell et le TCI de Cloninger

#### Résumé

**Objectif.** Analyser les dimensions de la personnalité des patients souffrant des troubles anxieux.

**Méthode.** On analyse la personnalité de 103 patients souffrant de divers troubles anxieux, diagnostiqués d'après ICD-10, (79 femmes, 24 hommes, moyenne de l'âge – 38±12) et 183 personnes du groupe de contrôle (117 femmes, 66 hommes, moyenne de l'âge – 35±14). Pour l'analyse de la personnalité on se sert de Questionnaire de Cattell de 16 facteurs et le TCI de Cloninger. Pour l'examen de l'anxiété on emploie le Spielbergers Trait and State Anxiety Inventory, pour estimer la dépression – Beck Depression Scale.

**Résultats.** Les niveaux d'anxiété et de dépression sont plus élevés dans le groupe de patients. Les patients souffrant des troubles anxieux ont les résultats plus élevés des facteurs O, Q4 et les résultats moins élevés des Facteurs : C, E, F, Q3 du Questionnaire de Cattell, dépassant des normes standardisées de la population.

La personnalité des patients avec les troubles anxieux diffère de celle des personnes saines dans les échelles suivantes de TCI : les résultats : plus élevés en général de l'échelle A et sous-échelles HA (éviter la peine) et de la sous-échelle RDI (sentimentalité), moins élevés de l'échelle NS (la recherches de nouveauté) dans le groupe de femmes et de l'échelle NS1 (besoin de stimulation), de RD3 (relations sociales), P (persévérance) - de deux sexes, aussi moins élevés des échelles et sous-échelles SD (self-direction) et C (coopération), sauf C4 (compassion) et C5 (altruisme).

**Conclusion.** Ces deux questionnaires caractérisent la personnalité des patients souffrant des troubles anxieux pareillement et ils peuvent aider leur diagnostic et leur thérapie.

#### Písmiennictwo

1. Yonkers KA, Dyck IR, Warshaw M, Keller MB. *Factors predicting the clinical course of generalized anxiety disorder.* Brit. J. Psychiatry 2000; 176: 544–549.
2. Rees A, Hardy GE, Barkham M. *Covariance in the measurement of depression/anxiety and three Cluster C personality disorder (avoidant, dependent obsessive-compulsive)* J. Affect. Disord. 1997; 45: 143–153.
3. Skodol AE, Oldham JM, Hyler SE, Stein DJ, Hollander E, Gallaher PE, Lopez AE. *Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity.* J. Psychiatr. Res. 1995; 29: 361–374.
4. Massion AO, Dyck IR, Shea MT, Phillips KA, Warshaw MG, Keller MB. *Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia and panic disorder.* Arch. Gen. Psychiatry 2002; 59: 434–440.

5. Iketani T, Kiriike N, Stein MB, Nagao K, Nagata T, Minamikawa N, Shidao A, Fukuhara H. *Relationship between perfectionism, personality disorders and agoraphobia in patients with panic disorder*. Acta Psychiatr. Skand. 2002; 106: 171–178.
6. Barzega G, Maina G, Venturello S, Bogetto F. *Gender-related distribution of personality disorders in a sample of patients with panic disorder*. Eur. Psychiatry 2001; 16: 173–179.
7. Reich J, Perry Ch, Shera D, Dyck I, Vasile R, Goisman R, Rodriguez-Villa F, Massion AO, Keller M. *Comparison of personality disorders in different anxiety disorder diagnoses: panic, agoraphobia, generalized anxiety, and social phobia*. Ann. Clin. Psychiatry 1994; 6: 125–134.
8. Massion AO, Dyck IR, Shea MT, Phillips KA, Warshaw MG, Keller MB. *Personality disorders and time to remission in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder*. Arch. Gen. Psychiatry 2002; 59: 434–440.
9. Cloninger CR, Przybeck TR, Svrakic DM, Wetzel RD. *The Temperament and Character Inventory (TCI): a guide to its development and use*. Center for Psychobiology of Personality. St. Louis, Missouri: Washington University; 1994.
10. Ampollini P, Marchesi C, Signifredi R, Ghinaglia E, Scardovi F, Codeluppi S, Maggini C. *Temperament and personality features in patients with major depression, panic disorder and mixed conditions*. J. Affect. Disord. 1999; 52: 203–207.
11. Richter MA, Summerfeldt LJ, Joffe RT, Swinson RP. *The Tridimensional Personality Questionnaire in obsessive-compulsive disorders*. Psychiatry Res. 1996; 65: 185–188.
12. Battaglia M, Przybeck TR, Bellodi L, Cloninger CR. *Temperament dimensions explain the comorbidity of psychiatric disorders*. Comp. Psychiatry 1996; 37: 292–298.
13. Brown SL, Svrakic DM, Przybeck TR, Cloninger CR. *The relationship of personality to mood and anxiety states: a dimensional approach*. J. Psychiatr. Res. 1992; 26: 197–211.
14. Perna G, Bernardeschi L, Caldirola D, Garberi A. *Personality dimensions in panic disorders; state versus trait issues*. New Trends Exp. Clin. Psychiatry 1992; 8: 49–54.
15. Kamiński R. *Wpływ psychoterapii grupowej na zmianę nasilenia objawów i na cechy osobowości pacjentów z zespołami lękowymi*. Ann. Acad. Med. Stetin. 2001; 47: 177–188.
16. Klimowicz A. *Porównanie osobowości pacjentów z zaburzeniami lękowymi i somatyzacyjnymi przed leczeniem i po leczeniu psychoterapią*. Psychiatr. Pol. 2003; 2: 235–246.
17. Mlott SR, Vale WH. *Performance of agoraphobic families vs. non-agoraphobic families on the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16PF)*. J. Clin. Psychol. 1986; 42: 244–250.
18. Robins LE, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, Farmer A, Jablenski A, Pickens R, Rieger DA, Sartorius N, Towle LH. *The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures*. Arch. Gen. Psychiatry 1988; 45: 1069–1077.
19. Zakrzewska M, Samochowiec J, Rybakowski F, Hauser J, Pełka-Wysiecka J. *Polska wersja Inwentarza Temperamentu i Charakteru (TCI): analiza rzetelności*. Psychiatr. Pol. 2001; 3: 455–465.
20. Cattell RB. *Kwestionariusz osobowości. Instrukcja*. Centralna Pracownia Psychologiczna, Warszawa 1971.
21. Siek S. *Wybrane metody badania osobowości*. Warszawa: Wyd. ATK; 1993.
22. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 561–571.
23. Statistical package for social sciences. 1999; Version 9.0, Chicago.

Otrzymano: 18.12.2003

Zrecenzowano: 16.03.2004

Przyjęto do druku: 7.01.2005

Adres: Jerzy Samochowiec  
Katedra i Klinika Psychiatrii PAM  
71-460 Szczecin, ul. Broniewskiego