

## Lęk uogólniony i neurotyzm u pacjentów chorych somatycznie\*

### Generalized anxiety and neuroticism in patients suffering from somatic diseases

Krzysztof Małyszczak<sup>1</sup>, Angelika Pyszel<sup>2</sup>, Tomasz Pawłowski<sup>1</sup>,  
Marcin Czarnecki<sup>3</sup>, Andrzej Kiejna<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr. hab. n. med. A. Kiejna

<sup>2</sup> Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego AM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr. hab. n. med. R. Andrzejak

<sup>3</sup> Katedra i Klinika Chorób Zakaźnych, Chorób Wątroby i Nabytych Niedoborów Odporności  
AM we Wrocławiu  
Kierownik: prof. dr. hab. n. med. A. Gładysz

#### Summary

**Aim.** The aim of this research is to present the severity of the generalized anxiety disorder (GAD) symptoms and its correlation with neuroticism among patients suffering from somatic diseases.

**Methods.** 184 subjects participated in the study: 45 inpatients undergoing haematological treatment (group 1), 46 inpatients from the internal ward (group 2), 48 patients infected with HCV prior to treatment (group 3) and 45 healthy persons from the control group (group 4). The patients' level of generalized anxiety was measured by means of the Present State Examination Questionnaire (PSE), whereas the level of neuroticism was measured by means of Eysenck's Personality Questionnaire (EPQ-R).

**Results.** The GAD was found to affect more patients with somatic diseases than people from the control group (group 1: 11%, 2: 8.7%, 3: 8.7% and 4: 6.7%). 14 out of 16 persons with GAD had the neuroticism value above median. Median scores of neuroticism were similar in all groups except for the control group in which the median value was slightly lower. The correlation between the level of neuroticism and the increase of generalized anxiety symptoms did not depend on the gravity of the somatic diseases. The value of correlation was found to be the highest among patients infected with HCV (0.73) and lower in the remaining two groups (0.54 and 0.58). The increase of generalized anxiety symptoms was proportional to the level of neuroticism, the regression line slope depended on subjective evaluation of gravity of the diseases. The regression line slope was found to be the highest amongst haematologically treated patients (1.54), smaller among patients from the general practice ward (0.84) and those infected with HCV (1.04), and the smallest among patients from the control group (0.15).

**Conclusions.** Patients suffering from internal illnesses are much more vulnerable to GAD and have a higher level of GAD symptoms, especially ones with an elevated level of

---

\* Badanie finansowane z grantu Akademii Medycznej we Wrocławiu Nr 909/03

neuroticism. The regression line slope between GAD scores and neuroticism scores can be understood as an indicator of psychological stress.

*Słowa klucze:* lęk uogólniony, neurotyzm

*Key words:* generalized anxiety, neuroticism

## Wstęp

Objawy lękowe występujące u pacjentów z chorobami somatycznymi są konsekwencją zarówno czynników psychogennych, jak i somatogennych. Do ważnych czynników psychogennych zaliczyć można świadomość choroby somatycznej oraz jej konsekwencji. Również sama choroba i stosowane leczenie nie pozostają bez wpływu na ośrodkowy układ nerwowy (OUN). Wszystkie te czynniki mogą prowadzić do cierpienia psychicznego oraz objawów lękowych i depresyjnych [1, 2, 3, 4].

Zaburzenia psychiczne rozpoznawane są u połowy pacjentów z nowotworami hematologicznymi i u 8–32% pacjentów zakażonych HCV [5, 6, 7]. Najczęściej rozpoznawane są zaburzenia adaptacyjne, zespoły depresyjne i zaburzenia lękowe. Zaburzenia psychiczne towarzyszące chorobom somatycznym pogarszają rokowanie, wpływają na zmniejszenie tolerancji stosowanych leków oraz motywacji do leczenia [8, 9].

Osoby z wysokimi wartościami neurotyzmu mają skłonność do przeżywania negatywnych emocji oraz dekompensacji o charakterze lękowym i depresyjnym. Wartość neurotyzmu jest wskaźnikiem podatności na depresję zależną od czynników psychogennych, to znaczy taką, która rozwija się pod wpływem zdarzeń stresujących [10, 11, 12, 13]. Można więc przypuszczać, że osoby charakteryzujące się wyższymi niż przeciętne wartościami neurotyzmu są bardziej podatne na rozwój zaburzeń lękowych, a przede wszystkim blisko związanego z depresją zaburzenia lękowego uogólnionego [14, 15, 16].

## Badani i metody

W badaniu uczestniczyły 184 osoby, w tym 45 pacjentów z rozpoznaniem nowotworów hematologicznych (szpiczak mnogi 9, chłoniaki złośliwe 14, ostre białaczki 22), 46 pacjentów leczonych z powodu różnych innych, nienowotworowych chorób wewnętrznych (nadciśnienie tętnicze, niewydolność krążenia, dławica piersiowa, hiperlipidemia, pylica, ołowica, choroba wibracyjna, choroba niedokrwienności serca, cukrzyca typu 2, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POCHP), zakrzepica żył głębokich, przewlekła zatorowość płucna, kamica nerkowa, zapalenie oskrzeli, choroba wrzodowa), 48 osób zakwalifikowanych do leczenia interferonem z powodu zakażenia HCV, bezpośrednio przed leczeniem, oraz 45 osób z grupy kontrolnej. Pacjenci z chorobami hematologicznymi byli badani w Klinice Hematologii, Nowotworów Krwi i Transplantacji Szpiku AM we Wrocławiu, pacjenci z innymi chorobami internistycznymi (najczęściej były to rozpoznania wielokrotne) byli badani w Klinice Chorób Wewnętrznych, Zawodowych i Nadciśnienia Tętniczego, pacjenci zakażeni HCV badani byli w Katedrze i Klinice Chorób Zakaźnych AM we Wrocławiu. Gru-

pa kontrolna pochodziła z populacji ogólnej. Podstawowe parametry demograficzne badanych osób przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka wieku i płci osób badanych oraz liczba i odsetek z rozpoznania zaburzenia lękowego uogólnionego

Grupa badana	Chorzy hematologicznie	Chorzy internistycznie	HCV	Grupa kontrolna	Razem
Liczba badanych (kobiety/mężczyźni)	45 (25/20)	46 (20/26)	48 (23/25)	45 (23/22)	184 (91/93)
Wiek – mediana (min., maks.)	56 (23, 73)	54 (21, 88)	49 (22,65)	53 (20, 82)	52,5 (20, 88)
Zaburzenie lękowe uogólnione	5 (11%)	4 (8,7%)	4 (8,3%)	3 (6,7%)	-

Wartość neurotyzmu oceniona była za pomocą skali neurotyzmu Kwestionariusza Osobowości Eysencka (Eysenck Personality Questionnaire – EPQ-R) [17]. Rozpoznanie zaburzenia lękowego uogólnionego postawiono zgodnie z klasyfikacją ICD-10 za pomocą inwentarza objawów Badania Stanu Obecnego (Present State Examination – PSE) [18, 19]. Nasilenie objawów lęku uogólnionego oceniono sumując nasilenie poszczególnych objawów zaburzenia kodowanych w 4-stopniowej skali PSE.

Analizę statystyczną przeprowadzono za pomocą programu Statistica for Windows, wersja 6.0 z zastosowaniem korelacji Pearsona, testu t Studenta, testu  $\chi^2$  oraz analizy wariancji ANOVA i kowariancji ANCOVA.

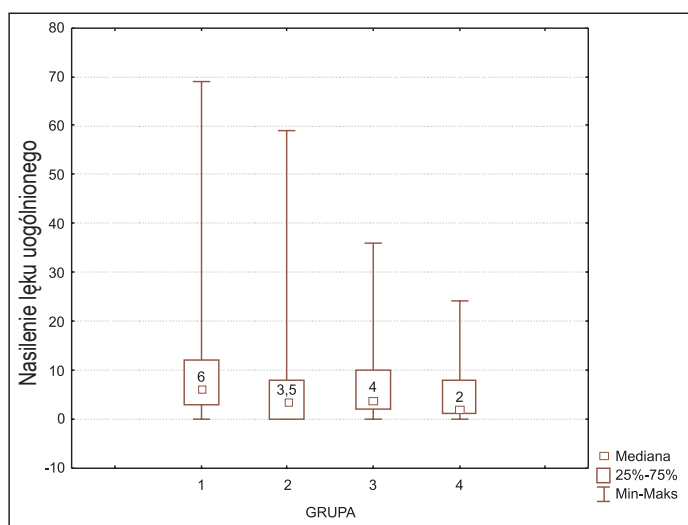
## Wyniki

Charakterystykę wieku i płci osób badanych przedstawiono w tabeli 1. Grupy różniły się pod względem wieku (ANOVA  $F(3,180) = 4,05$ ;  $p = 0,008$ ) w ten sposób, że średni wiek grup pacjentów z nowotworami hematologicznymi (1) i innymi chorobami internistycznymi (2) był zbliżony i większy niż w dwóch pozostałych grupach: zakażonych HCV (3) i kontrolnej (4). Dla wyeliminowania wpływu wieku na nasilenie objawów i wartości neurotyzmu porównania pomiędzy grupami wykonano za pomocą analizy kowariancji ANCOVA, z wiekiem jako zmienną towarzyszącą. W celu oceny proporcji płci porównano skrajne pod tym względem grupy 1 i 2; różnica nie była statystycznie istotna ( $\chi^2 = 1,33$ ;  $p = 0,25$ ). Liczby i odsetki rozpoznania zaburzenia lękowego uogólnionego przedstawiono w tabeli 1. Wśród 16 osób z rozpoznaniem zaburzenia lękowego uogólnionego jedynie jedna charakteryzowała się wartością neurotyzmu poniżej mediany (11) (tabela 2). Pozostałych 15 osób lokowało się w górnej połowie rozkładu wartości neurotyzmu.

Rozkład nasilenia objawów lęku uogólnionego przedstawiono na rysunku 1. Różnice średniego nasilenia lęku uogólnionego były nieco poniżej progu istotności statystycznej (ANCOVA  $F(3,176) = 2,38$ ;  $p = 0,07$ ). Porównanie post hoc wykonane za pomocą testu LSD Fishera wykazało, że jedynie grupa z nowotworami hematologicznymi różni się pod względem nasilenia objawów od grupy 2 i grupy 4 ( $p$  odpowiednio 0,037 i 0,011). Pozostałe różnice pomiędzy parami grup nie były znaczące.

Tabela 2. Liczba rozpoznań zaburzenia lękowego uogólnionego w zależności od wartości neurotyzmu

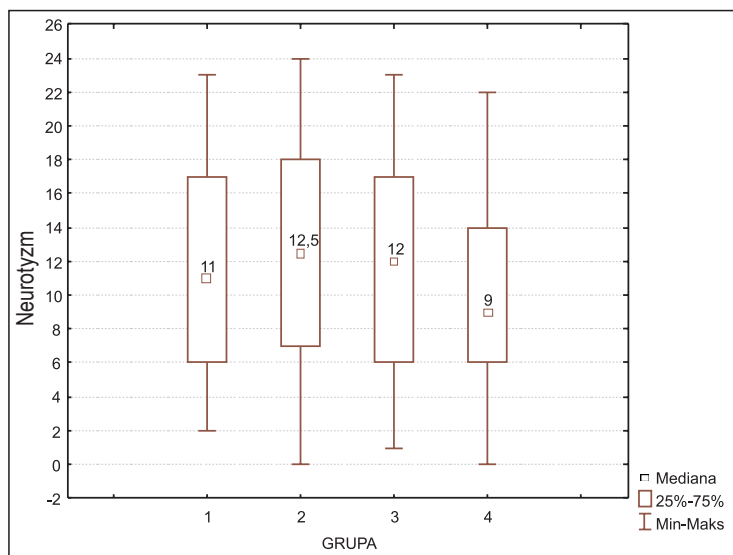
Poziom neurotyzmu	Liczba rozpoznań	Liczba skumulowana	Odsetek rozpoznań	Odsetek skumulowany
6	1	1	6,25	6,25
11	1	2	6,25	12,5
12	1	3	6,25	18,75
13	1	4	6,25	25,0
16	2	6	12,5	37,5
18	2	8	12,5	50,0
19	2	10	12,5	62,5
21	3	13	18,75	81,25
23	3	16	18,75	100,0



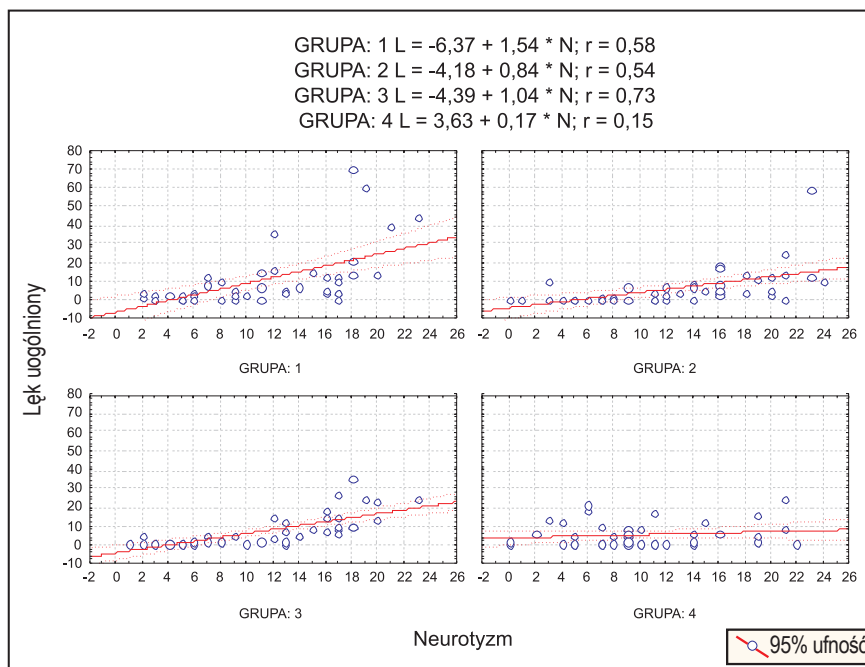
Rys. 1. Rozkład nasilenia lęku uogólnionego (grupa 1 – chorzy hematologicznie, grupa 2 – chorzy internistycznie, grupa 3 – zakażeni HCV, grupa 4 – kontrolna)

Rozkład wartości neurotyzmu przedstawiono na rysunku 2. Różnice średnich wartości pomiędzy grupami nie były statystycznie istotne (ANCOVA  $F(3,179) = 1$ ;  $p = 0,4$ ). Porównanie post hoc za pomocą testu LSD Fishera wykazało statystycznie istotną różnicę jedynie pomiędzy grupami 2 a 4 ( $p = 0,037$ ).

Rysunek 3 przedstawia zależności pomiędzy wartościami neurotyzmu a nasileniem lęku uogólnionego. Zmienne te są znacząco skorelowane w grupach pacjentów ( $54 \leq r \leq 0,74$ ), natomiast słabo skorelowane w grupie kontrolnej ( $r = 0,15$ ). Grupy różniły się pod względem wartości współczynników regresji – od wartości 0,17 w grupie kontrolnej do 1,54 w grupie chorych hematologicznie (rys. 3).



Rys. 2. Rozkład wartości neurotyzmu (grupa 1 – chorzy hematologicznie, grupa 2 – chorzy internistycznie, grupa 3 – zakażeni HCV, grupa 4 – kontrolna)



Rys. 3. Rozrzut wartości lęku uogólnionego i neurotyzmu (grupa 1 – chorzy hematologicznie, grupa 2 – chorzy internistycznie, grupa 3 – zakażeni HCV, grupa 4 – kontrolna)

### Omówienie wyników

Jak można było się spodziewać, zaburzenie lękowe uogólnione występowało częściej w grupach osób chorych niż w grupie kontrolnej, chociaż różnica jego rozpowszechnienia między grupami 2 i 3 (8,3%) a grupą kontrolną (6,7%) była niewielka. Ruminationy lękowe, lękowa antycypacja oraz napięcie psychiczne były wśród chorych powszechne. Mniej częste okazały się objawy somatyczne lęku, które były czasem trudne do odróżnienia od objawów choroby somatycznej. W grupach chorych z rozpoznaniem zaburzenia lękowego uogólnionego decydowała obecność niewątpliwych objawów somatycznych lęku. Międzygrupowe różnice nasilenia objawów lęku uogólnionego były bardziej wyraźne niż różnice rozpowszechnienia zaburzenia, jednak poniżej progu istotności statystycznej. Z rozkładu wartości (rys. 1) wynika, że znaczne różnice dotyczyły kwadry z najbardziej nasilonymi objawami.

Rozkład wartości neurotyzmu we wszystkich grupach był podobny, jedynie grupa kontrolna charakteryzowała się nieco mniejszymi wartościami. Największa, statystycznie istotna różnica wystąpiła między grupami 2 a 4. Wynosiła ona 39% wartości mediany (12,5 i 9) oraz 26% wartości średniej (12,6 i 10,0).

Różne stany psychopatologiczne, a szczególnie depresja, zwiększają wartości neurotyzmu w porównaniu z okresem sprzed ich wystąpienia. Nazwano to efektem stanu. Ormel i wsp. [10] w badaniu kilkuset osób z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi wykazali, że obecność zaburzenia depresyjnego zwiększa wartości neurotyzmu o 13%–14%. Obecność choroby somatycznej i fakt jej leczenia wywierają prawdopodobnie podobny efekt, czemu sprzyja większe nasilenie objawów lękowych i depresyjnych u chorych. Wpływ efektu stanu na poziom neurotyzmu w grupach nie jest znaczący, jego różnice pomiędzy grupami (z wyjątkiem grup 2 i 4) nie są statystycznie istotne.

Dodatnia korelacja pomiędzy poziomem nasilenia lęku a neurotyzmem jest naturalna, ponieważ cecha neurotyzmu związana jest ze skłonnością do przeżywania negatywnych emocji oraz nadmierną reaktywnością emocjonalną. Można przewidywać, że pacjenci z wysokimi wartościami neurotyzmu mają większą skłonność do stanów lękowych pod wpływem stresu związanego z chorobą i leczeniem. Wyniki badania potwierdzają to przypuszczenie. Zaburzenie lękowe uogólnione wystąpiło przede wszystkim u pacjentów z wartościami neurotyzmu powyżej mediany (z wyjątkiem 2 osób na 16) i było tym częstsze, im większa była wartość neurotyzmu (tab. 2).

Korelacja pomiędzy poziomem neurotyzmu a nasileniem lęku nie zależała od ciężkości choroby somatycznej. Największą wartość osiągnęła w grupie pacjentów zakażonych HCV (0,73), mniejszą w pozostałych dwóch grupach chorych (0,54 i 0,58). Parametrem silniej związanym z ciężkością choroby, a co za tym idzie także ze stresem psychicznym, okazało się nachylenie linii regresji, czyli współczynnik  $\beta$  równania prostej regresji (rys. 3). Osiągnął on największą wartość w grupie leczonych hematologicznie (1,54), mniejszą w grupie leczonych z innymi chorobami internistycznymi (0,84) i zakażonych HCV (1,04), oraz najmniejszą w grupie kontrolnej (0,15). Warto zwrócić uwagę, że współczynnik korelacji i współczynnik  $\beta$  prostej regresji są wyznacznikami różnych zależności. Współczynnik korelacji oznacza, w jakim

stopniu nasilenie objawów lęku uogólnionego współdzieli wariację z poziomem neurotyzmu. Jego wartość w grupach pacjentów wyniosła od 0,54 do 0,73, co oznacza, że poziom neurotyzmu wpływa w znaczącym stopniu na nasilenie objawów lęku uogólnionego.

Nachylenie linii regresji jest wyznacznikiem innej zależności. Wskazuje ono, jak szybko rośnie nasilenie objawów wraz ze wzrostem poziomu neurotyzmu. Różne wartości tego współczynnika w grupach oznaczają, że nasilenie objawów lękowych jest mniej więcej proporcjonalne do poziomu neurotyzmu, ale współczynnik proporcjonalności zależy od grupy. Największy jest w grupie leczonych hematologicznie, pośredni w pozostałych grupach chorych i bliski 0 w grupie kontrolnej. Współczynnik proporcjonalności (nachylenie linii regresji) zależał od obiektywnej ciężkości choroby.

Można powiedzieć, że nasilenie objawów lękowych rośnie wraz ze wzrostem poziomu neurotyzmu oraz ze wzrostem obciążenia chorobą i jej leczeniem. Oba czynniki działają niezależnie od siebie, modyfikując wzajemnie swój wpływ na nasilenie objawów. Istotne jest, że wypadkowy efekt nie jest sumą oddziaływań tych czynników, a ich iloczynem. Nasilenie objawów lęku uogólnionego jest proporcjonalne do poziomu neurotyzmu, a współczynnik tej proporcjonalności zależy od obciążenia chorobą, oraz – do obciążenia chorobą, a współczynnik tej proporcjonalności zależy od poziomu neurotyzmu. Podobną zależność pomiędzy wartościami neurotyzmu a rozpoznaniem depresji zaobserwowali Kendler i wsp. w obszernym badaniu epidemiologicznym [12].

Można sądzić, że gdyby uwzględnić w obliczeniach wartości neurotyzmu sprzed choroby (mniejsze o efekt stanu wynoszący poniżej 15% poziomu neurotyzmu), to nachylenie linii regresji nie zmieniłoby się znacząco, zmniejszyłyby się natomiast współczynniki korelacji, co nie podważa wniosków wynikających z badania.

### Wnioski

1. Choroby somatyczne związane są z częstszym występowaniem zaburzenia lękowego uogólnionego i większym nasileniem objawów lękowych – dotyczy to szczególnie osób z wysokim poziomem neurotyzmu.
2. Nachylenie linii regresji pomiędzy nasileniem objawów lęku uogólnionego a wartościami neurotyzmu może być traktowane jako wyznacznik nasilenia stresu psychicznego związanego z chorobą somatyczną.

### Общая фобия и невротизм у пациентов с соматическими болезнями

#### Содержание

**Задание.** В работе представлено утяжеления симптомов фобии глобального характера и их связь с невротизмом у пациентов с соматическими заболеваниями.

**Метод.** В исследовании приняло участие 184 лиц, в том числе 45 больных, леченных в гематологическом отделении (1 группа), 46 пациентов, леченных в терапевтическом отделении (2 группа), 48 пациентов, зараженных вирусом желтухи перед лечением (3 группа) и 45 здоровых лиц контрольной группы (4 группа). У всех исследованных проведена оценка тяжести фобии глобального характера при помощи глоссария. Исследование настоящего состояния, а также уровень невротизма при помощи шкал невротизма Глоссария личности Эйзенка (EPQ-R).

**Результаты.** Глобальные фобии чаще присутствовали в группе соматических больных, нежели в контрольной группе (1: 11% , 2: 8,7% , 3: 8,7% и 4: 6,7%). Среди 16 человек с диагнозом соматического нарушения 14 характеризовалось уровнем невротизма выше среднего. Распределение коэффициента невротизма во всех группах был похожим, а только контрольная группа характеризовалась несколько меньшими средними показателями. Корреляция между показателями невротизма и утяжеления фобии не зависела от тяжести соматического заболевания. Наибольший показатель найден в группе пациентов, зараженной вирусом желтухи (0,73), меньший в остальных двух группах больных (0,54 и 0,58). Утяжеление глобальной фобии было пропорционально с уровнем невротизма, наклонены линии регрессии зависело от субъективного чувства соматической болезни. Наиболее сильно оно было в группе гематологических болезней (1,54), меньшим в группах с иными внутренними болезнями (0,84) и зараженными вирусом желтухи (1,04), а самое малое в контрольной группе (0,15).

**Выводы.** Соматические болезни, связанные с частым появлением фобий глобального характера и большим усилением симптомов относились, прежде всего, к лицам с высоким уровнем невротизма. Наклонение линии регрессии между тяжестью симптомов фобии глобального характера и невротическими показателями может быть рассматриван как показатель утяжеления психического стресса.

### Allgemeine Angst und Neurotizismus bei somatisch kranken Patienten

#### Zusammenfassung

**Ziel.** Die Arbeit bespricht die Intensität der Symptome der allgemeinen Angst und ihren Zusammenhang mit dem Neurotizismus bei den somatisch kranken Patienten.

**Methode.** An die Studie wurden 184 Personen eingeschlossen, darunter 45 Patienten, die in der Abteilung für Hämathologie (Gruppe 1) behandelt wurden, 46 Patienten aus der Internen Abteilung (Gruppe 2), 48 Patienten mit HCV vor der Behandlung (Gruppe 3) und 45 gesunde Personen aus der Kontrollgruppe (Gruppe 4). Bei allen Untersuchten wurden die Intensität der allgemeinen Angst mit dem Fragebogen zur Untersuchung des gegenwärtigen Zustands (PSE) und der Level von Neurotizismus mit Hilfe der Neurotizismusskala - Persönlichkeitsinventar von Eysenck (EPQ-R) beurteilt.

**Ergebnisse.** Allgemeine Angststörungen traten häufiger in den Gruppen der somatisch Kranken auf als in der Kontrollgruppe (Gruppe 1: 11%, 2: 8,7%; 3: 8,7%; 4: 6,7%). Unter 16 Personen mit der Diagnose dieser Störung charakterisierten sich 14 mit dem Neurotizismuswert über Mediane. Die Verteilung der Neurotizismuswerte in allen Gruppen war ähnlich, nur die Kontrollgruppe charakterisierte sich mit etwas geringeren Werten. Die Korrelation zwischen den Neurotizismuswerten und Angstintensität hing nicht von dem Schweregrad der somatischen Krankheit ab. Den größten Wert erreichte sie in der Gruppe der mit HCV angesteckten Patienten (0,73), etwas weniger in den übrigen beiden Gruppen der Kranken (0,54 und 0,58). Die Intensität der Symptome der allgemeinen Angst war proportionell zum Neurotizismuswert, die Neigung der Regressionslinie hing von der subjaktiven Schwere der Krankheit ab. Sie erreichte den größten Wert in der hematologischen Gruppe (1,54), einen kleineren in der Gruppe mit anderen internistischen Krankheiten (0,84) und mit HCV angesteckten (1,04), den kleinsten Wert in der Kontrollgruppe (0,15).

**Schlussfolgerungen.** Somatische Krankheiten sind mit dem häufigeren Auftreten der allgemeinen Angststörung und mit einer größeren Intensität der Angstsymptomen verbunden, es betrifft vor allem die Personen mit hohem Neurotizismuslevel. Die Neigung der Regressionsline zwischen der Intensität der Symptome der allgemeinen Angst und den Neurotizismuswerten kann als Indikator für Stressintensität betrachtet werden.

### L'anxiété généralisée et le nevrotisme des patients souffrant des maladies somatiques

#### Résumé

**Objectif.** Ce travail présente l'intensité des symptômes d'anxiété généralisée et leur corrélation avec le nevrotisme des patients souffrant des maladies somatiques.



**Méthode.** On examine 184 patients: 45 patients hospitalisés à la section hématologique (groupe 1), 48 patients hospitalisés à la section interne (groupe 2), 45 patients infectés d'HCV avant leur thérapie (groupe 3) et 45 personnes saines du groupe de contrôle (groupe 4). On analyse le niveau d'intensité d'anxiété généralisée avec le questionnaire PSE (Present State Examination Questionnaire) et le niveau du neurotisme avec le questionnaire EPQ-R (Eysenck Personality Questionnaire).

**Résultats.** L'anxiété généralisée est observée plus souvent chez les patients que chez les personnes du groupe de contrôle (1 : 11%; 2 : 8,7%; 3 : 8,7%; 4 : 6,7%). Le neurotisme au-dessus les valeurs médianes est noté chez 14 patients de 16 diagnostiqués. Le niveau des valeurs médianes du neurotisme reste pareille dans tous les groupes, seulement dans le groupe de contrôle est moins élevé. La corrélation des niveaux du neurotisme et d'anxiété ne dépend pas de la gravité des maladies somatiques. Elle est la plus grande dans le groupe infecté d'HCV (0,73), moins élevée dans les deux groupes de patients (0,54 et 0,58). L'intensité des symptômes d'anxiété généralisée reste en proportion au niveau de névrose, la régression linéaire dépend de l'évaluation subjective de la gravité de la maladie somatique. Elle est la plus grande dans le groupe des patients hématologiques (0,84) et infectés d'HCV (1,04) et la moins élevée dans le groupe de contrôle (0,15).

**Conclusions.** Les maladies somatiques se lient souvent avec les troubles anxieux généralisés et le niveau plus élevé des symptômes anxieux, cela se fait voir surtout chez les patients avec le niveau assez élevé du neurotisme. La régression linéaire d'intensité des symptômes d'anxiété généralisée et le niveau du neurotisme peut servir comme indice d'intensité du stress psychique.

#### Piśmiennictwo

1. Alexander PJ, Dinesh N, Vidyasagar MS. *Psychiatric morbidity among cancer patients and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome.* Acta Oncol. 1993; 32: 623–626.
2. Atesci FC, Baltalarli B, Oguzhanoglu NK, Karadag F, Ozdel O, Karagoz N. *Psychiatric morbidity among cancer patients and awareness of illness.* Support Care Cancer 2004; 12: 161–167.
3. Chandra PS, Chaturvedi SK, Kumar A, Kumar S, Subbakrishna DK, Channabasavanna SM i in. *Awareness of diagnosis and psychiatric morbidity among cancer patients – a study from South India.* J. Psychosom. Res. 1998; 45: 257–261.
4. Atesci FC, Oguzhanoglu NK, Baltalarli B, Karadag F, Ozdel O, Karagoz N. *Psychiatric disorders in cancer patients and associated factors.* Turk. Psikiyatri Derg. 2003; 14: 145–152.
5. Davis GL, Ballart LA, Schiff ER, Linsday K, Bodenheimer H Jr, Perillo R, Carey W, Jacobson IM, Payne J, Dienstag JL, van Tkiel DH, Tamburro C, Lefkowitz J, Albrecht J, Mechwievitz C, Ortego TJ, Gibas A. *Treatment of chronic hepatitis C with recombinant interferon alfa: a multicenter randomized, controlled trial.* N. Engl. J. Med. 1989; 321: 1501–1510.
6. Pariante C, Orru M, Baita A, Farci M, Carpiniello B. *Treatment with interferon – in patients with chronic hepatitis and mood or anxiety disorders.* Lancet 1999; 354: 131–132.
7. Lee DH, Jamal H, Regenstein FG, Perillo RP. *Morbidity of chronic hepatitis C as seen in a tertiary care medical center.* Dig. Dis. Sc. 1997; 42: 186–191.
8. Spiegel D. *Cancer and depression.* Brit. J. Psychiatry. Suppl. 1996; 30: 109–116.
9. Ayres A, Hoon WP, Franzoni BJ. *Influence of mood and adjustment to cancer on compliance with chemotherapy among breast cancer patients.* J. Psychosom. Res. 1994; 38 (5): 394–402.
10. Ormel J, Oldehinkel AJ, Vollebergh W. *Vulnerability before, during, and after a major depressive episode: A 3-Wave Population – Based Study.* Arch. Gen. Psychiatry 2004; 61: 990–996.
11. Ormel J, Rosmalen J, Farmer A. *Neuroticism: a non-informative marker of vulnerability to psychopathology.* Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2004; 39: 906–912.
12. Kendler KS, Kuhn J, Prescott CA. *The interrelationship of neuroticism, sex, and stressful life events in the prediction of episodes of major depression.* Am. J. Psychiatry 2004; 61: 631–636.

13. Sariusz-Skapska M, Czabała Cz, Dudek D, Zięba A, Rduch Sz. *Cechy osobowości osób chorujących na zaburzenia jedno- i dwubiegunowe*. Psychiatr. Pol. 2003; 32, 4: 719–728.
14. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. *Major depression and generalized anxiety disorder: same genes, (partly) different environments*. Arch. Gen. Psychiatry 1992; 49: 716–722.
15. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. *Major depression and phobias: The genetic environmental sources of comorbidity*. Psychol. Med. 1993; 23: 361–371.
16. Małyszczak K, Pawłowski T. *Distress and functioning in mixed anxiety and depressive disorder*. Psychiatr. Clin. Neurosc. 2006; 60: 168–173.
17. Brzozowski P, Drwal Ł. *Kwestionariusz Osobowości Eysencka; polska adaptacja EPQ-R*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 1995.
18. *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*. Version 2.0. Manual. Geneva: World Health Organization; 1994.
19. *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*. Version 2.0. Glossary. Geneva: World Health Organization; 1994.

Adres: Krzysztof Małyszczak  
Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej  
50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10

Otrzymano: 27.06.2006  
Zrecenzowano: 7.09.2006  
Przyjęto do druku: 2.10.2007