

KAROLINA CHYŻA, ŁUCJA DOMAŃSKA

Depresja poudarowa a poczucie wsparcia społecznego

Post-stroke depression and the sense of social support

Wskaźniki występowania depresji po udarze mózgu przyjmują w różnych źródłach wartość od 20 do 70% (House 1987, Gainotti i Marra, 2002). Tak znaczny rozrzut szacunków wynika między innymi z odmiennych kryteriów diagnostycznych i metod oceny stosowanych przez badaczy oraz różnego czasu, jaki upłynął od zachorowania. Mimo braku zgodności co do rozpowszechnienia zjawiska w opinii klinicystów depresja jest czynnikiem (a) pogarszającym rokowania medyczne (House i in. 1990), (b) obniżającym skuteczność działań terapeutycznych i rehabilitacyjnych (Chemerinski, Robinson i Kosier 2001) oraz (c) negatywnie wpływającym na jakość życia pacjentów.

W badaniach nad etiologią zaburzeń depresyjnych po udarze mózgu zaznaczają się dwa zasadnicze nurty: pierwszy, w którym depresja poudarowa traktowana jest jako bezpośrednie następstwo patologicznych zmian w tkance mózgowej, oraz drugi, w którym ujmowana jest jako psychologiczna reakcja na ujawniające się wskutek choroby utrudnienia w funkcjonowaniu.

W poszukiwaniach mózgowego podłoża depresji poudarowej badane są anatomiczne i biochemiczne korelaty zaburzeń depresyjnych. Wskazuje się na zakłócenia ukrwienia i metabolizmu komórek nerwowych (pierwotny czynnik patogenny) i ich wpływ na złożone procesy neurochemiczne. Najczęściej wymienia się zaburzenia przekazywania w obrębie szlaków zawierających włókna katecholaminergiczne (Robinson i in. 1984, Lipsey i in. 1986, Herzyk 2000). Zdaniem Robinsona i współpracowników, u podłoża depresji poudarowej w następstwie uszkodzenia okolicy czołowej lewej półkuli mózgu leży przerwanie szlaków noradrenergicznych i serotonergicznymi łączących pień mózgu z korą. Przypadki depresji po udarze obejmującym prawą półkulę próbuje się wyjaśnić

uszkodzeniem nadrzędnych ośrodków regulacji nastroju i emocji, tj. m.in. ciała migdałowatego. Udar obejmujący prawą okolicę ciemieniowo-skroniową może wywołać zakłócenia aktywności ciała migdałowatego. Przekazanie do lewej półkuli informacji o zmienionym funkcjonowaniu prawej powoduje ujawnienie się zaburzeń depresyjnych w zakresie nastroju, zachowania i myślenia (Starkstein i in. 1989).

W toku badań stwierdzono występowanie depresji poudarowej po uszkodzeniach mózgu o różnej lokalizacji. Zdecydowana dominacja dysfunkcji jednej z półkul mózgowych w genezie zaburzeń depresyjnych po udarze nie została w dostateczny sposób udokumentowana, a coraz większą uwagę badaczy przykuwa kwestia zaburzeń wymiany informacji między półkulami, uzależnionej od funkcji spoidła wielkiego (Grabowska 1999).

W opozycji do poglądów o organicznej etiologii depresji poudarowej formułowane są opinie, że depresja ma charakter reakcji psychologicznej na sytuację choroby. Podkreśla się, że udar stawia większe wymagania adaptacyjne przed chorym, powoduje zawężenie dotychczasowej aktywności życiowej, ogranicza dotychczasowe sposoby zaspokajania potrzeb i realizacji celów życiowych. Dowodów wspierających hipotezę o reaktywnym charakterze zaburzeń depresyjnych dostarczają badania nad cechami obrazu klinicznego depresji poudarowej oraz odkrywające korelacje między depresją a czynnikami psychospołecznymi.

Gainotti ze współpracownikami (1997) porównał obraz kliniczny depresji poudarowej i depresji endogennej. Stwierdził istotne różnice jakościowe między nimi. U pacjentów po udarze przeważały symptomy reaktywne; swój depresyjny nastrój i poczucie winy chorzy postrzegali jako związane z aktualnym stanem zdrowia. Osoby z depresją endogenną łączyły swój obniżony nastrój i poczucie winy z własną moralną bezwartościowością. Zdaniem Gainottiego różnice te świadczą o heterogeniczności mechanizmów odpowiadających za depresję endogenną i poudarową.

Zaobserwowany wzrost rozpowszechnienia depresji poudarowej po upływie trzech miesięcy od udaru w stosunku do okresu fazy ostrej (z 25 do 31%; za: Åström i in. 1993) również interpretuje się jako potwierdzenie psychologicznego podłoża depresji. Pacjenci w krótkim czasie od zachorowania mają ograniczoną świadomość deficytów, które ujawniają się z całą wyrazistością dopiero po opuszczeniu szpitala, w konfrontacji z wymaganiami codziennego życia (Kauhanen 1999). Depresja rozpoznawana po 3 miesiącach od zachorowania korelowała dodatkowo z zależnością od osób trzecich w codziennej aktywności oraz ograniczeniem kontaktów społecznych (Åström i in. 1993). W grupie pacjentów z depresją poudarową stwierdzono większe upośledzenie sprawności ruchowej niż u chorych po udarze bez depresji (za: Gainotti, Marra 2002); inne badania nie wykazały jednak istotnych związków między stopniem niesprawności a nasileniem zaburzeń depresyjnych (m.in. Stern, Bachman 1991). Analiza zależności

między depresją poudarową a afazją ujawniła większą częstość występowania depresji u pacjentów z afazją niż u chorych bez zaburzeń mowy (Kauhanen 1999), ale związek ten wydaje się ograniczać do okresu 3 miesięcy po udarze (Äström i in. 1993). Chorzy z afazją ruchową są bardziej narażeni na zaburzenia depresyjne niż pacjenci z afazją czuciową, co próbuje się tłumaczyć większą świadomością swych ograniczeń u tych pierwszych (za: Kauhanen 1999).

Z depresją poudarową w okresie między 7. a 9. miesiącem od zachorowania korelują takie zmienne, jak: ogólny stan zdrowia, dochody i wiek, to znaczy, że im gorszy stan somatyczny, niższe dochody i zaawansowany wiek, tym większe ryzyko ujawnienia depresji (Schulz i in. 1988). Istnieją również doniesienia na temat związku między wsparciem społecznym a występowaniem i nasileniem zaburzeń depresyjnych (Cwikel, Izrael 1987, Morris i in. 1991).

Zarysowane powiązania między depresją poudarową a szeregiem zmiennych psychospołecznych nie pozwalają odrzucić hipotezy o reaktywnym podłożu zaburzeń depresyjnych. Tak więc gromadzone dane dostarczają argumentów zarówno za organicznym podłożem tego zjawiska, jak i psychospołeczną patogenezą. Wydaje się, że przyjęcie w badaniach nad genezą depresji poudarowej dychotomii: etiologia mózgowa *versus* psychospołeczna obciążone jest pewną słabością. Zmiany emocjonalne są wynikiem złożonych interakcji między patologią mechanizmów mózgowych regulujących zachowania emocjonalne a skutkami, jakie ta dysregulacja wywiera na funkcjonowanie człowieka (Herzyk 2000). W analizie mechanizmów determinujących obraz i dynamikę funkcjonowania emocjonalnego trudno jest różnicować czynniki pierwotne i wtórne. Podejmowane są próby uwzględnienia interakcji między uwarunkowaniami mózgowymi i środowiskowymi, a w sformułowanych pytaniach akcentuje się nie to, „czy”, ale jaką część wariacji we wskaźnikach emocjonalności wyjaśniają zmienne związane z uszkodzeniem ośrodkowego układu nerwowego, a jaką część tej wariacji określają zmienne psychospołeczne. Prawdopodobnie poszukiwanie informacji na temat tych złożonych interakcji wyznaczy dalszy kierunek badań.

W niniejszym badaniu podjęto próbę opisaną powiązań między objawami depresyjnymi a wsparciem społecznym u osób po udarze. Prace zmierzające do bliższego scharakteryzowania i wyjaśnienia tego związku mogą pomóc zapobiegać zaburzeniom depresyjnym lub minimalizować ryzyko ich wystąpienia. W literaturze przedmiotu wykazano, iż u pacjentów w fazie chronicznej po udarze polepszenie stanu funkcjonalnego korelowało dodatnio ze wsparciem emocjonalnym (im więcej tego wsparcia, tym lepiej), instrumentalnym (z zastrzeżeniem, iż nadmierna jego ilość pociąga za sobą wtórną niesprawność i utrudnia proces readaptacji) oraz informacyjnym (którego ilość zależy od możliwości percepcyjnych i stanu neurologicznego chorego) (Glass, Maddox 1992, Baniukiewicz 1992). Nie wszystkie badania, w których poddano ocenie objawy depresji, potwierdzają istnienie takiego związku (por. Cwikel i Izrael

1987). Na przykład Friedland i McColl (1992) sprawdzili skuteczność Interwencyjnego Programu Wsparcia Społecznego zastosowanego w grupie pacjentów między 6. a 12. miesiącem po przebytych udarze. Uznano, że stwierdzony brak wpływu na funkcjonowanie psychospołeczne chorych wynikał ze zbyt późnego podjęcia działań wspierających. Badacze ocenili, iż program powinien być wdrożony we wczesnym okresie po udarze (podczas hospitalizacji, na co wskazywali już Cwikel i Izrael 1987), ponieważ później może być odbierany jako przedłużający pozostawanie w roli chorego. Wpływ wsparcia społecznego na funkcjonowanie pacjenta zależy od wielu zmiennych, w tym od ilości, rodzaju i źródła otrzymywanego wsparcia oraz od czasu, w jakim zostało udzielone.

W niniejszej pracy oparto się na następującym rozumieniu pojęcia wsparcia:

- wsparcie subiektywnie postrzegane przez osoby badane,
- wsparcie, jako stały element środowiska osoby badanej (wsparcie doświadczane na co dzień, a nie tylko w sytuacji choroby),
- wsparcie, na które składają się cztery komponenty: wsparcie emocjonalne, informacyjne, instrumentalne i wartościujące (por. Sęk 1986, Jaworowska-Obłój i Skuza 1986).

Uzyskiwane wsparcie było oceniane przez pacjentów, którzy również sami wybierali spośród bliskich osobę będącą najistotniejszym źródłem tego wsparcia.

W toku badania poszukiwano odpowiedzi na pytania: czy pacjenci po udarze prawej lub lewej półkuli mózgu różnią się między sobą pod względem struktury objawów depresyjnych oraz czy istnieje istotny związek między nasileniem objawów depresyjnych po udarze prawej lub lewej półkuli mózgu a poczuciem wsparcia społecznego.

CHARAKTERYSTYKA BADANYCH GRUP

W badaniu wzięli udział pacjenci po udarze niedokrwiennym lub krwotocznym mózgu hospitalizowani na oddziałach neurologicznych i rehabilitacyjnych szpitali lubelskich i białostockich. W toku kwalifikowania do badań wyłączano osoby: wykazujące obniżenie poziomu funkcjonowania poznawczego oraz zaburzenia afatyczne uniemożliwiające udział w badaniu, z problemem alkoholowym, z wcześniejszymi urazami czaszkowo-mózgowymi, z zaburzeniami depresyjnymi występującymi w przeszłości. Przebadanych 40 osób utworzyło dwie grupy: z uszkodzeniem prawej półkuli mózgu (P) oraz z uszkodzeniem lewej (L). Dane charakteryzujące badane grupy zamieszczono w tabeli 1.

Tab. 1. Charakterystyka badanych grup (pacjenci z uszkodzeniem prawej – P i lewej – L półkuli mózgu)

Characteristics of the examined groups (patients with damaged right (P) and left (L) hemisphere)

| Zmienne | P (n=20) | L (n=20) |
|---|-------------|--------------|
| Wiek x (s) | 60,2 (11,1) | 61,7 (13,21) |
| Płeć (liczba kobiet/mężczyzn) | 9/11 | 8/12 |
| Wykształcenie (liczba osób): | | |
| podstawowe | 11 | 7 |
| zawodowe | 3 | 4 |
| średnie | 4 | 6 |
| wyższe | 2 | 3 |
| Typ udaru (liczba osób): | | |
| udar niedokrwienny | 14 | 14 |
| udar krwotoczny | 6 | 6 |
| Czas od zachorowania (w dniach) | 26,5 | 26 |
| Poziom sprawności ruchowej (liczba osób): | | |
| bez niedowładów | 3 | 10 |
| z niedowładami | 16 | 8 |
| z porażeniami | 1 | 2 |
| Deklarowane źródło największego wsparcia (liczba osób): | | |
| żona/mąż | 10 | 9 |
| dziecko | 2 | 5 |
| rodzina (małżonek i dzieci) | 4 | 1 |
| członek dalszej rodziny | 2 | 1 |
| przyjaciel, znajomy, sąsiad | 1 | 4 |
| grupa wsparcia (np. organizacja kościelna) | 1 | – |

METODY

W badaniu posłużono się Skalą Depresji Poudarowej Gainottiego i współpracowników (1997) oraz Skalą Wsparcia Społecznego autorstwa Kmieciak-Baran (1995).

Skala Depresji Poudarowej (*The Post-Stroke Depression Rating Scale* – PSDS; Gainotti i in. 1997) została skonstruowana z uwzględnieniem problemów i symptomów występujących u pacjentów z depresją po udarze mózgu. Jest szacunkową skalą przeznaczoną do wypełnienia przez diagnostę po przeprowadzeniu szczegółowego wywiadu klinicznego z pacjentem. Składa się z 10 części dotyczących różnych aspektów zaburzeń emocjonalnych i wegetatywnych po udarze:

- 1) depresyjny nastrój,
- 2) poczucie winy,
- 3) myśli na temat śmierci i/lub myśli samobójcze,
- 4) zaburzenia wegetatywne,
- 5) apatia i utrata zainteresowań,
- 6) niepokój,
- 7) reakcja katastroficzna,
- 8) wzmożone reakcje emocjonalne,
- 9) anhedonia (rozumiana jako niezdolność do przeżywania pozytywnych emocji),
- 10) zmienność nastroju w ciągu dnia.

W każdej części (z wyjątkiem ostatniej) wynik może przyjmować wartość od 0 (stan normalny) do 5 punktów (nasilone zaburzenia). W części 10 wyniki mogą przyjmować wartość ujemną, np. -2 , odpowiadającą dominującej nieumotywowanej porannej depresji, lub dodatnią, np. $+2$, odpowiadającą wyraźnej przewadze depresji uwarunkowanej sytuacyjnie (niepowodzeniami pacjenta związanymi z jego niesprawnością). Dodatkowo w części 1, 2 i 3 osoba badająca określa, czy nastrój pacjenta, poczucie winy i myśli o śmierci są związane z sytuacją, w jakiej się znalazł, czy są niezależne od niej (tłumaczenie pełnego tekstu skali patrz: Domańska 2003).

Wyniki można interpretować w kategoriach tzw. umotywowanego i nieumotywowanego aspektu depresji (Gainotti i in. 1997). Umotywowany aspekt depresji zaznacza się w następujących częściach skali: niepokój, reakcja katastroficzna, wzmożone reakcje emocjonalne, nasilenie objawów w sytuacjach ujawniających niesprawność osoby. Aspekt nieumotywowany ujawnia się w: obniżonym nastroju, poczuciu winy, myślach samobójczych, anhedonii, porannym nasileniem objawów. Nasilenie objawów nieumotywowanych jest charakterystyczne dla depresji endogennej, zaś umotywowanych – dla depresji o charakterze reaktywnym.

Skala PSDS nie daje wyniku globalnego, ponieważ metoda nie była konstruowana z myślą o całościowej ocenie stopnia nasilenia depresji poudarowej. Umożliwia analizę wewnętrznej struktury tego zaburzenia pod kątem różnych symptomów, które wchodzi w jego skład.

Skala Wsparcia Społecznego (Kmieciak-Baran 1995) oparta jest na założeniach koncepcji Tardy'ego (Tardy 1985, za: Kmieciak-Baran 1995) i służy do badania rodzaju oraz siły wsparcia, jakie jednostka otrzymuje od określonych grup społecznych lub pojedynczych osób: rodziny, przyjaciół, kolegów z pracy, szkoły, organizacji formalnych i nieformalnych, profesjonalistów (np. lekarza). W niniejszym badaniu uwzględniono tylko jedno źródło wsparcia: grupę (rodzinę lub przyjaciół) lub osobę (np. małżonek).

Skala składa się z 24 twierdzeń odnoszących się do czterech rodzajów wsparcia:

- (a) informacyjnego (dostarczanie jednostce ważnych dla jej funkcjonowania wiadomości, porad),
- (b) instrumentalnego (udzielanie jednostce konkretnej pomocy),
- (c) wartościującego (dawanie jednostce do zrozumienia, że posiada zdolności lub umiejętności istotne dla prawidłowego funkcjonowania osoby bądź grupy społecznej),
- (d) emocjonalnego (dawanie jednostce do zrozumienia, że zawsze może liczyć na pomoc).

Pacjent wypełniał skalę samodzielnie lub przy pomocy osoby badającej.

Na potrzeby niniejszego badania dokonano niewielkich zmian w sformułowaniach niektórych twierdzeń (np. zdanie: „Pożyczają mi pieniądze, gdy jestem w potrzebie” zastąpiono następującym: „Gdybym był(a) w potrzebie pożyczyliby mi pieniądze”). Zmieniono również zasadę obliczania wyników w taki sposób, aby uzyskanie wysokiego wyniku oznaczało wysoki poziom wsparcia.

Wyniki wyrażono za pomocą pięciu wartości punktowych:

- (1) ogólny wynik określający poziom otrzymywanego wsparcia (maksymalnie 120 punktów – najsilniejsze wsparcie, minimalnie – 24 punkty, tj. brak wsparcia),
- (2) wynik świadczący o poziomie wsparcia informacyjnego,
- (3) wynik świadczący o poziomie wsparcia instrumentalnego,
- (4) wynik świadczący o poziomie wsparcia wartościującego,
- (5) wynik świadczący o poziomie wsparcia emocjonalnego.

Wyniki odnoszące się do nasilenia poszczególnych rodzajów wsparcia przyjmowały wartości od 30 (maksymalnie) do 6 punktów.

WYNIKI

DANE UZYSKANE ZA POMOCĄ SKALI DEPRESJI POU DAROWEJ (PSDS)

W profilu depresyjnym grupy P dominowały takie objawy, jak: depresyjny nastrój, apatia i trudności w kontroli emocji (tabela 2). Najniższe średnie uzyskano w takich aspektach depresji, jak: zmienność objawów w ciągu dnia, reakcja katastroficzna i poczucie winy.

W profilu depresyjnym grupy L największe nasilenie uzyskały objawy depresyjnego nastroju, zaburzeń wegetatywnych oraz trudności w kontroli emocji i anhedonia. Najslabiej zaznaczają się: poczucie winy, myśli samobójcze oraz zmienność objawów w ciągu dnia.

W grupie P u wszystkich osób ujawniających nastrój depresyjny lub poczucie winy stwierdzono umotywowany charakter tych doznań, tj. bezpośrednio ich powiązanie z przeżywaniem niesprawności. U jednej osoby w grupie P myśli o śmierci wydawały się nie mieć charakteru umotywowanego.

Tab. 2. Wyniki uzyskane w Skali Depresji Poudarowej (PSDS) przez osoby z uszkodzeniem prawej (P) oraz lewej (L) półkuli mózgu
 Post-Stroke Depression Scale (PSDS) – the outcome obtained by patients with damaged right (P) and left (L) hemisphere

| Części Skali Depresji Poudarowej | P (n = 20) | | L (n = 20) | |
|----------------------------------|---------------|------|---------------|------|
| | x | s | x | s |
| Depresyjny nastrój | 1,30 | 1,17 | 0,95 | 0,94 |
| Poczucie winy | 0,40 | 0,50 | 0,15 | 0,36 |
| Myśli o śmierci/samobójcze | 0,80 | 0,95 | 0,15 | 0,36 |
| Zaburzenia vegetatywne | 0,80 | 1,05 | 0,85 | 0,99 |
| Apatia | 1,00 | 1,21 | 0,50 | 1,00 |
| Lęk | 0,60 | 0,82 | 0,55 | 0,89 |
| Reakcja katastroficzna | 0,30 | 0,47 | 0,30 | 0,47 |
| Trudności w kontroli emocji | 0,85 | 1,38 | 0,75 | 1,29 |
| Anhedonia | 0,70 | 1,03 | 0,70 | 1,30 |
| Zmienność objawów w ciągu dnia | 0,10 | 0,72 | 0,15 | 0,74 |

W grupie L, podobnie jak w P, objawy depresyjnego nastroju lub poczucia winy miały charakter umotywowany u przeważającej liczby przejawiających je pacjentów, tj. wiązały się z aktualnie przeżywanymi niepowodzeniami uwarunkowanymi chorobą. Tylko u dwóch osób nie stwierdzono takich powiązań.

Średnie wyniki surowe w zakresie większości aspektów depresji są wyższe w grupie P niż L. Największe różnice między średnimi występują w zakresie: myśli o śmierci/samobójczych, apatii, poczucia winy i depresyjnego nastroju. Różnice istotne statystycznie stwierdzono wyłącznie w zakresie myśli o śmierci/samobójczych ($U = 107,00$; $p = 0,011$).

DANE UZYSKANE ZA POMOCĄ SKALI WSPARCIA SPOŁECZNEGO

Średnie wyniki surowe uzyskane w Skali Wsparcia Społecznego w grupach P i L są bardzo do siebie zbliżone. Istotność różnic między średnimi sprawdzono oddzielnie dla wyników ogólnych oraz dla każdego rodzaju wsparcia. Stwierdzono, że badane grupy nie różnią się między sobą istotnie ($p < 0,05$) pod względem nasilenia poczucia wsparcia społecznego.

ZWIĄZEK MIĘDZY NASILENIEM OBJAWÓW DEPRESYJNYCH A POCZUCIEM WSPARCIA SPOŁECZNEGO

W całej przebadanej grupie pacjentów (grupy P i L potraktowane łącznie) sprawdzono związki między poszczególnymi przejawami depresji a każdym rodzajem wsparcia (tabela 4).

Stwierdzono występowanie istotnych powiązań między niektórymi przeja-

Tab. 3. Wyniki uzyskane w Skali Wsparcia Społecznego przez osoby z uszkodzeniem prawej (P) oraz lewej (L) półkuli mózgu
Scale of Social Support – the outcome obtained by patients with damaged right (P) and left (L) hemisphere

| Rodzaj wsparcia | P (n = 20) | | L (n = 20) | |
|-----------------|---------------|------|---------------|-------|
| | x | s | x | s |
| Informacyjne | 24,15 | 3,31 | 24,50 | 2,93 |
| Instrumentalne | 26,35 | 2,64 | 26,20 | 3,52 |
| Wartościujące | 24,65 | 3,42 | 24,10 | 3,42 |
| Emocjonalne | 27,30 | 2,90 | 27,25 | 3,17 |
| Wynik ogólny | 102,45 | 9,57 | 101,05 | 10,26 |

Tab. 4. Zależności między nasileniem poszczególnych przejawów depresji a poczuciem wsparcia społecznego u osób po udarze (grupy P i L potraktowane łącznie; N = 40)
The relation between intensification of the particular symptoms of depression and the sense of social support in patients after stroke (groups P and L treated jointly; N = 40)

| Korelowane zmienne | R Spearmana | p | Siła związku |
|---|-------------|------|-----------------------|
| Reakcja katastroficzna – wsparcie (ogólne) | -0,38 | 0,01 | korelacja niska |
| Anhedonia – wsparcie (ogólne) | -0,38 | 0,01 | korelacja niska |
| Apatia – wsparcie informacyjne | -0,30 | 0,05 | korelacja niska |
| Anhedonia – wsparcie instrumentalne | -0,45 | 0,00 | korelacja umiarkowana |
| Reakcja katastroficzna – wsparcie wartościujące | -0,45 | 0,00 | korelacja umiarkowana |

wami depresji a poczuciem wsparcia społecznego. Ujawnione ujemne korelacje między ogólnym poczuciem wsparcia społecznego a reakcją katastroficzną i anhedonią oznaczają, że im większe ma osoba poczucie otrzymywania wsparcia z otoczenia społecznego, tym słabiej zaznaczają się u niej objawy reakcji katastroficznej oraz niezdolność do przeżywania pozytywnych emocji.

Ujemną korelację uzyskano również między apatią/obojętnością a wsparciem informacyjnym, anhedonią a wsparciem instrumentalnym oraz reakcją katastroficzną a wsparciem wartościującym. Oznacza to, że:

- im więcej rad i użytecznych informacji osoba otrzymuje z otoczenia, tym mniejsze jest u niej nasilenie objawów apatii i obojętności;

- im większe jest u osoby poczucie otrzymywania konkretnej pomocy z otoczenia, tym mniej nasilone są u niej objawy niezdolności do przeżywania pozytywnych emocji;

- im większe jest poczucie otrzymywania z otoczenia komunikatów pozwalających na podwyższenie własnej wartości, tym mniej nasilone są objawy reakcji katastroficznej.

W grupie osób po udarze obejmującym prawą półkulę mózgu również stwierdzono istnienie istotnych zależności między nasileniem niektórych symp-

Tab. 5. Zależności między nasileniem poszczególnych przejawów depresji a poczuciem wsparcia społecznego u osób po uszkodzeniu prawej półkuli mózgu (grupa P, n = 20)

The relation between intensification of the particular symptoms of depression and the sense of social support in patients with right hemisphere damage (group P, N = 20)

| Korelowane zmienne | R Spearmana | p | Siła związku |
|---|-------------|------|-----------------------|
| Reakcja katastroficzna – wsparcie (ogólne) | -0,52 | 0,02 | korelacja umiarkowana |
| Anhedonia – wsparcie (ogólne) | -0,58 | 0,00 | korelacja umiarkowana |
| Anhedonia – wsparcie informacyjne | -0,46 | 0,04 | korelacja umiarkowana |
| Anhedonia – wsparcie instrumentalne | -0,69 | 0,00 | korelacja umiarkowana |
| Reakcja katastroficzna – wsparcie wartościujące | -0,55 | 0,01 | korelacja umiarkowana |
| Anhedonia – wsparcie emocjonalne | -0,45 | 0,04 | korelacja umiarkowana |

tomów depresji a poczuciem wsparcia społecznego (tabela 5). Uzyskane ujemne korelacje o umiarkowanym nasileniu świadczą o tym, że:

- im większe poczucie wsparcia otrzymywanego z otoczenia, tym mniej nasilone są objawy reakcji katastroficznej;
- im większe poczucie wsparcia otrzymywanego z otoczenia, tym mniej nasilone objawy niezdolności do przeżywania pozytywnych emocji.

Szczegółowa analiza wskazała na istnienie związku między poszczególnymi rodzajami wsparcia społecznego a nasileniem objawów depresji poudarowej (tabela 5). Umiarkowane ujemne korelacje oznaczają, że:

- im większe poczucie otrzymywania rad i użytecznych informacji z otoczenia, tym mniejsze jest nasilenie objawów określanych jako niezdolność do cieszenia się życiem;
- im większe poczucie otrzymywania konkretnej pomocy z otoczenia, tym mniej nasilone objawy anhedonii;
- im większe poczucie otrzymywania z otoczenia komunikatów podwyższających własną wartość, tym mniej nasilone objawy reakcji katastroficznej;
- im większe poczucie pozytywnego ustosunkowania otoczenia do własnej osoby, tym mniej nasilone objawy anhedonii.

W grupie pacjentów po udarze obejmującym lewą półkulę mózgu ujawniono występowanie umiarkowanej dodatniej korelacji między poczuciem wsparcia instrumentalnego a nasileniem poczucia winy (tabela 6). Tak więc osoby z grupy L im większe mają poczucie otrzymywania z otoczenia konkretnej pomocy, tym bardziej czują się winne.

Tab. 6. Zależności między nasileniem poszczególnych przejawów depresji a poczuciem wsparcia społecznego u osób po uszkodzeniu lewej półkuli mózgu (grupa L; n = 20)

The relation between intensification of the particular symptoms of depression and the sense of social support in patients with left hemisphere damage (group L, N = 20)

| Korelowane zmienne | R Spearmana | p | Siła związku |
|---|-------------|------|-----------------------|
| Poczucie winy – wsparcie instrumentalne | 0,55 | 0,01 | korelacja umiarkowana |

PODSUMOWANIE I DYSKUSJA WYNIKÓW

Pierwsze pytanie, na które poszukiwano odpowiedzi w przeprowadzonym badaniu, dotyczyło nasilenia poszczególnych objawów depresyjnych u pacjentów z poudarowym uszkodzeniem prawej lub lewej półkuli mózgu. Uzyskane wyniki wskazują na tendencję do przejawiania objawów depresyjnych o większym nasileniu u osób z uszkodzeniem prawo- niż lewostronnym. Istotna statystycznie różnica wystąpiła jednak wyłącznie w jednym aspekcie depresji – myśli o śmierci/samobójczych.

Skala Oceny Depresji Poudarowej pozwoliła zgromadzić dane na temat jakościowych różnic w obrazie klinicznym zaburzeń depresyjnych po uszkodzeniu prawej i lewej półkuli. W grupie pacjentów po udarze lewopółkulowym na plan pierwszy wysuwały się depresyjny nastrój i zaburzenia wegetatywne, zaś po uszkodzeniu prawopółkulowym – nastrój depresyjny i apatia/obojętność.

Interpretując uzyskane wyniki w zaproponowanych przez Gainottiego kategoriach objawów umotywowanych (charakterystycznych dla depresji reaktywnej) i nieumotywowanych (cechujących depresję endogenną), należy uznać, że obraz kliniczny funkcjonowania badanych osób (zarówno z uszkodzeniem prawej, jak i lewej półkuli), przyjmuje w większym stopniu cechy umotywowane (podobnie jak we wcześniejszych badaniach; por. Gainotti i in. 1997). Jest więc bliższy właściwościom reaktywnych zaburzeń depresyjnych.

Skala Oceny Depresji Poudarowej Gainottiego wydaje się użytecznym narzędziem oceny „profilu depresyjnego” pacjentów po udarze. Uwzględnia przede wszystkim objawy o charakterze niesomatycznym, tak więc zmniejsza ryzyko rozpoznania „fałszywie pozytywnych” (w wyniku nakładania się symptomów depresji i schorzenia neurologicznego).

Analiza zależności między objawami depresyjnymi a wsparciem społecznym dla wszystkich przebadanych osób po udarze (zarówno z uszkodzeniami prawej, jak i lewej półkuli) wykazała, iż im większe poczucie wsparcia, tym mniejsza tendencja do ujawniania takich objawów depresyjnych jak reakcja katastroficzna, anhedonia i apatia. Jednakże wyniki te muszą być rozpatrywane w świetle bardziej szczegółowych analiz, które ujawniły podobny do powyższego wzorzec zależności wyłącznie w obrębie grupy z uszkodzeniem prawej półkuli mózgu. W grupie po udarze lewopółkulowym stwierdzono odwrotną zależność, tj. tendencję do nasilenia jednego z objawów depresyjnych – poczucia winy, gdy większe było poczucie otrzymywania wsparcia instrumentalnego. Wyjaśnienie tych różnic wymagałoby przeprowadzenia dalszych badań, w których kontrolowana byłaby większa liczba zmiennych charakteryzujących badane grupy (np. stopień nasilenia dolegliwości somatycznych, nasilenie deficytów neurologicznych).

W powyższej pracy skoncentrowano się na jednym, wskazanym przez chorego, źródle wsparcia. Najczęściej był to mąż/zona, dorosłe dziecko lub

ogólnie rodzina (szczególne znaczenie wsparcia otrzymywanego z tych źródeł znajduje potwierdzenie we wcześniejszych doniesieniach, por. Morris i in. 1991). Istnieją przesłanki, by w dalszych badaniach uwzględnić szerzej rozumiane społeczne więzi z osobami spoza najbliższego kręgu rodzinnego. Przywrócenie i utrzymanie tych relacji może sprawiać pacjentowi trudność, co wydaje się jednym z wyznaczników niskiej jakości życia w dalszym okresie po udarze (Åström i in. 1992).

BIBLIOGRAFIA

- Åström M., Adolfsson R., Asplund K. (1993). Major depression in stroke patients. A 3-year longitudinal study. *Stroke*, 24.
- Åström M., Asplund K., Åström T. (1992). Psychosocial function and life satisfaction after stroke. *Stroke*, 23.
- Baniukiewicz E. (1992). *Występowanie zespołów depresyjnych w udarach niedokrwiennych mózgu*. Praca doktorska. AM Białystok.
- Chemerinski E., Robinson R. G., Kosier J. T. (2001). Improved recovery in activities of daily living associated with remission of PSD. *Stroke*, 32.
- Cwikel J., Izrael B. (1987). Examining mechanisms of social support and social networks: a review of health-related intervention studies. *Public Health Review*, 15.
- Domańska Ł. (2003). Ocena depresji poudarowej. *Annales*, vol. XVI, sec. J, 92–100. Lublin: UMCS.
- Friedland J.F., McColl M. (1992). Social support intervention after stroke: results of a randomized trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 73.
- Gainotti G., Azzoni A., Razzano C., Lanzillotta M., Marra C., Gasparini F. (1997). The Post-Stroke Depression Rating Scale: A test specifically devised to investigate affective disorders of stroke patients. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 19, 3.
- Gainotti G., Marra C. (2002). Determinants and consequences of post-stroke depression. *Current Opinion in Neurology*, 15.
- Glass T.A., Maddox G.L. (1992). The quality and quantity of social support: stroke recovery as psycho-social transition. *Social Science Medicine*, 34.
- Grabowska A. (1999). *Lateralizacja emocji w mózgu – dane eksperymentalne i kliniczne*. W: A. Herzyk, A. Borkowska (red.), *Neuropsychologia emocji* (s. 59–79). Lublin: Wyd. UMCS.
- Herzyk A. (2000). *Mózg, emocje, uczucia*. Lublin: Wyd. UMCS.
- House A. (1987). Depression after stroke. *British Medical Journal*, 294.
- House A., Dennis M., Warlow C., Hawton K., Molyneux A. (1990). Mood disorders after stroke and their relation to lesion location. A CT scan study. *Brain*, 113.
- Jaworowska-Obłój Z., Skuza B. (1986). Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych. *Przegląd Psychologiczny*, 3.
- Kauhanen M.L. (1999). *Quality of life after stroke: clinical, functional, psychosocial and cognitive correlates*. <http://herkules.oulu.fi/isbn9514254279>.
- Kmieciak-Baran K. (1995). Skala wsparcia społecznego. Teoria i właściwości psychometryczne. *Przegląd Psychologiczny*, 38, 1/2.
- Lipsey J. R., Spencer W. C., Rabins P. V., Robinson R. G. (1986). Phenomenological comparison of poststroke depression and functional depression. *American Journal of Psychiatry*, 143.
- Morris P.L., Robinson R.G., Raphael B., Bishop D. (1991). The relationship between the perception of social support and post-stroke depression in hospitalized patients. *Psychiatry*, 54.
- Robinson R. G., Kubos K. L., Rao K., Price T. R. (1984). Mood disorders in stroke patients: importance of location of lesion. *Brain*, 107.

- Schulz R., Tompkins C.A., Rau M.T. (1988). A longitudinal study of the psychosocial impact of stroke on primary support persons. *Psychology Aging*, 3.
- Sęk H. (1986). Wsparcie społeczne – co zrobić, aby stało się pojęciem naukowym? *Przegląd Psychologiczny*, 3.
- Starkstein S. E., Robinson R. G., Honig M. A., Parikh R. M., Joselyn J., Price T. R. (1989). Mood changes after right-hemisphere lesions. *British Journal of Psychiatry*, 155.
- Stern R. A., Bachman D. L. (1991). Depressive symptoms following strokes. *American Journal of Psychiatry*, 148.

SUMMARY

The study is an attempt to answer the question: is there any difference in the behaviour of patients following the right and left hemisphere stroke as regards depression symptoms and, is there any significant relationship between the intensification of depression symptoms following both types of stroke and the sense of social support.

The Scale of Post-stroke Depression Evaluation allowed to collect data concerning qualitative differences in the clinical picture of depression disorders following the damage of the left and right hemisphere. The patients of the first of the groups mentioned were characterized by depressive mood and vegetative disorders, whereas the patients of the second group – by depressive mood and apathy (indifference). In both groups reactive symptoms prevailed; depressive mood and sense of guilt were perceived as being connected with the present state of health. This tendency may prove that post-stroke depression is caused by other mechanisms than those responsible for endogenous depression.