

Postrzeganie wsparcia społecznego a styl poznawczy w chorobach afektywnych

Perception of social support in the aspect of a cognitive style of patients with affective disorders

Magdalena Poradowska-Trzos, Dominika Dudek, Monika Rogoż,
Andrzej Zięba

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

Summary

According to Aaron Beck, dysfunctional thinking patterns appear also in euthymic patients, after withdrawal of acute diseases symptoms. Patients have a disordered, negative image of themselves, of their future and the surrounding world. It has been shown that a way a man perceives possessed social support has a basic meaning for him.

Aim. The purpose of the research was to analyze the relationship between perceived social support and the patient's cognitive style.

Method. The study group consisted of euthymic outpatients diagnosed with recurrent depressive disorder (UID) or bipolar affective disorder (BID). Assessment of a cognitive style was made according to the Rosenberg Scale, Hopelessness Scale HS-20 and Automatique Thoughts Questionnaire ATQ 30, assessment of the amount of received support - according to Cohen's ISEL.

Results and conclusions. The presented study revealed that, in both groups of patients, a thinking style is disturbed and that there is a link between a cognitive style and the perception of the level of received support. The link was stronger in the group of patients with unipolar affective disorder. In both groups, correlations concerning emotional support were the highest.

Słowa kluczowe: wsparcie społeczne, styl poznawczy, choroby afektywne

Key words: social support, cognitive style, affective disorders

Według koncepcji Aarona Becka osoby, które zachorowały na depresję, już w okresie przedchorobowym miały niską samoocenę, zaburzone, negatywne widzenie siebie, otaczającego świata i swojej przyszłości. Beck zakłada pierwotność zaburzeń myślenia w stosunku do zaburzeń nastroju. Stwierdza, że taki negatywny obraz siebie, swoich możliwości i otoczenia może w pewnych niesprzyjających okolicznościach rozwinąć się w pełnoobjawową depresję. Ponadto twierdzi, że jakkolwiek zaburzenia myślenia

wyprzedzają zaburzenia nastroju, to w momencie wystąpienia depresji dochodzi do indukcji tych zjawisk, co owocuje depresyjnymi zaburzeniami myślenia [1]. Jest to sprzeczne z tradycyjnym poglądem w psychiatrii zakładającym pierwotność zaburzeń nastroju w stosunku do zaburzeń myślenia, które mają ustępować równocześnie [2]. Pośrednim potwierdzeniem koncepcji Aarona Becka jest stwierdzony przez wielu autorów fakt, że zaburzenia myślenia utrzymują się również w okresie remisji objawów chorobowych i są cechą stałą [1, 3, 4, 5].

Zaburzenia poznawcze u osób depresyjnych Beck, jak już wspomniano, dzieli na trzy grupy: negatywny obraz siebie, otaczającego świata i własnej przeszłości. Osoby dotknięte chorobą mają pewne wspólne spostrzeżenia dotyczące siebie, relacji z ludźmi, aspiracji życiowych. Człowiek chory ma znacznie obniżoną samoocenę, wszystkie bodźce z zewnątrz niezależnie od ich pierwotnego znaczenia, interpretuje w sposób niekorzystny, na przykład zainteresowanie – jako wyraz litości lub nieprzychylności. Myślenie pacjenta jest często absolutystyczne, dychotomiczne, a sytuacje życiowe czarno-białe, gama szarości pozostaje niezauważona [6]. Zaniżona samoocena ma duży wpływ na funkcjonowanie psychiczne, ponieważ znajduje swoje odbicie w aspiracjach, celach życiowych i interakcjach z innymi ludźmi [7]. Dodatkowo występują negatywne myśli (m.in.: jestem bezwartościowy, zawsze jestem przegrany, czuję się bezradny, wg ATQ-30), które pojawiają się w sposób automatyczny i na zasadzie błędnego koła pogłębiają obniżony nastrój. Pacjent nie ma przy tym poczucia nieprawidłowości tego myślenia i nie potrafi weryfikować struktur poznawczych. Roth i Rehm [za: 3] stwierdzili, że osoby depresyjne zwykle zauważają wszystkie swoje zachowania negatywne i na nich się skupiają, nie dostrzegają pozytywnych, przeciwnie osoby zdrowe – wyolbrzymiają nawet te drugie, wyrzucając z pamięci pierwsze. Chorzy, w odpowiedzi na neutralny bodziec zachęcający, dużo łatwiej odnajdują w pamięci wspomnienia negatywne niż pozytywne, również przeciwnie niż dzieje się to u osób zdrowych [8]. Przyszłość swoją widzą w czarnych kolorach, przez co pogrążają się w poczuciu beznadziejności. W manii pojawia się tak zwana pozytywna triada poznawcza, która podobnie jak w depresji dotyczy obrazu siebie, świata i innych ludzi, oraz dodatkowo takie zaburzenia, jak minimalizowanie ryzyka, niedocenianie problemów [9].

U osób depresyjnych częsta jest również skłonność do emocjonalnego uzależnienia się od osób drugich, samorealizowania poprzez życie dla tak zwanej osoby znaczącej, będącego elementem „poczucia zewnętrznej kontroli”, w którym przebieg drogi życiowej zależy jedynie od losu i szczęścia, a poczucie własnej wartości od zdania innych ludzi [1]. Według badań, które przeprowadzili Sandler i Lakey [za: 10], osoby „wewnątrzsterowne”, nawet gdy otrzymują mniej wsparcia w stosunku do osób z poczuciem zewnętrznego zlokalizowania kontroli, umieją je lepiej wykorzystać do zmagania się z trudnymi sytuacjami.

Problem zaburzeń poznawczych wydaje się również istotny w aspekcie wpływu posiadanego wsparcia społecznego na występowanie, nasilenie i czas trwania epizodów, głównie depresyjnych, stwierdzono bowiem, że podstawowe znaczenie dla człowieka ma to, w jaki sposób postrzega on posiadane i dostępne wsparcie społeczne, a nie to, jakie jego zasoby można by było stwierdzić przy próbie obiektywizacji [11,12,13].

Innymi słowy, wpływ postrzeganego wsparcia społecznego na zdrowie został udowodniony, natomiast znaczenie samej struktury sieci nie jest jasne [14].

Celem prezentowanej pracy było stwierdzenie związku pomiędzy stylem poznawczym pacjentów a poziomem postrzeganego przez nich wsparcia społecznego.

Material i metoda

W badaniu wzięli udział pacjenci pozostający w opiece ambulatoryjnej Poradni Leczenia Chorób Afektywnych Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ w Krakowie, z rozpoznaniem (według ICD-10) zaburzeń depresyjnych nawracających (choroby afektywnej jednobiegunowej – CHAJ) lub choroby afektywnej dwubiegunowej (CHAD). Diagnozując chorobę afektywną jednobiegunową oparto się ponadto na kryterium zaproponowanym przez Perrisa, czyli konieczności występowania co najmniej trzech faz depresyjnych przy równoczesnym braku faz maniakalnych lub hipomaniakalnych [3]. Stan remisji stwierdzany był na podstawie badania klinicznego oraz testów diagnostycznych (Skala Depresji Hamiltona, Skala Depresji Becka oraz Skala Manii Younga). Pacjenci, którzy wzięli udział w badaniu, zostali podzieleni na dwie czterdziestoosobowe grupy, według rozpoznania. Grupę kontrolną stanowiły osoby nie leczone psychiatrycznie, dobrane pod względem płci i wieku (40 osób).

Styl poznawczy pacjentów oceniano na podstawie:

1. Skali Samooceny Rosenberga (RS – Rosenberg Scale)

Skala ta została opracowana przez Rosenberga w 1965 roku. Składa się z dziesięciu stwierdzeń dotyczących samooceny. Połowa z nich ma wydźwięk pozytywny, połowa negatywny. Po przeczytaniu każdego ze stwierdzeń badany ma określić stopień, w jakim zgadza się z nim w odniesieniu do własnej osoby. Skala jest dziesięciostopniowa, skrajne odpowiedzi brzmią: „całkowicie nie zgadzam się” oraz „zgadzam się całkowicie”. W teście można uzyskać maksymalnie 100 punktów, które oznaczają najwyższą samoocenę, minimalnie 10 punktów, co wyraża samoocenę bardzo niską [3, 15, 16, 17, 18].

2. Skali Beznadziejności (HS 20 – Hopelessness Scale)

Skala ta bada ocenę przyszłości. Zawiera dwadzieścia opisujących ją zdań. Pacjent jest proszony o postawienie litery P (prawda) przy zdaniach, z którymi się zgadza, czyli przy tych, które opisują jego własną przyszłość, lub F (fałsz) przy tych, które według jego oceny go nie dotyczą. Połowa stwierdzeń jest pesymistycznych, druga połowa opisuje przyszłość optymistycznie. Punkty są przyznawane za postawienie litery P przy twierdzeniach pesymistycznych oraz litery F przy optymistycznych. W teście można uzyskać maksymalnie 20 punktów, co oznacza najwyższy stopień poczucia beznadziejności, czyli najbardziej negatywną ocenę przyszłości [19, 20].

3. Kwestionariusza Myśli Automatycznych (ATQ 30 – Automatic Thoughts Questionnaire)

Kwestionariusz ten bada częstotliwość pojawiania się w sposób automatyczny, niezależny od woli, tak zwanych myśli depresyjnych o zabarwieniu negatywnym. Zawiera trzydzieści

stwierżeń. Badany proszony jest o podanie, czy i jak często w ciągu ostatniego tygodnia pojawiła się u niego myśl opisywana poszczególnymi zdaniami. Częstość określana jest w pięciostopniowej skali: 1 – nigdy, 2 – niekiedy (czasami), 3 – średnio często, 4 – często, 5 – cały czas. Maksymalny, możliwy do uzyskania wynik – 150 punktów – oznacza myślenie zdominowane przez podane myśli, wynik minimalny – 30 punktów – brak nachodzenia przez jakąkolwiek myśl z listy.

Otrzymywane wsparcie społeczne badano na podstawie:

Skali Wsparcia Społecznego Cohena (ISEL – Interpersonal Support Evaluation List)

Została ona skonstruowana przez Cohena, Mermelsteina, Kamarcka i Hobermana w 1985 roku. Składa się, w wersji ogólnej, z 40 pytań podzielonych na cztery grupy. Każda z grup, licząca po 10 pytań, dotyczy innego rodzaju otrzymywanego wsparcia społecznego. Skala bada postrzeganie poziomu wsparcia. Jest jedną z nielicznych wyróżniających poszczególne rodzaje wsparcia, których kategorie są zbliżone do wskazanych przez Helenę Sęk [21]:

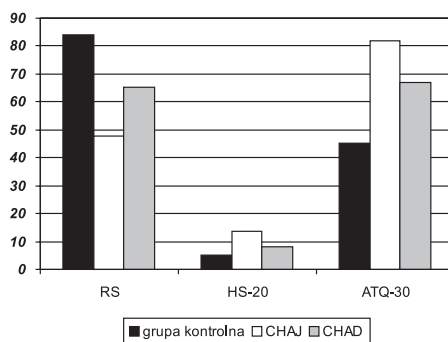
- **wsparcie emocjonalne** – polegające na przekazywaniu tak zwanych pozytywnych emocji, troski, ciepła, opieki, dające poczucie bezpieczeństwa, stabilizacji, ukojenie, wyciszenie, nadzieję i poczucie własnej wartości, stwarzające warunki do odreagowania negatywnych emocji
- **wsparcie informacyjne** – pomocne w zrozumieniu położenia życiowego, polegające na przekonywaniu o słuszności postępowania, komentowaniu go, życzliwej rozmowie, tłumaczeniu przyczyn lub sensu sytuacji zachodzących w otaczającym świecie; składa się na nie również dzielenie się doświadczeniem oraz próby udzielania wskazówek
- **wsparcie instrumentalne** – to możliwość wspólnego działania, między innymi w rozwiązywaniu problemów
- **wsparcie rzeczowe** – to pomoc materialna, w codziennych obowiązkach, niespodziewanych sytuacjach oraz opieka.

Każde z 40 stwierżeń zawartych w tej skali (typu: jeśli potrzebowałbym pomocy w naprawie jakiegoś urządzenia lub naprawie samochodu, jest ktoś, kto by mi w tym pomógł, lub: kiedy czuję się samotny, jest kilka osób, z którymi mogę porozmawiać) badany może określić jako: na pewno prawdziwe, prawdopodobnie prawdziwe, na pewno fałszywe lub prawdopodobnie fałszywe. Za każde pytanie może otrzymać od 0 do 3 punktów. Maksymalna liczba punktów w każdej podskali wynosi 30, w całym teście 120.

Rogers i wsp. [17] w swoim artykule dotyczącym sposobów pomiaru wsparcia społecznego wskazują, że skala ta odznacza się bardzo dużą rzetelnością i trafnością (dla populacji ogólnej). Podkreślają przy tym, że niewiele jest testów, w których powyższe parametry zostały sprawdzone w stosunku do populacji osób chorych psychicznie. Sami przeprowadzili takie badanie odnośnie do Skali Wsparcia Społecznego Cohena. Wykazali wysoką spójność wewnętrzną i wiarygodność tej skali. Stwierdzili, że narzędzie to ma wysoką rzetelność i trafność również w odniesieniu do osób z rozpoznaną chorobą psychiczną.

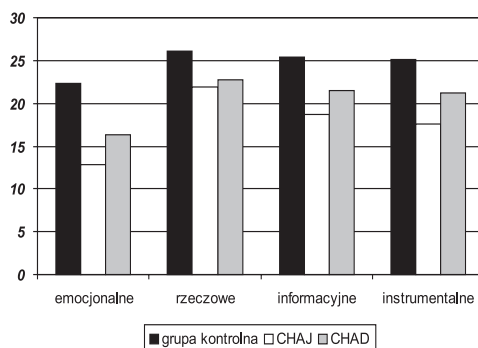
Analizę statystyczną przeprowadzono na podstawie porównania średnich wyników pomiarów, używając testów dla zmiennych niepowiązanych o rozkładach skośnych: test U Manna-Whitneya i test Kołmogorowa-Smirnowa (po uprzednim przeprowadzeniu testów normalności). Celem określenia siły związku pomiędzy poszczególnymi parametrami obliczono współczynniki korelacji Spearmana. Istotność współczynników testowano na poziomie $\alpha = 0,05$.

Wyniki badań



Wykres 1. Styl poznawczy, $p < 0,001$ (z wyjątkiem różnicy w teście HS-20 między grupą kontrolną a CHAD)

Wykres 1 przedstawia wyniki uzyskane przez badanych przy wypełnianiu skal służących do badania stylu poznawczego. Niemal we wszystkich testach wszystkie grupy różniły się od siebie w sposób istotny statystycznie. Najgorsze wyniki uzyskiwali pacjenci z grupy CHAJ, pośrednie z CHAD, najlepsze – osoby z grupy kontrolnej (jedynie w teście HS-20 różnica pomiędzy grupą CHAD a grupą kontrolną nie była istotna statystycznie). Oznacza to, że pacjenci, w stosunku do osób zdrowych, mają niższą samoocenę, większe poczucie beznadziejności oraz częściej pojawiają się u nich negatywne myśli automatyczne.



Wykres 2. Otrzymywane wsparcie społeczne ($p < 0,001$ grupa kontrolna/CHAJ, $p < 0,05$ grupa kontrolna/CHAD, $p < 0,05$ CHAJ/CHAD dla wsparcia emocjonalnego)

Wykres 2 dotyczy otrzymywanego wsparcia. Zarówno pacjenci z rozpozną CHAJ, jak i CHAD otrzymywali mniej wsparcia emocjonalnego niż osoby z grupy kontrolnej ($p < 0,001$). Różnica pomiędzy grupami pacjentów również była istotna statystycznie ($p < 0,05$), osoby z rozpozną CHAJ otrzymywały mniej tego rodzaju wsparcia w stosunku do pacjentów z CHAD. Pacjenci z rozpozną CHAJ oraz CHAD otrzymywali statystycznie istotnie mniej wsparcia rzeczowego niż grupa kontrolna ($p < 0,05$). Pomiedzy grupami pacjentów nie występowała natomiast, pod tym względem, statystycznie istotna różnica. Pod względem otrzymywanego wsparcia informacyjnego i instrumentalnego różnice pomiędzy grupą kontrolną a zarówno pacjentami z rozpozną CHAJ, jak i CHAD były istotne statystycznie ($p \leq 0,001$). Pomiedzy sobą grupy pacjentów nie różniły się w sposób statystycznie istotny.

Tabele 1–3. Współczynniki korelacji ($\alpha = 0,05$, współczynniki istotne statystycznie zaznaczono pogrubioną czcionką)

CHAJ	WSPARCIE			
	emocjonalne	instrumentalne	informacyjne	rzeczowe
RS	0,73	0,55	0,52	0,49
HS	-0,77	-0,49	-0,49	-0,39
ATQ	-0,74	-0,49	-0,47	-0,46

CHAD	WSPARCIE			
	emocjonalne	instrumentalne	informacyjne	rzeczowe
RS	0,46	0,26	0,26	0,28
HS	-0,59	-0,37	-0,37	-0,44
ATQ	-0,49	-0,36	-0,40	-0,40

GRUPA KONTROLNA	WSPARCIE			
	emocjonalne	instrumentalne	informacyjne	rzeczowe
RS	0,28	0,36	0,15	0,07
HS	-0,22	-0,36	-0,23	-0,22
ATQ	-0,32	-0,26	-0,23	-0,06

Tabele 1–3 przedstawiają korelację wyników testów badających styl poznawczy z postrzeganym poziomem wsparcia. W grupie pacjentów z rozpozną CHAJ występowały istotne korelacje pomiędzy wszystkimi badanymi parametrami. Uwagę zwracają najwyższe, w stosunku do reszty, wartości współczynników korelacji poziomu otrzymywanego wsparcia emocjonalnego z samooceną, częstością występowania negatywnych myśli automatycznych i wynikiem skali beznadziejności ($> 0,7$). W grupie pacjentów z rozpozną CHAD współczynniki korelacji były generalnie niższe, część związków nie była istotna statystycznie. Jedyną silniejszą korelacją w stosunku do

grupy pacjentów z rozpoznaną CHAJ była korelacja poziomu postrzeganego wsparcia rzeczowego z oceną przyszłości; im większe wsparcie rzeczowe, tym mniejsze poczucie beznadziejności. Również w tej grupie najsilniejsze korelacje występowały pomiędzy poziomem otrzymywanego wsparcia emocjonalnego a samooceną, częstością występowania negatywnych myśli automatycznych i wynikiem skali beznadziejności ($> 0,45$). W grupie kontrolnej większość korelacji była nieistotna statystycznie. Współczynniki korelacji w tych istotnych były niższe niż w obydwu grupach pacjentów. W grupie tej nie występowała, opisana powyżej, obserwacja dotycząca najwyższych wartości współczynników korelacji poziomu otrzymywanego wsparcia emocjonalnego.

Omówienie wyników i dyskusja

Omawiając powyższe wyniki należy stwierdzić, że zgodnie z obserwacjami Aarona Becka zaburzenia poznawcze utrzymywały się u pacjentów z badanych grup także w okresie remisji objawowej. We wszystkich skalach uzyskiwali oni wyniki istotnie statystycznie gorsze od wyników grupy kontrolnej. Większe zaburzenia stylu poznawczego występowały u pacjentów z rozpoznaną CHAJ; pomiędzy tą grupą a grupą pacjentów z rozpoznaną CHAD również występowała statystycznie istotna różnica.

Po drugie, można przypuszczać, że zaburzony styl poznawczy może wpływać na to, w jaki sposób pacjenci postrzegają wsparcie, jakie otrzymują od otoczenia, i odwrotnie – że małe wsparcie może skutkować obniżoną samooceną, większym poczuciem beznadziejności i częstszym występowaniem negatywnych autonomicznych myśli (ponieważ istnienie korelacji nie przesądza o jej kierunku). Silna, zaobserwowana u pacjentów, a nie występująca w grupie kontrolnej, korelacja, zwłaszcza wsparcia emocjonalnego z samooceną, wydaje się potwierdzać podkreślaną w literaturze zależność poczucia własnej wartości od zachowania i spojrzenia ludzi z zewnątrz („poczucie zewnętrznej kontroli”) [1].

W praktyce klinicznej najważniejsze wydaje się nie rozstrzygnięcie, co jest przyczyną, a co skutkiem, lecz implikacje terapeutyczne, jakie niosą same powyższe obserwacje. Potwierdzają i podkreślają one istnienie wspólnego pola dla wszechstronnego oddziaływania różnych modeli psychoterapeutycznych. Terapia poznawczo-behawioralna, przez zmianę wadliwych schematów myślenia, wytworzenie poczucia „wewnętrznej kontroli,” czyli możliwości wpływu na swój los, może pośrednio wpływać i na postrzeganie wsparcia społecznego [1]. Interwencje mające na celu rozszerzenie sieci wsparcia lub pełniejsze wykorzystanie istniejącej mogą natomiast poprawić także jakość i być może długość remisji.

Johnson, Meyer, Winett i Small [22] w swoich badaniach zauważyli, że wsparcie emocjonalne (mierzone za pomocą kwestionariusza ISEL) ma największy wpływ na przebieg choroby afektywnej, oraz że koreluje ono z samooceną mierzoną za pomocą testu Rosenberga ($r = 0,72$, $p < 0,01$). Porównując dane uzyskane za pomocą ISEL i testu Rosenberga, stwierdzili, że pierwsze świadczą o tym, ile szacunku dla człowieka mają, w jego pojęciu, inni ludzie, drugie – w jakim stopniu on szanuje samego siebie. Autorzy ci, podobnie jak w prezentowanych badaniach, najsilniejszą korelację wykazali pomiędzy poziomem wsparcia emocjonalnego a samooceną, a na drugim

miejscu – pomiędzy wsparciem instrumentalnych a wynikiem testu Rosenberga. Uznali te parametry za bardzo ważne w interwencjach klinicznych. Podkreślili również, że na przebieg choroby afektywnej większy wpływ niż niska samoocena może mieć jej niestabilność. Z tego względu zwrócili również uwagę na rolę stabilności i trwałości powiązań w sieci społecznej. Inną obserwację poczynili Roberts, Shapiro i Gamble [23] podkreślając, że grupą najmniej podatną na psychoterapię są pacjenci z trwale niską samooceną.

Pardoen i wsp. [za: 18] porównywali wyniki testu samooceny pacjentów z rozpoznaną CHAJ i CHAD z wynikami grupy kontrolnej. Najniższe wyniki uzyskali pacjenci z CHAJ, natomiast samoocena pacjentów z grupy CHAD była porównywalna z samooceną w grupie kontrolnej. Dodatkowo nie wykazali oni korelacji tych wyników z objawami depresyjnymi, wysunęli więc wniosek, że samoocena być może jest parametrem stałym, niezależnym od wahań nastroju. Takie same wyniki w badaniu samooceny uzyskali Daskalopoulou i wsp. [24]. W prezentowanym badaniu najgorsze wyniki w teście Rosenberga uzyskała grupa CHAJ, w grupie CHAD wyniki były wyższe, choć również statystycznie istotnie gorsze niż w grupie kontrolnej. Ich korelacja z wynikami testu Hamiltona tylko w pierwszej grupie była istotna. Podobne różnice w wynikach testu Rosenberga uzyskali Serretti i wsp. [18]. Blairy i wsp. [15] u pacjentów z CHAD stwierdzili wyniki statystycznie istotnie gorsze od wyników grupy kontrolnej. Reasumując, różni autorzy są zgodni co do faktu, że pacjenci z rozpoznaną CHAJ mają w okresie remisji obniżoną samoocenę; co do pacjentów z rozpoznaną CHAD nie ma konsensusu [16]. Wyniki wszystkich powyższych badań potwierdzają teorię poznawczą Aarona Becka, według której zaburzenia poznawcze utrzymują się także w okresie remisji. Ważnym wnioskiem, wyciągniętym ze swoich badań przez Blairy'ego i wsp. [15], jest sugestia, że zakres, natura i jakość relacji interpersonalnych wpływają na samoocenę. Lynch i wsp. [13] wykazali związek pomiędzy otrzymywanym wsparciem społecznym a częstością występowania negatywnych, automatycznych myśli. Powyższe fakty potwierdzają opisaną powyżej konieczność kompleksowej terapii i możliwości wykorzystania do interwencji różnych pól.

Wnioski

1. W obydwu grupach pacjentów w okresie remisji występują zaburzenia poznawcze (większe u pacjentów z rozpoznaną CHAJ).
2. W grupach pacjentów istnieje zależność pomiędzy stylem myślenia a poziomem postrzeganego wsparcia (silniejsza w grupie CHAJ). Najsilniejsza dodatnia zależność dotyczy wsparcia emocjonalnego. Jedyną silniejszą korelacją w grupie CHAD jest związek poziomu postrzeganego wsparcia rzeczowego z oceną przyszłości (im większe wsparcie rzeczowe, tym mniejsze poczucie beznadziejności).
3. W grupie kontrolnej poziom postrzeganego wsparcia w bardzo małym stopniu zależy od stylu myślenia. Nie obserwuje się tu ponadto, opisaną powyżej, dominacji wartości współczynników korelacji poziomu otrzymywanego wsparcia emocjonalnego.

Podsumowanie

W prezentowanych badaniach stwierdzono związek pomiędzy stylem poznawczym a postrzeganiem poziomu wsparcia. Związek ten był najsilniejszy w grupie pacjentów z rozpoznaną chorobą afektywną jednobiegunową. W obydwu grupach pacjentów najsilniejsze były korelacje dotyczące wsparcia emocjonalnego. Fakt ten nie powinien być zaskoczeniem, ponieważ jednym z zadań i głównych celów wsparcia emocjonalnego jest podwyższanie samooceny. Jednak w grupie kontrolnej zależność ta nie była tak silna. Obserwacja ta potwierdza opisywany w literaturze fakt, że pacjenci z rozpoznawanymi chorobami afektywnymi, zwłaszcza chorobą afektywną jednobiegunową, nie mają poczucia wewnętrznej kontroli, a ich samoocena w znacznym stopniu zależy od tego, co o nich myślą i jak ich taktują inne osoby.

Wyniki te niosą za sobą wielokierunkowe implikacje terapeutyczne. Po pierwsze, realizacja jednego z podstawowych celów terapii poznawczo-behawioralnej, jakim jest modyfikacja wadliwych schematów poznawczych, może wpływać również na postrzeganie wsparcia społecznego oraz intencji otoczenia, przerwać błędne koło wycofania, niezrozumienia i odrzucenia. Fakt ten wydaje się mieć większe znaczenie kliniczne niż rozstrzygnięcie, czy na poczucie mniejszego wsparcia większy wpływ mają wadliwe schematy poznawcze, czy jego brak stwierdzony przy próbie obiektywizacji. Jak wspomniano we wstępie, podstawowe znaczenie dla zdrowia psychicznego ma nie to, czy wsparcie jest dostępne w otoczeniu, tylko to, w jaki sposób człowiek postrzega jego obecność. Po drugie, praca nad zmianą poczucia zewnętrznej kontroli na kontrolę wewnętrzną może przyczyniać się do poprawy samooceny – oczywiście w połączeniu z poszukiwaniem czy lepszym wykorzystaniem źródeł wsparcia zwłaszcza emocjonalnego, tak bardzo potrzebnego, a przy tym niestety w badanej grupie najbardziej deficytowego.

Перцепция общественной помощи и мнестический стиль пациентов с аффективными болезнями

Содержание

Введение. По концепции Аарона Бекка у пациентов в состоянии ремиссии удерживаются мнестические нарушения. Эти мысли носят негативный образ собственного тела, окружающей среды и собственного будущего. Отмечено, что основное значение для человека имеет факт каким образом он видит актуальное и доступное общественное расположение к нему, а не какие его возможности можно было бы определить при пробе объективизации.

Задание. Заданием предлагаемой работы было определение связи между стилем мышления пациентов и уровнем наблюдаемого ими общественного понимания его проблемы.

Метод. В исследовании приняли участие пациенты с диагностированными депрессивными рецидивирующими нарушениями (однополюсная аффективная болезнь, двухполюсная аффективная болезнь в состоянии ремиссии).

Стиль мышления пациентов был оценен на основе исследований следующих пособий: Шкала самооценки Розенберга, Шкала безнадежности – HS-20 и Глоссарий автоматических мыслей АТQ 3 0. Полученная общественная помощь исследована Шкалой общественной помощи Гоена.

Результаты. В обеих группах пациентов обнаружено присутствие мнестических нарушений. Показана связь между стилем мышления и оценкой уровня получаемой

общественной помощи ,сильнейшей в группе пациентов с однополюсной аффективной болезнью. В обеих группах пациентов наиболее высокие коэффициенты корреляции относились к эмоциональной помощи.

Wahrnehmung der sozialen Unterstützung und der kognitive Stil der Patienten mit affektiven Krankheiten

Zusammenfassung

Nach der Idee von Aaron Beck bleiben bei den Patienten in der Remissionszeit kognitive Störungen erhalten. Die Patienten haben ein negatives Bild von sich selbst, von der umgebenden Welt und von der eigenen Zukunft. Es wurde festgestellt, dass die Grundbedeutung für den Menschen die Tatsache hat, auf welche Weise er die erworbene und zugängliche soziale Unterstützung wahrnimmt und nicht das, welche Unterstützung man beim Versuch der Objektivisierung feststellen könnte.

Ziel. Das Ziel der vorgestellten Studie ist die Feststellung des Zusammenhanges zwischen dem kognitiven Stil der Patienten und dem Level der wahrgenommenen sozialen Unterstützung.

Methode. An der Studie nahmen die Patienten mit den diagnostizierten rezidivierenden depressiven Störungen (affektive einpolige Krankheit) oder mit der zweipoligen affektiven Krankheit in der Remissionszeit teil.

Der kognitive Stil der Patienten wurde beurteilt aufgrund folgender Instrumente: Selbstbeurteilung - Skala von Rosenberg, Skala zur Erfassung der Hoffnungslosigkeit - HS 20 und Fragebogen Automatische Gedanken ATQ 30. Die erhaltene soziale Unterstützung wurde mit der Skala zur Sozialen Unterstützung von Cohen beurteilt.

Ergebnisse und Schlussfolgerungen. In beiden Gruppen der Patienten wurde das Erhalten der kognitiven Störungen festgestellt. Es wurde der Zusammenhang zwischen dem Denkstil und der Wahrnehmung des Levels der erhaltenen sozialen Unterstützung gezeigt; stärker in der Gruppe der Patienten mit der diagnostizierten einpoligen affektiven Krankheit. In beiden Gruppen betrafen die höchsten Korrelationsfaktoren die emotionelle Unterstützung.

La perception du soutien social et le style cognitif des patients souffrant des troubles affectifs

Résumé

D'après la conception de Beck les troubles cognitifs persistent chez les patients pendant la rémission. Leur image de soi-même, de l'entourage et de leur futur restent négatifs. On trouve que pour l'homme la façon de perception du soutien social joue le rôle le plus important et non le volume de ce support analysé du point de vue objectif.

Objectif. Ce travail cherche à trouver la corrélation du style cognitif des patient et le niveau de la perception du soutien social.

Méthode. On examine les patients souffrant de la récurrence des troubles dépressifs (troubles affectifs uni polaires) ou les patients souffrant des troubles affectifs bipolaires en rémission.

Le style cognitif de ces patients est analysé avec : Échelle de Rosenberg, Hopelessness Scale HS-20, Automatique Thoughts Questionnaire ATQ 30, le soutien social est analysé avec l'échelle de Cohen ISEL.

Résultats et conclusion. On constate que dans les deux groupes de patients les troubles cognitifs persistent. La corrélation du style de penser et de la perception du niveau du soutien social est plus forte dans le groupe de patients souffrant des troubles uni polaires. Dans les deux groupe de patients la corrélation la plus forte se fait voir dans le soutien émotif.

Piśmiennictwo

1. Pużyński S. *Depresje*. Warszawa: PZWL; 1988.
2. Peselow ED, Robins C, Block P, Barouche F, Fieve RR. *Dysfunctional attitudes in depressed patients before and after clinical treatment and in normal control subjects*. Am. J. Psychiatry 1990; 147: 439-444.

3. Dudek D. *Spostrzeżenie relacji małżeńskich przez pacjentów depresyjnych i ich współmałżonków w aspekcie stylu poznawczego*. Praca doktorska. Kraków: 1997.
4. Eaves G, Rush AJ. *Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression*. J. Abnorm. Psychol. 1984; 93: 31–40.
5. Zięba A. *Czynniki poznawcze w chorobie afektywnej jednobiegunowej w trakcie leczenia imipraminą*. Praca habilitacyjna. Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medium. Kraków: Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu; 1997.
6. Dudek D, Zięba A. *Rozwój i zastosowanie terapii poznawczej w chorobach afektywnych*. Psychiatr. Pol. 2000; 34, 1: 81–88.
7. Kuehner C, Bueger C. *Determinants of subjective quality of life in depressed patients: the role of self-esteem, response styles, and social support*. J. Affect. Disord. 2005; 86, 2–3: 205–213.
8. Lloyd GG, Lishman WA. *Effects of depression on the speed of recall of pleasant and unpleasant experiences*. Psychol. Med. 1975; 5: 173–180.
9. Sariusz-Skapska M, Siwek M, Dudek D. *Rola psychoterapii poznawczo-behawioralnej w leczeniu choroby afektywnej dwubiegunowej*. Psychoter. 2004; 3, 130: 63–71.
10. Sęk H. *Wsparcie społeczne – co zrobić, aby stało się pojęciem naukowym?* Przegl. Psychol. 1986; 29, 3: 791–799.
11. Bisschop MI, Kriegman DMW, Beekman ATF, Dorly JHD. *Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources*. Soc. Sc. Med. 2004; 59: 721–733.
12. Ezquiaga E, Garcia A, Pallares T, Bravo M.F. *Psychosocial predictors of outcome in major depression: a prospective 12-month study*. J. Affect. Disord. 1999; 52: 209–216.
13. Lynch TR, Mendelson T, Robins CJ, Krishan R, George LK, Johnson CS, Blazer D. *Perceived social support among depressed elderly, middle-aged, and young-adult samples: cross-sectional and longitudinal analyses*. J. Affect. Disord. 1999; 55: 159–170.
14. Mueller B, Nordt C, Lauber C, Rueesch P, Meyer PC, Roessler W. *Social support modifies perceived stigmatization in the first years of mental illness: A longitudinal approach*. Soc. Sc. Med. 2006; 62: 39–49.
15. Blairy S, Linotte S, Souery D, Papadimitriou GN, Dikeos D, Lerer B, Kaneva R, Milanova V, Serretti A, Macciardi F, Mendlewicz J. *Social adjustment and self-esteem of bipolar patients: a multicentric study*. J. Affect. Disord. 2004; 79: 97–103.
16. Hayward P, Wong G, Bright JA, Lam D. *Stigma and self-esteem in manic depression: an exploratory study*. J. Affect. Disord. 2002; 69: 61–67.
17. Rogers ES, Anthony W, Lyass A. *The nature and dimensions of social support among individuals with severe mental illnesses*. Comm. Ment. Health J. 2004; 40, 5: 437–450.
18. Serretti A, Cavallini MC, Macciardi F, Namia C, Franchini L, Souery D, Lipp O, Bauwens F, Smeraldi E, Mendlewicz J. *Social adjustment and self-esteem in remitted patients with mood disorders*. Eur. Psychiatry 1999; 14: 137–142.
19. Haatainen KM, Tanskanen A, Kylma J, Antikainen R, Hintikka J, Honkalampi K, Koivumaa-Honkanen H, Viinamaki H. *Life events are important in the course of hopelessness – a 2-year follow-up study in a general population*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2003; 38, 8: 436–441.
20. Polewka A, Chrostek-Maj J, Kroch S, Mikołaszek-Boba M, Ryn E, Datka W, Rachel W. *Poziom poczucia koherencji a ryzyko próby samobójczej*. Przegl. Lek. 2001; 58, 4: 335–339.
21. Sęk H. *Rola wsparcia społecznego w sytuacji kryzysu*. W: Kubacka-Jasiecka D, Lipowska-Teutsch A, red. *Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej*. Kraków: Wydawnictwo ALL; 1997, s. 143–158.
22. Johnson SL, Meyer B, Winett C, Small J. *Social support and self-esteem predict changes in bipolar depression but not mania*. J. Affect. Disord. 2000; 58: 79–86.

23. Robets JE, Shapiro AM, Gamble SA. *Brief report: Level and perceived stability of self-esteem prospectively predict depressive symptoms during psychoeducational group treatment.* J. Clin. Psychol. 1999; 38: 425–429.
24. Daskalopoulou EG, Dikeos DG, Papadimitriou GN, Souery D, Blairy S, Massat I, Mendlewicz J, Stefanis CN. *Self-esteem, social adjustment and suicidality in affective disorders.* Eur. Psychiatry 2002; 17: 265–271.

Adres: Magdalena Poradowska-Trzos
Klinika Psychiatrii Dorosłych CM UJ
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

Otrzymano: 28.12.2006
Zrecenzowano: 11.05.2007
Przyjęto do druku: 2.10.2007