

Ocena temperamentu, jakości życia i nasilenia cech depresji u pacjentów z chorobą Hodgkina w jej różnych fazach

The assessment of temperament, quality of life and intensity of depressive symptoms in patients with Hodgkin's Disease in different stages of the illness

Bożena Kawiecka-Dziembowska¹, Alina Borkowska²,
Bogdan Żurawski¹, Renata Pałaszyńska¹, Roman Makarewicz³

¹ Centrum Onkologii w Bydgoszczy
Dyrektor: dr n. med. Z. Pawłowicz

² Zakład Neuropsychologii Klinicznej UMK w Toruniu Collegium Medicum w Bydgoszczy
Kierownik: dr hab. n. med. A. Borkowska

³ Katedra Onkologii UMK w Toruniu Collegium Medicum w Bydgoszczy
Kierownik: dr hab. n. med. R. Makarewicz

Summary

Hodgkin's disease is an oncology illness of unknown aetiology connected with high risk of psychological disturbances, depressive symptoms and poorer quality of life.

The aim of this study was to assess temperamental factors, intensity of depression and quality of life in patients with Hodgkin's disease in the diagnostic period, active oncology treatment and in remission.

In this study 50 subjects with a diagnosis of Hodgkin's disease participated, all aged 20-65 years. Temperament was assessed using the Zawadzki and Strelau Temperament Scale, quality of life was measured using the WHO QL scale. The intensity of depressive symptoms was evaluated by the 17-item Hamilton Depression Rating Scale.

The results obtained suggested a possibility of changes in temperamental factors of patients with Hodgkin's disease in different stages of the illness, a significant increase of depressive symptoms and the association between intensity of depression and quality of life as well as intensity of temperamental changes. The differences between the results obtained in male and female subjects with Hodgkin's disease indicate different coping mechanisms in male and female patients.

Słowa kluczowe: choroba Hodgkina, temperament, depresja
Key words: Hodgkin's disease, temperament, depression

Wstęp

Choroba Hodgkina (chłoniak Hodgkina, ziarnica złośliwa) jest stosunkowo rzadką chorobą nowotworową układu chłonnego o niewyjaśnionej i wieloczynnikowej etiologii. Rokowanie w tej chorobie uzależnione jest przede wszystkim od stopnia jej zaawansowania, ale u większości chorych możliwe jest uzyskanie całkowitego wyleczenia [1–5]. Najczęściej pierwszy epizod choroby występuje u ludzi w młodym lub średnim wieku, a rozpoznanie jej u większości chorych wiąże się z długotrwałym i obciążającym leczeniem onkologicznym.

U większości osób choroba pojawia się w okresie pełnej aktywności społecznej, rodzinnej i zawodowej, co powoduje nagłe poważne ograniczenie normalnego funkcjonowania. Wyzwała to różne mechanizmy adaptacji do choroby, ale też znacząco zwiększa możliwość wystąpienia zaburzeń depresyjnych i lękowych [6–10]. Badania chorych z chorobami układowymi wskazują na częste występowanie zaburzeń depresyjnych, takich jak drażliwość, nadreaktywność, a także obniżony nastrój, zwłaszcza u tych chorych, u których choroba trwa dłużej niż 6 miesięcy [9, 11]. Każdy z etapów choroby nowotworowej, zarówno okres wstępny (od chwili zauważenia objawów do momentu postawienia diagnozy), jak i przewlekły (rozwoju choroby i jej leczenia) oraz okres terminalny łączą się ze znacznym nasileniem stresu, ale też uruchomieniem przez pacjenta różnych mechanizmów radzenia sobie z chorobą [7, 8, 12, 13]. Jak wskazują wyniki badań, u większości chorych na chorobę nowotworową dochodzi do upośledzenia funkcjonowania i obniżenia się jakości życia [12, 14–16]. W przypadku zaś ciężkich chorób o długotrwałym przebiegu, w których występuje duże ryzyko utraty sprawności fizycznej lub śmierci, może również dochodzić do utrwalonych zmian niektórych sfer osobowości [7, 11, 17]. Wg koncepcji regulacyjnej teorii temperamentu (RTT) J. Strelaua relacje pomiędzy temperamentem a chorobą mogą być rozważane dwukierunkowo: z jednej strony – temperament jako czynnik predysponujący do choroby, a z drugiej – zmiany temperamentu pod wpływem choroby [18].

Jak dotychczas, niewiele jest badań nad temperamentem u chorych z chorobą nowotworową, natomiast u chorych z ziarnicą złośliwą takich badań dotychczas nie podjęto [18–20].

Celem niniejszej pracy jest ocena temperamentu, nasilenia cech depresji i jakości życia u pacjentów z chorobą Hodgkina w trzech jej fazach: 1) diagnozowania choroby (krótco po wstępnym rozpoznaniu ziarnicy złośliwej, w czasie oczekiwania na ocenę typu histopatologicznego i stopnia zaawansowania choroby); 2) aktywnego leczenia onkologicznego, oraz 3) remisji (tj. co najmniej 6 miesięcy po zakończeniu intensywnego leczenia).

Osoby badane

Grupę badaną stanowiło 50 osób, 19 kobiet i 31 mężczyzn, w wieku 20 do 63 lat (średnio 36,2 roku), u których rozpoznano ziarnicę złośliwą (chorobę Hodgkina). Wszyscy chorzy byli leczeni w Centrum Onkologii w Bydgoszczy. Czas trwania choroby w badanej grupie wynosił średnio 31,6 miesiąca.

Badania wykonano jednorazowo. W tym czasie 16 chorych czekało na diagnozę typu histopatologicznego oraz na ocenę stopnia zaawansowania choroby, 19 – było w fazie aktywnego leczenia choroby (chemioterapią bądź chemio- i radioterapią), natomiast 15 – w fazie remisji.

Średnie nasilenie cech depresji w chwili badania w 17-punktowej skali Hamiltona wynosiło 11,0 punktów. U 38 badanych stwierdzono pierwszy, a u 12 osób kolejny epizod choroby. Wszystkie osoby wyraziły zgodę na udział w badaniu, po wyjaśnieniu jego celu i charakteru.

Metody badań

Do oceny cech temperamentu zastosowano Kwestionariusz Temperamentu „Formalna charakterystyka zachowania” B. Zawadzkiego i J. Strelaua. Kwestionariusz ten pozwala na określenie cech temperamentu, a także ocenę efektywności mechanizmów regulacyjnych [20]. Oceniono następujące wymiary temperamentu: 1 – reaktywność emocjonalną, która została zdefiniowana jako „tendencja do intensywnego reagowania na bodźce wywołujące emocje”; 2 – wytrzymałość jako „zdolność do adekwatnego reagowania w sytuacjach wymagających długotrwałej lub wysoko stymulującej aktywności”; 3 – wrażliwość sensoryczną rozumianą jako „zdolność reagowania na bodźce zmysłowe o małej wartości stymulacyjnej”; 4 – aktywność jako „tendencję do podejmowania zachowań o dużej wartości stymulacyjnej”; 5 – perseweratywność określoną jako „tendencja do kontynuowania i powtarzania zachowań po zaprzestaniu działania bodźca (sytuacji), który wywołał to zachowanie” i 6 – żwawość opisaną jako „tendencja do szybkiego reagowania, utrzymywania wysokiego tempa aktywności i do łatwej zmiany jednego zachowania na inne, stosownie do zmian w otoczeniu” [20].

Do oceny jakości życia zastosowano Kwestionariusz Oceny Jakości Życia – WHO-QL BRIEF. Umożliwia on ocenę fizycznego i zdrowotnego, psychicznego oraz społecznego funkcjonowania osoby.

Ocenę kliniczną nasilenia cech depresji przeprowadzono za pomocą 17-punktowej skali Hamiltona.

Analizę statystyczną uzyskanych wyników przeprowadzono za pomocą programu statystycznego Statistica 5-PL. Opisu zmiennych dokonano za pomocą statystyk podstawowych. W celu dokonania porównań między dwiema podgrupami zastosowano Test U Manna-Whitneya, do porównań statystycznych różnic pomiędzy trzema grupami badanych (fazą diagnozy, aktywnego leczenia i remisji) – test Kruskal-Walis ANOVA. Do ustalenia korelacji użyto testu r-Spearmana.

Wyniki badań

W tabeli 1 przedstawiono wyniki badań cech temperamentu z zastosowaniem Kwestionariusza Temperamentu, nasilenia objawów depresji, za pomocą w skali Hamiltona, i jakości życia ocenianej na podstawie kwestionariusza WHO-QL u 50 chorych w fazie diagnozy, leczenia i remisji choroby Hodgkina.

Stwierdzono istotnie wyższą reaktywność emocjonalną u chorych w fazie remisji,

Tabela 1

Wyniki uzyskane w skalach temperamentu, depresji i jakości życia przez 50 badanych osób w poszczególnych fazach choroby Hodgkina. Średnia \pm SD

Skala	Faza diagnozy N= 14	Faza leczenia N= 16	Faza remisji N= 20
Skala temperamentu FCZ-KT			
wzawość (W)	14,3 \pm 7,2	14,4 \pm 7,4	14,1 \pm 7,4
Perseweracyjność (PE)	12,7 \pm 7,1	11,6 \pm 7,5	12,3 \pm 7,4
Uwrażliwość sensoryczna (US)	15,1 \pm 8,7	15,1 \pm 8,2	15,1 \pm 8,2
Reaktywność emocjonalna (RE)	12,2 \pm 7,1	11,1 \pm 7,4	12,7 \pm 8,7
Utrzymywawość (UT)	11,7 \pm 7,4	12,7 \pm 7,7	12,7 \pm 7,4
Aktywność (AK)	11,2 \pm 7,7	11,6 \pm 7,4	11,1 \pm 7,4
Skala depresji Hamiltona	11,7 \pm 7,4	11,7 \pm 6,7	12,7 \pm 6,7
Skala jakości życia WHO-QL	11,1 \pm 11,6	11,2 \pm 12,5	11,6 \pm 11,7

Różnica: faza remisji vs faza leczenia istotna, *p<0,05

Różnica: faza remisji vs faza diagnozy t – tendencja nie osiągnięta

Test U Manna-Whitneya

w porównaniu z osobami znajdującymi się w fazie leczenia. Może to wskazywać na zwiększenie się intensywności reagowania na emotogenne bodźce wraz z czasem trwania choroby. Stwierdzono również nieznamiennej statystycznie różnicę w zakresie skali aktywności, co wskazuje na możliwość większego unikania zachowań dostarczających dużej stymulacji zewnętrznej przez osoby będące w remisji, w porównaniu z grupą osób diagnozowanych.

Nie wykazano istotnych różnic w zakresie cech temperamentu, nasilenia depresji, określonego na podstawie skali Hamiltona, i jakości życia, ocenianej za pomocą skali WHO-QL u badanych chorych znajdujących się w fazie diagnozy, aktywnego leczenia i remisji.

Tabela 2 przedstawia porównanie wyników uzyskanych w skali temperamentu, nasilenia objawów depresji i poziomu jakości życia przez kobiety i mężczyzn w porównaniu z osobami znajdującymi się w fazie diagnozy, aktywnego leczenia i remisji, w porównaniu z okresami diagnozy

Cechy temperamentu wg Kwestionariusza FCZ-KT	Faza diagnozy		Faza leczenia		Faza remisji	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
wzawość	15,2 \pm 7,2 ¹⁾	14,5 \pm 7,2	14,2 \pm 7,4	14,4 \pm 7,4	14,1 \pm 7,4	14,1 \pm 7,4
Perseweracyjność	12,7 \pm 7,1	11,6 \pm 7,5	11,6 \pm 7,5	11,6 \pm 7,5	12,3 \pm 7,4	12,3 \pm 7,4
Uwrażliwość sensoryczna	15,1 \pm 8,7	15,1 \pm 8,2	15,1 \pm 8,2	15,1 \pm 8,2	15,1 \pm 8,2	15,1 \pm 8,2
Reaktywność	12,2 \pm 7,1	11,1 \pm 7,4	11,1 \pm 7,4	11,1 \pm 7,4	12,7 \pm 8,7	12,7 \pm 8,7
Utrzymywawość	11,7 \pm 7,4	12,7 \pm 7,7	12,7 \pm 7,7	12,7 \pm 7,7	12,7 \pm 7,4	12,7 \pm 7,4
Aktywność	11,2 \pm 7,7	11,6 \pm 7,4	11,6 \pm 7,4	11,6 \pm 7,4	11,1 \pm 7,4	11,1 \pm 7,4
Skala depresji Hamiltona	11,7 \pm 7,4	11,7 \pm 6,7	11,7 \pm 6,7	11,7 \pm 6,7	12,7 \pm 6,7	12,7 \pm 6,7
Skala jakości życia	11,1 \pm 11,6	11,2 \pm 12,5	11,2 \pm 12,5	11,2 \pm 12,5	11,6 \pm 11,7	11,6 \pm 11,7

1) Różnica mężczyźni vs kobiety w danej fazie leczenia istotna, *p<0,05. 2) Różnica w wynikach kobiet (skala wzawości i skala Hamiltona) w fazie diagnozy i remisji w porównaniu z okresem leczenia istotna, # p<0,05. 3) Różnica w zakresie wrażliwości sensorycznej u kobiet w fazie leczenia i remisji, w porównaniu z okresami diagnozy @p<0,05. Test U Manna-Whitneya

szczególnych fazach choroby.

W fazie leczenia kobiety uzyskały wyniki istotnie wyższe w skali perseweratywności, w porównaniu z mężczyznami. Świadczy to o większej tendencji do powtarzania się reakcji u kobiet, co może wiązać się z ich mniejszą plastycznością reagowania.

W fazie remisji mężczyźni uzyskali wyniki niższe w skali aktywności, w porównaniu z kobietami, co świadczy o ich większej skłonności do bierności i wycofywania się.

Analizując zmiany wyników w poszczególnych fazach u kobiet, stwierdzono istotną różnicę w poziomie zwawości, wytrzymałości i aktywności – w fazie leczenia, w porównaniu z fazą diagnozy i remisji, kobiety uzyskały wyniki niższe. Natomiast w fazie leczenia podwyższeniu uległ poziom wrażliwości sensorycznej, który utrzymywał się również w okresie remisji, ale zmiana ta nie była istotna statystycznie.

W fazie leczenia mężczyźni uzyskali wyniki niższe w zakresie perseweratywności, w porównaniu z fazą diagnozy i remisji. Ponadto w fazie remisji uzyskali wyniki niższe w skalach zwawości, wytrzymałości i aktywności, i wyższe w skali reaktywności emocjonalnej, w porównaniu z fazą diagnozy i leczenia.

Stwierdzono również istotne różnice w nasileniu objawów depresji pomiędzy mężczyznami a kobietami we wszystkich fazach choroby. W fazie diagnozy nasilenie depresji u mężczyzn było prawie dwukrotnie wyższe niż u kobiet i znajdowało się w granicach umiarkowanej depresji. W fazie leczenia u mężczyzn nasilenie depresji uległo złagodzeniu i było istotnie niższe niż u kobiet, u których depresja istotnie się nasiliła. W fazie remisji nasilenie depresji wyższe było u kobiet, ale uległo ono osłabieniu, w porównaniu z fazą leczenia. Różnice w ocenie jakości życia nie były istotne statystycznie.

Tabela 3 przedstawia korelacje pomiędzy wynikami uzyskanymi w skali temperamentu a nasileniem cech depresji, określonym na podstawie skali Hamiltona, oraz jakością życia ocenianą za pomocą skali WHO-QL u badanych chorych.

W całej badanej grupie 50 osób z chorobą Hodgkina stwierdzono korelacje po-

Tabela 3

Korelacje pomiędzy wynikami skali temperamentu FCZ-KT a nasileniem depresji i jakością życia u wszystkich badanych kobiet i mężczyzn chorych na ziarnicę złośliwą

R-Epe-temans	Cała grupa N=50	Kobiety N= 18	Mężczyźni N= 31
Skala depresji Hamiltona i FCZ-KT			
Wzawość	-0,37*	-0,35	-0,31
Perseweratywność	0,31	0,34	0,11
Wytrzymałość emocjonalna	0,08	0,11	-0,04
Reaktywność	0,21	0,05	0,35**
Ultramiećność	-0,45**	-0,18***	-0,39
Aktywność	-0,34	0,0004	-0,34
Skala jakości życia i FCZ-KT			
Wzawość	0,20	0,33	0,01
Perseweratywność	-0,38**	-0,01	-0,34
Wytrzymałość emocjonalna	-0,04	-0,06	0,10
Reaktywność	-0,45**	0,03	-0,46***
Ultramiećność	0,47**	0,06**	0,30
Aktywność	0,10	0,19	0,02

*p<0,05, **p<0,01, *** p<0,001

między nasileniem cech depresji a wynikiem skali żwawości i wytrzymałości oraz pomiędzy jakością życia a poziomem perseweratywności, reaktywności i wytrzymałości. Większe nasilenie cech depresji wiązało się z obniżeniem żwawości i zmniejszeniem wytrzymałości. Korelacje z wynikami skali WHO-QL wskazują natomiast, że niższa ocena jakości życia wiąże się z większą perseweratywnością, wyższą reaktywnością emocjonalną oraz niższą wytrzymałością.

W grupie kobiet wyższe wyniki uzyskane w skali depresji Hamiltona i niższa ocena jakości życia korelowały z niższą punktacją w skali wytrzymałości. U mężczyzn stwierdzono natomiast korelację pomiędzy większym nasileniem depresji i niższą oceną jakości życia z wyższą reaktywnością.

W tabeli 4 przedstawiono korelacje pomiędzy wynikami skali temperamentu a nasileniem objawów depresji określonym na podstawie skali Hamiltona oraz oceną jakości życia w trzech analizowanych fazach choroby.

W fazie diagnozy nie stwierdzono korelacji pomiędzy nasileniem objawów depresji

Tabela 4

Korelacje pomiędzy wynikami skali temperamentu FCZ-KT a nasileniem depresji i jakością życia u badanych kobiet i mężczyzn, chorych na ziarnicę złośliwą, w trzech fazach choroby

R. Skala temper.	Faza diagnozy		Faza leczenia		Faza remisji	
	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni
Skala depresji Hamiltona a FCZ-KT						
Wskrośność	0,36	-0,34	-0,34	-0,26	-0,41	-0,36
Perseweratywność	0,32	0,22	0,36	0,32	0,26	0,36
Uczulivo-oceniowość	0,26	0,24	-0,29	-0,28***	-0,51	0,33
Reaktywność	0,28	0,35	-0,13	0,28	-0,11	0,34
Wytrzymałość	-0,22	0,21	-0,34	-0,25**	-0,24	-0,26
Aktywność	0,47	-0,22	-0,33	-0,26	0,21	-0,21
Skala jakości życia a FCZ-KT						
Wskrośność	-0,36	-0,28	0,31	0,32	0,15**	-0,32
Perseweratywność	-0,26	-0,22	0,22	-0,22	0,11	-0,18
Uczulivo-oceniowość	-0,12	0,22	0,28	0,44	-0,21**	-0,28
Reaktywność	-0,25	-0,22	0,22	-0,22**	0,22	-0,21
Wytrzymałość	0,18	0,26	0,31	0,22	0,22	0,22
Aktywność	-0,21	-0,22	0,22	-0,21	0,22	-0,21

*p<0,05, **p<0,01, *** p<0,001

a wynikami uzyskanymi w skali temperamentu, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Nie wykazano również korelacji pomiędzy subiektywną oceną jakości życia a wynikami uzyskanymi w skali temperamentu, poza tendencją zwiększenia się reaktywności u mężczyzn z niższą oceną jakości życia.

W fazie leczenia nasilenie objawów depresji u kobiet nie korelowało z ich subiektywną oceną jakości życia i wynikami uzyskanymi w kwestionariuszu temperamentu. Stwierdzono natomiast istotne korelacje pomiędzy większym nasileniem depresji u mężczyzn a osłabieniem się ich wrażliwości sensorycznej oraz wytrzymałości, a także pomiędzy gorszą oceną jakości życia i zwiększoną reaktywnością.

W fazie remisji u mężczyzn nie stwierdzono istotnych korelacji pomiędzy nasile-

niem cech depresji i oceną jakości życia a wynikami uzyskanymi w teście temperamentu. U kobiet w fazie remisji zaobserwowano związek pomiędzy gorszą jakością życia a zwiększeniem się wrażliwości sensorycznej. Wyniki kwestionariusza temperamentu nie korelowały natomiast z nasileniem objawów depresji.

Omówienie wyników

W naszej pracy wykazaliśmy, że u chorych na ziarnicę złośliwą w różnych fazach choroby mogą ulegać zmianie cechy temperamentu, a także występować kliniczne objawy depresji. Choroba i stres z nią związany w istotny sposób pogarszają jakość życia badanych chorych. Zaburzenia te mogą zmieniać się w czasie choroby; występują zarówno w fazie aktywnego leczenia, jak i po jego zakończeniu. Chorzy w fazie remisji wykazują większą reaktywność emocjonalną niż w fazie diagnozy i leczenia (tab. 1). Świadczy to o możliwości zwiększania się intensywności reakcji emocjonalnych wraz z czasem trwania choroby. Nadmierna reaktywność emocjonalna u tych chorych może być wynikiem uwrażliwienia na przykre bodźce oraz wskazuje na utrzymujący się wysoki poziom stresu. Stanowi to potwierdzenie wyników innych autorów, którzy stwierdzili, że sytuacje związane z chorobą i leczeniem mogą wywierać trwałe, niekorzystny wpływ na emocje, prowadzą do powstania zespołu odpowiedzi stresowej, a w konsekwencji do trwałych zmian w reaktywności [21–24]. Niektóre cechy osobowości, temperamentu mogą w chorobie ulegać zmianom [7, 19, 25]. Badania Kubackiej-Jasieckiej [26] wykazały, że chorych z ziarnicą złośliwą cechuje nieokreślony niepokój, jako pozostałość procesów wypierania i tłumienia lęku. Badania Ewy Habrat [25] wykazały możliwość zmian cech temperamentu w depresji, które częściowo ustępują w okresie remisji. Autorzy wskazywali jednocześnie, że wartość stymulacyjna złożonej sytuacji choroby i leczenia prawdopodobnie wpływa na zmiany mechanizmu fizjologicznego temperamentu i spadek możliwości przetwarzania bodźców emocjonalnych [27].

Wyniki uzyskiwane w kwestionariuszu temperamentu (tab. 2) przez kobiety i mężczyzn były podobne. Istotna różnica dotyczyła większej perseweratywności u kobiet, w porównaniu z mężczyznami, w fazie leczenia. Wskazuje to, że kobiety w okresie intensywnego leczenia częściej niż mężczyźni prezentują mniejszą plastyczność reakcji, co może się wiązać u nich z innymi mechanizmami obronnymi w tej fazie choroby. Kolejna różnica dotyczyła fazy remisji, w której stwierdzono mniejszą, w porównaniu z kobietami, aktywność u mężczyzn, co może świadczyć o gorszym ich funkcjonowaniu w tej fazie choroby; wcześniej wykazywali oni istotnie większą aktywność. Z obserwacji klinicznych wynika, że kobiety lepiej współpracują w leczeniu niż mężczyźni, natomiast prezentują częściej reakcje lękowe i zachowania stereotypowe, co może wyrażać się m.in. w nadmiernym podporządkowaniu się regułom leczenia. Warto też zauważyć, że stereotypy zachowania mogą pełnić istotną rolę w redukcji stymulacji, co może być traktowane jako mechanizm obronny. Prawdopodobnie więc mamy do czynienia z różnymi mechanizmami radzenia sobie z chorobą nowotworową przez kobiety i mężczyzn.

Uzyskane dane wskazują również na istotne nasilenie zaburzeń depresyjnych

zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Podobnie w innych chorobach nowotworowych stwierdza się współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych [8,10]. Stwierdzono, że u około 30% chorych występują reakcje sytuacyjne, u 20% rozpoznaje się poważne zaburzenia psychiczne [28], natomiast objawy depresji można rozpoznać u 80% chorych [10]. Badania nad częstością występowania zespołu stresu pourazowego wykazały obecność takiego zaburzenia u 20% pacjentów we wczesnym stadium choroby nowotworowej i aż 80% chorych, u których nastąpił nawrót choroby [22, 29, 30].

W niniejszej pracy stwierdziliśmy także związek pomiędzy nasileniem depresji a cechami temperamentu. Stwierdzono związek pomiędzy większym nasileniem depresji a obniżeniem się żwawości i wytrzymałości, przy czym u kobiet najistotniejsza okazała się mniejsza wytrzymałość, a u mężczyzn zwiększona reaktywność (tab. 3). Wyniki te są potwierdzeniem wcześniejszych badań, które wskazywały na spadek żwawości i wytrzymałości, związany z częstym występowaniem zespołu zmęczenia u chorych z chorobą nowotworową. Zmęczenie może manifestować się zarówno zmniejszeniem się fizycznej aktywności, jak i poczuciem utraty kontroli nad sytuacją, uczuciem samotności, izolacji, co wpływa wtórnie na obniżenie się aktywności. Flechtner i Bottomley [31] zauważyli objawy zmęczenia aż u 45% pacjentów w 6 miesięcy po zakończeniu leczenia, natomiast 60% chorych wykazywało znacznie nasilone objawy utraty energii i zmęczenia nawet po 5 latach po przebyciu choroby nowotworowej. Niemal u jednej trzeciej chorych stwierdzili oni poważne ograniczenia funkcjonowania zawodowego i społecznego spowodowane zmęczeniem. Największe zaburzenia funkcjonowania psychospołecznego prezentowali chorzy ze znacznie nasilonymi objawami zmęczenia, nawet po 6–7 latach po zakończonym leczeniu, a problem ten dotyczył prawie połowy badanych chorych. Autorzy ci interpretowali zmęczenie jako objaw dyskomfortu, poczucia choroby, nadmiernego stresu i obniżonej jakości życia, co również potwierdzają niniejsze badania.

Uzyskane wyniki wskazują, że nasilenie depresji u kobiet w żadnej z faz ziarnicy złośliwej nie miało związku ze zmianą w zakresie cech temperamentu, podczas gdy w grupie mężczyzn wyraźną korelację stwierdzono w fazie leczenia pomiędzy nasileniem depresji a zmniejszeniem się wrażliwości sensorycznej i wytrzymałości. Może to oznaczać, że depresja u mężczyzn wiąże się z głębszymi zmianami w zakresie cech temperamentu w trakcie intensywnego leczenia onkologicznego. Potwierdza to naszą obserwację, że mechanizmy radzenia sobie z chorobą nowotworową mogą być u kobiet i mężczyzn odmienne.

W naszym badaniu stwierdzono, że u mężczyzn obniżona jakość życia korelowała z większą reaktywnością w fazie leczenia, natomiast u kobiet ze spadkiem żwawości i wrażliwości sensorycznej w fazie remisji. Jest to kolejny wskaźnik różnic w zakresie psychologicznych mechanizmów radzenia sobie ze stresem w różnych fazach choroby nowotworowej przez kobiety i mężczyzn. Potwierdza to także obserwacje innych autorów, że wskutek choroby może dojść do utrwalonych zmian w zakresie cech temperamentu. Obserwacje takie poczynili Loge i wsp. [32], badając związek pomiędzy objawami chronicznego zmęczenia a innymi zaburzeniami psychicznymi u chorych z ziarnicą złośliwą. Uczucie przewlekłego zmęczenia, trwające powyżej 6

qui existent entre les résultats des femmes et des hommes indiquent ils ont des mécanismes divers de se débrouiller avec cette maladie.

Piśmiennictwo

1. Brice P. *Gueri d'une maladie de Hodgkin*. Bull. Cancer 2002; 89(7-8): 666-670.
2. Harrer ME, Mosheim R, Richter R, Walter MH, Kemmler G. *Coping und Lebenszufriedenheit bei Patienten mit M. Hodgkin in Remission. Ein Beitrag zur Frage der Adaptivität von Coping-Prozessen*. Psychoter. Psychosom. Med. Psychol. 1993; 43(3-4): 121-324.
3. Norum J, Wist EA. *Quality of life in survivors of Hodgkin's disease*. Qual. Life Res. 1996; 5(3): 367-374.
4. Szeliga E, Szcel S, Zielonkova I. *Aktywność zawodowa i pozazawodowa chorych po leczeniu ziarnicy złośliwej*. Pol. Tyg. Lek. 1989; 20: 449-452.
5. Żuchowska-Vogelgesang B, Pawlicki M. *Jakość życia młodych osób wyleczonych z choroby nowotworowej*. Zwalc. Nowotwor. 2002; 1, 3: 109-117.
6. Chojnacka-Szawłowska G. *Rozpoznanie choroby nowotworowej*. Warszawa: PZWL; 1998.
7. Heszen-Klemens I. *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań*. Katowice: Uniwersytet Śląski; 1983.
8. Juczyński Z. *Radzenie sobie ze stresem spowodowanym chorobą nowotworową*. W: De Walden-Gałuszko K, red. *Psychoonkologia*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków, 2000, s. 23.
9. Magiera P, Majkowicz M. *Jakość życia u chorych z białaczkami i innymi nowotworami układowymi*. W: De Walden-Gałuszko K, Majkowicz M, red. *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 1994.
10. Trzebiatowska I. *Zaburzenia psychiczne w chorobie nowotworowej*. W: De Walden-Gałuszko K, red. *Psychoonkologia*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków, 2000.
11. Pogorzelski W. *Zaburzenia psychiczne w niektórych chorobach somatycznych*. W: Jarosz M, Cwynar S, red. *Podstawy psychiatrii*. Warszawa: PZWL; 1978.
12. Gil-Fernandez J, Ramos C, Tamayo T, Tomas F, Figuera A, Arranz R, Martinez-Chamorro C, Fernandez-Ranada M. *Quality of life and psychological well-being in Spanish long-term survivors of Hodgkin's disease: results of a controlled pilot study*. Ann Hematol. 2003; 82(1): 14-18.
13. De Walden-Gałuszko K. *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotematologii*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego; 1992.
14. Fobair P, Hoppe RT, Bloom J, Cox R, Varghese A, Spiegel D. *Psychosocial problems among survivors of Hodgkin's disease*. J Clin Oncol. 1986; 4(5): 805-814.
15. Kornblith AB, Anderson J, Cella DF, Tross S, Zuckerman E, Cherin E, Henderson E, Weiss RB, Cooper MR, Silver RT i in. *Hodgkin disease survivors at increased risk for problems in psychosocial adaptation. The cancer and leukemia group B*. Cancer 1992; 70(8): 2214-2224.
16. Kornblith AB, Anderson J, Cella DF, Tross S, Zuckerman E, Cherin E, Henderson ES, Weiss RB, Cooper MR, Silver RT i in. *Quality of life assessment of Hodgkin's disease survivors: a model for cooperative clinical trials*. Oncol. (Huntingt.). 1990; 4(5): 93-101.
17. Basińska B. *Radzenie sobie z konfrontacją stresową a kontinuum zdrowie - choroba nowotworowa*. Psychoonk. 2001; 8: 25-33.
18. Zawadzki B. *Temperamentalny czynnik ryzyka chorób somatycznych: raka płuca i zawału serca*. W: Ciarkowska W, Matczak A, red. *Różnice indywidualne: wybrane badania inspirowane regulacyjną teorią temperamentu profesora Jana Strelaua*. Warszawa: Uniwersytet Warszawski, Interdyscyplinarne Centrum Genetyki Zachowania; 2001.
19. Izdebski P. *Psychologiczne uwarunkowania choroby nowotworowej piersi*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego; 2002.
20. Zawadzki B, Strelau J. *Formalna charakterystyka zachowania - Kwestionariusz Temperamentu*

- (FCZ-KT). Warszawa; Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 1997.
21. Dolińska-Zygmunt G. *Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych*. W: Dolińska-Zygmunt G, red. *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 1996.
 22. Gurevich M, Devins GM., Rodin GM. *Stress response syndromes and cancer: Conceptual and assessment issues*. Psychosom. 2002; 43(4): 259–281.
 23. Smith MY, Redd WH, Peyser C, Vogl D. *Post-traumatic stress disorder in cancer: a review*. Psychooncol. 1999; 8(6): 521–537.
 24. Waddington A, Ampelas JF, Mauriac F, Bronchard M, Zeltner L, Mallat V. *Etat de stress post-traumatique: le syndrome aux differents visages*. Encephale 2003; XXIX: 20–27.
 25. Habrat E. *Reaktywność i zapotrzebowanie na stymulację w depresjach w przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej*. Nie opublikowana rozprawa doktorska. Warszawa: Instytut Psychologii PAN; 1997.
 26. Kubacka-Jasiecka D. *Problematyka lęku i zmaganie się z lękiem w chorobie nowotworowej*. W: Kubacka-Jasiecka D, Łosiak W, red. *Zmagając się z chorobą nowotworową*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 1999.
 27. Zawadzki B. *Temperament – geny i środowisko. Porównania wewnątrz- i międzypopulacyjne*. T1. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002.
 28. Barraclough J. *Rak i emocje*. Warszawa: Sanmedica; 1997.
 29. Cella DF, Mahon SM, Donavan MIL. *Cancer recurrence as a traumatic event*. Behav. Med. 1990; 16(1): 15–22.
 30. Green BL, Rowland JH, Krupnik JL, Epstein SA, Stockon P, Stern NM, Spertus IL, Steakley C. *Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer*. Psychosom. 1998; 39(2): 102–111.
 31. Flechtner H, Bottomley A. *Fatigue and quality of life: lessons from the real world*. Oncol. 2003; 8, supl. 1: 5–9.
 32. Loge JH, Abrahamsen AF, Ekeberg, Kaasa S. *Fatigue and psychiatric morbidity among Hodgkin's disease survivors*. J. Pain Sympt. Manag. 2000; 19(2): 91–99.
 33. Borkowska A. *Zaburzenia funkcji poznawczych w chorobie afektywnej dwubiegunowej*. Lęk Depr. 2002; 7, 3: 194–203.
 34. Cameron CL, Cella D, Herndon JE 2nd, Kornblith AB, Zuckerman E, Henderson E, Weiss RB, Cooper MR, Silver RT, Leone L, Canellos GP, Peterson BA, Holland JC. *Persistent symptoms among survivors of Hodgkin's disease: an explanatory model based on classical conditioning*. Health Psychol. 2001; 20(1): 71–75.

Otrzymano: 12.07.2004

Zrecenzowano: 1.10.2004

Przyjęto do druku: 18.02.2005

Adres: Bożena Kawiecka-Dziembowska
Centrum Onkologii w Bydgoszczy
85-796 Bydgoszcz, ul. Izabeli Romanowskiej