



Doświadczenie choroby w samoocenie mężczyzn i kobiet chorych na depresję endogenną

The subjective experience of illness in male and female patients with endogenous depression

KATARZYNA NOWAK

Z Zakładu Psychologii Klinicznej Dorosłych Instytutu Psychologii
Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego w Lublinie

STRESZCZENIE. Doświadczenie choroby psychicznej powoduje istotne następstwa w wielu sferach życia każdego człowieka. Depresja zaburza funkcjonowanie osoby zarówno w wymiarze poznawczym, emocjonalnym, behawioralnym i społecznym. Badania w grupie pacjentów depresyjnych wykazują, że obraz kliniczny depresji nie jest jednolity i ważnym czynnikiem różnicującym jest płeć. Postanowiono zbadać, czy w subiektywnej ocenie doświadczanych objawów chorobowych mężczyźni i kobiety różnią się między sobą. Badaniami objęto 68 pacjentów, w tym 36 kobiet i 32 mężczyzn, hospitalizowanych z powodu depresji endogennej. Zastosowano następujące metody: „Test przymiotnikowy” (ACL) H.G. Gougha i A.B. Heilbruna do oceny obrazu siebie retrospektywnego i aktualnego, celem stwierdzenia, w jakich obszarach funkcjonowania osobowego wystąpiły zmiany specyficzne dla kobiet i mężczyzn, odzwierciedlające zakres i stopień subiektywnego doświadczania choroby oraz przeprowadzono wywiad kliniczny „Moje doświadczenie choroby” (MDCh) [12], zawierający pytania dotyczące subiektywnego doświadczania i samooceny depresji. Uzyskane wyniki wskazują, że pomiędzy badanymi grupami mężczyzn i kobiet chorych na depresję endogenną występują istotne różnice w subiektywnym doświadczaniu i samoocenie choroby, które wpływają na funkcjonowanie w sferach: poznawczej, emocjonalnej, behawioralnej i społecznej. Uwzględnienie powyższych różnic wykazujących związek z płcią może mieć istotne znaczenie dla oddziaływań terapeutycznych.

SUMMARY. The experience of mental illness has many important consequences in various spheres of human life. Depression disturbs the patient's functioning in various dimensions – cognitive, affective, behavioural and social. Research conducted in depressive patients indicates that the clinical patterns of depression is not homogeneous and that gender is an important differentiating factor in this respect. In the study an attempt was made to check whether male and female patients differ in their self-rating of subjectively experienced symptoms. Participants in the study were 68 patients (32 males and 36 females) hospitalised for endogenous depression. The Adjective Checklist (ACL) by H.G. Gough and A.B. Heilbrun was used to assess the patients' past and present self-image, in order to find out in which areas of personal functioning there were gender-related changes reflecting the extent and degree of the subjective experience of illness. Moreover, a structured clinical interview “My Experience of Illness” (MEI) [12] with items concerning the subjective experience and self-rating of depression was carried out. Obtained results suggest that in the group of patients with endogenous depression males significantly differed from females in their subjective experience and self-rating of depression. The differences affect the patients' cognitive, emotional, behavioural and social functioning. These gender-related differences should be taken into account in therapeutic interventions.

Słowa kluczowe: depresja / doświadczenie choroby / samoocena
Key words: depression / experience of illness / self-rating

Doświadczenie choroby psychicznej powoduje istotne następstwa w życiu każdego człowieka, przejawiające się zakłóceniem jego funkcjonowania intrapsychoicznego i interpersonalnego oraz sprawia, że przewartościowaniu ulegają poglądy, zmieniają się sposoby postępowania, stosunek do własnej osoby i środowiska [3]. Depresja zaburza funkcjonowanie osoby zarówno w wymiarze emocjonalnym, jak i poznawczym, behawioralnym oraz społecznym. W ostatnim dziesięcioleciu coraz częściej podejmowane są badania dotyczące samooceny objawów choroby z punktu widzenia przeżywających ją pacjentów [1, 14, 15]. Mimo, iż wzbudzają one szereg wątpliwości, głównie ze względu na zdolność pacjentów do krytycyzmu wobec własnej choroby psychicznej, to jednak podkreśla się ich wagę w dopełnieniu oceny klinicznej oraz wpływie na efektywność terapii.

Klinicyści jako pierwszoplanowe cechy depresji endogennej podkreślają: obniżenie podstawowego nastroju, obniżenie napędu psychoruchowego lub wystąpienie niepokoju i podniecenia ruchowego, zmiany regulacji licznych zjawisk fizjologicznych i procesów metabolicznych oraz wystąpienie lęku [8, 9, 10].

Z kolei objawy depresji subiektywnie przeżywane i przedstawiane w opisie pacjentów można ująć w następujących kategoriach: depresyjny światopogląd, depresyjne zobojętnienie, depresyjne zmiany w aktywności i relacjach interpersonalnych, co odpowiada doświadczaniu choroby w wymiarach: poznawczym, emocjonalnym, behawioralnym i społecznym.

Depresyjny światopogląd – wymiar poznawczy

Wielu pacjentów wskazuje na zmiany myślenia, zarówno pod względem treści, jak i tempa, które są charakteryzowane jako: poczucie ogólnej niesprawności (w tym częste skargi na kłopoty z pamięcią i koncentracją uwagi), negatywna depresyjna ocena swojej

osoby, swego postępowania i zdrowia, zniekształcenie percepcji teraźniejszości i przeszłości oraz zaprzeczanie własnej przeszłości. Pużyński [8, 10] określa taki swoisty obraz myślenia depresyjnego mianem „światopoglądu depresyjnego” [por. też 2], a jego charakterystykę potwierdza szereg badań [1, 6, 13, 14]. Zięba, Dudek, Jawor [17], zwracają ponadto uwagę na fakt, że taki styl myślenia u osób hospitalizowanych z powodu depresji endogennej może stać się cechą trwałą, utrzymującą się w okresie remisji.

Depresyjne zobojętnienie – wymiar emocjonalny

Chorzy często opisują występujące w depresji zaburzenia nastroju nie tylko jako pogłębiający się smutek, część z nich wskazuje na utratę uczuć, tj. niezdolność do odczuwania i przeżywania emocji związanych z otaczającym światem, innymi ludźmi i swoją osobą [1]. Oprócz anhedonii pacjenci depresyjni wskazują również na: utratę poczucia humoru, szacunku i sympatii do samego siebie, brak źródeł zadowolenia, osłabienie związków emocjonalnych (apatię), skłonność do irytacji, koncentrowanie się na uczuciach depresyjnych [16].

Depresyjne zmiany aktywności – wymiar behawioralny

W samoocenie osób chorych na depresję często pojawiają się skargi związane z obniżeniem napędu psychoruchowego, które w sferze behawioralnej dotyczą: trudności w wykonywaniu codziennych działań, obniżenia aktywności oraz spowolnienia lub zahamowania ruchowego [9]. Oprócz tego niektórzy chorzy wskazują na występowanie takich zachowań, jak: niepokój lub podniecenie ruchowe, zachowania agresywne lub destrukcyjne, napady płaczu, impulsywność, zachowania sprzeczne z osobistym systemem wartości, destrukcyjne zachowania kompulsywne, zachowania *acting-out* (wyładowanie się) lub *giving-up* (poddawanie się), przeja-

wianie nadmiernego perfekcjonizmu, podejmowanie prób samobójczych [16].

Depresyjne zmiany w relacjach interpersonalnych – wymiar społeczny

Podczas choroby pacjenci silnie doświadczają tendencji do izolowania się od otoczenia, wycofywania z kontaktów, unikania towarzystwa innych osób [1, 2, 6, 10]. Równie mocno mogą przeżywać: poczucie nadmiernej zależności od innych, bycie „ofiara” w relacji lub zawężenie umiejętności komunikacji [16]. Badania Zięby, Dudek i Jawor [18, 19, 20] wykazały, że w życiu małżeńskim i rodzinnym chorzy najdotkliwiej doświadczają: oddalenia emocjonalnego od współmałżonka, braku wzajemnego wsparcia, poczucia osamotnienia, braku zainteresowania najbliższej rodziny problematyką depresji i braku tolerancji dla jej objawów, pogorszenie emocjonalnego kontaktu z dziećmi.

CEL BADANIA

Cytowana literatura skłania do postawienia pytania: czy subiektywne doświadczenie

choroby depresyjnej dotyczy tego samego zakresu objawów mężczyzn i kobiet? Doniesienia o różnicach w obrazie klinicznym depresji [5, 7, 17, 18] ze względu na płeć nasuwają przypuszczenie, że tego rodzaju różnice mogą wystąpić również w samoocenie choroby.

Postanowiono zbadać, czy i w jakim zakresie grupy mężczyzn i kobiet chorych na depresję są podobne, jak również czy różnią się między sobą w subiektywnej ocenie swojej choroby. Postawiono hipotezę, że pomiędzy badanymi grupami wystąpią istotne różnice w subiektywnym doświadczaniu objawów depresyjnych.

BADANI PACJENCI

Badaniem objęto 68 chorych, w tym: 36 kobiet i 32 mężczyzn, hospitalizowanych w PSZOZ w Lublinie z powodu depresji endogennej. Głównym kryterium doboru badanych była rozpoznanie choroby afektywnej jednobiegunowej (celem stworzenia grupy o bardziej homogenym zespole zaburzeń afektywnych). Bliższą charakterystykę badanych przedstawiono w tablicy 1.

Tablica 1. Charakterystyka socjodemograficzna badanej grupy

Zmienne socjodemograficzne	Kobiety	Mężczyźni
Płeć	53%	47%
Wiek (średnia±odchylenie standardowe)	48,2 ±6,04	42,5±12,44
Wykształcenie:		
podstawowe	11%	32%
zawodowe	6%	8%
średnie	69%	52%
wyższe	14%	8%
Stan cywilny:		
panna/kawaler	19%	42%
zamężna/zonaty	69%	42%
wdowa/wdowiec	6%	16%
rozwidziona/rozwidziony	6%	-
Miejsce zamieszkania:		
wieś	19%	30%
małe miasto	37%	12%
duże miasto	44%	58%
Czas trwania choroby (średnia±odchylenie standardowe)	6,3±3,88	4,8±3,18
Liczba hospitalizacji (średnia±odchylenie standardowe)	3,5±1,67	2,4±1,08

METODY

W badaniach empirycznych zastosowano „Test przymiotnikowy” (ACL) H.G. Gougha i A.B. Heilbruna oraz wywiad kliniczny „Moje doświadczenie choroby” (MDCh) [12].

„Test Przymiotnikowy” (ACL) H.G. Gougha i A.B. Heilbruna, w polskim tłumaczeniu i adaptacji Z. Płużek, tworzy 300 przymiotników uporządkowanych empirycznie w 37 skal, wśród których wyodrębnia się 5 grup skal opisujących różne aspekty funkcjonowania osobowości, odnoszących się do szerokiego zakresu ludzkich cech i zachowań:

- I. *Skale modus operandi* (od 1 do 4) – informują o sposobie posługiwania się metodą przez badanego oraz pozwalają określić wiarygodność jego odpowiedzi. Grupę tą tworzą skale: 1. Liczba wszystkich zaznaczonych przymiotników do oceny własnej osobowości (No Ckd); 2. Liczba wybranych przymiotników pozytywnych (Fav); 3. Liczba wybranych przymiotników negatywnych (Unfav); 4. Skala typowości (Com).
- II. *Skale potrzeb* (od 5 do 19) – skonstruowane na bazie koncepcji potrzeb Murraya służą do pomiaru osobowościowych korelatów następujących potrzeb psychicznych: 5. Osiągnięć (Ach); 6. Dominacji (Dom); 7. Wytrwałości (End); 8. Porządku (Ord); 9. Rozumienia siebie i innych (Int); 10. Opiekowania się (Nur); 11. Afiliacji (Aff); 12. Kontaktów heteroseksualnych (Het); 13. Ujawniania się (Exh); 14. Autonomii (Aut); 15. Agresji (Agg); 16. Zmiany (Cha); 17. Wsparcia (Suc); 18. Poniżania (Aba); 19. Podporządkowania się (Def).
- III. *Skale tematyczne* (od 20 do 28) badają różne aspekty osobowości i zachowań interpersonalnych: 20. Gotowość poddania się poradnictwu psychologicznemu (Crs); 21. Samokontroli (S-Cn); 22. Zaufanie do siebie (S-Cfd); 23. Przystosowanie osobiste (P-Adj); 24. Idealny obraz siebie (Iss); 25. Osobowość twórcza (Cps); 26. Uzdolnienia przywódcze (Mls); 27. Męskość (Mas); 28. Kobiecość (Fem).
- IV. *Skale analizy transakcyjnej* (od 29 do 33) – opracowane na bazie teorii Berne’a do opisu zachowań interpersonalnych (transakcji), które to zachowania są wyrazem trzech podstawowych stanów osobowości – rodzica, dorosłego i dziecka: 29. Krytyczny rodzic (CP); 30. Wychowawczy rodzic (NP); 31. Dorosły (A); 32. Wolne dziecko (FC); 33. Adoptowane dziecko (AC).
- V. *Skale oryginalności* – inteligencji (od 34 do 37) – opracowane na bazie teorii Welsha, wg którego twórczość i inteligencja ujmowane są jako niezależne wymiary struktury osobowości: 34. Niska oryginalność – wysoka inteligencja (A-1); 35. Wysoka oryginalność – wysoka inteligencja (A-2); 36. Niska oryginalność – niska inteligencja (A-3); 37. Niska oryginalność – wysoka inteligencja (A-4).

Powyższy test wykorzystano do oceny obrazu siebie retrospektywnego (przedchorobowego) i aktualnego (podczas choroby) w celu stwierdzenia, w jakich obszarach obrazu aktualnego wystąpiły zmiany specyficzne dla kobiet i mężczyzn – odzwierciedlające zakres i stopień subiektywnego doświadczenia choroby w funkcjonowaniu osobowym oraz zbadano, czy między grupami występują istotne różnice w obrazie aktualnym.

Ponadto z każdym pacjentem przeprowadzono wywiad kliniczny „Moje doświadczenie choroby” (MDCh) [12], zawierający pytania dotyczące subiektywnego doświadczenia i samooceny depresji.

WYNIKI

W tabl. 2 zostały przedstawione dane dotyczące podstawowych charakterystyk pacjentek i pacjentów z depresją endogenną uzyskane w teście ACL – średnie i odchylenia

standardowe w obrazie aktualnym i retrospektywnym oraz istotności różnic (zastosowano test t-Studenta) pomiędzy tymi obrazami oraz pomiędzy grupami w obrazie aktualnym.

Tablica 2. Porównanie różnic w teście ACL pomiędzy obrazem aktualnym (A) i retrospektywnym (R) w grupie mężczyzn i kobiet chorych na depresję oraz różnic w obrazie aktualnym (A) badanych grup

Skale testu ACL	Mężczyźni (N=32)						Kobiety (N=36)						M – K	
	aktualnie		retrospektywnie		t Studenta		aktualnie		retrospektywnie		t Studenta		aktualnie	
	M	s	M	s	t	p	M	s	M	s	t	p	t	p
1.No Ckd	48,08	7,19	54,00	9,51	-5,29	.0001	52,69	5,55	58,44	5,55	-3,37	.004	-1,91	n.i.
2.Fav	18,75	7,45	40,50	4,30	-8,63	.0001	21,69	10,13	41,69	11,90	-5,99	.0001	-0,85	n.i.
3.Unfav	81,00	10,46	49,58	8,01	9,34	.0001	76,75	16,76	53,88	11,21	6,68	.0001	0,77	n.i.
4.Com	11,17	12,57	32,17	8,78	-5,25	.0001	12,25	15,89	35,06	14,18	-6,22	.0001	-0,19	n.i.
5.Ach	19,92	5,37	46,25	8,13	-9,47	.0001	22,56	5,85	46,44	10,11	-9,16	.0001	-1,23	n.i.
6.Dom	19,83	7,06	45,23	9,32	-7,45	.0001	21,37	3,26	41,94	9,04	-9,38	.0001	-0,77	n.i.
7.End	23,08	8,62	48,42	7,84	-10,8	.0001	30,37	7,99	51,63	12,14	-7,66	.0001	-2,31	.02
8.Ord	29,17	7,76	47,58	8,35	-8,03	.0001	39,94	8,90	53,50	10,50	-4,76	.0001	-3,34	.03
9.Int	28,92	11,24	43,08	6,79	-4,86	.001	32,64	16,36	49,31	10,85	-4,20	.001	-0,68	n.i.
10.Nur	37,58	10,63	51,50	8,17	-6,80	.0001	36,25	14,55	50,13	9,44	-5,11	.0001	0,27	n.i.
11.Aff	26,83	5,80	47,50	5,71	-9,06	.0001	25,75	9,44	44,94	8,62	-6,83	.0001	0,35	n.i.
12.Het	21,83	9,94	48,58	7,94	-6,50	.0001	18,69	9,14	38,19	9,82	-6,19	.0001	,87	n.i.
13.Exh	34,08	6,30	50,00	10,38	-4,75	.001	31,13	5,14	42,06	7,76	-4,42	.0001	1,37	n.i.
14.Aut	46,50	7,15	43,08	12,59	1,11	n.i.	45,38	11,23	40,91	8,04	1,66	n.i.	,30	n.i.
15.Agg	45,50	9,31	48,50	11,74	-0,76	n.i.	37,56	6,61	41,06	6,91	-1,65	n.i.	2,64	.01
16.Cha	39,33	8,80	43,08	14,18	-1,06	n.i.	32,44	4,90	35,31	9,11	-1,37	n.i.	2,64	.01
17.Suc	75,17	8,01	58,00	9,33	8,44	.0001	73,25	6,03	61,69	9,09	4,95	.0001	,72	n.i.
18.Aba	78,50	7,85	55,42	10,18	5,78	.0001	76,75	5,63	62,38	7,48	5,90	.0001	,69	n.i.
19.Def	57,83	6,25	53,83	12,01	1,28	n.i.	57,75	8,47	58,88	6,08	-0,49	n.i.	,03	n.i.
20.Crs	83,50	6,63	50,50	11,47	10,36	.0001	54,13	11,05	42,94	9,64	4,00	.0001	8,15	.0001
21.S-Cn	56,50	5,60	52,83	12,25	1,27	n.i.	64,19	7,50	61,44	8,21	1,08	n.i.	-2,98	.006
22.S-Cfd	15,17	7,12	47,83	9,16	-9,96	.0001	17,75	5,42	41,13	13,21	-6,89	.0001	-1,09	n.i.
23.P-Adj	25,83	5,94	47,00	8,44	-9,27	.0001	27,38	9,95	46,88	9,66	-6,32	.0001	-,48	n.i.
24.Iss	25,42	3,60	46,75	7,15	-8,83	.0001	30,50	6,57	45,63	10,88	-5,31	.0001	-2,41	.02
25.Cps	30,92	7,45	42,58	13,04	-3,83	.003	30,81	5,96	37,00	8,16	-2,57	.02	,04	n.i.
26.Mls	22,17	9,43	44,75	8,71	-7,29	.0001	25,06	10,55	46,94	11,14	-7,37	.0001	-,75	n.i.
27.Mas	33,17	6,41	46,0	7,20	-4,66	.001	39,00	5,38	46,94	8,96	-2,88	.01	-2,62	.01
28.Fem	41,25	8,09	48,67	10,48	-3,23	.008	33,88	10,67	45,31	8,89	-3,92	.001	1,99	n.i.
29.CP	51,92	6,02	48,17	7,91	1,54	n.i.	50,31	6,67	46,69	7,83	1,64	n.i.	,66	n.i.
30.NP	31,00	7,63	50,25	6,47	-10,4	.0001	34,06	10,31	50,56	9,94	-6,71	.0001	-,86	n.i.
31.A	27,17	6,90	42,42	7,83	-8,51	.0001	36,44	8,63	48,81	9,24	-5,14	.0001	-3,05	.005
32.FC	26,83	4,65	48,75	11,60	-6,21	.0001	26,06	3,87	35,94	8,10	-4,34	.001	,48	n.i.
33.AC	77,25	6,69	54,17	6,13	10,19	.0001	71,44	6,55	54,94	10,19	6,95	.0001	2,30	.03
34.A-1	54,50	5,76	47,75	11,69	1,94	n.i.	51,00	6,28	46,00	7,12	2,54	.02	1,51	n.i.
35.A-2	54,08	7,96	43,75	11,19	4,50	.001	53,88	10,84	45,19	8,24	2,93	.01	,06	n.i.
36.A-3	35,50	6,22	52,33	4,87	-7,34	.0001	33,81	9,70	51,75	11,66	-5,43	.0001	,53	n.i.
37.A-4	32,33	7,43	43,92	6,97	-4,73	.001	41,12	7,54	50,19	11,45	-3,45	.004	-3,07	.005

M – średnia; s – odchylenie standardowe; t – statystyka testu t Studenta, p – poziom istotności

Porównując aktualny i retrospektywny obraz siebie u kobiet i mężczyzn chorych na depresję można zauważyć istotne statystycznie różnice w większości skal ACL, co oznacza, że zarówno mężczyźni, jak i kobiety silnie odczuwają wpływ choroby na wiele wymiarów ich osobowego funkcjonowania. Informuje o tym także wskaźnik różnicy D pomiędzy obrazem aktualnym i retrospektywnym, wynoszący w grupie kobiet ok. 19, a w grupie mężczyzn ok. 20, który odzwierciedla nasilenie doświadczanego w chorobie cierpienia i frustracji.

Z kolei porównanie wyników mężczyzn i kobiet w aktualnym obrazie siebie wskazuje, iż istotne statystycznie różnice wystąpiły w kilku skalach: End (Potrzeba wytrwałości), Ord (Potrzeba porządku), Agg (Potrzeba

agresji), Cha (Potrzeba zmiany), Crs (Gotowość poddania się poradnictwu psychologicznemu), S-Cn (Samokontrola), Iss (Skala idealnego obrazu siebie), Mas (Skala męskości), A (Dorosły), AC (Adoptowane dziecko) i A-4 (Niska oryginalność, wysoka inteligencja). Uzyskane wyniki świadczą o tym, że pomiędzy badanymi grupami występują różnice w zakresie samooceny wpływu doświadczanych objawów depresyjnych.

Kontinuum doznań najbardziej doświadczanych podczas choroby stanowią wypowiedzi depresyjnych pacjentów i pacjentek uzyskane w wywiadzie klinicznym „Moje doświadczenie choroby” (MDCh). Poniżej przedstawiono uporządkowane odpowiedzi badanych osób (tabl. 3).

Tablica 3. Samoocena nasilenia poszczególnych objawów w badanych grupach na podstawie MDCh

Objawy	Mężczyźni (N=32)	Kobiety (N=36)
Obniżenie podstawowego nastroju: smutek, przygnębienie zobojętnienie depresyjne	60% 42%	57% 44%
Zaburzenia napędu i aktywności: zaburzenia myślenia zaburzenia pamięci abulia utrata energii, stałe zmęczenie	42% 42% 33% 22%	12% 12% 65% 50%
Lęk: poczucie niepokoju i zagrożenia napięcie ruchowe	23% 52%	50% 6%
Poczucie winy (ocena przeszłości)	-	6%
Pesymizm (ocena teraźniejszości i przyszłości)	66%	62%
Tendencje samobójcze	42%	12%
Poczucie „napiętnowania” chorobą	33%	44%
Relacje interpersonalne: brak potrzeby kontaktów z innymi (izolacja) poczucie osamotnienia nieufność drażliwość obecność/ brak bliskiej osoby w chorobie	67% 25% 8% 16% 81% / 19%	40% 12% 9% 6% 83% / 17%
Pozytywny aspekt choroby: brak obowiązków domowych i zawodowych umocnienie więzi z bliskimi osobami czas na zainteresowania czas na refleksję o sobie i życiu brak odpowiedzi	8% - 7% 42% 43%	25% 19% - - 56%

Uzyskane dane skłaniają do wniosku, że doświadczenie choroby w badanej grupie mężczyzn i kobiet z depresją endogenną nie ma jednolitego charakteru i kierunek różnic wykazuje związek z płcią.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Analizując wyniki, jakie uzyskali pacjenci i pacjentki depresyjne w teście ACL w obrazie siebie („ja retrospektywne” i „ja aktualne”) stwierdzono różnice istotne statystycznie niemalże w tych samych podskalach – odmiennosc wystąpiła jedynie w podskali A-1, w której wyniki w grupie mężczyzn różniły się na poziomie istotnym statystycznie. Oznacza to, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni chorzy na depresję endogenną stanowią homogeniczną grupę w subiektywnym doświadczeniu choroby w następujących wymiarach funkcjonowania osobowego:

1. *W wymiarze poznawczym* zwraca uwagę negatywna samoocena, z którą współwystępują: brak akceptacji siebie i zaufania do siebie, samokrytycyzm, wątpliwość w swoje możliwości, tendencja do pomniejszania swojej wartości, pesymistyczna ocena aktualnej sytuacji i przyszłości, skłonność do marzeń i fantazjowania, trudności w zaplanowaniu i zorganizowaniu działań, poczucie obniżenia sprawności umysłowej. Wyniki te są zgodne z doniesieniami, że chorzy w depresji doświadczają najbardziej: pesymizmu, depresyjnych myśli i niskiej samooceny [6, 13, 17].
2. *W wymiarze afektywnym* wyraźny jest doświadczany smutek, brak zadowolenia i umiejętności cieszenia się życiem, osłabienie zawiązków emocjonalnych, apatia, jak również skłonność do irytacji, rozdrażnienia, zmienności nastroju, pojawia się również poczucie napięcia i niepokój.
3. *W wymiarze behawioralnym* pacjenci depresyjni zwracają uwagę na: małą sku-

teczność i wytrwałość w działaniach zorientowanych na osiągnięcie celu, niską umiejętność organizowania i planowania tychże działań, unikanie zadań wymagających długotrwałego wysiłku, współzawodnictwa, rywalizacji lub zaznaczania własnego Ja, tendencje do zachowań impulsywnych lub agresywnych. Ponadto, kobiety wskazują na silną samokontrolę i sztywność w zachowaniach.

4. *W wymiarze interpersonalnym* badane grupy wskazują na: wycofywanie się z kontaktów, utrzymywanie dystansu, nieufność, małą tolerancję na stres, unikanie rywalizacji, submisyjność, brak zaangażowania w rozumienie zachowania własnego i ludzi, małą wrażliwość na uczucia i potrzeby innych, przy współwystępującej tendencji do poszukiwania opieki i wsparcia emocjonalnego ze strony innych osób.

Porównanie istotnych statystycznie różnic w aktualnym obrazie siebie mężczyzn i kobiet chorych na depresję endogenną skłania do wniosku, że subiektywne doświadczenie choroby jest odmienne w badanych grupach pod względem nasilenia, a nie zakresu objawów. Mężczyźni chorzy na depresję w większym stopniu niż kobiety doświadczają: zmiany w procesach poznawczych (ich myślenie ulega łatwej dezorganizacji, szczególnie w sytuacji stresowej, bardziej pesymistycznie oceniają siebie i swoją aktualną sytuację, łatwiej poddają się irracjonalnym troskom, mają większą tendencję do marzeń i fantazjowania, poczucie bycia pokonanym przez życie), znaczne obniżenie nastroju (pesymizm, brak radości życia), wzrost trudności interpersonalnych (brak niezależności i samodzielności, nieufność, mniejsza odporność na stres i trudności w kontaktach, poczucie opuszczenia i osamotnienia, silna potrzeba poradnictwa psychologicznego i pomocy ze strony innych osób), zaburzenia aktywności (podejmują

działania impulsywne i agresywne, nastawione na szybką gratyfikację, brak im wytrwałości oraz umiejętności planowania i organizacji w realizowanych zadaniach). Z kolei kobiety w porównaniu z mężczyznami w nieco mniejszym stopniu doświadczają depresyjnego nastroju, uważają, że ich myślenie nie ulega łatwo dezorganizacji, zachowania oceniają jako sztywne i uwarunkowane nadmierną samokontrolą, ale przez to bardziej skuteczne i zorganizowane. W relacjach międzyludzkich pacjentki depresyjne unikają zachowań konfliktowych i agresywnych, uważają, że nie potrafią sprostać wymogom kobiecych ról, przejawiają ambiwalentną postawę w poszukiwaniu wsparcia – mimo potrzeby poradnictwa i pomocy innych osób – obawiają się zależności od nich.

Dopełnieniem powyższej analizy jest omówienie danych uzyskanych z wywiadu „Moje doświadczenie choroby” (MDCh). W samoocenie depresji pacjentki kładły nacisk na przeżywane: niezdolność do decydowania i podejmowania działań (65%), pesymistyczną percepcję teraźniejszości i przyszłości (62%), odczuwany smutek i przygnębienie oraz stałe zmęczenie fizyczne i utratę energii (50%), zubożenie oraz lęk (56%) określane jako poczucie niepokoju, napięcia i zagrożenia (44%). Cechował je brak wiary w odzyskanie zdrowia i poczucie „napiętnowania” chorobą (44%) oraz poczucie winy związane z negatywną i pesymistyczną oceną przeszłości (6%). W relacjach interpersonalnych kobiety wskazywały na doświadczenie poczucia izolacji (40%) i osamotnienia (12%), potrafiły jednak wskazać osoby najbliższe w chorobie (83%): rodzeństwo (46%), współmałżonka (34%) lub dzieci (3%). Za pozytywne doświadczenie w chorobie pacjentki uznały „brak pracy” i „odpoczywanie” (25%) oraz wzmocnienie więzi emocjonalnej z bliskimi osobami (19%). Ponad połowa z badanych kobiet nie dostrzegła w chorobie żadnych pozytywnych aspektów.

Z kolei w samoocenie depresji w grupie mężczyzn głównie wskazywano na: pesymistyczną ocenę teraźniejszości i przyszłości (66%), odczuwany smutek i przygnębienie (60%), zaburzenia pamięci i myślenia (42%) oraz lęk (75%) odczuwany jako napięcie ruchowe (42%), ponadto wyraźnie zaznaczają się także tendencje samobójcze (42%). W relacjach interpersonalnych pacjenci depresyjni najbardziej doświadczali poczucia izolacji (67%) oraz poczucia osamotnienia (25%) i wzrost „drażliwości” (16%). Dla większości z nich (43%) osobami najbardziej bliskimi i pomocnymi w chorobie okazali się rodzice. Około połowa z badanych mężczyzn nie potrafiła wymienić pozytywnego aspektu choroby i tyle samo za pozytywne doświadczenie w chorobie uznało „czas na refleksję o sobie i życiu” (49%).

Powyższa analiza ukazuje, że w samoocenie doświadczanych objawów choroby zarówno pacjentki, jak i pacjenci depresyjni podkreślali obniżony nastrój, negatywną i pesymistyczną ocenę siebie, otoczenia, teraźniejszości i przyszłości, przy czym kobiety zdecydowanie bardziej odczuwały „napiętnowanie chorobą”, co potwierdzają także badania Zięby, Dudek i Jawor [18, 20]. Pacjentki bardziej koncentrowały się na odczuwanym zubożeniu, braku woli i energii działania oraz napięciu psychicznym. Mężczyźni silniej doświadczali obniżenia sprawności umysłowej, napięcia ruchowego i myśli samobójczych oraz trudności w relacjach interpersonalnych i wzrostu „drażliwości”, podczas gdy kobiety bardziej zaznaczały wzrost nieufności. Z kolei, o ile u kobiet wystąpiła tendencja do pogłębienia kontaktów emocjonalnych z partnerami życiowymi lub rodzeństwem, o tyle mężczyźni zdecydowanie częściej doświadczali troski i opieki rodzicielskiej. Nasuwa to pytanie o umiejętność pacjentów depresyjnych wyjścia z podporządkowanych ról w relacjach osobowych i nawiązania związków partnerskich. Analiza samooceny pozytywnego aspektu depresji

pokazuje, że w grupie kobiet choroba sprzyja wycofywaniu się z obowiązków zawodowych [por. 17, 18] i zwróceniu ku rodzinie, natomiast mężczyźni skłaniają do autorefleksji.

WNIOSKI

Sumaryczne wyniki uzyskane w teście ACL i wywiadzie „Moje doświadczenie choroby” (MDCh) w grupie chorych na depresję endogenną wskazują, że pomiędzy badanymi kobietami i mężczyznami występują istotne różnice w subiektywnym doświadczaniu i samoocenie depresji, które mają charakter ilościowy i jakościowy. Doświadczenie to w obu grupach jest wartościowane negatywnie i stanowi źródło frustracji i cierpienia. Powyższe wnioski mogą mieć istotne znaczenie w praktyce klinicznej, z uwagi na efektywność terapii u mężczyzn i kobiet chorych na depresję (kobiety negatywnie oceniają szansę wyleczenia i w mniejszym stopniu odczuwają potrzebę poradnictwa psychologicznego i pomocy innych ludzi). Przedstawione badania nie wyczerpują problematyki: samoocena a kliniczna ocena depresji oraz samoocena depresji a skuteczność oddziaływań psychoterapeutycznych.

PIŚMIENNICTWO

- Jarosz M, Poprawska J. Poczucie choroby w psychozie afektywnej. *Psychiatr Pol* 1992; 3-4: 207-14.
- Kępiński A. *Melancholia*. Warszawa: PWN; 1985.
- Kocur J. Psychiatryczne i psychologiczne aspekty farmakoterapii i zaburzeń osobowości. *Psychiatr Pol* 1981; 3: 271-7.
- Landowski J. Patogeneza choroby afektywnej. *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6: 141-51.
- Marmurowska-Michałowska H. *Depresja a osobowość*. Lublin: AM; 1995.
- Mausch K. Rola samowiedzy w przebiegu depresji. *Psychiatr Pol* 1985; 5: 376-9.
- Parnowski T. Obraz psychopatologiczny depresji w chorobie afektywnej jedno- i dwubiegunowej. *Psychiatr Pol* 1984; 6: 577-82.
- Pużyński S. *Depresje*. Warszawa: PZWL; 1988.
- Pużyński S. *Choroby afektywne*. W: Bili-kiewicz A, Strzyżewski W, red. *Psychiatria*. Warszawa: PZWL; 1992.
- Pużyński S. *Depresje i zaburzenia afektywne*. Warszawa: PZWL; 1996.
- Pużyński S. Krótkotrwałe i nawracające zaburzenia depresyjne. *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6: 127-32.
- Sztorc K. *Poczucie zmiany osobowości u osób chorych na depresję*. Lublin: KUL; 1998. Niepublikowana praca magisterska.
- Wciórka J. Depresja w ocenie przeżywających ją pacjentów. *Psychiatr Pol* 1987, 4: 281-7.
- Wciórka J. Ocena i samoocena depresji: porównanie. *Post Psychiatr Neurol* 1992; 1: 349-60.
- Wciórka J. Współczesne klasyfikacje zaburzeń afektywnych. *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6: 109-26.
- Yapko M. *Kiedy życie boli. Dyrektywy w leczeniu depresji*. Gdańsk: GWP; 1995.
- Zięba A, Dudek D, Jawor M. Styl myślenia w depresji endogennej. *Lęk i Depresja* 1996; 1.4: 325-31.
- Zięba A, Dudek D, Jawor M. Refleksje na temat roli czynników społecznych i rodzinnych w depresji endogennej. *Lęk i Depresja* 1996; 1.4: 325-31.
- Zięba A, Jawor M, Dudek D. Relacje małżeńskie pacjentów depresyjnych - implikacje terapeutyczne. *Psychoterapia* 1996; 3: 47-53.
- Zięba A, Jawor M, Dudek D. Problematyka małżeńska pacjentów depresyjnych - przegląd literatury i badania własne. *Psychiatr Pol* 1996; 3: 511-20.