

Ocena wpływu czynników socjodemograficznych na objawy lęku i depresji u pacjentów po amputacji kończyny

Sociodemographic factors and their influence on anxiety and depression in patients after limb amputation

Karina Badura-Brzoza¹, Jerzy Matysiakiewicz¹, Magdalena Piegza¹,
Wiesław Rycerski², Urszula Niedziela², Robert T. Hese¹

¹ Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii w Tarnowskich Górach, ŚAM
Kierownik: prof. dr hab. n. med. R. T. Hese

² Górnośląskie Centrum Rehabilitacji „Repty” w Tarnowskich Górach
Dyrektor: dr n. med. K. Oleszczyk
Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu I
Ordynator: dr n. med. W. Rycerski

Summary

Aim. The aim of this study was to assess the score of HADS and the correlation with sociodemographic factors and personality traits in patients after limb amputation.

Method. 45 patients after limb amputation due to atherosclerosis and 30 persons from a control group participated in the study.

HADS Scale and the Maudsley Personality Inventory created by Eysenck were used in the study. Sociodemographic data were collected by means of the Sociodemographic data questionnaire.

Results. In comparison to the control group, patients after limb amputation achieved a higher score in HADS-A and HADS-D and in the N scale of the Maudsley Personality Inventory.

Higher levels of anxiety and depression were noticed in patients suffering from phantom limb pain and in patients with neurotic personality traits.

Conclusion. Patients after limb amputation need multidisciplinary care because of higher levels of anxiety and depression (especially patients with phantom limb pain and those with neurotic personality traits).

Słowa klucze: HADS, amputacja kończyny, czynniki socjodemograficzne

Key words: HADS, limb amputation, sociodemographic data

Wstęp

Chociaż amputacja jest w zasadzie operacją destruktywną, to mimo wszystko może mieć wymowę konstruktywną, kiedy usuwa kalectwo czy chorobę w celu podjęcia funkcji kończyny przez protezę [1]. Amputacje były i niestety nadal są wyrazem bezsilności człowieka wobec niektórych chorób [2]. Najczęstszą obecnie przyczyną am-

putacji kończyn dolnych są choroby naczyń obwodowych, stanowiąc 80% wszystkich przyczyn amputacji. Problem jest szczególnie trudny i narastający z powodu starzenia się społeczeństwa, niewłaściwego trybu życia, nieprawidłowych nawyków żywieniowych oraz nałogów. Wskazaniami do odjęcia kończyny dolnej są przede wszystkim: zgorzel ischemiczna, często powikłana zakażeniem (zwłaszcza w cukrzycy), nieznosne stałe bóle kończyn wynikające z niedokrwienia, rozległe owrzodzenia troficzne, gdy wszystkie inne sposoby leczenia zachowawczego i chirurgicznego zawiodą. Pozostały odsetek to amputacje z powodu nowotworów złośliwych, stanów pourazowych, deformacji wrodzonych [3].

Bez względu na przyczynę amputacji, poza przypadkami nagłymi, istnieje konieczność przygotowania pacjenta do zabiegu, zarówno pod względem psychicznym, jak i fizycznym, amputacja bowiem powoduje nie tylko utratę części ciała, lecz także zaburza wyobrażenie własnego ciała, co powoduje konieczność zarówno fizycznych, jak i psychicznych „uzupełnień”. Rehabilitacja psychologiczna jest równie ważna jak fizyczna. W znacznym stopniu redukuje lęk przed amputacją, niweluje skutki, jakie niesie zaskoczenie decyzją o amputacji, pozwala na oswojenie się z myślą o utracie części ciała, co w pewnym stopniu może chronić przed wystąpieniem objawów przygnębienia, obniżonego nastroju i depresji po zabiegu.

Nagła zmiana sytuacji życiowej, często konieczność rezygnacji z aktywności zawodowej, świadomość kalectwa, perspektywa długiej i żmudnej rehabilitacji mogą sprzyjać wystąpieniu objawów lęku, niepokoju, obniżonego nastroju i przygnębienia, a w konsekwencji – prowadzić do depresji. Większość pacjentów po amputacjach przejawia takie objawy w pierwszych dwóch miesiącach po zabiegu. Na ogół ustępują one samoistnie [4], u części pacjentów trwają jednak przez cały okres rehabilitacji, utrudniając w znacznym stopniu jej postęp, głównie z powodu braku współpracy pacjenta z rehabilitantem i lekarzem prowadzącym, jego niechęci do podejmowania wysiłku, braku wiary w efekt leczenia oraz ogólnego złego samopoczucia [4, 5, 6, 7].

W niniejszym opracowaniu podjęto próbę określenia czynników, które mogą mieć wpływ na wystąpienie lęku i depresji. Dokonano analizy czynników socjodemograficznych i takich cech osobowości, jak neurotyzm (N) i ekstrawersja (E), ocenianych za pomocą Kwestionariusza Eysencka. Z licznych badań wynika bowiem, że wysokie wartości w skalach E i N mogą wiązać się z występowaniem schorzeń zarówno somatycznych (choroba wieńcowa czy zespół bólowy kręgosłupa [8]), jak i psychicznych (wysokie wartości w skali N mogą predysponować do depresji [9, 10, 11]).

Cel pracy

Celem pracy była ocena objawów lęku i depresji na podstawie skali HADS w grupie pacjentów po amputacji kończyny. Dokonano także analizy zmiennych sojodemograficznych, jak również takich cech, jak neurotyzm i ekstrawersja, ocenianych za pomocą Kwestionariusza Eysencka, wpływających na objawy lęku i depresji.

Material

W badaniu udział wzięło 45 pacjentów (12 kobiet i 33 mężczyzn, w wieku 23–70 lat, śr. 59,2 roku) po amputacji jednej kończyny z powodu procesu miażdżycowego.

Amputację przeprowadzono powyżej stawu kolanowego. Wszyscy badani byli pacjentami w trakcie rehabilitacji pozabiegowej w Górnośląskim Centrum Rehabilitacji „Repty” w Tarnowskich Górach. Okres od zabiegu wahał się od 1 do 12 miesięcy, średnio $4,92 \pm 3,64$ miesiąca.

Grupę kontrolną (GK) stanowiło 30 osób (15 kobiet i 15 mężczyzn, w wieku 30–67 lat, śr. 54,3 roku). Za parametry charakteryzujące grupę badaną uznano: wiek, płeć, stan cywilny, poziom wykształcenia, choroby towarzyszące, czas, jaki upłynął od przeprowadzonego zabiegu, obecność bólu fantomowego, poruszanie się za pomocą protezy (tab.1).

Tabela 1

Charakterystyka grupy badanej i grupy kontrolnej pod względem zmiennych socjodemograficznych

		AMP	GK
Wiek		59,2	54,3
Płeć	mężczyźni	33 (73%)	15 (50%)
	kobiety	12 (27%)	15 (50%)
Stan cywilny	wolny	14 (31%)	10 (33%)
	w związku małżeńskim	31 (69%)	20 (66%)
Wykształcenie	wyższe	5 (11%)	7 (23,3%)
	średnie	13 (29%)	10 (33,3%)
	zawodowe	27 (60%)	13 (43,3%)
Choroby dodatkowe	obecne	33 (73%)	12 (40%)
	nieobecne	12 (27%)	18 (60%)
Czas po zabiegu		$4,92 \pm 3,64$	-
Ból fantomowy	znaczny	29 (64%)	-
	niewielki	13 (31%)	-
	brak	3 (6,6%)	-
Poruszanie się za pomocą protezy	tak	31 (69%)	-
	nie	14 (31%)	-

Z chorób współistniejących wśród pacjentów i osób z grupy kontrolnej najczęściej podawano: chorobę niedokrwienną serca, nadciśnienie tętnicze, chorobę wrzodową żołądka, choroby tarczycy, cukrzycę i schorzenia o etiologii alergicznej.

Metody

1. W celu oceny lęku i depresji użyto Skali Lęku i Depresji HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Skala składa się z dwóch niezależnych, zawierających

po 7 stwierdzeń, podskal, z których jedna ocenia lęk (HADS-A), a druga depresję (HADS-D). Osiągnięcie w każdej z podskali 0–7 pkt uznawane jest za normę, 8–10 za delikatne zaburzenia, 11–14 umiarkowane, 15–21 ciężkie [12].

2. W celu oceny cech osobowości zastosowano Inwentarz Osobowości H. J. Eysencka (Maudsley Personalisty Inventory MPI) w autoryzowanej adaptacji Mięczysława Choynowskiego. Inwentarz ten składa się z 64 pytań tworzących trzy skale: neurotyzm (N), ekstrawersja (E) oraz kłamstwo (K) (skala kontrolna). Badani mają możliwość odpowiedzi: tak, nie oraz postawienia znaku zapytania. Uzyskany wynik surowy przelicza się na steny [13].

3. Dane socjodemograficzne gromadzono za pomocą specjalnie skonstruowanego kwestionariusza danych socjodemograficznych.

Statystyczna analiza danych

W przeprowadzonych analizach zastosowano następujące testy statystyczne – test analizy wariancji ANOVA, test ANOVA rang Kruskala-Wallisa oraz test U Manna-Whitneya; w ocenie związków pomiędzy danymi zastosowano test korelacji rang Spearmana; w ocenie danych jakościowych – test Chi².

Poziom istotności $p < 0,05$ przyjęto jako znamienne statystycznie.

Wyniki

Pacjenci po amputacji kończyny osiągnęli średni wynik w skali HADS-A i HADS-D znamienne statystycznie wyższy w porównaniu z grupą kontrolną (tab. 2).

Tabela 2
Średnie wartości nasilenia, w skali punktowej, depresji (ocenianej na podstawie skali HADS-D) i lęku (ocenianego na podstawie skali HADS-A) w grupie badanej (AMP) i grupie kontrolnej (GK)

	AMP			GK		
	Ś ± SD	M	PŚ	Ś ± SD	M	PŚ
HADS-D	8,88 ± 14,6	6,00	4,00–10,0	4,85 ± 6,17	3,00	2,00–8,00
	← p < 0,05 →					
HADS-A	10,5 ± 14,4	8,00	5,00–13,0	6,93 ± 6,18	5,00	4,00–10,0
	← p < 0,05 →					

Ś – średnia, M – mediana, SD – odchylenie standardowe, PŚ – przedział środkowy

Częstość występowania depresji i lęku ocenianych na podstawie skali HADS w grupie badanej była znamienne statystycznie większa w porównaniu z grupą kontrolną (tab. 3).

Średnie wartości, osiągnięte w skali N Kwestionariusza Eysencka, w grupie badanej były znamienne statystycznie wyższe w porównaniu ze średnią wartością osiągniętą przez grupę kontrolną ($p < 0,049$) (tab. 4).

Tabela 3

Częstość występowania poszczególnych stopni nasilenia depresji i lęku w skali HADS w grupie badanej (AMP) i grupie kontrolnej (GK)

	AMP		GK	
	HADS-A	HADS-D	HADS-A	HADS-D
Brak zaburzeń 0–7 pkt	22 (49%)	27 (60%)	24 (80%)	25 (83,3%)
Zab. lekkie 9–10 pkt	9 (20%)	9 (20%)	2 (6,66%)	2 (6,66%)
Zab. umiarkowane 11–14 pkt	8 (18%)	9 (20%)	2 (6,66%)	3 (10%)
Zab. ciężkie 15–21 pkt	6 (13%)	0 (0%)	2 (6,66%)	0 (0%)

Tabela 4

Wartości osiągnięte w skalach N, E, K Kwestionariusza Eysencka w grupie badanej (AMP) i grupie kontrolnej (GK)

	AMP			GK		
	Ś ± SD	M	PŚ	Ś ± SD	M	PŚ
N	7,27 ± 2,92	8,00	4,00–10,0	5,52 ± 3,40	5,00	3,00–9,00
	← p < 0,05 →					
E	7,33 ± 2,65	7,50	6,00–10,0	7,57 ± 2,94	9,00	5,00–10,0
K	7,48 ± 3,09	9,00	6,00–10,0	5,90 ± 3,03	6,00	4,00–8,00

Ś – średnia, SD – odchylenie standardowe, M – mediana, PŚ – przedział środkowy

W skalach E i K różnic znamienych statystycznie nie odnotowano, porównując grupę badaną z grupą kontrolną. Oceniając zależności między badanymi parametrami wykazano w grupie pacjentów po amputacji:

a) obecność zależności między wynikami skali HADS-D a neurotycznością (korelacja dodatnia), bólem fantomowym – u osób zgłaszających ból odnotowano wyższe wyniki w skali HADS-D,

b) brak zależności między wynikami w skali HADS-D a wiekiem, wykształceniem, płcią, stanem cywilnym, obecnością chorób dodatkowych, okresem, jaki upłynął od momentu amputacji, posługiwaniem się protezą, jak również skalą E i K Kwestionariusza Eysencka (tab. 5).

c) obecność zależności między wynikami skali HADS-A a neurotycznością (korelacja dodatnia), bólem fantomowym – u osób odczuwających ból wyższe wartości lęku,

d) brak zależności między wynikami w skali HADS-A a wiekiem, wykształceniem, płcią, stanem cywilnym, chorobami dodatkowymi, okresem po amputacji, posługiwaniem się protezą, jak również skalą E i K Kwestionariusza Eysencka (tab. 5).

Tabela 5

Obecność (wartość poziomu istotności – p) lub brak związku lęku i depresji z parametrami charakteryzującymi grupę wśród pacjentów po amputacji kończyny (ns – wynik nieznamienne statystycznie)

	HADS-A	HADS-D
Wiek	ns	ns
Płeć	ns	ns
Stan cywilny	ns	ns
Wykształcenie	ns	ns
Choroby dodatkowe	ns	ns
Okres po amputacji	ns	ns
Ból fantomowy	0,03	0,04
Poruszanie się za pomocą protezy	ns	ns
Neurotyczność	0,00004	0,0077
Ekstrawersja	ns	ns
Kłamstwo	ns	ns

Omówienie

Wiele jest przyczyn, które mogą prowadzić do zaburzeń nastroju w grupie pacjentów po amputacji kończyny. Najczęstsze to trudności z pogodzeniem się z kalectwem, niska samoocena, zaburzenie schematu własnego ciała, utrata poczucia sensu, bóle fantomowe, społeczna izolacja, duży stopień niepełnosprawności uniemożliwiający wykonywanie wielu czynności i w dramatyczny sposób ograniczający aktywność [7, 14, 15].

W przeprowadzonych badaniach pacjenci po amputacji osiągnęli w Skali HADS znamienne statystycznie wyższy średni wynik w porównaniu z grupą kontrolną. Znamienne statystycznie częściej ($p = 0,033$) notowano też występowanie depresji w grupie badanej, bo u 40% pacjentów (depresja lekka – 20%, umiarkowana – 20%, ciężka – 0%), w porównaniu z 16,66% w grupie kontrolnej (depresja lekka – 6,66% umiarkowana – 10%, ciężka – 0%). Wynik ten jest wyższy niż w badaniach Rybarczyka i wsp. [7], obserwowali oni bowiem depresję u 23% pacjentów w porównaniu z 10% w grupie kontrolnej. Również Schubert i wsp. [4] w swoich badaniach porównawczych pacjentów po amputacji i udarze, oceniając ich stan przed rehabilitacją i po rehabilitacji, notowali depresję o niewielkim nasileniu w obu grupach – zwłaszcza w dwóch pierwszych miesiącach rehabilitacji – która następnie wykazywała tendencję do samoistnego ustępowania. Interesujące wydaje się, że nie udało się w niniejszym badaniu wykazać związku występowania depresji z takimi parametrami, jak wiek, płeć, stan cywilny,

wykształcenie, status zawodowy, choroby dodatkowe, a zwłaszcza z okresem, jaki upłynął od amputacji, oraz poruszaniem się za pomocą protezy. Podobnych obserwacji dokonali w swoich badaniach także Rybarczyk i wsp. [7], nie wykazując zależności występowania depresji od wieku, płci, przyczyny amputacji oraz czasu, jaki upłynął od zabiegu. Parametrami mającymi związek z występowaniem depresji, wśród pacjentów biorących udział w niniejszym badaniu, był ból fantomowy oraz neurotyzm.

Jak wynika z danych z piśmiennictwa, bóle fantomowe dotyczą od 62% do 85% pacjentów [15, 16, 17]. W przeprowadzonych badaniach obecność bólu podawały 42 osoby (93,3%), w tym 13 pacjentów (31%) uznało go za niezbyt nasilony i nie zaburzający funkcjonowania, a 3 osoby (6,6%) nie podawały żadnych dolegliwości bólowych. Chociaż Fisher i Hanspal [18] nie wykazali związku między bólem fantomowym a występowaniem depresji, z analizy zebranego materiału wynika zależność nasilenia depresji od bólu fantomowego. Podobnych obserwacji dokonał w swych badaniach Lindsay [19], który stwierdził mniejszą tolerancję bólu u osób depresyjnych. Rasmussen i Rummans [20] opisali 2 przypadki pacjentów z bólami fantomowymi i współistniejącą depresją, które uległy złagodzeniu po zastosowaniu elektrowstrząsów. Tak więc można zaryzykować stwierdzenie, że intensywny ból może być przyczyną depresji, ale także depresja może go nasilać [19]. Obecność objawów depresyjnych w grupie pacjentów niniejszego badania może mieć właśnie taką etiologię.

Kolejnym parametrem, który miał związek z występowaniem depresji, była neurotyczność oceniana za pomocą Kwestionariusza Eysencka. Wysokie wartości w skali neurotyczności mogą przemawiać za większą skłonnością do uskarżania się na nieokreślone dolegliwości somatyczne, łatwość ulegania nastrojom, drażliwość, skłonność do stanów lękowych i depresyjnych [21]. Wysoki poziom neurotyzmu może również obniżać odporność na stres i zdolność efektywnego radzenia sobie z nim, a to z kolei może mieć wpływ na akceptację schorzenia, zdolność adaptacji do nowych warunków i efektywność procesu rehabilitacji.

Reasumując, można stwierdzić, że pomimo częstszego występowania depresji w grupie badanej, w porównaniu z grupą kontrolną, notowano głównie lekki (9 osób) i umiarkowany (9 osób) poziom depresji. Żaden z pacjentów nie wykazywał objawów ciężkiej depresji, żaden też nie widział konieczności zastosowania leków przeciwdepresyjnych, pomimo że kilku pacjentów wspomniało, iż we wcześniejszym okresie (pierwszych tygodniach po amputacji) skorzystałoby z pomocy psychiatry, gdyby miało taką możliwość. Wydaje się, że obserwowane objawy depresyjne były wyłącznie rodzajem reakcji adaptacyjnej, klasyfikowanej w ICD-10 jako „reakcja depresyjna przedłużona” (F 43.21.) bądź „reakcja mieszana lękowo-depresyjna” (F 43.22.) (do postawienia takiego rozpoznania konieczne byłoby oczywiście pełne badanie psychiatryczne) [22].

Należy także wziąć pod uwagę – co jest ujemną stroną przeprowadzonych badań – fakt, że ocenie podlegali pacjenci rehabilitowani w dużym ośrodku, jakim jest GCR „Repty”, a więc wybrani z większej populacji osób po amputacji, z których część rehabilitowana była w mniejszych ośrodkach rejonowych bądź wcale nie była rehabilitowana. Trzeba także pamiętać, że jeśli pacjent po amputacji cierpi na depresję, nie będzie miał motywacji do podjęcia leczenia rehabilitacyjnego. Czasami rehabilitacja

zaniedbywana jest także z prozaicznych przyczyn, takich jak niemożność dotarcia do ośrodka, brak wsparcia rodziny, a często niestety – zaniechanie dalszej opieki przez lekarzy wykonujących zabieg. Wśród badanych pacjentów ponad połowa nie uzyskała od personelu medycznego jakiegokolwiek informacji co do dalszego postępowania i możliwości rehabilitacji po zabiegu.

Częstym objawem towarzyszącym depresji jest lęk. W grupie pacjentów po amputacji kończyny odnotowano znamienne statystycznie wyższy poziom lęku, ocenianego za pomocą skali HADS, w porównaniu z grupą kontrolną. Podobnie jak i depresja, lęk występował znamienne statystycznie ($p = 0,007$) częściej w grupie badanej, w porównaniu z grupą kontrolną. Wyższy wynik w skali HADS-A może prawdopodobnie być związany z charakterystycznym dla tej grupy chorych lękiem przed upadkiem. Miller i wsp. [23] podają, że lęk przed upadkiem występuje u 20–46% pacjentów, którzy nigdy nie upadli, i u 40–73%, którym zdarzyło się upaść, przy czym fizyczne zranienie podczas upadku występowało u 5%. Lęk przed upadkiem w znaczny sposób hamuje aktywność pacjentów, spowalnia proces rehabilitacji, wreszcie w niektórych przypadkach prowadzi do odmowy nauki chodzenia za pomocą protezy [1, 2, 23]. Inną przyczyną lęku jako stanu może być lęk przed nową sytuacją, w której się znaleźli, przed koniecznością zmagania się z rzeczywistością; może także jako objaw towarzyszyć zespołowi depresyjnemu. Podwyższone wartości w skali lęku mogą wiązać się ze zmianą obrazu własnego ciała, jaka następuje po amputacji, lękiem przed reakcją otoczenia na tak wyraźne kalectwo i jednocześnie przed utratą pozycji społecznej, która bywa zagrożona na skutek negatywnych postaw osób z otoczenia. Donovan i wsp. [24] podają, że lęk u pacjentów po amputacji, nie posługujących się protezą, nasilał się szczególnie w sytuacji ekspozycji społecznej. W przeprowadzonych badaniach nie stwierdzono zależności lęku od takich parametrów charakteryzujących grupę, jak wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, status zawodowy, choroby współistniejące, okres, jaki upłynął od amputacji, oraz poruszanie się za pomocą protezy. Parametrem mającym związek z lękiem był ból fantomowy oraz neurotyzm. Wysokie wartości w skali HADS-A w tej grupie pacjentów mogą wiązać się ze wspomnianym wcześniej lękiem przed upadkiem i lękiem przed poruszaniem się, a także neurotycznymi cechami osobowości.

Wnioski

1. Ze względu na częstsze występowanie depresji i lęku u pacjentów po amputacji kończyny, w porównaniu z grupą kontrolną, należy ich otoczyć szczególną opieką, w niektórych przypadkach udzielić wsparcia psychoterapeutycznego i farmakologicznego.
2. Lęk i depresja występują częściej u pacjentów wykazujących cechy neurotyczne oraz u tych, u których występuje ból fantomowy.

Оценка влияния социодемографических факторов на симптомы фобии и депрессии у пациентов после ампутации конечности

Содержание

Задание. В работе поставлено задание оценки, влияния социодемографических факторов, черт личности на симптомы фобии и депрессии в группе больных после ампутации нижней конечности.

Метод. В исследованиях приняло участие 45 пациентов после проведенной у них ампутации нижней конечности. Причиной приведенной к ампутации был атеросклеротический процесс, а операция проведена на высоте выше коленного сустава. Исследования проведены в Горносилезском центре реабилитации „Репты” в г. Тарновские горы. Контрольную группу составляло 30 человек. Для оценки состояний фобии и депрессии использована шкала HADS. Для оценки черт личности послужил Глоссарий личности Эйзенка (MPI). Социодемографические данные собраны при помощи специально построенного Глоссария социодемографических данных.

Результаты. В исследованной группе отмечен существенно высший уровень депрессии и фобии, оцененных шкалой HADS в сравнение с контрольной группой. Кроме того, уровень невротичности был также более высоким по шкале Эйзенка в группе пациентов после ампутации конечности. Показатели в шкалах E и K в исследованной группе не отличались значительным образом от показателей у здоровых людей. Обнаружена связь фантомной боли как и невротических симптомов в личностных чертах с появлением фобии и депрессии в исследованной группе пациентов.

Выводы. 1. Ввиду на частое появление фобии и депрессии в группе пациентов после ампутации у них нижней конечности необходимо окружить их психологической опекой, а в некоторых случаях и психиатрической. 2. Особенное внимание необходимо проявить для пациентов, у которых появились фантомные боли или присутствие черт невротичности.

Der Einfluss der soziodemographischen Faktoren auf Angst- und Depressionssymptome bei Patienten nach der Extremitätamputation

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Arbeit war die Beurteilung des Einflusses der soziodemographischen Faktoren und der Persönlichkeitseigenschaften auf Angst- und Depressionssymptome in der Gruppe der Patienten nach der Amputation der unteren Extremität.

Methode. An der Studie nahmen 45 Patienten nach der Amputation der unteren Extremität teil. Der Grund der Amputation war der atheromatöse Prozess, und der Eingriff wurde über dem Kniegelenk durchgeführt. Die Studie wurde auf dem Gebiet des Oberschlesischen Reheilitationszentrums „Repty” in Tarnowskie Góry durchgeführt. Die Kontrollgruppe bildeten 30 Personen.

Zur Beurteilung der Angst und Depression wurde die HADS - Skala angewandt. Zur Beurteilung der Persönlichkeitseigenschaften wurde das Inventar der Persönlichkeit von Eysenck (MPI) benutzt. Die soziodemographischen Angaben wurden mit Hilfe eines speziell entworfenen Fragebogens der soziodemographischen Angaben gesammelt.

Ergebnisse. In der untersuchten Gruppe wurde signifikant höherer Level der Angst und Depression notiert, der mit der HADS - Skala im Vergleich mit der Kontrollgruppe beurteilt wurde. Der Neurotizismuslevel, der mit Hilfe des Fragebogens von Eysenck beurteilt wurde, war in der Gruppe nach der Amputation der Extremität auch höher im Vergleich mit der Kontrollgruppe. Die in den Skalen E und K erzielten Werte in der untersuchten Gruppe unterschieden sich statistisch nicht bedeutend von den durch die gesunden Personen erzielten Werten. Es wurde der Zusammenhang des Phantomschmerzens und den neurotischen Persönlichkeitseigenschaften mit Angst und Depression in der untersuchten Gruppe gezeigt.

Schlussfolgerungen. 1. Im Hinblick auf das häufigere Auftreten der Angst und Depression in der Gruppe der Patienten nach Extremitätamputation soll man sie psychologisch betreuen und in manchen Fällen psychiatrisch. 2. Eine besondere Aufmerksamkeit soll man diesen Patienten schenken, die Phantomschmerz empfinden oder neurotische Persönlichkeitseigenschaften zeigen.

L'influence des facteurs sociodémographiques sur les symptômes anxieux et dépressifs des patients après l'amputation des extrémités

Résumé

Objectif. Ce travail vise à analyser l'influence des facteurs sociodémographiques et les caractéristiques de la personnalité sur les symptômes d'anxiété et de dépression des patients après l'amputation de la jambe.

Méthode. On a examiné 45 patients après l'amputation de la jambe à cause de l'artériosclérose. Le groupe de contrôle contient 30 personnes.

Pour mesurer l'anxiété et la dépression on utilise l'échelle HADS, pour analyser les caractéristiques de la personnalité on profite du teste d'Eysenck (MPI). Les données sociodémographiques proviennent d'un questionnaire fait exprès.

Résultats: Dans le groupe des patients après l'amputation de la jambe on note le niveau plus élevé de la dépression et de l'anxiété, le niveau du névrose est aussi plus élevé. Les valeurs des échelles E et K ne diffèrent point de celles des personnes saines.

On indique l'existence de la corrélation des douleurs fantomatiques et des caractéristiques névrotiques de la personnalité et de l'anxiété et de la dépression et des patients examinés.

Conclusions. 1. Les patients après l'amputation des extrémités souffrent plus souvent de la dépression de l'anxiété et c'est pourquoi ils doivent suivre la thérapie psychologique et parfois psychiatrique. 2. Il faut faire attention aux patients qui souffrent des douleurs fantomatiques ou qui ont la personnalité névrotique.

Piśmiennictwo

1. Vitali M. *Amputacje i protezowanie*. Warszawa: PZWM; 1985.
2. Drążkiewicz T. *Własna modyfikacja amputacji na poziomie uda u pacjentów z miażdżycą kończyn dolnych w świetle 10-letnich badań*. Rozprawa habilitacyjna. Katowice 1990.
3. Król J. *Amputacje kończyn*. W: Dega W, Senger A, red. *Ortopedia i Rehabilitacja*. Warszawa: PZWL; 1983, s. 505–520.
4. Schubert DS, Burns R, Paras W, Sioson E. *Decrease of depression during stroke and amputation rehabilitation*. Gen. Hosp. Psychiatry 1992; 14, 2: 135–141.
5. Frank RG, Kashani JH, Kashani SR, Wonderlich SA, Umlauf RL, Ashkanazi GS. *Psychological response to amputation as function of age and time since amputation*. Brit. J. Psychiatry 1984; 144: 493–497.
6. O'Toole DM, Goldberg RT, Ryan B. *Functional changes in vascular amputee patients: evaluation by Barthel Index, PULSES profile and ESCROW scale*. Arch. Phys. Med. Rehabil. 1985; 66, 8: 508–511.
7. Rybarczyk BD, Nyenhuis L, Nicholas JJ, Schulz R, Alioto J, Blair C. *Social discomfort and depression in a sample of adults with leg amputation*. Arch. Phys. Med. Rehabil. 1992; 73: 1169–1173.
8. Oron Y, Reichenberg A. *Personality traits predict self-referral of young male adults with musculoskeletal complaints to a general practitioner*. J. Psychosom Res. 2003; 54, 5: 453–456.
9. Sariusz-Skapska M, Czabała Cz, Dudek D, Zięba A, Rduch Sz. *Cechy osobowości osób chorujących na zaburzenia jedno- i dwubiegunowe*. Psychiatr. Pol. 2003; 37, 2: 217–224.
10. Fanous A, Gardner C, Prescott C, Cancro R, Kendler K. *Neuroticism, major depression and gender: a population-based twin study*. Psychol. Med. 2002; 32, 4: 719–728.
11. Roberts S, Kendler K. *Neuroticism and self-esteem as indices of the vulnerability to major depression in women*. Psychol. Med. 1999; 29, 5: 1101–1109.

12. Karakuła H, Grzywa A, Śpila B, Baszak J, Gieroba A, Kosikowski W, Jędrych M. *Zastosowanie Skali Lęku i Depresji – HADS w chorobach psychosomatycznych*. Psychiatr. Pol. 1996; 4, 653–668.
13. Choynowski M. *Opracowanie polskiej adaptacji Inwentarza Osobowości (Maudsley Personality Inventory)*. W: *Biuletyn Psychologiczny*. Ossolineum; Wrocław–Warszawa–Kraków:1968, 51.
14. Fisher K, Hanspal R. *Body image and patients with amputation: does the prosthesis maintain the balance*. Int. J. Rehabil. Res. 1998; 21, 4: 355–363.
15. Marshall M, Helmes E, Deathe B. *A comparison of psychosocial functioning and personality in amputee and chronic pain population*. Clin. J. Pain. 1992; 8, 4: 351–357.
16. Dziak A. *Bolesny kikut*. Pol. Tyg. Lek. 1987; 42, 25: 763–765.
17. Jensen MP, Ehde DM, Hoffman AJ, Patterson DR, Czarniecki JM, Robinson R. *Cognitions, coping and social environment predict adjustment to phantom pain*. Pain 2002; 95: 133–142.
18. Fisher K, Hanspal R. *Phantom pain, anxiety, depression and their relation in consecutive patients with amputated limbs: case reports*. BMJ 1998; 316: 903–904.
19. Lindsay J. *Multiple pain complaints in amputees*. J. R. Soc. Med. 1985; 78, 6: 225–237.
20. Rasmussen KG, Rummans TA. *Electroconvulsive therapy for phantom limb pain*. Pain 2000; 85, 1–2: 297–299.
21. Brzozowski P, Drwal R. *Kwestionariusz Osobowości Eysencka. Polska adaptacja EPQ-R*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 1995.
22. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”. Instytut Psychiatrii i Neurologii 1997.
23. Miller WC, Speechley M, Deathe B. *The prevalence and risk factor of falling and fear of falling among lower extremity amputees*. Arch. Phys. Med. Rehabil. 2001; 82: 1031–1037.
24. Donovan-Hall MK, Yardley L, Watts RJ. *Engagement in activities revealing the body and psychosocial adjustment in adults with a trans-tibial prosthesis*. Prosth. Orthot. Int. 2002; 26, 1: 15–22.

Otrzymano: 18.02.2005

Zrecenzowano: 12.04.2005

Przyjęto do druku: 20.10.2005

Adres: Karina Badura-Brzoza

Oddział Kliniczny Psychiatrii ŚAM

42-600 Tarnowskie Góry, ul. Pyskowska 49

Autorzy pracy dziękują dr Irenie Adamskiej, dr Danucie Elwart i dr Annie Majowskiej za pomoc w przeprowadzeniu badań.