

Jakość życia a objawy depresyjne u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca po zabiegach przezskórnej angioplastyki wieńcowej w ciągu rocznej obserwacji

The quality of life related to depressive symptoms in coronary artery disease patients after successful coronary angioplasty: one-year follow up

Dominika Dudek, Wojciech Datka, Marcin Siwek,
Andrzej Wróbel, Andrzej Zięba

Klinika Psychiatrii Dorosłych CM UJ
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Andrzej Zięba

Summary

Aim. The aim of the study was to assess how the comorbidity of depressive symptoms and cardiac ischemic disease (CAD) influences the quality of life (QoL) in patients after the successful coronary angioplasty (PCI).

Method. 227 patients with CAD selected for PTCA were enrolled. 156 patients with full clinical and angiographic success and without restenosis within 4 weeks after the intervention were included in one year follow-up. Patients' status was assessed four times (one day before and at 1, 6 and 12 months after the intervention), with the Polish version of SF-36, Beck's Depression Inventory (BDI), Rosenberg's Self-Esteem Scale (RS), Beck's Hopelessness Scale (HS) and the Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ).

Results. In the whole study group (n=156) the quality of life at 1 month after PTCA was significantly improved. This tendency persisted in further examinations. There was a significant correlation between the quality of life (SF-36), severity of depressive symptoms (BDI) and parameters describing depressive changes in thinking (HS, RS, ATQ). On each occasion during the one-year follow-up the presence of depressive symptoms was associated with the poorer quality of life, both with respect to the total SF-36 points and individual components of QoL measured by 8 subscales of the SF-36.

Conclusions. Present findings indicate that depressive disorders in patients with CAD – even after successful intervention – significantly affect the quality of life. Optimized comprehensive approach to CAD patients with concomitant depressive disorders may require the inclusion of psychological interventions, and in severe cases even psychiatric treatment.

Słowa kluczowe: depresja, jakość życia, choroba niedokrwienna serca, przezskórna angioplastyka wieńcowa

Key words: depression, quality of life, coronary artery disease, coronary angioplasty

Holistyczne podejście do chorego spowodowało wzrost zainteresowania jego subiektywnymi odczuciami dotyczącymi choroby i związanych z nią problemów, a co za tym idzie badaniami nad jakością życia (QL). W ostatnich latach, zarówno na świecie, jak i w Polsce, wzrosło zainteresowanie badaniami nad jakością życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego, a w szczególności w chorobie niedokrwiennej serca, nadciśnieniu tętniczym i niewydolności krążenia [1, 2].

W wieloośrodkowym badaniu RITA wykazano, że w chorobie niedokrwiennej serca leczenie inwazyjne (pomostowanie aortalno-wieńcowe – CABG, przezskórna angioplastyka wieńcowa – PCI) przynosi, obok poprawy objawów, również istotną poprawę jakości życia [3]. Podobnie, polscy autorzy opisują pozytywny wpływ PCI na jakość życia zarówno u młodszych, jak i starszych pacjentów [4]. Jednakże jakość życia często pozostaje w sprzeczności z obiektywnymi wskaźnikami poprawy stanu somatycznego [5]. W tej sytuacji wydaje się, iż czynnikiem determinującym pogarszanie się jakości życia, pomimo optymalnego wyniku leczenia inwazyjnego, mogą być zaburzenia emocjonalne ze szczególnym uwzględnieniem objawów depresyjnych.

Celem niniejszej pracy było sprawdzenie, czy współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i choroby niedokrwiennej serca (ChNS) ma istotny wpływ na stopień poprawy jakości życia po skutecznym zabiegu angioplastyki wieńcowej w ciągu rocznej obserwacji.

Metodyka i procedura przeprowadzonych badań

Do badania włączano chorych z objawową chorobą niedokrwinną serca, zakwalifikowanych do planowego zabiegu angioplastyki wieńcowej. Opis badanej grupy oraz procedury przeprowadzonych badań zawarto w artykule *Dynamika objawów depresyjnych u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca, poddanych zabiegom przezskórnej angioplastyki wieńcowej* (strony: 217–228).

Ocena stanu psychicznego była czterokrotnie, w trakcie badania klinicznego, przeprowadzana przez psychiatrę, z zastosowaniem: Inwentarza Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI), Skali Samooceny Rosenberga (RS), Kwestionariusza Myśli Automatycznych (Automatic Thoughts Questionnaire – ATQ), Skali Beznadziejności (Hopelessness Scale – HS) [6–9]. Celem oceny jakości życia każdy pacjent wypełniał polską wersję kwestionariusza SF-36. Na użycie tego narzędzia uzyskano zgodę Quality Metric Incorporated. Kwestionariusz SF-36 zawiera 36 pytań wielokrotnego wyboru. Pytania te grupują się w 8 podskal opisanych w tabeli 1 [10, 11].

Pierwsze badanie pacjentów odbyło się dzień przed planowanym zabiegiem angioplastyki wieńcowej (badanie pierwsze). Kolejne badania odbywały się po 1 (badanie drugie), 6 (badanie trzecie) i 12 (badanie czwarte) miesiącach.

W analizie statystycznej posłużono się, w związku z brakiem rozkładu normalnego, testami nieparametrycznymi (test U Manna–Whitneya dla prób niezależnych, test kolejności par Wilcozona dla prób niezależnych). Wykonanie wyżej wymienionych procedur zostało poprzedzone przeprowadzeniem analizy wariancji (ANOVA). Porównywanie cech o charakterze jakościowym odbywało się za pomocą testu χ^2 z poprawką Yatesa. Związki korelacyjne pomiędzy badanymi zmiennymi badane były metodą korelacji rang Spearmana [12–15].

Tabela 1. Podskale SF-36

Kategoria	Skrót	Znaczenie
Funkcjonowanie fizyczne	PF	Fizyczne ograniczenia w codziennym życiu
Ograniczenia fizyczne w pełnieniu ról	RP	Problemy związane z codzienną aktywnością lub pracą, będące wynikiem stanu zdrowia fizycznego
Ból	BP	Całkowite nasilenie dolegliwości bólowych
Ogólna ocena zdrowia	GH	Ogólne odczuwanie stanu zdrowia
Witalność	V	Częstość uczucia pełnej energii/ zmęczenia
Funkcjonowanie społeczne	SocF	Ograniczenia w podejmowaniu aktywności społecznych związane ze stanem zdrowia
Ograniczenia emocjonalne w pełnieniu ról	ER	Problemy związane z codzienną aktywnością lub pracą, będące wynikiem stanu zdrowia psychicznego
Ocena zdrowia psychicznego	MH	Stopień depresyjności i nerwowości

Wyniki

Dane demograficzne

Do pierwszego badania zakwalifikowano 227 osób, z czego dalszymi badaniami i roczną obserwacją objęto grupę 156 pacjentów. Pozostałych 71 chorych zostało wyłączonych z dalszej analizy z powodu: suboptymalnego wyniku angioplastyki wieńcowej ($n = 31$), hospitalizacji z innych, pozakardiologicznych, przyczyn w ciągu rocznej obserwacji ($n = 14$) lub niezgłoszenia się do kolejnych badań ($n = 26$).

W badanej grupie 156 osób średni wiek wynosił $55,05 \pm 8,25$ roku (39–71 lat). Przebadano 135 mężczyzn (86,5%) i 21 (13,5%) kobiet. Bardziej szczegółowe dane demograficzne zawarto w artykule *Dynamika objawów depresyjnych u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, poddanych zabiegom przezskórnej angioplastyki wieńcowej* (strony 217–228).

Jakość życia w rocznej obserwacji po zabiegu angioplastyki wieńcowej

Stwierdzenie występowania zaburzeń depresyjnych w pierwszym i drugim badaniu pozwoliło na wyodrębnienie następujących grup: I ($n = 75$) – pacjenci z objawami depresyjnymi ($BDI > 11$) przed zabiegiem angioplastyki, i II ($n = 81$) – osoby bez objawów depresji ($BDI \leq 11$), oraz podgrup: Ia ($n = 33$) – pacjenci, u których po miesiącu utrzymywały się objawy depresyjne, Ib ($n = 42$) – pacjenci, u których objawy depresyjne ustąpiły, IIa ($n = 12$) – pacjenci bez depresji przed zabiegiem, u których w drugim badaniu stwierdzono zaburzenia depresyjne, IIb ($n = 69$) – pacjenci bez objawów depresji przed zabiegiem i miesiąc po zabiegu.

W całej badanej grupie pacjentów ($n = 156$) dzień przed zabiegiem angioplastyki wynik SF1 wynosił $45,43 \pm 14,75$. Miesiąc po zabiegu (badanie drugie) uzyskano istotną statystycznie poprawę jakości życia (SF2 $59,24 \pm 14,47$, SF1 vs SF2: $p < 0,001$). W badaniu po 6 miesiącach nastąpiło pogorszenie się jakości życia w stosunku do ba-

dania drugiego (SF3 $55,15 \pm 16,70$, SF3 vs SF2: $p < 0,05$). Uzyskany wynik był jednak nadal istotnie lepszy niż w pierwszym badaniu (SF3 vs SF1: $p < 0,005$). Taka tendencja utrzymywała się po roku od zabiegu (SF4 $55,82 \pm 15,75$, SF4 vs SF1: $p < 0,05$).

W celu oceny związku objawów depresyjnych z jakością życia u pacjentów, którzy uzyskali optymalny wynik PCI, obliczono współczynniki korelacji Spearmana pomiędzy średnimi wynikami SF-36, uzyskanymi w całej badanej grupie miesiąc po zabiegu, a zmiennymi opisującymi nasilenie objawów depresyjnych i depresyjnego stylu myślenia. Jakość życia korelowała zarówno z punktacją w skali RS ($r = 0,44$, $p < 0,001$), HS ($r = -0,65$, $p < 0,001$), jak i ATQ ($r = -0,62$, $p < 0,01$). Jednak najbardziej znaczącą korelację stwierdzono pomiędzy wynikiem SF-36 a nasileniem depresji mierzonym za pomocą BDI ($r = -0,72$, $p < 0,001$; dla podskali BDI₁₋₁₃: $r = -0,47$, dla podskali BDI₁₄₋₂₁: $r = -0,63$, $p < 0,01$). Stwierdzono również istotne korelacje pomiędzy punktacją BDI a wszystkimi poszczególnymi podskalami SF-36 (funkcjonowanie fizyczne (PF), ograniczenia fizyczne w odgrywaniu ról (RP), ból (BP), ogólna ocena stanu zdrowia (GH), witalność (V), funkcjonowanie społeczne (SocF), ograniczenia emocjonalne w odgrywaniu ról (ER), ocenę zdrowia psychicznego (MH)). Najsilniej wyrażony był związek pomiędzy nasileniem objawów depresyjnych a witalnością ($r = -0,74$, $p < 0,001$) i ogólną oceną zdrowia psychicznego ($r = -0,67$, $p < 0,001$). Ocena korelacji pomiędzy poszczególnymi objawami depresji a wynikami SF-36 wykazała, iż z oceną jakości życia w istotny sposób skorelowane okazały się objawy zawarte w następujących podpunktach BDI: 1 (smutek), 2 (obawy o przyszłość), 3 (poczucie małej wartości), 4 (odczuwanie przyjemności), 5 (przygnębienie), 12 (zainteresowanie innymi ludźmi), 13 (trudności decyzyjne), 15 (aktywność), 16 (zaburzenia snu), 17 (męczliwość), 18 (zmniejszenie się apetytu), 20 (martwienie się o stan zdrowia) i 21 (spadek libido). Szczególnie silnie z obniżeniem się jakości życia wiązały się obawy o przyszłość ($r = -0,50$, $p < 0,001$) i o stan zdrowia ($r = -0,45$, $p < 0,001$).

W całej grupie badanej miesiąc po zabiegu angioplastyki wieńcowej uzyskano istotną poprawę w zakresie wszystkich ośmiu podskal. Po sześciu miesiącach nastąpiła dalsza poprawa w zakresie ograniczeń aktywności, związanych ze stanem psychicznym (podskala ER). Ograniczenia w odgrywaniu ról życiowych wynikające ze stanu fizycznego (podskala RP), funkcjonowanie fizyczne (PF) oraz funkcjonowanie społeczne (SocF) nie uległy zmianie, natomiast nastąpiło pogorszenie w zakresie odczuwanego bólu (BP), witalności (V), ogólnej oceny stanu zdrowia (GH) i oceny zdrowia psychicznego (MH). Taki wynik utrzymywał się w badaniu po roku od zabiegu, z wyjątkiem pogorszenia w zakresie ograniczeń w odgrywaniu ról, zarówno wynikających ze stanu somatycznego (podskala RP), jak i emocjonalnego (podskala ER) (tabela 2).

We wszystkich badaniach jakość życia w grupie osób prezentujących wyjściowo objawy depresyjne (grupa I) była istotnie gorsza niż w grupie pacjentów wyjściowo bez depresji (grupa II) (w każdym badaniu: $p < 0,001$, test U Manna-Whitneya).

W grupie I, miesiąc po zabiegu, nastąpiła istotna poprawa w zakresie wszystkich ośmiu podskal SF-36. W trzecim badaniu nastąpiła dalsza poprawa w zakresie podskali ER, nie stwierdzono zmian w zakresie RP, natomiast pogorszeniu uległy wartości w podskalach V, MH, PF, BP i GH. Nieznacznemu pogorszeniu uległo również funkcjonowanie społeczne, jednak uzyskany wynik był na granicy istotności

Tabela 2. Średnie wartości podskal SF-36 w poszczególnych badaniach w całej badanej grupie chorych oraz dynamika zmian poszczególnych podskal SF-36 w ciągu rocznej obserwacji (test Wilcoxon)

Podskale SF-36	Badanie 1	1 vs 2 (p)	Badanie 2	2 vs 3	Badanie 3	3 vs 4	Badanie 4
PF	55,4±24,5	<0,001	71,3±20,7	NS	71,3±24,2	NS	72,1±22,3
BP	41,9±30,6	<0,001	65,5±22,0	<0,01	59,0±26,0	NS	62,0±25,5
V	58,4±23,8	<0,001	75,0±21,3	<0,001	69,1±22,7	NS	70,0±22,2
ER	54,3±22,8	<0,001	62,1±21,9	NS	70,4±21,9	<0,001	61,3±21,1
RP	66,6±8,4	<0,001	71,7±11,3	<0,001	73,4±11,0	<0,001	69,4±7,9
GH	43,8±16,2	<0,001	54,4±17,4	NS	48,2±17,0	NS	48,9±17,4
SocF	50,5±26,7	<0,001	68,9±21,4	<0,05	66,8±22,7	<0,05	71,0±23,0
MH	70,0±21,3	<0,001	76,9±21,1	<0,05	73,4±21,4	NS	76,0±21,9

statystycznej ($p = 0,052$). W badaniu czwartym nie uległy zmianie wyniki uzyskane w podskalach PF, SocF i V, natomiast stwierdzono pogorszenie się ich w RP i ER, poprawę zaś w podskalach MH i GH. W grupie II, miesiąc po zabiegu angioplastyki, wieńcowej stwierdzono istotną statystycznie poprawę we wszystkich podskalach SF-36, z wyjątkiem MH, której wynik nie uległ zmianie. W badaniu trzecim nastąpiła dalsza poprawa wyników w podskalach PF, RP i ER, nie zmieniły się wyniki w podskalach SocF i MH, natomiast gorsze wyniki uzyskano w podskalach BP, GH i V. Po 12 miesiącach od zabiegu stwierdzono większe ograniczenia w odgrywaniu ról, zarówno wynikające z samopoczucia fizycznego, jak i emocjonalnego (gorsze wyniki w podskalach RP i ER), pozostałe obszary składające się na jakość życia nie uległy zmianie (tabela 3).

We wszystkich czterech badaniach stwierdzono istotnie gorsze wyniki w grupie I w stosunku do grupy II w zakresie odczuwanego bólu (BP, $p < 0,001$), ogólnej oceny zdrowia (GH, $p < 0,001$ w badaniu pierwszym i drugim; $p < 0,05$ w badaniu trzecim i czwartym), witalności (V, $p < 0,001$), emocjonalnych ograniczeń w odgrywaniu ról (ER, $p < 0,001$), oceny zdrowia psychicznego (MH, $p < 0,001$). Miesiąc po zabiegu funkcjonowanie fizyczne (PF), ograniczenia fizyczne w odgrywaniu ról (RP) i funkcjonowanie społeczne (SocF) w obu grupach były podobne, natomiast w badaniu trzecim i czwartym istotnie statystycznie gorsze w grupie I (PF i RP $p < 0,001$ w badaniu trzecim; $p < 0,01$ w badaniu czwartym).

We wszystkich czterech badaniach jakość życia w podgrupie Ia była istotnie gorsza niż w podgrupie Ib (badanie pierwsze: $p < 0,05$, badanie drugie, trzecie, czwarte: $p < 0,001$). Po zabiegu angioplastyki wieńcowej istotna poprawa jakości życia nastąpiła zarówno w podgrupie Ia, jak i Ib, jednak stopień tej poprawy był większy u osób, u których ustąpiły objawy depresji. W kolejnych badaniach po 6 i po 12 miesiącach od zabiegu w podgrupie Ia wartości SF-36 utrzymywały się na podobnym poziomie. W podgrupie Ib, po znacznej poprawie jakości życia w drugim badaniu, nastąpiło jej istotne pogorszenie się w badaniu trzecim i taki wynik utrzymywał się po roku od zabiegu (tabela 4).

Tabela 3. Średnie wartości podskal SF-36 w poszczególnych badaniach w grupach I i II oraz dynamika zmian poszczególnych podskal SF-36 w ciągu rocznej obserwacji w obrębie każdej z grup (test Wilcozona)

Podskale SF-36	Badanie 1	Badanie 1 vs 2	Badanie 2	Badanie 2 vs 3	Badanie 3	Badanie 3 vs 4	Badanie 4
Grupa I							
Suma	35,4±8,50	p<0,001	54,2±15,9	p<0,01	47,2±16,1	NS	47,6 ±12,9
PF	45,4±25,1	p<0,001	71,4±21,5	p<0,001	63,4±26,2	NS	65,8±24,4
BP	30,7±22,9	p<0,001	58,4±20,8	p<0,01	49,7±24,3	NS	51,4±19,9
V	42,5±16,9	p<0,001	66,2±22,5	p<0,01	57,4±22,8	NS	62,0±22,3
ER	35,0±11,5	p<0,001	43,4±12,6	p<0,001	51,7±10,1	p<0,001	44,0±11,3
RP	64,2±5,5	p<0,001	70,2±10,6	NS	69,2±10,1	p<0,05	66,8±5,0
GH	37,8±13,7	p<0,001	50,1±20,5	p<0,001	43,7±17,8	p<0,05	46,9±13,6
SocF	38,0±18,7	p<0,001	65,5±21,7	p=0,052	59,0±19,7	NS	62,0±22,7
MH	59,6±18,2	p<0,001	67,7±21,0	p<0,05	60,0±19,0	p<0,05	66,5±21,2
Grupa II							
Suma	54,7±13,2	p<0,01	63,9±11,3	NS	62,5±13,7	NS	63,4±14,3
PF	64,6±19,9	p<0,001	71,3±20,0	p<0,01	78,7±19,2	NS	78,01±8,4
BP	52,6±33,2	p<0,001	71,8±21,2	NS	67,8±24,7	NS	71,12±6,3
V	73,0±19,6	p<0,001	83,1±16,6	p<0,05	80,0±16,2	NS	77,41±9,5
ER	72,3±14,4	p<0,001	79,4±13,0	p<0,001	87,8±12,2	p<0,001	77,41±4,3
RP	68,7±10,0	p<0,05	73,1±11,8	p<0,01	77,3±10,4	p<0,001	71,8±9,3
GH	49,4±16,4	p<0,001	58,4±12,8	p<0,001	52,3±15,3	NS	50,8±20,2
SocF	62,0±27,9	p<0,05	72,1±20,7	NS	74,1±22,9	NS	78,7±20,5
MH	79,6±19,4	p<0,05	85,4±17,8	NS	85,9±14,9	NS	84,7±18,9

W podgrupie Ia skuteczna angioplastyka wieńcowa przyniosła poprawę w zakresie wszystkich podskal opisujących jakość życia, z wyjątkiem ograniczeń fizycznych w odgrywaniu ról (RP) i oceny zdrowia psychicznego (MH). W badaniu po 6 miesiącach nie stwierdzono istotnych statystycznie zmian w podskalach PF, RP, V, SocF, MH. Poprawiły się wyniki w podskali opisującej emocjonalne ograniczenia w odgrywaniu ról (ER), natomiast pogorszeniu uległa ogólna ocena stanu zdrowia (GH) oraz odczuwanie bólu (BP). Po roku od czasu zabiegu (badanie czwarte) ogólna ocena stanu zdrowia (GH) oraz ocena zdrowia psychicznego (MH) poprawiły się. Nie zmieniły się wyniki uzyskane w podskalach PF, BP, V, RP, SocF, natomiast pogorszyły się wyniki w podskali ER (tabela 4).

W podgrupie Ib (pacjenci, u których po miesiącu od zabiegu ustąpiły objawy depresji) w drugim badaniu stwierdzono istotną statystycznie poprawę w zakresie wszystkich ośmiu podskal SF-36. W badaniu po 6 miesiącach nie zmieniły się wyniki

Tabela 4. Średnie wartości podskal SF-36 w poszczególnych badaniach w grupie Ia i Ib oraz dynamika zmian poszczególnych podskal SF-36, w każdej z podgrup, w ciągu rocznej obserwacji (test Wilcoxon)

Podskale SF-36	Badanie 1	Badanie 1 vs 2	Badanie 2	Badanie 2 vs 3	Badanie 3	Badanie 3 vs 4	Badanie 4
Podgrupa Ia							
Suma	32,6±7,9	p<0,001	43,7±12,9	NS	40,5±14,7	NS	42,7±11,8
PF	42,7±21,4	p<0,01	59,5±21,3	NS	58,2±25,2	NS	58,6±22,2
BP	25,9±25,7	p<0,001	46,6±17,5	p<0,01	43,4±24,1	NS	45,2±20,0
V	42,6±16,2	p<0,001	51,7±14,1	NS	47,0±20,0	NS	48,9±19,3
ER	33,4±9,1	p<0,001	41,7±10,0	p<0,001	50,0±12,0	p<0,001	41,7±11,9
RP	64,8±7,3	NS	65,9±7,3	NS	67,6±8,0	NS	67,6±4,5
GH	32,3±10,5	NS	40,6±18,5	p<0,001	34,2±15,7	p<0,05	39,5±8,5
SocF	30,7±22,5	p<0,001	56,8±20,5	NS	56,8±19,0	NS	54,5±20,4
MH	57,7±18,8	NS	58,1±18,9	NS	53,2±20,2	p<0,01	64,1±22,8
Podgrupa Ib							
Suma	37,8±8,7	p<0,001	62,5±12,8	p<0,05	52,7±15,2	NS	51,4±12,5
PF	47,5±27,8	p<0,001	80,7±16,8	p<0,001	67,5±26,5	NS	71,4±24,8
BP	34,5±20,0	p<0,001	66,7±19,1	NS	55,1±23,4	NS	57,1±18,4
V	42,4±17,6	p<0,001	77,7±21,3	p<0,05	65,6±21,7	p<0,05	72,3±18,9
ER	36,3±14,3	p<0,001	44,6±13,1	p<0,001	53,0±12,6	p<0,001	45,8±12,6
RP	63,8±3,5	p<0,001	73,7±11,5	NS	70,5±11,4	p<0,01	66,2±5,4
GH	42,2±14,4	p<0,001	58,1±18,8	NS	51,0±15,9	NS	52,6±14,1
SocF	43,7±12,4	p<0,001	72,3±20,4	p<0,05	60,7±20,2	p<0,01	68,7±22,8
MH	61,1±17,9	p<0,001	75,4±19,5	p<0,05	65,4±16,4	NS	68,4±19,9

w podskalach BP, PR i GH, pogorszyły się wyniki w podskalach PF, V, SocF, MH, natomiast poprawiły się wyniki w podskali ER. Po 12 miesiącach (badanie czwarte) uzyskano poprawę vitalności (V) i funkcjonowania społecznego (SocF), nie zmieniły się wyniki w podskalach PF, BP, GH, MH, natomiast pogorszyły się wyniki w podskalach ER i RP (tabela 4).

W pierwszym badaniu poszczególne składowe jakości życia były podobne w obu podgrupach. Wyjątek stanowiło odczuwanie dolegliwości bólowych i ogólna ocena stanu zdrowia odzwierciedlone w gorszych wynikach w podskalach BP ($p < 0,05$) i GH ($p < 0,01$) w grupie Ia. Po miesiącu od zabiegu u pacjentów, u których ustąpiły objawy depresji, w porównaniu z osobami z utrzymującymi się zaburzeniami depresyjnymi, stwierdzono istotnie lepsze wyniki we wszystkich podskalach ($p < 0,001$ dla: PF, BP, V, GH, MH; $p < 0,01$ dla: RP i Soc F) z wyjątkiem podskali ER. W badaniu trzecim obie podgrupy różniły się istotnie pod względem PF, BP ($p < 0,05$), V i GH

($p < 0,001$), MH ($p < 0,01$), natomiast w badaniu czwartym istotne różnice występowały w podskalach BP, V, GH ($p < 0,001$) oraz SocF i PF ($p < 0,05$).

W podgrupie IIa wyjściowa jakość życia była istotnie gorsza niż w podgrupie IIb ($p < 0,001$). Miesiąc po zabiegu w obu podgrupach nastąpiła istotna poprawa jakości życia, nadal jednak w grupie IIb stwierdzano wyższe wartości SF-36 ($p < 0,001$). Po sześciu miesiącach, mimo utrzymywania się objawów depresyjnych, w podgrupie IIa wartości SF-36 były podobne jak w podgrupie IIb ($p = NS$) (tabela 5).

U osób w podgrupie IIa w badaniu przeprowadzonym miesiąc po zabiegu angioplastyki stwierdzono istotną statystycznie poprawę w zakresie podskal: PF, BP, GH, V, SocF, natomiast nie uległy zmianie wyniki w podskalach: RP, ER i MH. Po pół roku stwierdzono istotną pozytywną zmianę w podskalach BP, RP, V, SocF, natomiast w badaniu po 12 miesiącach – w podskali ER. Z kolei wyniki uzyskane w podskalach BP, RP, V, i SocF uległy pogorszeniu (tabela 5).

Tabela 5. Średnie wartości podskal SF-36 w poszczególnych badaniach w grupie IIa i IIb oraz dynamika zmian poszczególnych podskal SF-36 w obrębie każdej z podgrup w ciągu rocznej obserwacji (test Wilcozona)

Podskale SF-36	Badanie 1	Badanie 1 vs 2	Badanie 2	Badanie 2 vs 3	Badanie 3	Badanie 3 vs 4	Badanie 4
Grupa IIa							
Suma	81±7,6	$p < 0,01$	99±9,2	NS	109,3±2,9	NS	103±4,6
PF	20,8±2,5	NS	21,2±3,0	$p < 0,001$	27,0±2,7	$p < 0,01$	24,3±1,1
BP	4,6±1,1	$p < 0,001$	8,1±2,5	NS	8,8±2,6	NS	7,9±1,1
V	13,0±1,9	$p < 0,001$	15,3±2,9	NS	16,0±3,7	NS	14,5±1,7
ER	11,4±1,7	NS	12,4±1,7	NS	13,4±1,7	$p < 0,001$	12,4±1,7
RP	14,5±0,9	NS	14,3±0,5	$p < 0,001$	16,8±1,7	$p < 0,05$	15,3±1,7
GH	12,9±2,8	$p < 0,01$	15,9±0,9	$p < 0,05$	13,3±2,8	$p < 0,01$	16,3±1,0
SocF	5,3±1,4	$p < 0,001$	6,5±0,9	NS	7,25±1,7	NS	6,75±0,9
MH	14,6±3,0	$p < 0,05$	20,0±3,8	NS	20,9±2,5	NS	20,0±3,0
Grupa IIb							
Suma	105,3±14,4	$p < 0,001$	115,4±14,0	$p < 0,05$	111,6±16,1	NS	113,9±18,4
PF	23,3±4,1	$p < 0,01$	24,8±3,9	NS	25,5±4,0	NS	25,8±3,9
BP	7,7±3,4	$p < 0,001$	9,4±2,1	NS	8,8±2,5	NS	13,4±19,2
V	16,2±3,1	$p < 0,001$	17,3±2,5	$p < 0,01$	16,9±2,4	NS	16,7±3,2
ER	11,7±1,8	$p < 0,001$	12,6±1,6	NS	13,6±1,6	$p < 0,001$	12,3±1,7
RP	15,1±1,7	$p < 0,01$	16,0±1,9	NS	16,3±1,7	$p < 0,001$	15,5±1,5
GH	15,5±3,1	$p < 0,01$	16,8±2,7	$p < 0,001$	15,9±3,0	NS	15,1±4,4
SocF	7,3±2,3	$p < 0,05$	8,0±1,7	NS	8,1±1,8	$p < 0,05$	8,6±1,6
MH	22,0±2,9	NS	22,4±3,1	NS	22,4±2,9	NS	22,3±3,8

W podgrupie IIb (osoby, u których zarówno przed zabiegiem, jak i miesiąc po zabiegu nie występowała depresja) w drugim badaniu stwierdzono istotną statystycznie poprawę w zakresie wszystkich podskal opisujących jakość życia, z wyjątkiem MH. Wyniki w podskali MH, dotyczącej oceny zdrowia psychicznego przez cały okres obserwacji utrzymywały się na stałym, wysokim poziomie. W badaniu trzecim stwierdzono dalszą poprawę w podskalach PF, RP i ER. Nieznacznemu pogorszeniu uległa ocena dolegliwości bólowych (BP) i ogólna ocena stanu zdrowia (GH). Po roku obserwacji wyniki w podskalach PF, BP, SocF uległy poprawie, w podskalach zaś RP, GH, ER – niewielkiemu pogorszeniu (tabela 5).

W pierwszym badaniu, pomimo że w obu podgrupach nie stwierdzano objawów depresyjnych, większość składowych jakości życia (z wyjątkiem ER i RP) różniła się w sposób istotny ($p < 0,001$ dla: BP, V, MH; $p < 0,01$ dla: GH i Soc F; $p < 0,05$ dla PF). W drugim badaniu podgrupy IIa i IIb nie różniły się jedynie pod względem ogólnej oceny stanu zdrowia (GH) ($p < 0,001$ dla RP; $p < 0,01$ dla: PF, V i SocF; $p < 0,05$ dla: BP i MH). Po sześciu miesiącach wyniki uzyskane w obu podgrupach zbliżyły się do siebie. Istotna statystycznie różnica występowała w podskali ER ($p < 0,05$), w podskali zaś MH zróżnicowanie wyników było na granicy istotności ($p = 0,051$). Po rocznej obserwacji podgrupy były zróżnicowane w zakresie podskal: PF i V ($p < 0,05$), SocF ($p < 0,001$), MH ($p < 0,01$).

Dyskusja

Dotychczasowe badania dotyczące wpływu przezskórnej angioplastyki wieńcowej na jakość życia chorych z chorobą niedokrwienną serca wykazały istotną korzyść takiego postępowania rewaskularyzacyjnego [3, 16, 17]. Podobnie w prezentowanej pracy w całej grupie badanej 156 osób po zabiegu angioplastyki wieńcowej uzyskano istotną poprawę wyniku SF-36 oraz wszystkich jego podskal. Istnieją jednak doniesienia wskazujące na rozbieżność pomiędzy osiągniętym kardiologicznym wynikiem rewaskularyzacji naczyń wieńcowych a stopniem poprawy jakości życia. Specjaliści zajmujący się psychologią zdrowia zwracają uwagę, że obiektywne, medyczne mierniki wyniku leczenia są słabo powiązane z oceną jakości życia przez pacjentów i ich rodziny [18]. Na przykład w badaniu autorów niemieckich u części spośród 43 chorych po skutecznej angioplastyce stwierdzono obniżony poziom aktywności, dobrego samopoczucia i szczęścia. Pacjenci ci czuli się zmęczeni i wyczerpani oraz prezentowali znaczne poczucie choroby [5]. Nie zwrócono jednakże uwagi na możliwość współlistnienia w tej grupie chorych zaburzeń depresyjnych.

W prezentowanej pracy zaburzenia nastroju wydawały się mieć kluczowe znaczenie dla subiektywnej oceny jakości życia. We wszystkich czterech badaniach u osób ze współlistniejącymi objawami depresyjnymi jakość życia była istotnie gorsza niż u osób bez depresji. Taka tendencja dotyczyła zarówno całkowitej oceny jakości życia, jak i jej komponentów: odczuwania bólu, ogólnego stanu zdrowia, witalności, ograniczeń emocjonalnych w odgrywaniu ról, zdrowia psychicznego. Funkcjonowanie fizyczne, ograniczenia fizyczne w odgrywaniu ról i funkcjonowanie społeczne miesiąc po zabiegu były podobne w grupie I i II, jednak po 6 i 12 miesiącach istotnie gorsze u pacjentów z wyjściową depresją.

Do ciekawych wniosków prowadzi porównanie zmian jakości życia u osób, u których w badaniu po miesiącu od zabiegu minęły objawy depresji (podgrupa Ib) i u osób, u których utrzymywała się depresja (podgrupa Ia). W podgrupie Ia uzyskano co prawda istotną poprawę jakości życia po zabiegu angioplastyki, jednak stopień tej poprawy był znacznie mniejszy niż w podgrupie Ib. Z kolei całkowita ocena jakości życia w podgrupie Ia była stabilna w kolejnych badaniach, natomiast w podgrupie Ib pogorszyła się w obserwacji po 6 i 12 miesiącach. Bardzo znaczna poprawa wyniku SF-36 w drugim badaniu u osób, u których minęły objawy depresyjne, może wynikać nie tylko z samego wyniku rewaskularyzacji, ale i z ustąpienia depresji, czego wyrazem jest znaczna redukcja punktacji BDI. Może się to wiązać z przejściową euforyczną i nadmiernie optymistyczną oceną rzeczywistości i swoich możliwości bezpośrednio po udanym zabiegu, która to ocena z czasem staje się bardziej realistyczna. W przeciwieństwie do tego osoby depresyjne wykazują bardziej umiarkowane i sztywne postrzeganie jakości swojego życia. Taka interpretacja uzyskanych wyników jest zgodna z teorią realizmu depresyjnego oraz teorią iluzji. Teoria depresyjnego realizmu, stworzona przez Alloy i Abramson [19], zakłada, że osoby depresyjne prezentują styl myślenia, który czyni ich „smutniejszymi, lecz mądrzejszymi” (sadder but wiser). Osoby te nie są w swoim myśleniu dysfunkcjonalne, lecz w przeciwieństwie do osób zdrowych w sposób bardziej adekwatny postrzegają i oceniają siebie i otaczającą rzeczywistość [19, 20].

W całej grupie pacjentów z chorobą niedokrwienną serca po skutecznym zabiegu angioplastyki wieńcowej stwierdzono istotną korelację pomiędzy jakością życia a nasileniem objawów depresyjnych, mierzonym za pomocą BDI. Tematem dyskusji wciąż pozostaje poprawność metodologiczna badania jakości życia w depresji. Zwracano uwagę na to, iż wiele narzędzi, stosowanych do oceny jakości życia (np. Quality of Life in Depression Scale – QLDS [21], SmithKline Beecham Quality of Life Scale – SBQOL [22]), opisuje de facto stan psychiczny i zawiera pytania odnoszące się wprost do objawów depresyjnych, przez co bada nie jakość życia, lecz depresyjność [23, 24]. Jednakże z drugiej strony, badania jakości życia w zaburzeniach psychicznych znalazły swoje trwałe miejsce w psychiatrii. Użyty w prezentowanej pracy kwestionariusz SF-36 jest skalą szeroko stosowaną w badaniach jakości życia w różnych populacjach pacjentów, również u osób z zaburzeniami depresyjnymi [25, 26].

Rozważając związek subiektywnej oceny jakości życia z objawami depresyjnymi, należy zwrócić uwagę na depresyjny styl myślenia. Zgodnie z modelem poznawczym subiektywna ocena jakości życia jest zależna od depresyjnych przekonań, których nasilenie – i wpływ na całokształt życia psychicznego – jest wprost proporcjonalne do nasilenia objawów depresyjnych. Związek jakości życia z depresyjnym stylem myślenia potwierdzają istotne korelacje pomiędzy SF-36 a częstością negatywnych myśli automatycznych oraz poczuciem beznadziejności, brak jest natomiast zależności pomiędzy jakością życia a samooceną. Należy tu jednak zwrócić uwagę na specyficzne cechy badanej grupy pacjentów kardiologicznych, ze stwierdzanym u nich swoistym obrazem zaburzeń depresyjnych, w którym obniżona samoocena wydaje się nie odgrywać większej roli. Ponadto w literaturze dotyczącej związku pomiędzy samooceną a depresyjnością akcentowana jest raczej rola samooceny jako czynnika podatności na zachorowanie, nie zaś elementu związanego z samym obrazem choroby [27].

Z kolei najsilniejsza zależność występuje pomiędzy jakością życia a poczuciem beznadziejności. W dotychczasowych badaniach udowodniono, że poczucie beznadziejności, niezależnie od współistniejącej depresji, zwiększa ryzyko wystąpienia zawału serca, śmiertelności [28] oraz progresji zmian miażdżycowych [29]. Tu należy zwrócić uwagę na odrębność tego konstruktów psychologicznego od depresyjności [28]. Udowodniono, że poczucie beznadziejności może być zjawiskiem występującym niezależnie od depresji, jak również nie zawsze jej towarzyszącym [19, 20, 30].

Wyniki prezentowanych badań wskazują na to, iż objawy depresyjne w pacjentów poddawanych angioplastyce wieńcowej w dużej mierze wpływają na ocenę ich jakości życia. Sam skuteczny zabieg i udrożnienie naczyń wieńcowych nie gwarantuje zadowalającej poprawy jakości życia. Optymalizacja postępowania terapeutycznego u osób ze współistniejącymi zaburzeniami depresyjnymi może więc wymagać włączenia interwencji o charakterze psychologicznym, a w uzasadnionych przypadkach nawet leczenia psychiatrycznego.

Качество жизни и депрессивные симптомы у пациентов с ишемической болезнью сердца после хирургических вмешательств чрезкожной ангиопластики коронарных сосудов – годовичное наблюдение.

Содержание

Задание. Заданием работы была проверка влияния сопутствующих депрессивных нарушений и ишемической болезни сердца (ИБС). Они являются существенным фактором в улучшении качества жизни после эффективного хирургического вмешательства коронарной ангиопластики (КАП) в течение года жизни больных.

Методы. В исследование включено 227 больных с симптоматической болезнью ИБС, выбранных до плановой операции КАП. Годичным наблюдением охвачено 156 человек с оптимальным результатом ИАП и без рецидива ишемии сердечной мышцы в течение 4 недель со времени вмешательства. Исследование психического состояния проведено четыре раза: день перед КАП и после 1-го, 6 и 12 месяцев. Используются – польская версия анкеты СФ – 36, Инвентарий депрессии Бекка (ИДБ), Шкала самооценки Розенберга (ШР), Шкала безнадежности (ШБЗ), Глоссарий автоматической мысли (ШАМ).

Результаты. Обнаружены существенные корреляции между качеством жизни (СФ – 36) и утяжелением депрессивных симптомов ИДБ и параметрами, описывающими депрессивные изменения мышления (шкалы – ШБЗ, ШР, ШАМ). Во всей обследованной группе – 156 больных после месяца со времени проведения КАП получено существенное улучшение качества жизни и его отдельных компонентов. Такая тенденция удерживалась в последующих исследованиях. Появление депрессивных симптомов и депрессивного способа мышления существенным образом ограничивало улучшение качества жизни в течений своей годичной обсервации.

Выводы. Полученные результаты исследований подтверждают факт, что сосуществование депрессивных нарушений с ишемической болезнью сердца существенным образом влияют на степень улучшения качества жизни больных после эффективного вмешательства КАП. Это обстоятельство указывает на потребность включения у пациентов с ИШБ сердца и сопутствующей депрессивной симптоматикой интервенции психологического характера, или же, в определенных случаях, психиатрического лечения.

Lebensqualität und Depressionssymptome bei Patienten mit Herzischämie nach perkutaner Koronarangioplastik nach einem Jahr Beobachtung

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Studie war zu überprüfen, ob die Komorbidität der Depressionsstörungen und Herzischämie (CHNS) einen bedeutenden Einfluss auf die Verbesserung der Lebensqualität nach der Koronarangioplastik (PCI) ein Jahr nach dem erfolgreichen operativen Eingriff hat.

Methode. An der Studie nahmen 227 Kranke mit der CHNS - Krankheit mit vollen Symptomen teil, die zum geplanten operativen Eingriff qualifiziert wurden.

An einer jährlichen Beobachtung nahmen 156 Personen mit dem optimalen PCI-Ergebnis ohne Herzischämie - Rückfall vier Wochen nach dem operativen Eingriff teil. Die Studie an dem psychischen Zustand wurde viermal durchgeführt: einen Tag vor PCI, und 1, 6 und 12 Monate nach PCI. Es wurden dabei angewandt: Depressionsinventar von Beck (BDI), Skala zur Selbstbeurteilung von Rosenberg (RS), Skala "Hoffnungslosigkeit" (HS), Fragebogen automatischer Gedanken (ATQ).

Ergebnisse. Es wurden signifikante Korrelationen zwischen der Lebensqualität (SF-36) und der Intensität der Depressionssymptome (BDI) und den Parametern festgestellt, die die depressiven Veränderungen beim Denken beschreiben (HS, RS, ATQ). In der ganzen untersuchten Gruppe (n=156) wurde einen Monat nach dem erfolgreichen operativen Eingriff eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität und ihrer einzelnen Bestandteile festgestellt. Eine solche Tendenz hielt sich bei den folgenden Untersuchungen an. Die depressiven Symptome und die depressive Denkweise begrenzte auf eine bedeutende Weise die Verbesserung der Lebensqualität im Verlauf der ganzen jährlichen Beobachtung.

Schlussfolgerungen. Die erzielten Ergebnisse bestätigen, dass die Komorbidität der depressiven Störungen einen bedeutenden Einfluss auf den Grad der Verbesserung der Lebensqualität nach dem erfolgreichen PCI - Eingriff hat. Sie zeigen auf eine Notwendigkeit der Anwendung bei den Patienten mit CHNS und der komorbiden depressiven Symptomatik der Intervention vom psychologischen Charakter oder - in begründeten Fällen - der psychiatrischen Behandlung.

La qualité de vie et les symptômes dépressifs des patients souffrant de l'insuffisance cardiaque ischémique après l'angioplastie coronaire

Résumé

Objectif. Cet étude vise à savoir si la comorbidité des symptômes dépressifs et de l'insuffisance cardiaque ischémique (ICI) influe sur la qualité de vie des patients après l'angioplastie coronaire (AC).

Méthode. On examine 227 patients souffrant d'ICI, qualifiés à l'AC. Après cette angioplastie avec succès et sans la réstenose après 4 semaines de l'opération on observe 156 patients durant la période d'un an. Ces patients sont examinés quatre fois : un jour avant l'AC et après un mois, six et douze mois après l'AC avec : version polonaise de SF-36, Beck Depression Inventory (BDI), Rosenberg Self-Esteem Scale (RS), Beck Hopelessness Scale (HS), Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ).

Résultats. On trouve des corrélations importantes de la qualité de vie (SF-36) et l'intensité des symptômes dépressifs (BDI) ainsi que des paramètres décrivant les changements de penser (HS, RS, ATQ). Un mois après cette AC on constate l'amélioration considérable de la qualité de vie de tous les patients (n=156). Cette tendance persiste au cours des examens successifs dans le futur. Seulement la présence des symptômes dépressifs influe un peu sur la qualité de vie des personnes examinées.

Conclusions. Ces résultats indiquent que la comorbidité des symptômes dépressifs influe sur la qualité de vie des patients après l'AC et qu'il faut qu'ils suivent la thérapie psychologique ou psychiatrique dans les cas plus graves.

Piśmiennictwo

1. Brown N, Melville M, Gray D, Young T, Munro J, Skene AM, Hampton JR. *Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with normal population.* Heart 1999; 81: 352-358.
2. Westin L, Carlsson R, Israelsson B, Willenheimer R, Cline C, McNeil TF. *Quality of life in patients with ischaemic heart disease: a prospective controlled study.* J. Intern. Med. 1997; 242: 239-247.
3. Pocock SJ, Henderson RA, Seed P, Treasure T, Hampton JR. *Quality of life, employment status and anginal symptoms after coronary angioplasty or bypass surgery. 3-year follow-up in the randomized intervention treatment of angina (RITA) trial.* Circul. 1996; 94: 135-142.

4. Ochała A, Gabrylewicz B, Garbocz P, Tendera M. *Subiektywna ocena jakości życia chorych na chorobę wieńcową poddanych przezskórnej angioplastyce wieńcowej po 65 r.ż.* Pol. Merk. Lek. 2001; 62 (11): 133–136.
5. Richter-Gorge H, Gorge G, Bours M., Brandenburg S, Schmittke V, Erbel R, Senf W. *Discrepancy between successful coronary artery interventions and quality of life.* Eur. Heart. J. 1998; 19: 445.
6. Beck AT, Weissman A, Lester T, Trexler L. *The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale.* J. Consult. Clin. Psychol. 1974; 42: 861–865.
7. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression.* Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 561–571.
8. Rosenberg M. *The measurement of self-esteem. Society and adolescent selfimage.* Princeton: University Press; 1965.
9. Hollon SD, Kendall PC. *Cognitive self-statements in depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire.* Cogn. Ther. Res. 1980; 4: 383–395.
10. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A user's manual.* Boston, MA: The Health Institute; 1994.
11. Ware JE, Gandek B. *Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) project.* J. Clin. Epidemiol. 1998; 51: 903–912.
12. Armitage P. *Metody statystyczne w badaniach medycznych.* Warszawa: PZWŁ, 1978.
13. Brzeziński J. *Metodologia badań psychologicznych.* Warszawa: PWN; 1996.
14. Ferguson GA, Takane Y. *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice.* Warszawa: PWN; 1997.
15. Gore S. *Statystyka w praktyce lekarskiej.* Warszawa: PWN; 1997.
16. Wahrborg P. *Quality of life after coronary angioplasty or bypass surgery. 1-year follow-up in the Coronary Angioplasty versus Bypass Revascularization Investigation (CABRI) trial.* Eur. Heart. J. 1999; 20 (9): 658–668.
17. Writing Group for the Bypass Angioplasty Revascularization Investigation (BARI) Investigators: *Five year clinical and functional outcome comparing bypass surgery and angioplasty in patients with multivessel coronary disease. A multicenter randomized trial.* JAMA 1997; 277 (9): 715–721.
18. Taylor SE. *Health psychology.* New York: McGraw–Hill Higher Education; 2003.
19. Alloy LB, Abramson LY. *Depressive realism: four theoretical perspectives.* W: LB Alloy, red. *Cognitive processes in depression.* New York: Guilford Press; 1988, s. 223–265.
20. Alloy LB, Abramson LY, Metalsky GI. *The hopelessness theory of depression: Attributional aspects.* Brit. J. Clin. Psychol. 1988; 27: 5–21.
21. Hunt SM, McKenna SP. *The QLDS: A scale for measurement of quality of life in depression.* Health Policy 1992; 22: 307–319.
22. Stoker MJ, Dunbar GC, Beamont G. *The SmithKline Beecham „Quality of Life” Scale: A validation and reliability study in patients with affective disorders.* Qual. Life Res. 1992; 1: 385–395.
23. Katschnig H. *How useful is the concept of quality of life in psychiatry?* W: Katschnig H, Freeman H, Sartorius N, red. *Quality of life in mental disorders.* Chichester: Wiley & sons; 1997.
24. Katschnig H, Simhandl C, Serim M, Subasi B, Zoghiami A, Jaidhauser K. *Depression-specific quality of life scales are flawed.* APA Annual Meeting, 4–9 May 1996, New York. New Research Abstracts, str. 160.
25. Jarema M, Konieczńska Z, Głowczak M, Szaniawska A, Meder J, Jakubiak A. *Próba analizy subiektywnej oceny jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii lub depresji.* Psychiatr. Pol. 1995; 29: 641015–654.

26. Nielsen AC, Williams TA. *Depression in ambulatory medical patients*. Arch. Gen. Psychiatry 1980; 37: 999–1004.
27. Pardoën D, Bauwens F, Tracy A, Martin F, Mendlewicz J. *Self-esteem in recovered bipolar and unipolar out-patients*. Brit. J. Psychiatry 1993; 163: 755–762.
28. Everson SA, Goldberg DE, Kaplan GA, Cohen RD, Pukkala E, Tuomilehto J, Salonen JT. *Hopelessness and risk of mortality and incidence of myocardial infarction and cancer*. Psychosom. Med. 1996; 58: 113–121.
29. Everson SA, Kaplan GA, Goldberg DE, Salonen R, Salonen JT. *Hopelessness and 4-year progression of carotid atherosclerosis. The Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study*. Arterioscler Thromb Vasc Biol. 1997; 17: 1490–1495.
30. Greene SM. *The relationship between depression and hopelessness: Implication for current theories of depression*. Brit. J. Psychiatry 1989; 154: 650–659.

Adres: Dominika Dudek
Oddział Leczenia Depresji
Klinika Psychiatrii Dorosłych CM UJ
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

Otrzymano: 16.08.2006
Zrecenzowano: 14.09.2006
Przyjęto do druku: 06.10.2006