

Zmiany temperamentu, charakteru oraz nasilenia empatii u młodzieży leczonej w oddziale dziennym – badanie pilotażowe

Changes in temperament, character and intensity of empathy in adolescents treated in a day care unit – pilot study

Renata Modrzejewska¹, Anna Wasik¹, Paulina Cofór-Pinkowska²,
Agnieszka Pac³, Marcin Siwek¹

¹ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii,
Zakład Zaburzeń Afektywnych

² Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii,
Zakład Terapii Rodzin i Psychosomatyki

³ Pracownia Epidemiologii Środowiskowej,
Zakład Epidemiologii Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej UJ CM w Krakowie

Summary

Aim. The aim of this pilot study was to compare the level of empathy, temperament and character traits before and after 6 months of treatment in a group of patients staying in a psychiatric day care unit in groups with different (internalising vs. externalising) disorder types.

Material and method. The study was conducted in a group of 44 patients (33 girls and 11 boys), aged 15–20, treated between 2016 and 2021 in the Clinical Day Care Unit of the Department of Adult, Child and Adolescent Psychiatry of the University Hospital in Krakow. 40% of the adolescents had externalising disorders and 60% had internalising disorders. The *Davis Empathy Scale* and the *Cohen Empathy Scale* were used in the study, as well as the Cloninger's *Temperament and Character Inventory* (TCI).

Results. Six months of treatment in a day care unit resulted in statistically significant changes in the “Fantasy” scale from the *Davis Empathy Scale*, in the “Reward dependence”, “Self-directedness” and “Self-transcendence” subscales on the *Temperament and Character Inventory* in the group of adolescents with internalising disorders. In the group of adolescents with externalising disorders, there were changes at the level of statistical trend in the values of the “Fantasy” scale and the “Harm Avoidance” scale of the *Temperament and Character Inventory*.

Conclusions. The obtained results are in line with the available data in terms of differences in temperament and character profiles between types of mental disorders and constellations of

traits that are unfavourable for mental health, such as low self-directedness, harm avoidance and reward dependence.

Słowa kluczowe: cechy temperamentu i charakteru u młodzieży, zmiany w temperamencie i charakterze pod wpływem leczenia, zmiany w empatii pod wpływem leczenia

Key words: temperament and character traits in adolescents, treatment-influenced changes in temperament and character, treatment-influenced changes in empathy

Wprowadzenie

Psychobiologiczny model Cloningera zakłada, że temperament ujawniający się na wczesnym etapie rozwoju wyraża się w czterech dymensjach, takich jak: poszukiwanie nowości (NS), unikanie szkody (HA), zależność od nagrody (RD) i wytrwałość (P), a każda z nich powiązana jest z aktywnością układów neuroprzekaźników (NS z niską podstawową aktywnością dopaminergiczną; HA z wysoką aktywnością serotoninerгіczną; RD z niską podstawową aktywnością noradrenergiczną). Charakter z kolei opisywany jest przez trzy wymiary: samokierowania (SD), skłonności do współpracy (C) oraz autotranscendencji (ST), i podlega zmianom w czasie w procesie indywidualizacji człowieka [1]. Według tego modelu cechy temperamentu warunkowane genetycznie i neurobiologicznie pozostają stabilne w ciągu życia, natomiast cechy charakteru ulegają zmianie wraz z wiekiem – obserwuje się między innymi zmniejszenie poszukiwania nowości, począwszy od średniej dorosłości [2]. Badania nad rozwojem temperamentu i charakteru w ciągu życia zaowocowały obserwacjami o różnicach konstytucjonalnych między populacją ogólną a pacjentami psychiatrycznymi oraz o zmianie temperamentu i charakteru wraz z wiekiem. Opisano także znaczenie poszczególnych cech temperamentu i charakteru dla rozwoju nieprzystosowawczych zachowań i zaburzeń psychicznych w okresie dojrzewania i dorosłości, z uwzględnieniem rodzaju zaburzeń.

Thomas Achenbach w 1966 roku zaproponował podział zaburzeń w zachowaniu u dzieci i młodzieży na internalizacyjne i eksternalizacyjne. Zaburzenia eksternalizacyjne (z.e.) obejmują trudności behawioralne związane z agresją, zachowania o charakterze antyspołecznym, opozycyjno-buntownicze, podlegające słabej kontroli. Z kolei w zaburzenia internalizacyjne (z.i.) wpisują się objawy depresyjno-lękowe, somatyczne, wycofanie, trudności w przebiegu nieprawidłowo kształtującej się osobowości [3]. Typologia ta została wykorzystana w niniejszym badaniu. W licznych badaniach zaobserwowano dystynktywny profil natężenia cech temperamentu i charakteru dla z.i. i z.e.: wyższe natężenie unikania szkody w z.i., wyższe poszukiwanie nowości w z.e. [4], wyższe natężenie unikania szkody i niższe w samokierowaniu w z.i., istotnie niższą zdolność do współpracy w z.e. [5], wyższe unikanie szkody w z.i., wyższe poszukiwanie nowości w z.e., brak istotnych różnic w umiejętności współpracy, autokierowaniu czy wytrwałości [6].

Trouillet i Gana [2] badali potencjalny związek między natężeniem cech temperamentu i charakteru opisywanych modelem Cloningera a natężeniem objawów depresyjnych. W badaniu wzięło udział 466 osób z 4 grup wiekowych (od 18 do 94 lat). Wykazano, że natężenie autotranscendencji oraz unikania szkody było predyktorem nasilenia objawów depresyjnych, tzn. im większa autotranscendencja i mniejsze unikanie

szkody, tym mniejsze nasilenie depresji. Ponadto z badania wynikało, że impulsywność, ciekawość oraz zależność społeczna zmniejszają się wraz z wiekiem, natomiast wzrasta duchowość [2]. Zappitelli i wsp. [7] porównywali natężenie cech charakteru i temperamentu u dzieci i nastolatków w wieku 8–17 lat z rozpoznaniem epizodu dużej depresji i u zdrowych równoletnich ochotników. Wykazali, że grupa kliniczna cechuje się niższym natężeniem zależności od nagrody, wytrwałości, samokierowania i kooperatywności oraz wyższym natężeniem unikania szkody oraz szukania nowości. Wyniki innych badań sugerują, że pacjenci z zaburzeniami nastroju cechują się istotnie niższym niż w populacji ogólnej natężeniem samokierowania i kooperatywności [8, 9]. Ardani i wsp. [10] oceniali natężenie cech temperamentu i charakteru predysponujących do występowania prób samobójczych u 140 badanych w wieku 14–35 lat (podejmujących nieletalne próby samobójcze przez zatrucie lekami). Z badania wynika, że niższy poziom samokierowania i wytrwałości oraz wyższy poziom autotranscendencji w porównaniu z grupą kontrolną predysponuje do wystąpienia zachowań samobójczych. W badaniu Tschan i wsp. [11] zaobserwowano, że pacjenci z historią samouszkodzeń mieli niższe natężenie samokierowania, wytrwałości oraz współpracy, a także oraz wyższe natężenie poszukiwania nowości i unikania szkody. Podsumowując, można stwierdzić, że u młodzieży cierpiącej z powodu zaburzeń w zachowaniu obserwuje się wysokie natężenie unikania szkody, poszukiwania nowości, natomiast niskie wartości w samokierowaniu, wytrwałości czy zależności od nagrody, które mogą sprzyjać ryzyku występowania zaburzeń zachowania czy emocji/nastroju u nastolatków, skutkujących odmową uczęszczania do szkoły, samouszkodzeniami czy próbami samobójczymi.

Empatia, czyli zdolność do współdzielenia stanów emocjonalnych z innymi ludźmi, w ujęciu zaproponowanym przez Davisa [12] dzieli się na empatię afektywną (opisywaną przez emocjonalną troskę czy poczucie osobistego dystresu w związku z sytuacją drugiej osoby) oraz poznawczą (zdolność do przyjmowania perspektywy innych ludzi, tworzenia fantazji na temat ich położenia). Empatia z jednej strony może być czynnikiem protekcyjnym, z drugiej zaś może stanowić ryzyko rozwoju zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży [13]. Wyniki badań sugerują, że zarówno obniżone, jak i podwyższone natężenie empatii w porównaniu z populacją ogólną może się przyczynić do rozwoju zaburzeń psychicznych. W badaniach Galán i wsp. [14] zaobserwowano, że im niższy poziom empatii w okresie dzieciństwa i wczesnej fazy adolescencji, tym wyższe prawdopodobieństwo występowania zachowań antyspołecznych w późnej adolescencji i wczesnej młodości. Z badań Gambin i Sharp [15] przeprowadzonych na grupie nastolatków w wieku 12–17 lat wynika, że im wyższe nasilenie empatii afektywnej, tym większe natężenie objawów lękowych (tj. lęku separacyjnego, lęku przed odrzuceniem, lęku panicznego i przed upokorzeniem). Dla empatii poznawczej odnotowano odwrotną zależność – im lepsza umiejętność wnioskowania na temat stanów umysłu innych ludzi, tym mniejsze objawy lękowe. Z kolei dla zaburzeń eksternalizacyjnych stwierdzono odwrotną zależność – zaburzenia zachowania były negatywnie skorelowane z natężeniem empatii poznawczej i afektywnej [15]. Empatia w świetle badań różni się natężeniem w zależności od profilu zaburzeń – w zaburzeniach opisywanych jako eksternalizacyjne obserwuje się u młodzieży i dorosłych zachowania agresywne, problemy z prawem, niską kontrolę impulsów.

Celem naszego badania było opisanie potencjalnych zmian w cechach charakteru, temperamentu oraz natężenia empatii u nastoletnich pacjentów oddziału dziennego, hospitalizowanych z powodu nasilonych objawów depresyjnych, lękowych lub agresywnych zaburzających ich funkcjonowanie społeczne i psychiczne po pół roku stosowania oddziaływań terapeutycznych, takich jak: terapia indywidualna, grupowa, społeczność terapeutyczna, trening umiejętności społecznych w ramach oddziału dziennego.

Material i metoda

Do badania włączono 44 adolescentów leczonych w Oddziale Dziennym Kliniki Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 2016–2021 z rozpoznaniem zaburzeń internalizacyjnych i eksternalizacyjnych. Do grupy pacjentów z zaburzeniami internalizacyjnymi włączono pacjentów z objawami depresyjno-lękowymi, w grupie pacjentów z zaburzeniami eksternalizacyjnymi znaleźli się badani z zaburzeniami opozycyjno-buntowniczymi oraz z zaburzeniami zachowania. Wstępna diagnoza, jako jedno z kryteriów włączenia do badania, była oceniana przez lekarza specjalistę psychiatrii dzieci i młodzieży, który kwalifikował pacjentów do leczenia w oddziale. Diagnoza była weryfikowana w ciągu następnych tygodni leczenia podczas konsultacji psychiatrycznych. Kryteria wykluczające z leczenia w strukturze oddziału dziennego, jak i wyłączenia z badania, to: ciężkie zaburzenia zachowania, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, ostry epizod psychotyczny, zaburzenia jedzenia z BMI poniżej 16, niepełnosprawność intelektualna. Do badania zrekrutowano 33 dziewczęta oraz 11 chłopców w wieku 15–20 lat. Badani byli uczniami krakowskich liceów ogólnokształcących.

Uczestnicy wypełnili kwestionariusz empatii Cohena, Davisa oraz TCI w dwóch punktach czasowych w pierwszych dwóch tygodniach od przyjęcia, a następnie pół roku później. W trakcie półrocznego okresu badania pacjenci, poza realizowaniem obowiązku szkolnego, korzystali z intensywnego programu terapeutycznego (dwa razy w tygodniu grupa terapeutyczna, trzy razy w tygodniu społeczność terapeutyczna, terapia indywidualna, socjoterapia) oraz farmakoterapii. Każdy pacjent oraz jego rodzina uzyskali informację o celu, metodzie i czasie trwania badania. Od każdego pełnoletniego pacjenta, a w wypadku osób niepełnoletnich również od rodziców, uzyskano pisemną zgodę na przeprowadzenie badania kwestionariuszowego.

Opisy skal

Skala empatii Davisa

Skala empatii (Indeks reaktywności interpersonalnej – IRI) Marka H. Davisa została stworzona do badania empatii rozumianej jako wielowymiarowy konstrukt [16]. Kwestionariusz obejmuje 4 skale: „Fantazji” (F), „Przyjmowania perspektywy” (PP), „Empatycznej troski” (ET) oraz „Osobistej przykrości” (OP), a każda z nich składa się z 7 pozycji (łącznie 28 pozycji). Skale OP oraz ET mierzą afektywny aspekt empatii,

przyjmowanie perspektywy uważane jest za złożony proces poznawczy, natomiast umiejscowienie skali F na wymiarze „afektywny – poznawczy” nie jest jednoznaczne. Ma ona służyć do pomiaru skłonności do wyobrażania sobie samego siebie w roli bohaterów filmów i książek.

Skala empatii Cohena

Skala empatii Cohena, inaczej *Skala zachowania Cambridge (Cambridge Behaviour Scale)*, to kwestionariusz służący do pomiaru współczynnika empatii (*Empathy Quotient – EQ*) autorstwa Simona Barona-Cohena i Sally Wheelwright w polskim tłumaczeniu Agnieszki Wainaina-Woźnej (pobranym ze strony internetowej Autism Research Centre) [17]. Podobnie jak IRI mierzy wymiar emocjonalny i poznawczy empatii. Zadanie badanego polega na ustosunkowaniu się do 40 twierdzeń przez określenie, w jakim stopniu każde z nich jest w jego wypadku prawdziwe. EQ z założenia ma implikacje kliniczne, w przeciwieństwie do wielu istniejących przed nią narzędzi. Służy temu, by wykrywać niedorozwój lub brak empatii będący cechą psychopatologii.

Skale kwestionariusza TCI

Kwestionariusz temperamentu i charakteru (Temperament and Character Inventory – TCI), będący operacjonalizacją psychobiologicznego modelu osobowości Cloningera, jest baterią skal wykorzystywanych do pomiaru różnych wymiarów temperamentu i charakteru [1]. Składa się z 240 twierdzeń, do których osoba badana ustosunkowuje się, wybierając jedną z dwóch możliwych odpowiedzi: „prawda” lub „fałsz”. Czternaście pozycji tego kwestionariusza nie wchodzi do żadnej ze skal i w intencji twórców metody ma stanowić podstawę do oszacowania prawdopodobieństwa występowania zaburzeń osobowości u osoby badanej. Tak więc właściwy kwestionariusz składa się z 226 pozycji.

TCI mierzy cztery podstawowe wymiary temperamentu:

- (a) poszukiwanie nowości (*novelty seeking*) – tendencję do aktywnego reagowania na nowe bodźce. Na wymiar poszukiwania nowości składają się następujące podwymiary: ciekawość poznawcza NS1 (*exploratory excitability*) vs. sztywność poznawcza (*stoic rigidity*), impulsywność NS2 (*impulsiveness*) vs. refleksyjność (*reflection*), ekstrawagancja NS3 (*extravagance*) vs. powściągliwość (*reserve*) i nieuporządkowanie NS4 (*disorderliness*) vs. zdyscyplinowanie (*regimentation*);
- (b) unikanie szkody (*harm avoidance*) – tendencję do hamowania działań w odpowiedzi na bodźce negatywne. Skala unikania szkody jest wielowymiarową cechą temperamentu wyższego rzędu, składającą się z czterech podwymiarów, takich jak: pesymizm HA1 (*anticipatory worry*) vs. niepohamowany optymizm (*unhibited optimism*), lęk przed niepewnością HA2 (*fear of uncertainty*) vs. ufność (*confidence*), lęk społeczny HA3

- (*shyness with strangers*) vs. towarzyskość (*gregariousness*) oraz męczliwość i astenia HA4 (*fatigability and asthenia*) vs. wigor (*vigor*);
- (c) uzależnienie od nagrody (*reward dependence*) – skłonność do podtrzymywania zachowania w odpowiedzi na pozytywne wzmocnienia. Zależność od nagrody jest wielowymiarową cechą temperamentu wyższego rzędu, składającą się z trzech następujących podwymiarów: sentymentalność RD1 (*sentimentality*) vs. niewrażliwość (*insensitivity*), przywiązanie RD2 (*attachment*) vs. oderwanie (*detachment*) i zależność RD3 (*dependance*) vs. niezależność (*independance*);
- (d) wytrwałość (*persistence*) – zdolność do samodzielnego podtrzymywania danego rodzaju aktywności, obejmującą takie zachowania jak: pozytywna odpowiedź na sygnały zwiastujące spodziewaną nagrodę, zintensyfikowanie pracy w odpowiedzi na sporadycznie stosowane kary oraz podtrzymywanie zachowania w odpowiedzi na pojawianie się nagrody; oraz trzy następujące wymiary charakteru, służące do pomiaru cech osobowości nabywanych w trakcie rozwoju osobniczego:
- (e) samokierowanie (*self-directedness*) – zdolność człowieka do kontrolowania, regulowania i dostosowania własnego zachowania w celu adaptacji do sytuacji. Samokierowanie to wielowymiarowa cecha charakteru wyższego rzędu składająca się z następujących podwymiarów: odpowiedzialność SD1 (*responsibility*) vs. zrzucanie odpowiedzialności (*blaming*), celowość postępowania SD2 (*purposefulness*) vs. brak ukierunkowanych celów (*lack of goal direction*), zaradność SD3 (*resourcefulness*), samoakceptacja SD4 (*self-acceptance*) vs. borykanie się z samym sobą (*self-striving*) oraz dobre nawyki SD5 (*congruent second nature*);
- (f) skłonność do współpracy (*cooperativeness*) – zdolność człowieka do identyfikacji i akceptacji zachowań innych osób. Skłonność do współpracy to wielowymiarowa cecha charakteru wyższego rzędu, która składa się z następujących pięciu podwymiarów: akceptacja społeczna C1 (*social acceptance*) vs. nietolerancja społeczna (*social intolerance*), empatia C2 (*empathy*) vs. brak społecznego nastawienia (*social disinterest*), gotowość do niesienia pomocy C3 (*helpfulness*) vs. brak gotowości do niesienia pomocy (*unhelpfulness*), wyrozumiałość C4 (*compassion*) vs. mściwość (*revengefulness*) i zintegrowane sumienie C5 (*integrated conscience*);
- (g) autotranscendencja (zdolność do oderwania się od własnej osoby) (*self-transcendence*) – poczucie danej osoby, że jest ona częścią wszechświata (wymiar ten związany jest z duchowością). Podobnie jak inne wymiary charakteru również autotranscendencja jest wielowymiarową cechą wyższego rzędu, na którą składają się trzy podwymiary: kreatywne przekraczanie „Ja” ST1 (*self-forgetfulness*) vs. świadomość „Ja” (*self-conscious experience*), transpersonalna identyfikacja ST2 (*transpersonal identification*) vs. izolacja personalna (*self-isolation*) i akceptacja duchowości ST3 (*spiritual acceptance*) vs. racjonalny materializm (*rational materialism*).

Analiza statystyczna

Rozkłady zmiennych (wyniki poszczególnych skal) opisano za pomocą wartości średnich i odchylenia standardowego (*SD*) oraz mediany. Porównanie wyników poszczególnych skal na początku leczenia i po 6 miesiącach leczenia przeprowadzono za pomocą testu Anova dla powtarzanych pomiarów. Analiza statystyczna została wykonana w pakiecie SPSS ver. 26 (IMAGO PRO 6, Predictive Solutions Sp. z o.o.). Za istotne statystycznie uznane zostały zależności, dla których $p < 0,05$.

Wyniki

Statystyki opisowe

W badaniu wzięło udział 44 badanych w wieku 15–20 lat (średnio 16,9 lat), 41% z nich ($n = 18$) miało eksternalizacyjne zaburzenia zachowania, 59% ($n = 26$) spełniało kryteria zaburzeń internalizacyjnych. W badaniu 25% ($n = 11$) stanowili chłopcy, 75% ($n = 33$) dziewczęta. Badani byli objęci farmakoterapią dostosowaną do obserwowanych objawów: 100% pacjentów z diagnozą zaburzeń internalizacyjnych otrzymywało leki przeciwdepresyjne, wśród pacjentów z zaburzeniami eksternalizacyjnymi – 66,7%. Podobny odsetek pacjentów z zaburzeniami internalizacyjnymi (69,2%) oraz eksternalizacyjnymi (61,1%) otrzymywał neuroleptyki (N). Niewielkie odsetki pacjentów z obu grup: zaburzeń internalizacyjnych i eksternalizacyjnych otrzymywały leki psychostymulujące (PS) (odpowiednio 11,5% i 16,7%) (tab.).

Tabela. Psychofarmakoterapia w grupach pacjentów z zaburzeniami internalizacyjnymi i eksternalizacyjnymi

Wyszczególnienie	Zaburzenia internalizacyjne	Zaburzenia eksternalizacyjne
Płeć		
Kobiety	21 (80,8%)	12 (66,7%)
Mężczyźni	5 (19,2%)	6 (33,3%)
Wiek		
Średnia wieku	16,73	17,17
Stosowane leki psychiatryczne		
LD	5 (19,2%)	2 (11,1%)
N	0	3 (16,7%)
PS	0	
LD + N	12 (46,2%)	4 (22,2%)
LD + PS	1 (3,8%)	1 (5,5%)
LD + N + PS	2 (7,7%)	2 (11,1%)

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

LD + N + LN	5 (19,2%)	2 (11,1%)
Bez leczenia		3 (16,7%)

LD – leki przeciwdepresyjne; N – neuroleptyki; PS – psychostymulanty; LN – leki normotymiczne

Zmiany natężenia skal TCI i empatii

Na wykresie przedstawiono zmiany natężenia cech temperamentu i charakteru między pierwszym a drugim pomiarem.

Zmiany w natężeniu cech temperamentu

Analiza wyników testu Anova dla powtarzanych pomiarów wykazała istotną statystycznie zmianę w natężeniu skali zależności od nagrody (RD3) u nastolatków z zaburzeniami internalizacyjnymi. Wartość skali zmniejszyła się istotnie statystycznie między pierwszym a drugim pomiarem ($0,65 \pm 1,4$; $p < 0,05$). Odnotowano także wzrost dwóch pozostałych skal zależności od nagrody RD1 i R2 między pierwszym a drugim pomiarem, odpowiednio $0,61 \pm 1,6$ i $0,92 \pm 2,5$, na poziomie tendencji statystycznej.

Nie odnotowano istotnych statystycznie różnic w natężeniu cech temperamentu u nastolatków z rozpoznaniem zaburzeń eksternalizacyjnych. Zaobserwowano natomiast spadek natężenia jednej ze skal unikania szkody HA1 między pierwszym a drugim pomiarem ($0,63 \pm 2,3$) na poziomie tendencji statystycznej ($p = 0,07$).

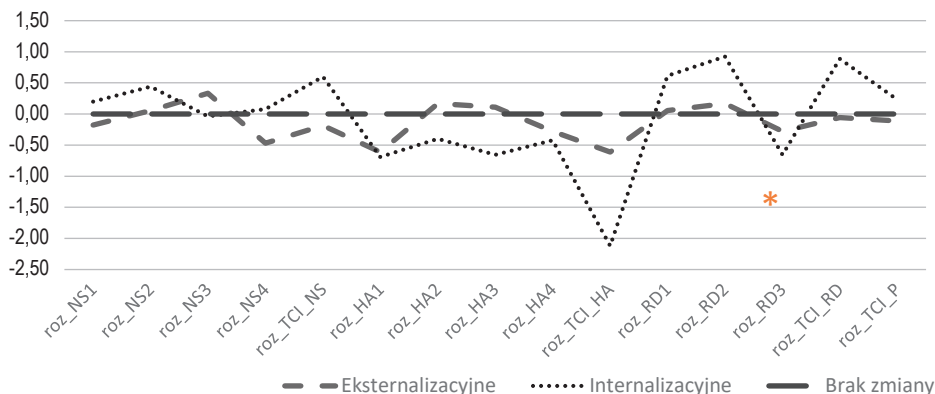
Zmiany w natężeniu cech charakteru

Analiza wyników dla powtarzanych pomiarów wskazała na istotną statystycznie zmianę natężenia dwóch podskal charakteru: autotranscendencji (ST2) i samokierowania (SD2) między pierwszym a drugim punktem pomiaru w podgrupie nastolatków z rozpoznaniem zaburzeń internalizacyjnych. Wartości skal wzrosły istotnie statystycznie odpowiednio $0,92 \pm 0,5$ ($p < 0,05$) oraz $0,65 \pm 0,29$ ($p < 0,05$). Nie odnotowano istotnych statystycznie różnic w natężeniu cech charakteru u nastolatków z rozpoznaniem zaburzeń eksternalizacyjnych. Zaobserwowano natomiast niewielki spadek ($0,5 \pm 1,3$) wartości skali C5 na poziomie tendencji statystycznej ($p = 0,08$) w tej podgrupie.

Zmiany w poziomie empatii

Analiza wyników testu Anova dla powtarzanych pomiarów wykazała istotną statystycznie zmianę w natężeniu w skali „Fantazji” (*Skala empatii* Davisa) w podgrupie pacjentów z zaburzeniami internalizacyjnymi. Obserwowano istotny statystycznie wzrost empatii mierzony w skali „Fantazji” między pierwszym a drugim pomiarem

(o $2,6 \pm 4,6$; $p < 0,05$). W podgrupie nastolatków z zaburzeniami eksternalizacyjnymi odnotowano wzrost (o $2,1 \pm 4,45$) natężenia skali „Fantazji” na poziomie tendencji statystycznej ($p = 0,08$).



Wykres. Zmiany w natężeniu cech temperamentu i charakteru w zaburzeniach internalizacyjnych i eksternalizacyjnych między pierwszym a drugim pomiarem

Dyskusja

Zmiany temperamentu i charakteru

W opisywanym badaniu zaobserwowano u młodzieży istotne zmiany w cechach temperamentu i charakteru po pół roku leczenia w strukturze oddziału dziennego. Odnotowano istotny wzrost natężenia samokierowania oraz autotranscendencji, zmiany trzech wymiarów zależności od nagrody (dla dwóch z trzech na poziomie tendencji statystycznej: sentymentalność vs. niewrażliwość oraz przywiązanie vs. odłączenie) u młodzieży z rozpoznaniem zaburzeń internalizacyjnych. Przywołane wyniki opisują istotne zmiany dla zdrowia i rozwoju nastolatków z objawami depresyjno-lękowymi – wzrost celowości działania (wzrost SD2), transpersonalnej identyfikacji, czyli przeżywania siebie jako części jakiejś wspólnoty (ST2), wzrost serdeczności, empatii, okazywania emocji (wzrost RD1), przywiązania do innych ludzi (wzrost RD2) oraz większą samodzielność i zdolność opierania się na sobie (spadek wartości RD3).

Otrzymane wyniki częściowo korespondują z doniesieniami z literatury przedmiotu o wpływie leczenia na cechy temperamentu i charakteru u młodzieży i dorosłych. Badanie Lyoo i wsp. [18] jest jednym z wielu potwierdzających tezę, że zmiany w cechach charakteru mogą być rezultatem zastosowanego leczenia psychoterapeutycznego, natomiast zmiany w cechach temperamentu jako wynik zastosowanej farmakoterapii. W niniejszym badaniu uczestnicy leczenia w strukturze oddziału dziennego byli eksponowani na intensywną psychoterapię indywidualną oraz grupową, jak również farmakoterapię, co może tłumaczyć zmiany temperamentalne i charakterologiczne. Pacjenci przyjmowali przede wszystkim leki przeciwdepresyjne i przeciwpsycho-

tyczne, rzadziej psychostymulanty czy leki normotymiczne. Ich wpływ na zmiany w poziomach empatii i cech charakteru oraz temperamentu nie mógł być poddany dokładnej analizie ze względu na zbyt małą grupę badaną.

W opisywanym badaniu pacjenci leczeni w oddziale dziennym cechowali się istotnie wyższym natężeniem samokierowania po pół roku leczenia. Cytowane w niniejszej pracy badania innych autorów opisują korelację między niskimi wynikami samokierowania u młodzieży a podejmowanymi przez nią samouszkodzeniami, w tym próbami samobójczymi. Dodatkowo pacjenci leczeni z powodu zaburzeń zachowania i emocji cechują się niskim natężeniem samokierowania [19-21]. Wzrost samokierowania może być czynnikiem chroniącym przed samouszkodzeniami oraz może wpływać na lepsze przystosowanie, mniejsze ryzyko występowania zaburzeń nastroju i większą regulację emocji. W badaniu prospektywnym Cloningera i wsp. [22] przeprowadzonym w grupie 631 pacjentów oceniano wpływ cech charakteru i osobowości na predykcję (prognozowanie, przewidywanie) wystąpienia zaburzeń nastroju w ciągu 12 miesięcy. Wykazano, że wyjściowe poziomy unikania szkody i samokierowania wyjaśniają około 52% wariacji zmian w natężeniu depresji w 12. miesiącu badania. Ustalono też, że samokierowanie jest istotnym markerem działania funkcji wykonawczych, stanowiących czynnik protekcyjny depresji. Z kolei unikanie szkody stanowi marker emocjonalnej podatności na depresję [22].

W niniejszym badaniu pod wpływem zastosowanego leczenia obserwowano wzrost dwóch wymiarów zależności nagrody, takich jak większa sentymentalność i przywiązanie, a mniejszą zależność od nagrody. Na podstawie opisu skal zaproponowanych przez Cloningera otrzymane wyniki można zinterpretować następująco: pacjenci z zaburzeniami internalizacyjnymi z jednej strony stawali się bardziej wrażliwi, empatyczni i związani z innymi, z drugiej bardziej samodzielni i opierający się na sobie. W metaanalizie przeprowadzonej przez Miettunena i Raevuori [23], obejmującej 75 badań porównujących cechy temperamentu i charakteru między pacjentami cierpiącymi na zaburzenia psychiczne (9 rozpoznań) a grupą kontrolną, wykazano różnicę w natężeniu zależności od nagrody. U pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych nasilenie zależności od nagrody było statystycznie istotnie niższe niż u zdrowych ochotników. W zaburzeniach lękowych obserwowano podobny efekt, ale bez osiągnięcia istotności statystycznej [23].

W badaniu z użyciem neuroobrazowania przeprowadzonym w subpopulacji 72 nastolatków w wieku 9–14 lat cierpiących z powodu zaburzeń lękowych wykazano inny wzorec aktywności mózgowej w zadaniu oceniającym reakcję na wygraną i przegraną w funkcjonalnym rezonansie magnetycznym w podgrupie pacjentów odpowiadających na terapię i pacjentów na nią nieodpowiadających. Choć między grupą kliniczną a grupą kontrolną nie zaobserwowano istotnych różnic w aktywności prążkowiej oraz kory przedczołowej podczas wykonywania zadania w fMRI, to już między grupą pacjentów odpowiadających na terapię i pacjentów na nią nieodpowiadających zaobserwowano istotne różnice. U pacjentów odpowiadających na terapię odnotowano istotnie większą aktywność w przedniej korze zakrętu obręczy oraz jądrze półkuli. W przywołanym badaniu zmiany dotyczyły głównej skali zależności od nagrody, nie jej składowych [24]. Choć w badaniu pilotażowym nie ma odniesienia

do grupy kontrolnej, cytowane badania pozwalają zakładać, że leczenie w oddziale dziennym zbliża funkcjonowanie badanych do zdrowszego i dojrzalszego oraz zwiększa potencjalnie obniżoną zależność od nagrody.

W naszym badaniu nie zaobserwowaliśmy zmian w poziomie unikania szkody oraz poszukiwania nowości w grupie pacjentów z zaburzeniami internalizacyjnymi. Można to tłumaczyć tym, że poszukiwanie nowości jest podwyższone u nastolatków samouszkodzających się [11, 25] sięgających po substancje psychoaktywne [26], podejmujących nieskuteczne próby samobójcze czy z zaburzeniami zachowania (opozycyjno-buntowniczymi) [20]. Niższe natężenie poszukiwania nowości odnotowano u pacjentów z zaburzeniami lękowymi (np. OCD) w porównaniu z pacjentami z nawracającymi zaburzeniami nastroju [27] oraz u pacjentek z zaburzeniami odżywiania dokonującymi samouszkodzeń w celu innym niż samobójczym [19]. Wysokie natężenie poszukiwania nowości jest w świetle przywołanych badań istotnie związane z występowaniem zaburzeń eksternalizacyjnych. Uważa się, że wymiar poszukiwania nowości jest mediowany przez układ dopaminowy, natomiast unikania szkody przez układ serotoninergiczny. W naszym badaniu zgodnie z przewidywaniami nie odnotowaliśmy istotnej zmiany dla poszukiwania nowości w grupie pacjentów z zaburzeniami internalizacyjnymi. Nie zaobserwowaliśmy także zmian w grupie pacjentów z zaburzeniami eksternalizacyjnymi, choć można było się ich spodziewać.

Jedną z istotnych zmian opisywanych w badaniu był wzrost autotranscendencji (skali „Transpersonalnej identyfikacji”) u nastolatków z zaburzeniami internalizacyjnymi. Dane na ten temat nie są konkluzywne. Część dostępnych badań sugeruje, że wyższe wartości autotranscendencji przyczyniają się do większego przypisywania odpowiedzialności za swoje życie siłom wyższym, mniejszej zdolności wytrzymywania frustracji i większego ryzyka podejmowania prób samobójczych [10, 28]. Ale też w badaniach Trouilleta i Gany [2] to właśnie wysoka autotranscendencja była skorelowana pozytywnie z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych.

W opisywanym badaniu nie stwierdzono istotnych statystycznie zmian w natężeniu cech temperamentu i charakteru u młodzieży leczonej z powodu zaburzeń eksternalizacyjnych. Ujawniono natomiast spadek na poziomie tendencji statystycznej jednej ze skal unikania szkody w tej podgrupie pacjentów. W badaniu Kima i wsp. [29] wykazano, że w grupie badanych nastolatków obecność objawów z kręgu zaburzeń eksternalizacyjnych istotnie statystycznie korelowała z wysokim natężeniem unikania szkody oraz poszukiwania nowości. Brak istotnych zmian można tłumaczyć także rodzajem zastosowanych interwencji. Leczenie w oddziale dziennym opierało się przede wszystkim na psychoterapii zorientowanej psychodynamicznie, psychoanalitycznie lub systemowo. Z badań wynika, że ten rodzaj terapii jest skuteczniejszy w zaburzeniach internalizacyjnych niż w zaburzeniach eksternalizacyjnych. Weitkamp i wsp. [30] porównywali skuteczność psychoterapii psychoanalitycznej (65 sesji) w grupie pacjentów z zaburzeniami eksternalizacyjnymi w odniesieniu do grupy kontrolnej (pacjentów oczekujących na miejsce do psychoterapii, otrzymujących sesje terapii wspierającej). Po 25 sesjach (6 miesięcy) nie zaobserwowano istotnych różnic w skuteczności między obiema grupami. Po upływie roku grupa otrzymująca terapię psychoanalityczną doświadczyła istotnej redukcji objawów eksternalizacyjnych, raportowanych zarówno

przez pacjentów, jak i ich rodziców [30]. Niewielka liczebność grupy z zaburzeniami eksternalizacyjnymi nie pozwalała na wyodrębnienie podgrup różniących się odpowiedzią na zastosowane leczenie. Zwiększenie liczebności grupy badanej oraz wydłużenie czasu obserwacji umożliwi ustalenie, w jakim stopniu zastosowane leczenie wpływa na cechy temperamentu i charakteru u nastolatków leczonych z powodu zaburzeń eksternalizacyjnych.

Zaskakujący wynik – spadek jednego z wymiarów skłonności do współpracy (zintegrowanego sumienia) na poziomie tendencji statystycznej w grupie pacjentów z zaburzeniami eksternalizacyjnymi – można tłumaczyć tym, że aktywność terapeutyczna w oddziale dziennym jest nastawiona na wyrażenie swoich przekonań i emocji w celu pracy nad nimi. Można zakładać, że leczenie w oddziale dziennym nie obniżyło współpracy u nastolatków z zaburzeniami eksternalizacyjnymi, natomiast zmniejszyło tendencję do pozytywnej (nieprawdziwej) autoprezentacji i zwiększyło otwartość w wyrażaniu siebie (w tym ujawniania niewłaściwych zachowań i leżących u ich podstawy motywów). Przy czym ta hipoteza wymaga weryfikacji.

Zmiany w natężeniu empatii

W badaniu wykazano, że natężenie empatii w jednej ze skal („Fantazji”) wzrosło w sposób istotny statystycznie po pół roku leczenia w oddziale dziennym młodzieżowym u pacjentów z zaburzeniami internalizacyjnymi. W wypadku zaburzeń eksternalizacyjnych odnotowano wzrost w tej skali na poziomie tendencji statystycznej. Porównanie wyjściowego poziomu empatii oraz zmian po leczeniu między grupą kliniczną oraz grupą kontrolną pozwoliłoby na dokładniejszą interpretację otrzymanych wyników (wykluczenie wpływu czasu na wzrost empatii wśród badanych nastolatków). Niemniej wzrost empatii u młodzieży leczonej psychiatrycznie jest zbieżny z wynikami innych badań. Przykładowo de Wied i wsp. [31] oceniali zmiany w poziomie empatii u 90 nastolatków pozostających w placówkach opiekuńczych z powodu zaburzeń internalizacyjnych, eksternalizacyjnych, ADHD, zaburzeń opozycyjno-buntowniczych, zaburzeń zachowania, całościowych zaburzeń rozwoju po pół roku psychoterapii u 31 psychoterapeutów (łącznie). Badacze wykorzystali do oceny empatii skalę Davisa oraz *Skalę podstawową empatii*. Jako wymiar empatii poznawczej potraktowali wyniki skal „Fantazji” i „Przyjmowania perspektywy”, wskaźnikami empatii afektywnej były wyniki skal „Empatycznej troski” oraz „Osobistego dystresu”. Wykazano, że w wyniku zastosowanej terapii doszło do wzrostu empatii poznawczej, której natężenie z kolei było pozytywnie skorelowane z efektami terapii [31].

W opisywanym badaniu zaobserwowano wzrost empatii poznawczej – przejawiającej się wzrostem jednej ze skal („Fantazji”). W badaniach Namby i wsp. [32] dowiedziono, że w *Skali empatii* Davisa jedynie skala „Fantazji” jest istotnym statystycznie predyktorem trafności empatycznej – czyli umiejętności empatycznego reagowania na innych ludzi. Jej wzrost u nastolatków leczonych zarówno z powodu zaburzeń eksternalizacyjnych, jak i internalizacyjnych może się zatem wiązać z większą niż dotychczas gotowością do reagowania w sytuacjach społecznych wymagających empatycznego rozumienia.

Wnioski

Szereg badań z udziałem nastolatków wskazuje, że psychoterapia w wieku rozwojowym przyczynia się do lepszego funkcjonowania społecznego dzieci i nastolatków. Wyniki przeprowadzonego badania sugerują, że 6-miesięczne leczenie psychoterapeutyczne i farmakologiczne nastolatków w strukturze oddziału dziennego może się przyczyniać do zmian osobowości na poziomie cech charakteru i temperamentu oraz empatii u nastolatków z zaburzeniami internalizacyjnymi, w mniejszym zaś stopniu wśród nastolatków z zaburzeniami eksternalizacyjnymi. Opisane w niniejszym badaniu cechy: wzrost zależności od nagrody, samokierowania, autotranscendencji oraz empatii poznawczej są związane z większą odpowiedzialnością za swoje życie i działanie, większym zaangażowaniem w interakcje z innymi ludźmi czy w psychoterapię, przystosowaniem społecznym i lepszą regulacją emocji.

Ograniczenia badania

Przedstawione badanie stanowi pilotaż do dalszych badań porównujących zmiany cech temperamentu, charakteru oraz natężenia empatii między nastolatkami leczonymi psychiatrycznie w strukturze oddziału dziennego oraz grupą kontrolną. Ważnym ograniczeniem badania jest brak grupy kontrolnej – porównanie otrzymanych wyników z wynikami zdrowych ochotników umożliwiłoby przypisanie zaobserwowanych zmian oddziaływaniom terapeutycznym, z wykluczeniem wpływu czasu, istotnego m.in. dla rozwoju umiejętności empatyzowania. Kolejnym ograniczeniem badania jest brak informacji o wpływie stosowanych leków na uzyskane wyniki. Pacjenci przyjmowali przede wszystkim leki przeciwdepresyjne i przeciwpsychotyczne, rzadziej psychostymulanty czy leki normotymiczne. Ich oddziaływanie na zmiany w poziomach empatii i cech charakteru oraz temperamentu nie mogło być poddane dokładnej analizie ze względu na zbyt małą grupę badaną. Będzie to przedmiotem kolejnej analizy.

Badanie przeprowadzono dzięki funduszom własnym UJ CM (grant N41/DBS/000646), po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UJ CM (nr 1072.6120.175.2021).

Piśmiennictwo

1. Cloninger CR. *Temperament and personality*. Curr. Opin. Neurobiol. 1994; 4(2): 266–273.
2. Trouillet R, Gana K. *Age differences in temperament, character and depressive mood: A cross-sectional study*. Clin. Psychol. Psychother. 2008; 15(4): 266–275.
3. Wysocka E, Ostafińska-Molik B. *Zaburzenia internalizacyjne i eksternalizacyjne a typ rodziny pochodzenia: analiza teoretyczna i wyniki badań*. Resocjal. Pol. 2014; 8(8): 131–155.
4. Basharpour S, Mozaffari SS, Jafary E, Molavi P. *The role of temperament and character dimensions in predicting state-trait anxiety in high school students*. J. Res. Health 2018; 8(2): 116–122.
5. Deotto A, Eastwood JD, Toplak ME. *Temperament profiles associated with internalizing symptoms and externalizing behavior in adolescents with ADHD*. Child Psychiatry Hum. Dev. 2022; 53(1): 109–123.

6. Copeland W, Landry K, Stanger C, Hudziak JJ. *Multi-informant assessment of temperament in children with externalizing behavior problems*. J. Clin. Child Adolesc. Psychol. 2004; 33(3): 547–556.
7. Zappitelli MC, Bordin IA, Hatch JP, Caetano SC, Zunta-Soares G, Olvera RL i wsp. *Temperament and character traits in children and adolescents with major depressive disorder: A case-control study*. Compr. Psychiatry 2013; 54(4): 346–353.
8. Bensaeed S, Jolfaei A, Jomerhi F, Moradi A. *The relationship between major depressive disorder and personality traits*. Iran J. Psychiatry 2014; 9(1): 37–41.
9. Nery FG, Hatch JP, Nicoletti MA, Monkul ES, Najt P, Matsuo K i wsp. *Temperament and character traits in major depressive disorder: Influence of mood state and recurrence of episodes*. Depress. Anxiety 2009; 26(4): 382–388.
10. Ardani AR, Naghibzadeh B, Farid Hosseini F, Asadpour Z, Khabazianzadeh F. *Temperament and character personality profile and affective temperaments in self-poisoning nonlethal suicide attempters*. Psychiatry Res. 2015; 229(1–2): 394–400
11. Tschan T, Peter-Ruf C, Schmid M, In-Albon T. *Temperament and character traits in female adolescents with nonsuicidal self-injury disorder with and without comorbid borderline personality disorder*. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2017;11(1):1–10.
12. Milone A, Cerniglia L, Cristofani C, Inguaggiato E, Levantini V, Masi G i wsp. *Empathy in youths with conduct disorder and callous-unemotional traits*. Neural. Plast. 2019; 2019: 9638973.
13. Galán CA, Choe DE, Forbes EE, Shaw DS. *Interactions between empathy and resting heart rate in early adolescence predict violent behavior in late adolescence and early adulthood*. J. Child Psychol. Psychiatry Allied. Discip. 2017; 58(12): 1370–1380.
14. Gambin M, Sharp C. *The relations between empathy, guilt, shame and depression in inpatient adolescents*. J. Affect. Disord. 2018; 241: 381–387
15. Davis MH. *A multidimensional approach to individual differences in empathy*. J. Pers. Soc. Psychol. 1980; 44(1): 113–126.
16. Baron-Cohen S, Wheelwright S. *The empathy quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences*. J. Autism Dev. Disord. 2004; 34(2): 163–175.
17. Lyoo IK, Yoon T, Kang DH, Kwon JS. *Patterns of changes in temperament and character inventory scales in subjects with obsessive-compulsive disorder following a 4-month treatment*. Acta Psychiatr. Scand. 2003; 107(4): 298–304.
18. Buelens T, Costantini G, Luyckx K, Claes L. *Comorbidity between non-suicidal self-injury disorder and borderline personality disorder in adolescents: A graphical network approach*. Front. Psychiatry 2020; 11: 580922.
19. Kerekes N, Falk Ö, Brändström S, Anckarsäter H, Råstam M, Hofvander B. *The protective effect of character maturity in child aggressive antisocial behavior*. Compr. Psychiatry 2017; 76: 129–137.
20. Dukanac V, Džamonja-Ignjatović T, Milanović M, Popović-Ćitić B. *Razlike u temperamentu i karakteru kod adolescenata sa raznim poremećajima ponašanja*. Vojnosanit Pregl. 2016; 73(4): 353–359.
21. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. *Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects*. J. Affect. Disord. 2006; 92(1): 35–44.
22. Miettunen J, Raevuori A. *A meta-analysis of temperament in axis I psychiatric disorders*. Compr. Psychiatry 2012; 53(2): 152–166.

23. Sequeira SL, Silk JS, Ladouceur CD, Hanson JL, Ryan ND, Morgan JK i wsp. *Association of neural reward circuitry function with response to psychotherapy in youths with anxiety disorders*. Am. J. Psychiatry 2021; 178(4): 343–351.
24. Karimi S, Pirmoradi M, Ashouri A, Aghebati A. *Relationship of temperament and character traits, emotional regulation and perceived parenting with self-harming behaviors in adolescents*. Iran J. Psychiatry Clin. Psychol. 2021; 26(4): 448–463.
25. Cinnamon Bidwell L, Knopik VS, Audrain-McGovern J, Glynn TR, Spillane NS, Ray LA i wsp. *Novelty seeking as a phenotypic marker of adolescent substance use*. Subst. Abuse. Res. Treat. 2015; 9(Suppl 1): PMC4472033.
26. Kusunoki K, Sato T, Taga C, Yoshida T, Komori K, Narita T i wsp. *Low novelty-seeking differentiates obsessive-compulsive disorder from major depression*. Acta Psychiatr. Scand. 2000; 101(5): 403–405.
27. Yang JH, Rhee SJ, Park CHK, Kim MJ, Shin D, Lee JW i wsp. *Self-transcendence mediates the relationship between early trauma and fatal methods of suicide attempts*. J. Korean Med. Sci. 2021; 36(5): 1–15.
28. Kim SJ, Lee SJ, Yune SK, Sung YH, Bae SC, Chung A i wsp. *The relationship between the biogenetic temperament and character and psychopathology in adolescents*. Psychopathology 2006; 39(2): 80–86.
29. Weitkamp K, Daniels JK, Romer G, Wiegand-Grefe S. *Psychoanalytic psychotherapy for children and adolescents with severe externalising psychopathology: An effectiveness trial*. Z. Psychosom. Med. Psychother. 2017; 63(3): 251–266.
30. Wied de M, Graaff van der J, Rooij de G, Scheepers F, Hoekstra PJ, Branje S i wsp. *The role of client empathy in treatment outcome in a sample of adolescents referred to forensic youth psychiatric services*. Child. Youth Serv. Rev. 2020; 118: 105301.
31. Namba S, Kabir RS, Matsuda K, Noguchi Y, Kambara K, Kobayashi R i wsp. *Fantasy component of interpersonal reactivity is associated with empathic accuracy: Findings from behavioral experiments with implications for applied settings*. Read. Psychol. 2021; 42(7): 788–806.

Adres: Renata Modrzejewska
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
Katedra Psychiatrii, Zakład Zaburzeń Afektywnych
e-mail: renatam@cm-uj.krakow.pl

Otrzymano: 31.10.2023

Zrecenzowano: 15.12.2023

Otrzymano po poprawie: 6.02.2024

Przyjęto do druku: 27.02.2024