

Dynamika objawów depresji po zawale serca – znaczenie zmian w poziomie nadziei

Dynamics of depression symptoms after myocardial infarction – the importance of changes in hope

Aleksandra Kroemeke

Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej w Warszawie
Kierownik: dr E. Gruszczyńska

Summary

Aim: The mechanism of dynamics of depression symptoms after myocardial infarction (MI) during six months was examined with reference to (a) whether the changes in coping strategies mediate the effect of changes in cognitive appraisal on changes in the level of depression, and (b) whether this mediation is moderated by the changes in hope.

Methods: Cognitive appraisal (threat/harm, challenge), hope, coping strategies (problem-, emotion- and avoidance-focused) and depression were assessed two times among 173 cardiac patients: a few days after first MI and then six months later.

Results: Only emotion-focused coping partly mediated the relationship between changes in threat/harm appraisal and changes in depression (both direct and indirect effects were positive). The effect of changes in challenge appraisal on depression was only direct and negative. Both direct effects were moderated by the level of changes in hope: the associations between changes in appraisal and depression were significant only when hope do not change or decreased in time.

Conclusions: Associations between dynamics of appraisal and depression during six months after MI were more direct and depended on changes in hope.

Słowa kluczowe: radzenie sobie, depresja, nadzieja

Key words: coping, depression, hope

Wstęp

Doświadczenie zagrażającej życiu choroby, jaką jest zawał serca, jest wysoce stresującym wydarzeniem, które może mieć poważne konsekwencje dla dobrostanu chorego. Stosunkowo częstą reakcją na zawał, niejednokrotnie utrzymującą się przez znaczny okres, są objawy depresyjne [1, 2], choć podkreślić należy, że depresję z chorobami sercowo-naczyniowymi łączą relacje sprzężone i każde z nich może stanowić czynnik ryzyka drugiego [3]. Depresja po zawale serca współwystępuje z ograniczeniami w aktywności fizycznej i powikłaniami sercowymi, włącznie z prawdopodobieństwem

kolejnego zawału oraz wzrostem śmiertelności [1]. Stąd ważne jest poszukiwanie predyktorów objawów depresyjnych oraz zmian ich nasilenia w czasie u chorych po zawałe. Z punktu widzenia teorii stresu wyznacznikami mogą tu być postrzeganie sytuacji zawału, radzenie sobie z nim oraz posiadanie prozdrowotnych zasobów.

Zgodnie z ujęciem Lazarusa i Folkman stres charakteryzuje kontekstualność oraz procesualność [4]. Kluczowa jest tu poznawcza ocena wydarzenia określająca w pierwszej kolejności, czy sytuacja jest stresująca, a jeśli tak, to jakie jest jej znaczenie dla dobrostanu podmiotu (Krzywda/strata, Zagrożenie lub Wyzwanie) [4]. Ocena poznawcza odzwierciedlona jest w doświadczanych przez jednostkę emocjach oraz aktywizuje różne sposoby przezwyciężania stresu, stanowiąc punkt wyjścia do procesu określanego jako radzenie sobie (coping). Radzenie sobie obejmuje zachowania bezpośrednio ukierunkowane na problem, skierowane na regulację emocji lub unikanie. Efektem tych działań na płaszczyźnie psychologicznej jest funkcjonowanie emocjonalne jednostki, np. jej dominujący nastrój.

Rezultaty badań wskazują, że wyższy poziom objawów depresji i ogólnie gorsze emocjonalne przystosowanie do choroby związane są z negatywną oceną sytuacji trudnej (Krzywda/strata lub Zagrożenie) [5–7] oraz działaniami ukierunkowanymi na emocje (a nie na problem) [6–9]. Ocena poznawcza w kategoriach Wyzwania wiąże się z satysfakcją z życia [10] oraz emocjami pozytywnymi [11]. Towarzyszą jej częściej strategie instrumentalne, z kolei ocenom negatywnym – strategie paliatywne [10–12], choć pojawiają się również doniesienia o dodatnich zależnościach pomiędzy oceną Zagrożenie a zadaniowym radzeniem sobie [13].

Konfrontacja z własną chorobą somatyczną niekoniecznie pociągać musi za sobą doświadczanie jedynie depresji i negatywnych emocji [14]. Chorym nierzadko towarzyszy nadzieja na wyzdrowienie lub poprawę własnego stanu zdrowia. Wyniki badań wskazują na związek nadziei z wyższą jakością życia u osób po transplantacji serca [15], większą przeżywalnością wśród chorych z przerzutową chorobą nowotworową różnego typu [16], niższym poczuciem depresji i lęku w populacji ogólnej [15, 17–19] czy mniejszym prawdopodobieństwem pojawienia się lub dalszego rozwoju chorób somatycznych w okresie dwóch lat [20]. Nadzieja dodatnio koreluje także z liczbą strategii poznawczych i instrumentalnych, co związane jest najprawdopodobniej z jej motywacyjną funkcją [21, 22], sprzyjając tym samym efektywniejszemu radzeniu sobie z chorobą [18, 23]. Zdaniem Folkman nadzieja to prozdrowotny zasób, który tworzy z radzeniem sobie dynamiczny, cyrkularny związek, z jednej strony podtrzymując radzenie sobie (coping) i modulując je w kierunku korzystnego rozwiązania transakcji, z drugiej – będąc przez niego rozwijanym i wzmacnianym [24].

Cel badań

Przytoczone badania empiryczne eksplorowały związki pomiędzy zmiennymi procesu radzenia sobie w sposób statyczny, pozwalając jedynie na wskazanie istotnych zależności pomiędzy zmiennymi, ewentualnie wpływów, nie dostarczając informacji o zależnościach pomiędzy dynamicznymi zmianami tych zmiennych w czasie (jak zmiana w czasie jednej zmiennej wpływa na zmianę drugiej). Celem prezentowanych

badania było zidentyfikowanie zmiennych odpowiedzialnych za zmianę liczby objawów depresji u chorych po zawale serca w półrocznej perspektywie oraz określenie mechanizmu tej dynamiki.

W pierwszej kolejności postanowiono sprawdzić, czy zmiany w liczbie raportowanych przez chorych objawów depresji związane są ze zmianami w postrzeganiu zawału serca oraz w podejmowanej aktywności zaradczej chorych. W szczególności testowano, czy zmiany nasilenia strategii zaradczych (ukierunkowanych na zadanie, emocje i unikanie) pełnią funkcję pośredniczącą pomiędzy zmianą postrzegania zawału a zmianą liczby objawów depresji. Oczekiwano istotnych efektów pośrednich zgodnie z założeniami transakcyjnego modelu stresu [por. 4].

W drugim kroku analizowano, czy nadzieja na wyzdrowienie i jej dynamika w czasie jest istotnym moderatorem testowanych wcześniej zależności, a zatem czy o wystąpieniu efektów pośrednich i/lub bezpośrednich decyduje kierunek zmian w zakresie nadziei. Wobec braku jednoznacznej definicji nadziei zdefiniowano ją jako aktualny stan afektywny wyrażający poczucie, że rzeczy będą układały się pomyślnie, przy jednoczesnej niepewności o ich potencjalny rezultat wynikający z realnego oglądu danej rzeczy. W płaszczyźnie treściowej powyższe ujęcie nawiązuje do ustaleń Lazarusa, traktujących nadzieję jako emocję złożoną, którą charakteryzuje współpobudzenie pozytywnego i negatywnego systemu afektywnego [por. 25, 26]. Oczekiwano, że nadzieja (jej zmiana) okaże się istotnym moderatorem testowanych relacji. Przegląd badań pozwala przypuszczać, że nadzieja powinna sprzyjać lepszemu zdrowiu psychicznemu oraz wiązać się z efektywniejszym radzeniem sobie w sytuacji zawału.

Material i metoda

Osoby badane i przebieg badań

Badaniami objęto 173 pacjentów ($N_{\text{kobiety}} = 52$; $N_{\text{mężczyźni}} = 121$) po pierwszym niepowikłanym zawale mięśnia sercowego, w wieku od 27 do 67 lat ($M = 52,92$; $SD = 7,15$). Wszyscy badani leczeni byli metodą angioplastyki balonowej (PTCA). Przed zawałem chorzy nie doświadczali objawów wieńcowych oraz innych poważnych chorób somatycznych czy psychicznych. Przeważająca większość badanych pozostawała w stałych związkach (85,6%), około połowa miała wykształcenie średnie lub wyższe (45%) oraz była czynna zawodowo przed incydem kardiologicznym (52,6%)¹.

Rekrutacja do badań i ich pierwszy etap (T1) odbywał się w trakcie hospitalizacji, średnio w 5. dobie po zawale serca ($N = 200$). Badania miały charakter podłużny, kolejne pomiary odbywały się w okresie poszpitalnym: miesiąc (T2; $N = 180$) i sześć miesięcy (T3; $N = 173$) po zawale (niniejszy artykuł prezentuje jedynie dane z etapów T1 i T3). Ubytek danych był losowy (Little's MCAR test; $p = 0,66$). Udział w badaniach był dobrowolny. Respondenci zostali poinformowani o całej procedurze badawczej i możliwości wycofania się na każdym jej etapie. Badanie uzyskało pozytywną opinię Komisji ds. Etyki Badań Empirycznych z Udziałem Ludzi jako Osób Badanych.

¹ Znaczny odsetek osób badanych to emerytowani górnicy (grupa emerytalnie uprzywilejowana), stąd taki rozkład wykształcenia i statusu zawodowego w badanej grupie.

Narzędzia²

Ocenę poznawczą mierzono Kwestionariuszem Oceny Stresu (KOS) [27]. Analizie poddano dwie kategorie tej oceny: Zagrożenie/krzywda (odpowiednio w T1 i T3 $\alpha = 0,89; 0,93$) oraz Wyzwanie ($\alpha = 0,73; 0,78$). Do pomiaru radzenia sobie wykorzystano Kwestionariusz CISS-S Endlera i Parkera [28] w polskiej adaptacji Wrześniewskiego [29], pozwalający na ocenę strategii zorientowanych na zadanie (ZD; $\alpha = 0,77; 0,75$), emocje (EM; $\alpha = 0,81; 0,81$) oraz unikanie (UK; $\alpha = 0,70; 0,65$). Pomiaru liczby objawów depresji dokonano za pomocą Inwentarza Objawów Depresyjnych Becka – BDI ($\alpha = 0,87; 0,89$) [30, 31]. Do oceny nadziei na wyzdrowienie wykorzystano Kwestionariusz „Ja i Choroba” Heszen i Kwissy³ ($\alpha = 0,73; 0,83$). Narzędzie zbudowane jest z 10 twierdzeń (np. „Wierzę, że w przyszłości wrócę do całkowitego zdrowia”) ocenianych na pięciostopniowej skali od „zdecydowanie nie zgadzam się” do „zdecydowanie zgadzam się”.

Analiza statystyczna

Celem zbudowania wskaźników zmiany w czasie analizowanych zmiennych utworzono standaryzowane reszty regresji w toku analizy regresji, w której zmienną objaśnianą była zmienna mierzona w T3, a zmienną objaśniającą – zmienna mierzona w T1 [32]. Otrzymane tą drogą wskaźniki włączono do analiz zasadniczych. Analizy mediacji i moderowanych mediacji przeprowadzono za pomocą nieparametrycznej procedury bootstrappingu, korzystając z makro dla SPSS 20.0 [33]. Istotą metody jest generowanie większej liczby prób o takiej samej wielkości jak próba wyjściowa poprzez losowanie ze zwracaniem ($N = 5000$), a następnie dla każdej tak utworzonej próby określenie przedziału ufności (CI), w którym z określonym prawdopodobieństwem znajduje się wartość danego parametru w populacji [33]. Jeśli przedział ten nie zawiera zera, to efekt pośredni jest istotny. Zaletą tej metody jest możliwość jednoczesnego testowania kilku mediatorów i moderatorów mediacji. Jest to również metoda najczęściej wykorzystywana i polecana do tego typu analiz [33].

Wyniki

Statystyki opisowe i rezultaty wielozmiennowej analizy wariancji z powtarzaniem pomiarem (MANOVA) prezentuje tabela 1 – *na następnej stronie*. Poziom wszystkich zmiennych, z wyjątkiem oceny Wyzwanie, w ciągu pół roku od zawału serca uległ istotnemu obniżeniu.

Analizy wstępne wykluczyły związek zmiennych kontrolowanych, takich jak wiek, wykształcenie, stan cywilny, posiadanie dzieci, zatrudnienie, bóle wieńcowe, farmakoterapia, nikotynizm, ze zmianą głównych zmiennych w czasie. Jedynie interakcja strategii zorientowanych na emocje i płci okazała się istotna ($F_{[1, 171]} = 3,89; p = 0,05$),

² Z uwagi na specyfikę badanej grupy wykonano analizy czynnikowe dla wszystkich narzędzi i w oparciu o nie zbudowano wskaźniki zmiennych. Podane wartości α Cronbacha pochodzą z analiz własnych.

³ Kwestionariusz ma charakter eksperymentalny i dotyczy nadziei specyficznej (wiązanej z wyzdrowieniem lub poprawą zdrowia). Analizy wskazały na jego zadowalające właściwości psychometryczne zarówno w grupie chorych kardiologicznie, jak i diabetologicznie. Szczegółowe informacje u autorów narzędzia.

stąd włączono płeć jako kowariantę do dalszych analiz. Kontrolowano również poziom depresji w czasie T1 oraz wskaźnik zmiany przeciwstawnej oceny poznawczej.

Tabela 1. Statystyki opisowe i rezultaty MANOVA (N = 173)

Zmienne	M ₁	SD ₁	M ₃	SD ₃	F _(1,172)	p
ZK	28,24	7,18	22,85	8,87	75,01	< 0,001
W	21,83	3,91	22,22	4,29	0,99	0,321
ZD	27,49	5,35	25,70	5,50	20,12	< 0,001
EM	18,00	6,28	15,69	6,09	26,84	< 0,001
UK	14,54	4,97	13,36	4,75	11,48	< 0,001
BDI	10,12	8,23	7,51	7,58	25,04	< 0,001
NADZ	27,52	4,93	26,34	5,99	8,05	< 0,01

ZK – ocena poznawcza Zagrożenie/krzywda; W – ocena poznawcza Wyzwanie; ZD – strategie zorientowane na zadanie; EM – strategie zorientowane na emocje; UK – strategie zorientowane na unikanie; BDI – liczba objawów depresji; NADZ – nadzieja-stan. Indeks: 1 i 3 – odpowiednio: bezpośrednio i pół roku po zawale serca

Jak to się stało, że liczba objawów depresji zmalała? – analiza mediacji

W pierwszej kolejności testowano pośredniczący efekt zmiany w czasie strategii zaradczych zorientowanych na zadanie, emocje i unikanie, w relacji pomiędzy zmianą oceny negatywnej a zmianą liczby objawów depresji. Uzyskano częściową mediację w relacji tych zmiennych. Zmiana postrzegania zawału w czasie w kategorii Zagrożenia/krzywdy związana była bezpośrednio i dodatnio ($\beta = 0,21$; $SE = 0,08$; $p < 0,001$) ze zmianą w raportowanej przez badanych liczbie objawów depresji (spadkowi w czasie jednej z nich towarzyszył spadek drugiej i odwrotnie), a także pośrednio ($\beta = 0,14$; $SE = 0,04$; CI od 0,07 do 0,24 – przedział nie zawiera zera, zatem efekt pośredni jest istotny) poprzez zmiany w dynamice strategii ukierunkowanych na emocje (por. tabela 2). Analiza ujawnia zatem istotne ścieżki od predyktora (ZK) poprzez mediator (EM) do zmiennej objaśnianej (BDI). Brak istotnego związku w relacji ZD–BDI wyklucza związek mediacyjny poprzez instrumentalne radzenie sobie. Zmiana postrzegania zawału jako zagrożenia związana była ze zmianą zachowań regulujących emocje, a te w dalszej kolejności łączyły się ze zmianami w liczbie objawów depresji pół roku po zawale.

Identyczne testowanie przeprowadzono dla dynamiki oceny Wyzwanie. Otrzymane rezultaty wskazały, że relacja zmiany postrzegania zawału jako Wyzwania i zmiany liczby objawów depresji miała charakter jedynie bezpośredni i ujemny: wzrostowi jednej zmiennej towarzyszył spadek drugiej ($\beta = -0,16$; $SE = 0,07$; $p < 0,05$; efekt pośredni: $\beta = -0,01$; $SE = 0,03$; CI -0,07 do 0,05).

Nadmienić trzeba, że wyjściowy poziom objawów depresji (mierzony bezpośrednio po zawale serca) nie był istotnie związany ze wskaźnikiem jego zmiany (nie determinował kierunku tej zmiany; por. tabela 2 – na następnej stronie). Płeć badanych osób przewidywała ten kierunek: u kobiet liczba depresyjnych objawów wzrosła w czasie.

Tabela 2. Wielkości ścieżek w modelu mediacji

X	β (SD) →	Mediator	β (SD) →	Y	Model
ZK T1-T3	0,16 (0,07)*	ZD T1-T3	-0,12 (0,07)	BDI T1-T3	R ² skor. = 0,23 F (8,164) = 6,162***
W T1-T3	0,17 (0,08)*				
ZK T1-T3	0,46 (0,07)***	EM T1-T3	0,31 (0,08)***		
W T1-T3	0,08 (0,07)				
ZK T1-T3	0,11 (0,07)	UK T1-T3	-0,10 (0,07)		
W T1-T3	0,11 (0,08)				
Płeć			-0,32 (0,15)*		
BDI T1			-0,01 (0,01)		

ZK – ocena poznawcza Zagrożenie/krzywda; W – ocena poznawcza Wyzwanie; ZD – strategie zorientowane na zadanie; EM – strategie zorientowane na emocje; UK – strategie zorientowane na unikanie; BDI – liczba objawów depresji; T1-T3 – zmiana w czasie zmiennych; Płeć: 0 – kobiety, 1 – mężczyźni

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Czy zmiany w poziomie nadziei miały znaczenie? – analiza moderowanych mediacji

W celu sprawdzenia, czy efekty pośrednie pomiędzy dynamiką oceny poznawczej a liczbą objawów depresji zależą od dynamiki nadziei, przeprowadzono analizy moderowanych mediacji. Zarówno dla efektów zmiany w postrzeganiu zawału w kategoriach Zagrożenia i krzywdy (dla ZD: $\beta = 0,01$; $SE = 0,01$; CI od -0,01 do 0,04; dla EM: $\beta = 0,03$; $SE = 0,03$; CI od 0,00 do 0,08; dla UK: $\beta = -0,01$; $SE = 0,01$; CI od -0,06 do 0,00), jak i Wyzwania (dla ZD: $\beta = 0,01$; $SE = 0,01$; CI od 0,00 do 0,04; dla EM: $\beta = 0,04$; $SE = 0,02$; CI od -0,003 do 0,08; dla UK: $\beta = 0,01$; $SE = 0,01$; CI od 0,00 do 0,05) nadzieja nie okazała się istotnym moderatorem (wszystkie przedziały ufności zawierają 0).

Testowaniu poddano również zależność związków bezpośrednich pomiędzy analizowanymi zmiennymi od poziomu moderatora ($M \pm 1 SD$). Rezultaty tych testowań, osobno dla oceny Zagrożenie/krzywda i Wyzwanie, prezentuje tabela 3 – na następnej stronie. W obu przypadkach bezpośrednie związki pomiędzy oceną poznawczą a objawami depresji okazały się istotne jedynie w grupie osób, u których w pół roku po zawale poziom nadziei obniżył się (co najmniej o jedno odchylenie standardowe dla standaryzowanych reszt regresji; $-1 SD$) lub nie uległ zmianie (dla standaryzowanych reszt regresji $M = 0$, co interpretowane jest jako brak zmian).

Omówienie wyników i wnioski

W celu określenia mechanizmu dynamiki objawów depresji po zawale serca w ciągu sześciu miesięcy testowano, czy zmiany w zakresie strategii radzenia sobie z chorobą są mediatorem pomiędzy zmianą oceny tego wydarzenia a zmianą liczby

objawów depresji oraz czy mediacje te są moderowane przez zmiany w poziomie nadziei raportowanej przez badanych.

Tabela 3. **Efekty bezpośrednie zmiany oceny poznawczej na zmianę liczby objawów depresji przy specyficznym poziomie moderatora (zmiana nadziei w czasie, NADZ)**

NADZ	Ocena Zagrożenie/krzywda				Ocena Wyzwanie			
	β	SE	t	p	β	SE	t	p
- 1 SD	0,23	0,10	2,30	< 0,05	-0,21	0,10	-2,12	< 0,05
Średnia	0,19	0,08	2,39	< 0,05	-0,14	0,07	-1,95	0,05
+ 1 SD	0,15	0,10	1,43	0,153	-0,07	0,10	-0,67	0,50

Analizy mediacji dostarczyły jedynie częściowego poparcia dla tez Lazarusa i Folkman [4] o pośredniczącej roli strategii zaradczych w relacji poznawczej oceny sytuacji i stanu emocjonalnego. Jedynie zmiana oceny negatywnej zawału serca (Zagrożenie/krzywda) okazała się pośrednio dodatnio związana ze zmianą liczby objawów depresji, a mediatorem tej relacji była dynamika strategii regulujących emocje. Interpretując te rezultaty w kategoriach obniżania się poziomu zmiennych (zgodnie z wynikami MANOVA), spadkowi postrzegania zawału jako zagrożenia towarzyszył spadek paliatywnego radzenia sobie, który w dalszej kolejności związany był ze spadkiem w czasie raportowanych przez badanych objawów depresji (analogicznie: wraz ze wzrostem negatywnej oceny rosło emocjonalne radzenie sobie, a z nim liczba depresyjnych objawów). Mediacja ta miała charakter jedynie częściowy: wprost proporcjonalne zależności pomiędzy zmianą oceny a liczbą depresyjnych objawów miały również charakter bezpośredni. W płaszczyźnie treściowej powyższe rezultaty nie są zaskakujące. Zwykle w badaniach obserwowane są związki negatywnych stanów afektywnych i poznawczych z aktywnością zaradczą koncentrującą się na tych stanach i skierowaną na ich redukcję [6–8]. Po części odpowiedzialne za to mogą być kontaminacje treści itemów kwestionariuszy mierzących te zmienne (pytania o postrzeganie sytuacji w kategoriach negatywnych w KOS, przeżywanie negatywnego afektu w BDI, koncentracja na negatywnym afekcie w CISS-S).

Bootstrappingowe analizy moderowanych mediacji dla powyższego modelu, w którym zmiany w poziomie nadziei badanych w ciągu sześciu miesięcy po zawale były testowane w roli moderatora, nie okazały się istotne. Zatem pośrednicząca rola zmian samoregulacji emocji w relacji dynamiki negatywnej oceny poznawczej i objawów depresji była niezależna od poziomu nadziei (jej wzrostu bądź spadku w czasie). Inaczej zależności te przedstawiały się w testowaniach efektów bezpośrednich. Jedynie u tych osób, u których nastąpił spadek nadziei na poprawę zdrowia w czasie bądź jej poziom nie uległ zmianie, ocena Zagrożenie/krzywda była związana bezpośrednio z dynamiką depresyjnych objawów. Nadziei można zatem przypisać funkcję ochronną. Gdy wzrasta, kontroluje relację negatywna ocena–negatywny afekt, nie dopuszczając do wzmacniania się negatywnej spirali, gdy spada – dodatnie efekty pomiędzy tymi zmiennymi ujawniają się (wzrost Zagrożenia-krzywdy związany był ze wzrostem depresyjnych objawów). Ciekawe, że stałość nadziei na wyzdrowienie przez pierwszych

sześć miesięcy po incydencie kardiologicznym również pozbawiona była korzystnego efektu. Wydaje się zatem, że dla optymalnego przystosowania do zawału istotne było nie tyle to, jak chorzy zareagowali na tę sytuację, czy wzbudzona została nadzieja, a jeśli tak, to jak silna była ta emocja, ale co się z nią działo przez kolejne miesiące – czy była wzmacniana i rosła, czy pozostała stabilna, sztywna bądź malała. Zawał serca, choć sam w sobie jest wydarzeniem incydentalnym wraz ze swoimi bliższymi i dalszymi konsekwencjami, tworzy pewien proces, którego poszczególne etapy i fazy stawiają choremu inne wymagania, niosąc za sobą różny i jakościowo inny ładunek emocjonalny oraz wymagając od chorego innych kompetencji przystosowawczych. Wzrost nadziei na poprawę zdrowia u chorych pół roku po zawale (w porównaniu z pierwszymi dniami po tym wydarzeniu) okazał się niezwykle istotny dla ich emocjonalnego przystosowania. W czasie, kiedy zazwyczaj kończy się zasilek chorobowy, ważą się losy dalszej aktywności zawodowej chorego. On sam zaś staje przed koniecznością ponownego określenia swoich ról społecznych, celów życiowych i aspiracji.

Jaki udział miała tu ocena poznawcza Wyzwanie? Efekt zmiany postrzegania zawału jako wyzwania na zmianę liczby objawów depresyjnych respondentów był bezpośredni i ujemny: wzrostowi oceny Wyzwanie towarzyszył spadek liczby objawów depresji w czasie. Związek ten okazał się moderowany przez równoległe w tym czasie przebiegające zmiany w poziomie nadziei. U osób, u których nastąpił spadek doświadczanej nadziei w ciągu pół roku po zawale lub jej poziom nie uległ zmianie, wzrost Wyzwania szedł w parze ze spadkiem objawów depresji. Sugeruje to, że w sytuacji obniżania się lub braku zmian poziomu nadziei ocena poznawcza Wyzwanie przejęła jego ochronną funkcję. Folkman zwraca uwagę, że nadzieja nie zawsze jest obecna w sytuacji trudnej – raz jest wysoka, raz niska lub nie ma jej wcale [24]. Nie jest zasobem automatycznie samoodnawialnym, ale wymaga pielęgnowania i podtrzymywania. Za jej wzbudzenie, przynajmniej częściowo, odpowiedzialne są procesy poznawcze radzenia sobie, np. przewartościowanie czy ponowna ocena poznawcza. Przypuszczać można, że swój udział będzie tu mieć również ocena w kategoriach Wyzwania uruchamiana wówczas, gdy brak jest nadziei lub jej poziom spada.

Co z pozostałymi rodzajami aktywności zaradczej? Wzrostowi zadaniowego radzenia sobie z zawałem towarzyszył wzrost Wyzwania oraz spadek oceny Zagrożenie/krzywda (rezultaty te były jednak obojętne dla dynamiki nastroju badanych). Otrzymane zależności odpowiadają tym uzyskiwanym z analiz korelacji czy regresji [10, 11, 34, 35]. Wydaje się zatem uzasadnione twierdzenie dotyczące pozytywnych konsekwencji wycofywania się w czasie negatywnej oceny stresu oraz nasilania – oceny pozytywnej. Dynamika strategii zorientowanych na unikanie nie wchodziła natomiast w istotne zależności z żadną z analizowanych zmiennych, co wpisuje się w niejednoznaczne dane na temat roli tego sposobu radzenia sobie [12, 13, 34, 35].

Co ciekawe, dynamika depresyjnych objawów była istotnie związana ze zmianami poznawczymi i behawioralnymi, a nie z wyjściowym nasileniem symptomów, co ma swoje praktyczne implikacje: zmiana przekonań i nastawień partycypuje w zmianie nastroju, a nie głębokość psychopatologii. Na komentarz zasługuje również fakt, że bezpośrednie związki pomiędzy zmianami ocen poznawczych a zmianą liczby objawów depresji były silniejsze niż pośrednie, angażujące akty zaradcze. Rezultat ten może

wynikać z udokumentowanych zależności między procesami poznawczymi a emocjonalnymi [por. 36]. Odróżnienie stanów poznawczych od emocjonalnych na poziomie samoopisu wydaje się zresztą niezwykle trudne, jeśli nie niemożliwe. Stąd wskaźnik oceny poznawczej traktować można jako poznawczą ocenę stanu emocjonalnego. Podobnie rzecz się ma z pomiarem nadziei, która definiowana w kategoriach stanu emocjonalnego w treści itemów odnosi się do jej poznawczych tematów relacyjnych (aspekt poznawczy emocji [26]). Wszystko to można potraktować jako słabość badania. W psychologii stresu i radzenia sobie nie ma jednak innych możliwości pomiaru zjawisk – zarówno poznawczych, jak i afektywnych – jak poprzez ich subiektywne szacowanie i opis przez badanych. Bezpośrednie efekty okazały się również silniejsze w modelach negatywnej oceny poznawczej niż pozytywnej. Wydaje się, że rezultat ten wpisuje się w ogólną tendencję do tzw. inklinacji negatywnej: negatywność jest dobitniejsza i manifestuje się silniej niż pozytywność [37].

Mimo to moderujący efekt nadziei na dynamikę ocen poznawczych i objawów depresji był istotny. Nadzieja na poprawę zdrowia okazała się ważnym zasobem modulującym aktywność zaradczą chorych po zawale serca, chroniącym przed wzrostem doświadczanych objawów depresji. Istotne wydaje się zatem wzbudzanie, pielęgnowanie i wzmacnianie nadziei wśród chorych somatycznie – nie tylko w pierwszym okresie choroby, ale przede wszystkim w perspektywie długofalowej.

Динамика симптомов депрессии после инфаркта миокарда – значение изменений в надежде больного

Содержание

Задание. О пределе динамике симптомов депрессии у пациентов в течение 6 месяцев с определением факта, что изменения в собственной самостоятельности являются медиатором между изменением оценки болезни и изменением в числе симптомов депрессии. Кроме того, является ли степень депрессии и надежды на лучшее модифицируют эти зависимости.

Метод. Мнестическую оценку (угроза/обида, вызов надежды, выработка поведения (ориентировка в проблеме, эмоции и отчужденность) и симптомы депрессии были оценены у 173 больных после нескольких дней после перенесенного инфаркта сердца, а потом после 6 месяцев.

Результаты. Поведение, направленное на эмоции, частично способствовали реляции изменений оценки таких показателей как: угроза/обида и симптомов депрессии (непосредственный и косвенный эффекты – положительные). Эффект изменения оценки – стремление к изменениям в числе симптомов депрессии был только непосредственный и отрицательный. Модератором тестированных реляций были изменения в степени надежды. Непосредственные связи между мнестическими оценками и симптомами депрессии были существенными только у лиц, у которых надежда снизилась, или не претерпела изменений во времени.

Выводы. Связи между динамикой оценки инфаркта и симптомами депрессии были более непосредственными и зависимыми от изменений в степени надежды.

Ключевые слова: самостоятельность, депрессия, надежда

Dynamik der Symptome von Depression nach Myokardinfarkt – Bedeutung von Veränderungen im Bereich der Hoffnung

Zusammenfassung

Ziel. Bestimmung der Dynamik der Symptome von Depression bei Patienten nach dem Myokardinfarkt während sechs Monaten – mit der Berücksichtigung, ob die Veränderungen in den

Coping – Strategien ein Mediator zwischen der Veränderung der Bewertung der Krankheit und der Veränderung in der Zahl der Symptome der Depression sind. Man versucht zu bestimmen, ob der Level der Hoffnung diese Abhängigkeiten moderiert.

Methode. Die kognitive Bewertung (Bedrohung/Schädigung, Herausforderung), Hoffnung, Bewältigungsstrategien (problemorientiert, emotionsorientiert, meidensorientiert) und die Symptome der Depression wurden in der Gruppe der 173 Kranken einige Tage nach dem Infarkt und sechs Monate später bewertet.

Ergebnisse. Emotionsorientiertes Coping nahm teilweise bei der Veränderung der Bewertung Bedrohung/Schädigung und den Depressionssymptomen teil (der direkte und indirekte Effekt positiv). Der Effekt der Veränderung der Bewertung Herausforderung war nur direkt und negativ im Bezug auf die Veränderung in der Zahl der Symptome der Depression. Die Moderatoren der testierten Relationen waren die Veränderungen im Bereich der Hoffnung: direkte Zusammenhänge zwischen den kognitiven Bewertungen und den Symptomen der Depression waren signifikant nur bei den Personen, bei denen die Hoffnung sich in der Zeit nicht verändert hat oder gesunken ist.

Schlussfolgerungen. Die Zusammenhänge zwischen der Dynamik der Bewertung von Infarkt und den Symptomen der Depression waren mehr direkt und von den Veränderungen im Bereich der Hoffnung abhängig.

Schlüsselwörter: Coping, Depression, Hoffnung

La dynamique des symptômes de la dépression après l'infarctus du myocarde – l'importance des changements du niveau de l'espoir

Résumé

Objectif. Présenter la dynamique des symptômes de la dépression après l'infarctus du myocarde (IDM) durant six mois après – pour savoir a/ si les changements des stratégies de se débrouiller sont médiateurs des changements de l'appréciation de la maladie et des changements du nombre des symptômes de la dépression, b/ si le niveau de l'espoir modère ces corrélations.

Méthode. On estime : appréciation cognitive (menace/tort, déficit), espoir, stratégie de se débrouiller (stratégies focalisées sur les problèmes, sur les émotions et sur la fuite), symptômes de la dépression de 173 patients après l'infarctus du myocarde – quelques jours après cet IDM et ensuite six mois après.

Résultats. Les stratégies focalisées sur les émotions servent du médiateur partiellement dans les relations des changements de l'appréciation cognitive (menace /tort) et de symptômes de la dépression (effet positif direct et indirect). L'effet du changement de l'appréciation sur le changement du nombre des symptômes est seulement indirect et négatif. Les changements du niveau de l'espoir sont importants – les corrélations des changements de l'appréciation cognitive et des symptômes sont significantes seulement chez les personnes dont le niveau de l'espoir a diminué ou n'a pas changé durant le temps.

Conclusions. Les corrélations de la dynamique de l'appréciation de l'IDM et des symptômes de la dépression sont plus directes et elles dépendent des changements du niveau de l'espoir.

Mots clés : capacité de se débrouiller, dépression, espoir

Piśmiennictwo

1. van Melle JP, de Jonge P, Spijkerman TA, Tijssen JG, Ormel J, van Veldhuisen DJ. i wsp. *Prognostic association of depression following myocardial infarction with mortality and cardiovascular events: a meta-analysis.* Psychosom. Med. 2004; 66: 814–822.
2. Krzyżkowiak W. *Depresja i objawy depresyjne po zawale serca i ich uwarunkowania psychospoleczne.* Psychiatr. Pol. 2007; 41: 679–691.
3. Dudek D, Siwek M. *Współistnienie chorób somatycznych i depresji.* Psychiatr. 2007; 4: 17–24.

4. Lazarus RS, Folkman S. *Transactional theory and research on emotions and coping*. Eur. J. Pers. 1987; 1: 141–169.
5. Kennedy P, Evans M, Sandhu N. *Psychological adjustment to spinal cord injury: The contribution of coping, hope and cognitive appraisals*. Psychol. Health Med. 2009; 14: 17–33.
6. Pakenham KI, Rinaldis M. *The role of illness, resources, appraisal and coping strategies in adjustment to HIV/AIDS: the direct and buffering effects*. J. Behav. Med. 2001; 24: 259–279.
7. Włodarczyk D, Wrześniewski K. *Depresja i wrogość a ocena sytuacji i strategie radzenia sobie u chorych po zawale serca*. W: Kosińska-Sec K, Szewczyk L, red. *Rozwój, zdrowie, choroba. Aktualne problemy psychosomatyki*. Warszawa: BEL Studio; 2004. s. 54–70.
8. Yamasaki K, Sakai A, Uchida K. *A longitudinal study of the relationship between positive affect and both problem- and emotion-focused coping strategies*. Soc. Behav. Pers. 2006; 34: 499–510.
9. Lutgendorf SK, Antoni MH, Ironson G, Starr K, Castello N, Zuckerman M. i wsp. *Changes in cognitive coping skills and social support during cognitive behavioral stress management intervention and distress outcomes in symptomatic human immunodeficiency virus (HIV) seropositive gay men*. Psychosom. Med. 1998; 60: 204–214.
10. Lequerica AH, Forchheimer M, Albright KJ, Tate DG, Duggan CH, Rahman RO. *Stress appraisal in women with spinal cord injury: supplementary findings through mixed methods*. Int. J. Stress Manage. 2010; 17: 259–275.
11. McGowan J, Gardner D, Fletcher R. *Positive and negative affective outcomes of occupational stress*. New. Zeal. J. Psychol. 2006; 35: 92–98.
12. Florian V, Mikulincer M, Taubman O. *Does hardiness contribute to mental health during a stressful real-life situation? The roles of appraisal and coping*. J. Pers. Soc. Psychol. 1995; 68: 687–695.
13. Franks HM, Roesch SC. *Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis*. Psycho-Oncology 2006; 15: 1027–1037.
14. Folkman S. *The case for positive emotions in the stress process*. Anxiety Stress Coping 2008; 21: 3–14.
15. Evangelista LS, Doering LV, Dracup K, Vassilakis ME, Konashihawa J. *Hope, mood states and quality of life in female heart transplant recipients*. J. Heart Lung Transplant. 2003; 22: 681–686.
16. Gottschalk LA. *Hope and other deterrents of illness*. Am. J. Psychother. 1985; 39: 515–524.
17. Elliott TR, Witty TE, Herrick S, Hoffman JT. *Negotiating reality after physical loss: hope, depression and disability*. J. Pers. Soc. Psychol. 1991; 61: 608–613.
18. Feldman DB, Snyder CR. *Hope and the meaningful life: theoretical and empirical association between goal-directed thinking and life meaning*. J. Soc. Clin. Psychol. 2005; 24: 401–421.
19. Shapiro J, McCue K, Heyman E, Dey T, Haller H. *Coping-related variables associated with individual differences in adjustment to cancer*. J. Psychosoc. Oncol. 2010; 28: 1–22.
20. Richman LS, Kubzansky L, Maselko J, Kawachi I, Choo P, Bauer M. *Positive emotion and health: going beyond the negative*. Health Psychol. 2005; 24: 422–429.
21. Dorsett P. *The importance of hope in coping with severe acquired disability*. Aust. Soc. Work 2010; 63: 83–102.
22. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving LM, Sigmon ST. i wsp. *The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope*. J. Pers. Soc. Psychol. 1991; 60: 570–585.
23. Drack-Zahavy A, Someck A. *Coping with health problems: the distinctive relationships of Hope sub-scale with constructive thinking on resource allocation*. Pers. Individ. Differ. 2002; 33: 103–117.
24. Folkman S. *Stress, coping and hope*. Psycho-Oncology 2010; 19: 901–908.

25. Lazarus RS. *Hope: an emotion and a vital coping resource against despair*. Soc. Res. 1999; 66: 653–678.
26. Lazarus RS. *Uniwersalne zdarzenia poprzedzające emocje*. W: Ekman P, Davidson RJ. red. *Natura emocji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1999. s. 146–153.
27. Włodarczyk D, Wrześniewski K. *Kwestionariusz Oceny Stresu*. Przegl. Psychol. 2010; 53: 479–496.
28. Endler NS, Parker JD. *Assessment of multidimensional coping: task, emotion and avoidance strategies*. Psychol. Assessment 1994; 6: 50–60.
29. Wrześniewski K. *Wstępne informacje dotyczące polskiej wersji kwestionariusza CISS-S, N.S. Endlera i J.D.A. Parkera*. Nie opublikowany maszynopis; 2002.
30. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression*. Arch. Gen. Psychiatr. 1961; 4: 53–63.
31. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne (ocena pilotażowa)*. Psychiatr. Pol. 1977; 11: 417–421.
32. Tabachnik BG, Fidell LS. *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson; 2013.
33. Preacher KJ, Hayes AF. *Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in simple and multiple mediator models*. Behav. Res. Methods 2008; 40: 879–891.
34. Ben-Zur H. *Coping, affect and aging: the roles of mastery and self-esteem*. Pers. Individ. Differ. 2002; 32: 357–372.
35. Carver CS, Scheier MF. *Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction*. J. Pers. Soc. Psychol. 1994; 66: 184–195.
36. Kolańczyk A, Fila-Jankowska A, Pawłowska-Pusiara M, Sterczyński, R. *Serce w rozumie. Afektywne podstawy orientacji w otoczeniu*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2004.
37. Baumeister RF, Bratslavsky E, Finkenauer C, Vohs KD. *Bad is stronger than good*. Rev. Gen. Psychol. 2001; 5: 323–370.

Adres: Aleksandra Kroemeke
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej
03-815 Warszawa, ul. Chodakowska 19/31

Otrzymano: 23.04.2013
Zrecenzowano: 8.06.2013
Otrzymano po poprawie: 15.06.2013
Przyjęto do druku: 9.08.2013