

# Lęk i agresja u pacjentek onkologicznych leczonych napromienianiem

**Basińska Beata, Piech Magdalena**

Zakład Ergonomii Wydział Zarządzania i Ekonomii, Politechnika Gdańska  
Klinika Onkologii i Radioterapii, Akademia Medyczna, Gdańsk

**Psychoonkologia, Volume 2, Issue 1, 1998, pp. 13-19**

**Streszczenie:** Celem pracy była próba poszukiwania związku pomiędzy niepokojem a zachowaniami agresywnymi wśród kobiet z nowotworem złośliwym sutka, Grupę badaną stanowiło 30 kobiet leczonych napromienianiem z powodu nowotworu sutka, a kontrolną 30 kobiet zdrowych. W badaniu psychologicznym zastosowano Arkusz Samopoznania Cattella oraz kwestionariusz „Nastroje i Humory” Buss'a i Durkee. Poziom niepokojem ukrytego, nieźrównoważenie emocjonalne i poczucie winy były wyższe u kobiet zdrowych. Pod względem prezentowanych zachowań agresywnych obie grupy nie różniły się, Kobiety chore miały niższe natężenie irytacji oraz stwierdzono u nich zależność pomiędzy niepokojem a poczuciem winy. Tłumienie uczuć, głównie lęku oraz ograniczenie zachowań agresywnych okazało się ważnym „mechanizmem” zaradczym w adaptacji do leczenia choroby nowotworowej.

## **Wstęp**

Choroby nowotworowe nadal stanowią jedno z największych wyzwań medycyny. Należą do zjawisk, w obrębie których pomimo zastosowania dotychczasowych metod badawczych i leczniczych nie osiągnięto ostatecznego celu, jakim byłoby całkowite opanowanie choroby. Nowotworem najczęściej dotykającym kobiety jest rak sutka. Wcześniej wykryty poddaje się skutecznemu leczeniu i daje dobre prognozy na przyszłość. Niestety ogromny stres, nagromadzenie negatywnych emocji, jakie niesie odkrycie pierwszych objawów, ciągle jeszcze zbyt często powstrzymują kobiety przed natychmiastowym zgłoszeniem się do lekarza. Decyduje o tym lęk przed chorobą, trudnym i długotrwałym leczeniem, okaleczeniem fizycznym i wreszcie śmiercią. Powoduje to trudności adaptacyjne w nowej sytuacji. Nasilenie lęku może prowadzić do zachowań dezadaptacyjnych i uruchamiania antyzdrowotnych mechanizmów obronnych

oraz błędnego postrzegania i oceny ważnych dla życia informacji.

Jak podają liczni autorzy (5, 6) jednym ze sposobów rozładowania napięcia wewnętrznego i lęku są zachowania agresywne. Jednak jako nieakceptowane społecznie są one tłumione, co w konsekwencji prowadzi do wtórnego nasilenia lęku.

Choroba nowotworowa wywołuje tak wiele negatywnych emocji, ponieważ stawia pod znakiem zapytania poczucie niezależności, skazuje na bezradność i brak nadziei, wyczerpujące w rezultacie energię psychiczną niezbędną do stawiania czoła problemowi (13).

Wśród pacjentek onkologicznych ważnym problemem w terapii jest obawa przed okaleczeniem fizycznym, a co za tym idzie wizerunkiem własnej osoby, utraty atrakcyjności seksualnej i ostatecznie degradacją społeczną z racji bycia niepełnowartościową kobietą (7).

Kiedy rozpoznanie nowotworu piersi zostaje potwierdzone kobieta doznaje szoku i rozchwiania emocjonalnego, a dominującymi uczuciami są strach, żal, gniew, chęć ucieczki. Zagrożona jest struktura „ja”, co jest główną determinantą powstawania lęku społecznego, lęku przed ekspozycją, niepowodzeniem, dezaprobatą społeczną (6,2). Nawet po pozytywnie zakończonym leczeniu 20 do 30% kobiet ma stałe poważne psychologiczne problemy takie jak poważne depresje, stany lękowe lub kłopoty psychoseksualne (1).

W niniejszej pracy podjęto próbę poszukiwania związku pomiędzy nasileniem negatywnych emocji, głównie poziomu lęku a agresywnymi zachowaniami wśród kobiet cierpiących na nowotwór złośliwy sutka, w trakcie leczenia napromienianiem. W związku z tak zarysowanym problemem postawiono następujące hipotezy:

1. Poziom lęku u pacjentek onkologicznych jest istotnie wyższy od poziomu lęku obserwowanego u kobiet zdrowych.

2. Liczba przejawianych reakcji agresywnych jest istotnie większa w grupie kobiet chorych.
3. Istnieje większa zależność pomiędzy poziomem lęku a natężeniem zachowań agresywnych u pacjentek onkologicznych niż u kobiet zdrowych.

### **Material**

W badaniu uczestniczyło 30 kobiet z rozpoznaniem nowotworu sutka, leczonych napromienianiem w Klinice Onkologii i Radioterapii Akademii Medycznej w Gdańsku. Po chirurgicznym zabiegu usunięcia piersi było 28 pacjentek, u 21 zastosowano chemioterapię, u 3 chorych hormonoterapię. Spośród badanych 10 było stanu wolnego, pozostałe to mężatki. Zróżnicowanie ze względu na wykształcenie obejmowało wszystkie stopnie edukacji. Osiem badanych kobiet było przed 40 rokiem życia, 22 znajdowały się w przedziale od 40 do 60 lat. Grupę kontrolną stanowiło 30 kobiet nie zgłaszających żadnych dolegliwości fizycznych i psychicznych. Obie grupy były jednorodnie pod względem wieku, stanu cywilnego i wykształcenia.

### **Metoda**

W badaniu zastosowano, Arkusz Samopoznania" R.B.Cattella (przekład K. Hirszla) do badania reakcji lękowych w zakresie niepokoju jawnego i ukrytego oraz kwestionariusz „Nastroje i Humory" A.H.Buss'a i A.Durkee (w adaptacji M. Choynowskie-go) oceniający siedem odmian zachowań agresywnych i poczucie winy. Uzyskane wyniki opracowano za pomocą programu statystycznego STATISTICA 5.0.

### **Wyniki**

Analiza wariancji wykazała różnicę znamioną statystycznie ( $F(1,58)=24,78$ ,  $p=0,00$ ) w skali niepokoju ukrytego. Poziom lęku ukrytego okazał się wyższy w grupie kontrolnej. Natomiast natężenie lęku jawnego wśród kobiet zdrowych również było wyższe niż u chorych, choć różnica ta nie była znamioną statystycznie (tab. 1).

Odnosnie do poszczególnych czynników niepokoju jawnego okazało się, że kobiety zdrowe uzyskały wyższe wyniki w zakresie niezrównoważenia emocjonalnego ( $F(1,58)=8,82$ ,  $p=0,00$ ) i poczucia winy ( $F(1,58)=10,09$ ,  $p=0,001$ ).

W obrębie czynników niepokoju ukrytego różnice dotyczyły integracji osobowości ( $F(1,58)=9,45$ ,  $p=0,002$ ), paranoidalnej nieufności ( $F(1,58)=12,78$ ,  $p=0,004$ ), napięcia wewnętrznego ( $F(1,58)=12,69$ ,  $p=0,004$ ). Wyniki uzyskane w wymienionych podskalach były istotnie wyższe u kobiet zdrowych.

Na podstawie przeprowadzonych porównań (test Tukey'a HSD) można wskazać na różnice między kobietami samotnymi i mężatkami. Kobiety samotne zdrowe osiągnęły wyższe wyniki niepokoju ukrytego niż kobiety chore stanu wolnego ( $p=0,03$ ), jak również zdrowe mężatki w stosunku do chorych ( $p=0,00$ ). W zakresie niepokoju jawnego stan cywilny nie różnicował badanych osób, choć był on wyższy u mężatek. W obrębie grupy kobiet chorych sytuacja życiowa różnicowała badane osoby wyłącznie na skali niepokoju jawnego pod względem skłonności do zachowań neurotycznych ( $p=0,001$ ). Grupa kobiet samotnych charakteryzowała się większym niezrówno-

Lęk i agresja u pacjentek onkologicznych leczonych napromienianiem,

ważeniem emocjonalnym.

Tabela I. Wyniki uzyskane w „Arkuszu Samopoznania” R.B.Cattella w grupie kobiet chorych i zdrowych.

CZYNNIKI	GRUPA KRYTERIALNA		GRUPA KONTROLNA		POZIOM ISTOTNOŚCI
	ŚREDNIA	ODCHYL. ST.	ŚREDNIA	ODCHYL. ST.	
<b>NIEPOKÓJ JAWNY</b>	17,25	4,68	18,86	6,23	Ni
<b>Q3-</b>	2,80	1,53	2,77	1,47	Ni
<b>G</b>	1,70	1,30	2,37	1,58	0,000
<b>L+</b>	1,97	1,09	1,88	1,47	Ni
<b>ø</b>	4,85	2,16	6,17	3,08	0,001
<b>Q4+</b>	4,73	1,88	4,57	2,64	Ni
<b>NIEPOKÓJ UKRYTY</b>	15,44	4,10	18,52	3,81	0,000
<b>Q3-</b>	1,07	1,64	2,56	1,92	0,002
<b>e</b>	2,02	1,25	2,40	1,20	Ni
<b>L+</b>	0,91	1,04	1,55	1,22	0,004
<b>Of</b>	6,33	2,04	6,35	1,75	Ni
<b>Q4+</b>	4,36	2,49	5,51	1,45	0,004

(Q3-) integracja osobowości - niezadowolenie z siebie

(C-) nierównowaga - skłonność do zachowań neurotycznych

(L+) skłonność do reakcji paranoidalnych - paranoidalna nieufność

(O+) poczucie winy - niepewność siebie

(Q4+) napięcie wewnętrzne - wysokie napięcie potrzeb i popędów

W przejawianiu zachowań agresywnych grupa kobiet chorych na nowotwór nie różniła się znamienne od grupy zdrowych poza czynnikiem irytacji ( $F(1,58)=28.5$ ,  $p=0,001$ ), który był niższy u chorych (tab. 2). Kobiety chore miały wyższe średnie w podskalach ataku, podejrzliwości i poczucia winy. Ta ostatnia różniła badane z uwagi na stan cywilny w obu grupach, przy czym większe poczucie winy było charakterystyczne dla kobiet samotnych.

W zakresie związków pomiędzy niepokojem jawnym a poszczególnymi czynnikami agresji w obu grupach uzyskano taką samą liczbę korelacji, przy czym w grupie kobiet zdrowych były one słabsze i wyjaśniały mniejszą liczbę przypadków. Natomiast pomiędzy niepokojem ukrytym a kolejnymi rodzajami agresji w grupie kobiet zdrowych odnotowano silniejsze związki niż u badanych pacjentek.

Wśród kobiet chorych stwierdzono związek pomiędzy poczuciem winy a niepokojem jawnym ( $r=0,51$ ,  $p=0,004$ ) i ukrytym ( $r=0,37$ ,  $p=0,04$ ). Wyższy poziom iryta-

cji korelował z większym niezrównoważeniem emocjonalnym ( $p=0,40$ ,  $p=0,02$ ) w Skali Niepokoju Jawnego i napięciem wewnętrznym ( $r=0,38$ ,  $p=0,03$ ) w Skali Niepokoju Ukrytego. Kobiety zdrowe przejawiały więcej bezpośrednich zachowań agresywnych (podskala atak) przy rosnącym ogólnym jawnym niepokoju ( $r=0,38$ ,  $p=0,04$ ) i napięciu wewnętrznym ( $r=0,45$ ,  $p=0,01$ ).

Tabela 2. Wyniki uzyskane w kwestionariuszu „Nastroje i Humory” przez pacjentki i grupę kontrolną.

SKALA – OPIS	GRUPA KRYTERIALNA		GRUPA KONTROLNA		POZIOM ISTOTNOŚCI
	ŚREDNIA	ODCHYL. ST.	ŚREDNIA	ODCHYL. ST.	
I ATAK	6,60	4,03	6,35	4,55	NI
II AGRESJA POŚREDNIA	6,69	4,62	6,85	2,24	NI
III IRYTACJA	10,75	4,77	14,61	4,47	0,001
IV NEGATYWIZM	4,13	2,38	4,30	2,96	NI
V URAZY	5,50	4,13	6,51	3,56	NI
VI PODEJRZLIWOŚĆ	9,78	3,92	9,46	3,94	NI
VII AGRESJA SŁOWNA	10,91	5,02	11,21	6,32	NI
VIII POCZUCIE WINY	8,60	3,22	8,20	3,81	NI
SUMA SKAL I – VII	54,68	19,22	59,30	18,52	NI

## Dyskusja

Postawiona hipoteza, że poziom lęku u pacjentek onkologicznych jest wyższy od lęku u kobiet zdrowych nie została potwierdzona. Analiza statystyczna wskazuje na sytuację wręcz odwrotną - istotnie wyższy jest poziom lęku ukrytego w grupie kobiet zdrowych.

Jak podaje literatura (8) charakterystycznym dla chorych na raka rodzajem niepokoju jest lęk reaktywny, powstający w odpowiedzi na zaistniałą sytuację. Występuje on najczęściej w momencie diagnozy, oczekiwania na leczenie, przed zabiegiem chirurgicznym oraz w stanie terminalnym. Może to tłumaczyć brak podwyższonego poziomu lęku w badanej grupie. Zdecydowana większość pacjentek (95%) była w trakcie radioterapii po zabiegu operacyjnym, co prawdopodobnie spowodowało obniżenie poziomu nagromadzonych negatywnych emocji (w tym lęku) na skutek widocznych efektów leczenia i ulgi spowodowanej usunięciem guza traktowanego jako ognisko choroby.

Należy podkreślić, że obie grupy różniły się istotnie pod względem wewnętrznej dysharmonii osobowości wynikającej z konfliktu postaw wartościujących oraz małej kontroli charakteru (11). Kobiety chore osiągnęły istotnie niższe wartości w tym czynniku, co może przemawiać za tym, że sytuacja choroby ma wpływ na lepsze zintegro-

wanie osobowości, a wartością nadrzędną staje się przeżycie, odzyskanie zdrowia i powrót do normalnej aktywności. Brak rozbieżności pomiędzy wyznawanymi wartościami przyczynia się do obniżenia poziomu lęku i skuteczniejszej walki z chorobą.

Odmienne wyjaśnienie uzyskanych wyników daje koncepcja samooszukiwania Greenwalda (3). Pacjenci onkologiczni podtrzymują w sobie oczekiwanie uzdrowienia, nawet wtedy, gdy stykają się z przejawami nieuleczalności choroby. Na poziomie świadomym unikają wiedzy tkwiącej w podświadomości na temat zagrożeń jakie niesie ze sobą rozwijający się nowotwór. Bezustanne stosowanie tego mechanizmu może w konsekwencji okazać się skuteczne, ponieważ kiedy obiektywne źródła potwierdzają, że proces choroby został zahamowany, poziom przeżywanego lęku znacznie obniża się.

Z teorią samooszukiwania zawiązana jest pośrednio koncepcja Obuchowskiego(9) „wyjścia poza przeżywaną rzeczywistość, mechanizmu pomocnego w sytuacji pozbawienia swobody wyboru miejsca i rodzaju działania". Polega ona na aktywnym wyłączaniu się z traumatyzującej sytuacji i skonstruowaniu takiego świata, wobec którego możemy przejąć inicjatywę. Można przypuszczać, że dla badanej grupy kobiet sytuacja choroby i leczenia była bardzo deprymująca i nie pozostawiała możliwości swobodnego decydowania, co mogło sprzyjać aktywnemu wyłączeniu się. Efektem było zmniejszenie możliwości kumulowania się negatywnych emocji, w tym również lęku.

Struktura i natężenie agresji w obu grupach nie różniły się, poza czynnikiem irytacji. Należy uwzględnić fakt, że sytuacja pobytu na oddziale szpitalnym, raczej wymusza silną kontrolę pojawiających się wrogich impulsów, jako nieakceptowanych społecznie form zachowania. Na tłumienie agresji ma też wpływ fakt całkowitej zależności od personelu medycznego i antycypacja negatywnego stosunku w odpowiedzi na agresywne zachowanie pacjentek.

Nie można również stwierdzić jednoznacznie, że współzależność lęku i agresji u osób chorych jest większa niż u zdrowych. Badanie wykazało natomiast istotny związek pomiędzy uogólnionym niepokojem jawnym i ukrytym a odczuwanym poczuciem winy u pacjentek onkologicznych. Stosunkowo wyraźny jest związek napięcia i lęku z przeżywaną irytacją przez osoby chore, co jest zrozumiałe biorąc pod uwagę uciążliwość form leczenia i ich skutki uboczne.

Wśród kobiet zdrowych stwierdzono zależność pomiędzy niepokojem a agresją przejawianą bezpośrednio na otoczenie. W normalnych warunkach życia codziennego znacznie łatwiej jest w sposób spontaniczny ujawniać wrogie impulsy. Kobiety poddane leczeniu pozbawione są, przynajmniej czasowo, takiej możliwości i muszą transformować agresywne impulsy w bardziej pośrednie formy wrogości, takie jak irytacja czy urazy.

Wpływ sytuacji życiowej chorych na przeżywanie przez nie problemów powodowanych chorobą, z uwagi na małą liczebność podgrup oraz ich specyfikę (w grupie kobiet samotnych znalazły się osoby ze skrajnych przedziałów wiekowych - najmłodsze i najstarsze) pozwala wyłącznie na zaprezentowanie tendencji, które wymagałyby dalszych badań i weryfikacji. Stan cywilny różnił kobiety chore ze względu na skłonność do zachowań neurotycznych. Wyższe wyniki uzyskane przez kobiety samotne świadczą o większej zmienności nastrojów, dominującym niezadowoleniu i niecierpliwości w znoszeniu trudności życiowych (11), a wiadomo przecież, że dla wszyst-

kich kobiet rak sutka stanowi zagrożenie dla samooceny, poczucia kobiecości i atrakcyjności. Jednakże logicznym wydaje się, iż okaleczenie fizyczne jest trudniejsze do zniesienia dla kobiet młodych, a zwłaszcza tych, które pozostają bez partnera życiowego (4). Z kolei w grupie najstarszych, lęk może wynikać z trudności w przystosowaniu się do warunków życia szpitalnego oraz obawy przed samodzielną egzystencją po zakończeniu leczenia.

Ponadto kobiety samotne, zarówno zdrowe jak i chore, charakteryzowały się większą ilością zachowań agresywnych. Poszukując uzasadnienia w literaturze, możemy odnieść się do ryzykownego sformułowania Rembowskiego (12) - „każdy przypadek wrogości maskuje jakiś element samotności”, a także: „wrogość jest proporcjonalna do poczucia osamotnienia”. Współzależność pomiędzy samotnością a wrogością jest częsta i wyraźna, samotność i wrogość wzajemnie się implikują.

Podsumowując wyniki przeprowadzonych badań możemy przypuszczać, że stwierdzony brak różnic w odczuwaniu lęku pomiędzy kobietami z nowotworem piersi a zdrowymi, wynika ze świadomego tłumienia uczuć, które w tak specyficznej sytuacji traktowane są jako niepotrzebne obciążenie. Jednakże na ile taki sposób obrony jest skuteczny nie można stwierdzić na podstawie powyższej analizy.

Niemalże całkowitemu tłumieniu ulegają również impulsy agresywne (poza irytacją), przede wszystkim agresywne konfrontacje z innymi ludźmi, które są trudne do zniesienia. W licznych badaniach (7, 13) stwierdzono, iż tłumienie agresji jest nie tylko bezpośrednim następstwem kryzysu chorobowego, ale również elementarną postawą życiową, rysem osobowości. Pośrednio nieumiejętność wyrażania wrogich uczuć i tłumienie ich może być czynnikiem predysponującym do zachorowania na chorobę nowotworową.

## Literatura

- Baum M., Saunders Ch., Meredith S. (1995). *Rak piersi - poradnik dla kobiet i lekarzy*. Springer, PWN, Warszawa.
- Chojnacka - Szawlowska G. (1994). *Psychologiczne następstwa nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław.
- Greenwald A. G. (1986). Samowiedza i samooszukiwanie. *Przegląd Psychologiczny*, 29, 291-303.
- Holland J. C., Rowland J. H. (red.) (1990). *Handbook of Psychooncology - Psychological Care of the Patient with Cancer*. Oxford University Press, New York.
- Horney K. (1982). *Neurotyczna osobowość naszych czasów*, PWN, Warszawa.
- Kubacka - Jasińska D. (1986). Struktura „ja” a związek między agresywnością i lękiem. *Rozprawy Habilitacyjne nr 119*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków.
- Lambley P. (1995). *Psychologia raka - jak zapobiegać, jak przeżyć*. Książka i Wiedza, Warszawa.
- Massie M. J. (1990). *Anxiety, Panic and Phobias* [w:] *Handbook of Psychooncology* J. C. Holland, J. H. Rowland (red.), Oxford University Press, New York.
- Obuchowski K. (1993). *Człowiek intencjonalny*. PWN, Warszawa.
- Pluzek Z. (1995). Lęk charakterologiczny [w:] W. Tłokiński (red.), *Lęk Różnorodność przeżywania*. Arx Regia, Warszawa.
- Pluzek Z. (1995). *Syndrom paniki*, [w:] W. Tłokiński (red.), *Lęk Różnorodność przeżywania*. Arx Regia, Warszawa.
- Rembowski J. (1992). *Samotność*. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Wirsching M. (1994). *Wokół raka*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.

Lęk i agresja u pacjentek onkologicznych leczonych napromienianiem.

ANXIETY AND AGGRESSION OF THE CANCER PATIENTS TREATED RADIOTHERAPY  
SUMMARY

The aim of this study was to assess connection between an anxiety and aggression of the women with breast cancer. The examination group consisted of 30 female treated radiotherapy and 30 healthy women. The psychological assessment including Cattell's Questionnaire and Buss' and Durkee Questionnaire (SADB). The level of anxiety, lability of emotions and sense of guilty was greater in healthy women. The aggressive behaviour was similar in both groups. The factor of irritation was lower in illness female. We were found connection between anxiety and sense of guilty. The repression of anxiety and offensive behaviour are very important mechanisms of coping with cancer and oncology treatment.

Adres do korespondencji:  
*Beata Basińska, Zakład Ergonomii Wydział  
Zarządzania i Ekonomii Politechnika Gdańska,  
Narutowicza 11/12, 80-952 Gdańsk*