

Paulina Konopielko, Jan Tylka

Nasilenie reakcji depresyjnych u mężczyzn z chorobą niedokrwienną serca w zależności od właściwości struktury osobowości

The level of depression depending on personality factors in coronary patients

Instytut Psychologii UKSW

Wprowadzenie

W krajach rozwiniętych choroby układu krążenia stanowią największy problem zdrowotny. Szacuje się, że są przyczyną 48% wszystkich zgonów w Europie i corocznie odpowiadają za śmierć 4 mln ludzi, przewyższając znacznie inne jednostki chorobowe. Według danych z 1996 roku w Polsce prawie połowa zgonów była spowodowana głównie chorobą niedokrwienną serca (12). Zrealizowane pod koniec ubiegłego wieku programy badawcze zaowocowały wskazaniem obok somatycznych (m.in. wysokiego poziomu cholesterolu, nadciśnienia), również czynników psychosocjalnych pozostających w związku z zachorowaniem na chorobę wieńcową. Mogą one poprzedzać pojawienie się choroby lub znacznie pogarszać rokowanie u osób z już rozpoznany schorzeniem. Przeważnie wymieniane są takie czynniki ryzyka, jak: typ A zachowania, przewlekły stres, izolacja społeczna i depresja. Opublikowana w 1987 metaanaliza badań z lat 1945–1985 jednoznacznie wskazała na koincydencję depresji i ryzyka zachorowania na chorobę niedokrwienną serca. Barefoot i współpracownicy, analizując wyniki 1250 pacjentów z chorobą wieńcową, stwierdzili, że obecność depresji powoduje wzrost ryzyka zgonów sercowych aż o 69% (8, 9). Dolegliwościom wieńcowym towarzyszy znacznie nasilony lęk, niepokój i obniżenie nastroju. Szacuje się, że około 65% chorych po zawale manifestuje objawy

depresyjne, które mają charakter przejściowy, ale u 16% do 22% pacjentów symptomy te mają większe nasilenie, trwają dłużej i spełniają kryteria diagnostyczne dużej depresji (7). Obecnie zachowania depresyjne i ich związek z zaburzeniami układu sercowo-naczyniowego stały się domeną zainteresowania psychokardiologii. U niektórych pacjentów oba schorzenia mogą współistnieć na zasadzie przypadkowej koincydencji, u innych choroba niedokrwienna serca może warunkować wystąpienie depresji bądź odwrotnie, interakcja może również przebiegać dwustronnie. W zasadzie choroba niedokrwienna serca i depresja zawsze wzajemnie modyfikują swój przebieg (8, 9). Zarówno z powodu chorób układu krążenia, jak i zaburzeń nastroju cierpi coraz większa część populacji, a odsetek zgonów z tych przyczyn wciąż rośnie. Należy podkreślić, że występowanie depresji u chorych kardiologicznych daje efekt sumaryczny i większą dysfunkcję niż każde z tych schorzeń oddzielnie (17). Zaburzenia depresyjne w przebiegu choroby niedokrwiennej serca mogą być związane z mechanizmami biologicznymi bądź ze stosowaniem specyficznej farmakoterapii. Dlaczego jednak u niektórych chorych, mimo iż sytuacja terapeutyczna pacjentów kardiologicznych jest podobna, występują tylko przejściowe reakcje depresyjne, a u innych rozwija się pełny obraz choroby? Dlaczego niektórzy pacjenci manifestują więcej symptomów depresyjnych od tych, którzy często są w gorszym stanie fizycznym? Może

elementem różnicującym jest układ cech osobowości.

W piśmiennictwie spotkać możemy badania, których wyniki potwierdzają istnienie pewnych cech osobowości przedchorobowej (np.: introwersja lub neurotyzm). Właściwości te mogą być predyspozycją indywidualną jednostki do późniejszego rozwoju zaburzeń depresyjnych (15). Mogą również wpływać na formę, przebieg i częstotliwość epizodów depresyjnych. I tak, Roy, Hirschfeld i Jorm podkreślają istotnie wyższy poziom neurotyzmu u pacjentów depresyjnych (11). Z badań Costy i McCrae'a i Stone'a wynika, iż neurotyczność jest w pośredni sposób związana z występowaniem dolegliwości somatycznych (ból w klatce piersiowej) (17).

Niektóre zaś cechy, które są ściśle powiązane z epizodem depresyjnym jako jego następstwa i mogą powodować brak poczucia bezpieczeństwa czy rezygnację, zauważa się także u pacjentów po przebyciu zawału (11). Dogłębna analiza struktury osobowości chorego mogłaby się stać pomocna w ocenie stopnia ryzyka pojawienia się reakcji depresyjnych u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. Odpowiednia, kompleksowa terapia, dostosowana do głębokości zaburzeń nastroju, a także z uwzględnieniem dominujących cech osobowości pacjenta, pomogłaby w korzystny sposób wpływać na długoterminowy przebieg choroby niedokrwiennej serca (5, 6).

Cel badań

Celem badań była ocena związku pomiędzy poziomem depresji a wybranymi cechami osobowości pacjentów po zawale serca i wszczęciu pomostów aortalno-wieńcowych. W prezentowanym opracowaniu podjęto próbę odpowiedzi na następujące pytania:

Czy istnieje związek pomiędzy właściwościami struktury osobowości a stopniem nasilenia depresji w chorobie niedokrwiennej serca?

Czy można określić te właściwości struktury osobowości, których nasilenie pozostaje w wyraźnej zależności z depresyjnością?

Materiał i metody badań

W okresie od września 2002 do marca 2003 przebadano grupę 60 mężczyzn (pacjentów

Instytutu Kardiologii), którzy podczas przeprowadzania badań znajdowali się w Klinice Rehabilitacji. Do badań zakwalifikowano osoby po zawale mięśnia sercowego lub (i) po zabiegu pomostowania tętnic wieńcowych (by-pass). Średnia wieku grupy wynosiła 62 lata. Najwięcej, bo 28 mężczyzn znajdowało się w przedziale wiekowym 60–70 lat. Najmniejszą grupę stanowili badani w wieku 40–50 lat, były to zaledwie 4 osoby. Ponad połowa z nich posiadała wyższe wykształcenie, 38, 33% średnie, grupa z zawodowym wykształceniem stanowiła 10%. Mężczyźni żonaci stanowili aż 75% grupy, pozostali byli stanu wolnego (kawaler, wdowiec, rozwiedziony). Przed przystąpieniem do badania psychologicznego każdy pacjent był informowany o jego celu, sposobie wykonania i proszony o wyrażenie akceptacji. Żaden z chorych nie odmówił wykonania testów.

W badaniach zostały wykorzystane następujące metody psychologiczne: Inwentarz Osobowości Costy i McCrae'a (NEO-FFI) oraz BDI – Skala Depresji Becka. Dla celów diagnozy wyłącznie podstawowych cech osobowości Costa, McCrae'a i Stone opracowali kwestionariusz NEO – Five Factor Inventory, oparty na modelu „Wielkiej Piątki”. Poszczególne skale noszą nazwy: neurotyczność ekstrawersja, otwartość na doświadczenie, ugodowość i sumiennosc (20).

A. T. Beck wraz ze współpracownikami stworzył Inwentarz Objawów Depresyjnych, którego zadaniem było ujęcie poszczególnych symptomów depresji i określenie stopnia głębokości zaburzeń. Miał także służyć do odróżniania osób zdrowych od chorych. Inwentarz składa się z 21 kategorii symptomów i postaw charakterystycznych dla zespołów depresyjnych. Każda kategoria opisuje specyficzne zachowania i składa się z czterech twierdzeń uszeregowanych według stopnia nasilenia (od neutralnego – braku depresji do maksymalnego – depresji głębokiej). Wskaźnik nasilenia depresji stanowi suma uzyskanych punktów ze wszystkich kategorii (2).

Wyniki badań

W celu weryfikacji przyjętych hipotez wyniki badań poddano analizie statystycznej, wyznaczając współczynnik korelacji liniowej r-Pearsona i dodatkowo wykonując testy: t-Studenta dla statys-

Tabela 1.
Korelacje między czynnikami NEO-FFI a skalą BDI

	NEU	EKS	OTW	UGD
Poziom depresji	0,32	- 0,36	- 0,34	- 0,26
	p =,011	p =,004	p =,007	p =,041

tyk parametrycznych i U-Manna-Whitneya dla statystyk nieparametrycznych. Za istotne statystycznie przyjęto wartości $p < 0,05$. Stwierdzono występowanie czterech istotnych statystycznie korelacji (tabela 1) pomiędzy nasileniem reakcji depresyjnych a poszczególnymi cechami osobowości: neurotyzmem (NEU), ekstrawersją (EKS), otwartością na doświadczenie (OTW), ugodowością (UGD).

Idąc za sugestiami niektórych autorów (Pużyński, Lefebvre des Noettes), że częściej zaburzeniami depresyjnymi są dotknięte osoby starsze (10, 15), podzielono badanych mężczyzn na dwie podgrupy, przyjmując za kryterium wiek. Mężczyźni poniżej 62 roku życia znaleźli się w grupie pierwszej, natomiast pacjenci powyżej 62 r.ż w drugiej. Okazało się, że mężczyźni starsi uzyskiwali istotnie wyższe wyniki w skali Becka. W grupie pierwszej zanotowano dodatnie związki między depresyjnością a ekstrawersją oraz ugodowością. W grupie osób starszych stwierdzono występowanie istotnego związku między nasileniem reakcji depresyjnych a otwartością na otoczenie. Szczegółowe dane pokazują tabele 2. i 3.

Tabela 2.
Korelacje r-Pearsona między depresją a wymiarami osobowości grupy pierwszej (N=29)

	NEU	EKS	OTW	UGD	SUM
Poziom depresji	0,32	- 0,50	- 0,28	- 0,41	- 0,29
	p =,081	p =,005	p =,139	p =,025	p =,124

Tabela 3.
Korelacje r-Pearsona między depresją a wymiarami osobowości grupy drugiej (N=31)

	NEU	EKS	OTW	UGD	SUM
Poziom depresji	0,32	- 0,24	- 0,38	- 0,08	- 0,31
	p =,079	p =,178	p =,034	p =,633	p =,080

Omówienie wyników

Podjęte badania miały na celu próbę odpowiedzi na pytanie, czy istnieje związek między określonymi cechami struktury osobowości a występowaniem reakcji depresyjnych. Dokonane analizy rzeczywiście ujawniły różnice w depresyjnym sposobie reagowania w zależności od stopnia nasilenia poszczególnych cech osobowości.

W badaniach własnych zanotowano istotną zależność między neurotyzmem a depresyjnością. Dane z piśmiennictwa (Hirschfeld i wsp., Broish i Hecht, Baruch, Mendelson, Tyra) dostarczają licznych dowodów, że osoby bardziej neurotyczne zazwyczaj manifestują więcej symptomów depresyjnych (1, 11, 16).

Najsilniejszą zależność uzyskano pomiędzy poziomem ekstrawersji a dającymi się zaobserwować symptomami depresji. W bogatej literaturze przedmiotu można odnaleźć wiele opisów badań prowadzonych nad oceną związku introwersji z depresją. Między innymi rezultaty badań Tyry oraz Siewierskiej i współpracowników wskazują, że osoby depresyjne są bardziej introwertywne (16, 19). Również Akisal wymieniał introwersję jako jedną z ważniejszych cech osobowości predysponującą do zachorowania (11). Według Eysencka u neurotycznych introwertyków obserwuje się silne skłonności do reakcji depresyjnych (14).

Ponadto wyniki przeprowadzonych badań wskazują na to, iż osoby depresyjne są mniej uległe i bardziej otwarte na doświadczenie. Angst i Clayton opisywali pacjentów depresyjnych jako bardziej agresywnych niż osoby zdrowe. Należy nadmienić, że biegun przeciwstawny do ugodowości zawiera pośród takich cech, jak: egocentryzm, sceptycyzm, skłonności do rywalizacji, właśnie agresywność (3). Ludzie ulegli są prostolinijni, skromni, oraz pełni zaufania, być może chętniej poddają się terapii depresji i zaleceniom lekarzy. Ponieważ są altruistami, to może rzadziej koncentrują się na własnej osobie i swoich dolegliwościach, a tym samym rzadziej manifestują zaburzenia depresyjne. Z kolei Andrzejczyk i współpracownicy podkreślają sztywność struktur poznawczych u pacjentów depresyjnych (19). Może mieć to związek z cechą, jaką jest otwartość na doświadczenie, jej niskie nasilenie charakteryzuje ludzi, którzy preferują konwencjo-

nalne sposoby działania, są konserwatywni w poglądach i wybierają akceptowane społecznie style zachowania. Osoby otwarte są ciekawe zjawisk zarówno świata zewnętrznego, jak i wewnętrznego, są kreatywne i niekonwencjonalne (18). Wydaje się zatem zasadne uznać, że są bardziej elastyczne i potrafią sprawniej poszukiwać wsparcia, pomocy ze strony innych osób (bliscy, personel szpitala), a także z powodzeniem przezwyciężać negatywne stany emocjonalne i przeciwdziałać różnorodnym bodźcom stresowym.

Podsumowanie

Badania potwierdziły sens poszukiwania relacji pomiędzy reakcjami depresyjnymi a cechami osobowości u pacjentów kardiologicznych. Trzeba jednak zwrócić uwagę na kilka czynników, które można by rozważać jako wpływające na poziomy uzyskanych badań. Jedną ze znaczących zmiennych jest jednorodność grupy pod względem płci. Brak zróżnicowania i dobór populacji męskiej został podyktowany doniesieniami literatury wskazującymi, iż mężczyźni znajdują się w grupie większego ryzyka zagrożenia chorobą niedokrwienną serca, a także śmiertelnego zejścia w przebiegu depresji (17).

Zmienne stanowiące czynniki społeczne (poziom wykształcenia, stan cywilny, rodzaj i siła wsparcia) znalazły się w wywiadzie przeprowadzonym przed badaniem, niemniej jednak nie stały się one przedmiotem szczegółowych analiz. Być może mogłyby być obok właściwości struktury osobowości czynnikiem różnicującym poziom nasilenia reakcji depresyjnych.

Czynnikami mogącym także wpływać na wyniki przeprowadzonych badań był dobór pacjentów tylko z zaawansowaną chorobą niedokrwienną serca, po przebytych zawałach mięśnia sercowego lub po wszczepieniu by-passów. Dla wielu chorych był to kolejny pobyt w Instytucie. Liczne badania doświadczalne i kliniczne wykazały, że u osób, które nie przeżyły ani zawału, ani nie przechodziły zabiegów operacyjnych również pojawia się depresja towarzysząca chorobie wieńcowej (1, 4).

Niewątpliwie poddanie kolejnym analizom grupy badawczej, tym razem z uwzględnieniem wyżej

wymienionych pokrótce czynników, przyniosłoby z całą pewnością interesujące wyniki.

Warto zatem odpowiedzieć na pytanie dotyczące celowości niniejszych badań. Pużyński uważa, że osobowość należy raczej analizować w kontekście przebiegu, a nie genetyzacji depresji (15). Co może zatem wnieść do procesu terapii depresji i leczenia choroby niedokrwienną serca poznanie struktury osobowości pacjenta? Zajmując się chorym zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym, duchowym, należy zawsze brać pod uwagę czynnik psychiczny. Znajomość dominujących cech osobowości indywidualnej jednostki pomoże dobrać adekwatne techniki terapeutyczne i przewidzieć ich efektywność, a także skuteczność stosowanych środków farmakologicznych. Wielu badaczy, między innymi Pilonis czy Shawcross, skłania się ku stwierdzeniu, że brak zaburzeń osobowości sprzyja skuteczności leczenia farmakologicznego (11). Oddziaływanie wpływające na poprawę stanu psychicznego (obniżenie symptomów depresyjnych) poprawia zaś rokowanie w przebiegu choroby niedokrwienną serca. Prezentowane wyniki mogą być zatem częściowo użyte do budowania strategii pomocnych w rehabilitacji kardiologiczno-psychologicznej.

Wydaje się również zasadne prowadzenie dalszych badań w tym zakresie, zarówno z punktu widzenia poznawczego, jak i praktycznego (profilaktyka, diagnostyka, terapia).

Streszczenie

Współwystępowanie depresji i choroby niedokrwienną serca próbuje się tłumaczyć w różny sposób. Istotną rolę odgrywają mechanizmy patofizjologiczne. Podkreśla się też brak motywacji pacjentów do poddania się reżimowi rehabilitacji i prewencji miażdżycy oraz wynikającą z tego słabą współpracę z lekarzem. Chorzy nie mają chęci do zmiany trybu życia, są skłonni do izolacji społecznej. Od indywidualnych właściwości struktury osobowości pacjenta może również zależeć nie tylko jego stan fizyczny, ale i psychiczny, a tym samym proces zdrowienia. Przedmiotem niniejszego opracowania stały się wzajemne powiązania pomiędzy wybranymi cechami struktury osobowości (neurotycznością, ekstrawersją,

otwartością na doświadczenie, ugodowością i sumiennością) a poziomem depresji u pacjentów kardiologicznych. Do badań włączono 60 mężczyzn z chorobą niedokrwienną serca w średnim wieku 62 lata. W badaniu wykorzystano kwestionariusz NEO-FFI i Skalę Depresji Becka. Zarówno w całej próbie jak i w podgrupach odnotowano statystycznie istotne związki pomiędzy nasileniem reakcji depresyjnych a neurotycznością (0,32), ekstrawersją (-0,50), otwartością na doświadczenie (-0,38), ugodowością (-0,41). Powyższe wyniki mogą świadczyć o tym, że mężczyźni z wyższym nasileniem reakcji depresyjnych byłiby bardziej neurotyczni, introwertywni oraz mniej otwarci na doświadczenie i ugodowi.

Słowa kluczowe: **choroba niedokrwienna serca, płeć męska, cechy osobowości (ekstrawersja, neurotyzm, ugodowość, sumienność, otwartość na doświadczenie), depresja**

Summary

There are different ways of explaining co-existence depression and coronary heart disease. The pathogenesis mechanisms are playing the substantial role in this process. But also there are underlining such reasons as the lack of motivation to regime of rehabilitation arteriosclerosis prevention and associated with that poor cooperation with doctor. Ill people do not want to change style of their life, they are disposed to social isolation. Not only physical state, but also psychological state and recovering process depend on individual properties of patients personality structure.

The subject of this thesis are correlations between certain personality factors (Extraversion, Neuroticism, Agreeableness, Conscientiousness and Openness to experience) and the level of depression at cardiac patients. The studies included the group of 60 men with coronary heart disease in the average age of 62. NEO-FFI Questionnaire and Beck Depression Scale were used in these studies. In whole group as well as in subgroups, there were noted substantial associations between intensifications of depression reactions and neuroticism (0,32), extraversion (-0,50), openness to experience (-0,38), agree-

ableness (-0,41). The following results suggest that the men with the depression reactions would be more neurotic, more extravert, but less open to experience and less agreeable.

Key words: **coronary heart disease, sex male, traits of personality (extraversion, neuroticism, agreeableness, conscientiousness and openness to experience), depression**

Piśmiennictwo

1. Baruch L.: Wpływ czynników osobowościowych i społecznych na występowanie choroby wieńcowej serca, nerwicy depresyjnej i depresji endogennej (praca doktorska). Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1992.
2. Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M., Moch J., Erbaugh J.: An inventory for measuring depression. *Archives of general Psychiatry* 1961, 4, 561–571.
3. Boyce P., Parker G., Barnett B., Cooney M., Smith F.: Personality as a Vulnerability Factor to Depression. *Br. J. Psychiatry* 1991, 159, 106–114.
4. Chodorowski Z.: Depresja a niektóre choroby somatyczne. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 1998, 7 supl.1 (6), 35–40.
5. Dudek D., Dudek D., Zięba A., Wróbel A., Jawor M., Dubiel J. S.: Depresja w chorobie niedokrwiennej serca. *Przegląd Lekarski* 1999, 56, 302–307.
6. Dudek D., Dudek D., Zięba A., Wróbel A., Zymek P., Dubiel J. S.: Zaburzenia depresyjne a jakość życia u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. *Psychiatria Polska* 2000, 1, 73–80.
7. Dudek D., Dudek D., Landowski J., Wysocki H., Zięba A.: Depresja w chorobie niedokrwiennej serca. PTP, Kraków 2001.
8. Landowski J.: Depresja a choroba niedokrwiennej serca. *Drogowskazy – Terapia depresji* 2000, 2 (2) lipiec, 1–4.
9. Landowski J.: Depresja jako przewlekły stres. *Dyskusje o Depresji* 2001, 17, 2–6.
10. Lefebvre des Noettes V.: Les depressions du sujet age. *Epidemiologie psychiatrique Neurologie. Psychiatrie. Geriatrie* 2002, Annee 2 Janvier-Fevrier, 10–14.
11. Marmurowska-Michałowska H.: Depresja a osobowość. *Wyd. Akademii Medycznej w Lublinie, Lublin* 1995.

12. Pająk A.: Zagrożenie chorobą niedokrwienną serca w populacji polskiej. Czy nastąpił przełom? Medipress Kardiologia 2000, sup. 5.
13. Phillips K. A., Gunderson J. G., Hirschfeld R. M. A., Smith L. E.: A Review of the Depressive Personality. Am. J. Psychiatry 1990, 147, 830–837.
14. Poznaniak W.: Teorie uczenia się jako model normalnego i zaburzonego funkcjonowania jednostki oraz grupy. [W:] Sęk H (red.): Społeczna psychologia kliniczna. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1993.
15. Pużyński S.: Depresja i zaburzenia afektywne. PZWL, Warszawa 1999.
16. Tyra T. L.: Relacje małżeńskie pacjentów depresyjnych. Uniwersytet Warszawski filia w Białymstoku, Białystok 1993.
17. Tylka J.: Psychosomatyka. UKSW, Warszawa 2000.
18. Strelau J.: Osobowość jako zespół cech. [W:] Strelau J. (red.): Psychologia. Podręcznik akademicki, tom 2. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
19. Siewierska A., Niedzielska A., Witkowska-Ulatowska H.: Ocena osobowości młodzieży z cechami depresyjnymi w populacji szkolnej klas VIII. Psychiatria Polska 1993, 5, 473–482.
20. Zawadzki B., Strelau J., Szczepaniak P., Śliwińska M.: Inwentarz osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Adaptacja polska – podręcznik, Pracownia Testów Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 1998.

Adres do korespondencji

Prof. dr hab. Jan Tylka,
Paulina Konopielko
Instytut Psychologii UKSW
ul. Grochowska 284
03-841 Warszawa
e-mail: konopielkop@o2.pl