

Ocena lęku i depresji w okresie okołoperacyjnym u pacjentów poddawanych rewaskularyzacji mięśnia sercowego

Evaluation of anxiety and depression in the perioperative period in patients subjected to myocardial revascularization

Adam Pawlak¹, Michał Krejca¹, Małgorzata Janas-Kozik²,
Irena Krupka-Matuszczyk,³ Jolanta Rajewska⁴, Andrzej Bochenek¹

¹I Katedra i Klinika Kardiologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Bochenek

²Oddział Kliniczny Psychiatrii i Psychoterapii Wieku Rozwojowego Katedry Psychiatrii
i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

Kierownik: prof. dr hab. n. med. I. Krupka-Matuszczyk

³Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

Kierownik: prof. dr hab. n. med. I. Krupka-Matuszczyk

⁴Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Rajewski

Summary

Aim. The aim of the paper is to define a relationship between the anxiety level and depression intensification, as well as to define the impact of: age, sex, education level and family situation on the anxiety level and depression intensification in the pre- and postoperative period in patients subjected to myocardial revascularisation (CABG).

Method. Prospective studies were carried out in a group of 100 patients qualified for the surgical myocardial revascularisation in the planned course. The Polish version of the STAI questionnaire was applied to study anxiety as a state and as a trait. Depression intensification was evaluated with the Beck depression scale.

Results. 1. The intensity of depression significantly correlates with anxiety as a state and anxiety as a trait before and after CABG surgery. 2. When assessing anxiety as a state, its negative correlation with male patients and with age before CABG were found. A negative correlation of anxiety as a state with a patient's age was identified after CABG. 3. When assessing anxiety as a trait, its negative correlation with male patients before CABG was found. 4. The intensity of depression correlates significantly and negatively with the educational background of the patient before and after CABG surgery. 5. There is no statistically significant correlation between anxiety, depression and family situation in the perioperative period.

Słowa kluczowe: zabieg rewaskularyzacji mięśnia sercowego, lęk, depresja

Key words: myocardial revascularisation procedure, anxiety, depression

Wstęp

W grupie chorych z zawałem mięśnia sercowego i współistniejącą depresją ryzyko śmiertelności wzrasta 3,5-krotnie w porównaniu z osobami chorymi na chorobę niedokrwinną bez objawów depresji [1]. Około 65% chorych po zawałe mięśnia sercowego ma obniżony nastrój, a 15–22% osób spełnia kryteria dużej depresji [2, 3, 4]. Uczucie lęku i niepokoju uznaje się za jeden z podstawowych objawów zawału mięśnia sercowego [5]. Z kolei dolegliwości ze strony układu sercowo-naczyniowego (takie, jak kołatanie serca, przyspieszenie akcji serca, ból czy klucie w klatce piersiowej) mogą być objawami zaburzeń lękowych, na przykład lęku napadowego lub uogólnionego. Dawniej takie dolegliwości ze strony układu krążenia nazywano „nerwicą serca”, obecnie w ICD-10 określono je jako zaburzenie nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną [6], a w DSM-IV jako zaburzenie lękowe (anxiety disorders) [7]. Częstość występowania objawów lękowych u pacjentów chorych na depresję wynosi według niektórych badań nawet 95% [8], a wtórnej depresji w zaburzeniach lękowych – około 65% [9]. Sugeruje się także, iż wszystkie postacie zaburzeń lękowych mogą wiązać się ze zwiększonym ryzykiem rozpoznania depresji w późniejszym okresie [10]. Okazuje się, iż współwystępowanie objawów depresyjnych i lękowych niesie ze sobą istotne konsekwencje kliniczne. Wpływa na wolniejszą i niepełną odpowiedź na leczenie (zarówno farmakologiczne, jak i psychoterapię) oraz zwiększa ryzyko lekooporności i nawrotów choroby [11]. Wiąże się także z nasileniem myśli i tendencji suicydalnych, co z kolei znacząco zwiększa ryzyko samobójstwa dokonanego, które w takim przypadku wynosi 29% [12].

W badaniu Frasure-Smith i wsp. [13] w grupie pacjentów po przebywym zawałe mięśnia sercowego wysoki poziom lęku okazał się znaczącym predyktorem nawracających incydentów sercowych (łącznie z arytmia). Rewaskularyzacja mięśnia sercowego jest zabiegiem chirurgicznym przeprowadzanym u pacjentów z chorobą niedokrwinną serca zdiagnozowaną na podstawie badania kontrastowego naczyń wieńcowych (koronarografia). Jej celem jest zmniejszenie dolegliwości stenokardialnych, jak również poprawienie komfortu życia. Pomostowanie naczyń wieńcowych może być bardzo silnym stresorem dla pacjenta z uwagi na fakt, iż jest to operacja na otwartym sercu w krążeniu pozaustrojowym. U części chorych przed operacją i po operacji CABG pojawiają się zaburzenia lękowe i depresyjne. Pacjenci z wysokim poziomem lęku i stresu oraz z niestabilnym nastrojem pozostają grupą najbardziej narażoną na pogorszenie się stanu psychicznego po zabiegu.

Celem pracy jest określenie zależności:

- a) pomiędzy poziomem lęku a natężeniem depresji w okresie przedoperacyjnym i po zabiegu rewaskularyzacji mięśnia sercowego;
- b) wpływu: wieku, płci, wykształcenia i sytuacji rodzinnej na poziom lęku i natężenie depresji przed zabiegiem i po zabiegu rewaskularyzacji mięśnia sercowego.

Material i metoda

Badanie miało charakter prospektywny i zostało przeprowadzane u 100 chorych zakwalifikowanych do chirurgicznej rewaskularyzacji mięśnia sercowego w trybie

planowym w I Katedrze i Klinice Kardiochirurgii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Kryterium włączenia do badania stanowiły: wielonaczyniowa choroba wieńcowa potwierdzona w koronarografii, operacja CABG w trybie planowym, pisemna zgoda chorego na uczestnictwo w badaniu psychologicznym, umiejętność wykonania samodzielnie testów psychometrycznych.

Kryterium wyłączenia z badania było: operacja ze wskazań życiowych w trybie natychmiastowym bądź pilnym, wstrząs kardiogeny, choroby i zaburzenia psychiczne, zwłaszcza zaburzenia depresyjne i lękowe, brak świadomej zgody chorego na badanie, brak możliwości samodzielnego wypełnienia kwestionariusza.

W opisie wyników badania przyjęto następujące przedziały wiekowe chorych: < 50 r.ż., 50–60 r.ż., 60–70 r.ż., > 70 r.ż.

Przebieg badań psychologicznych z użyciem testów psychometrycznych przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Przebieg badań psychologicznych z użyciem testów psychometrycznych

| BADANIE | TERMIN BADANIA | TESTY PSYCHOMETRYCZNE |
|--------------|--------------------------------------|---|
| Badanie nr 1 | 1–2 dn przed operacją CABG | 1. Skala Depresji Becka 2. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku – STAI |
| Badanie nr 2 | pierwszy tydzień po operacji CABG | 1. Skala Depresji Becka 2. Inwentarz Stanu i Cechy Lęku – STAI |

W analizie statystycznej użyto testu Kołmogorowa–Smirnowa, określono współczynnik korelacji Pearsona i determinacji, zastosowano regresję liniową i regresję wielorakie. Wyniki były uznawane za znamienne statystycznie dla $p < 0,05$. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w dniu 6.10.2009 r. (KNW/0022/KB1/123/I/09).

Wyniki

1. Istnieje statystycznie istotna korelacja pomiędzy natężeniem depresji a lękiem jako cechą i lękiem jako stanem zarówno przed zabiegiem, jak i po zabiegu operacyjnym CABG.

W tabeli 2 (*na następnej stronie*) przedstawiono rozkład lęku jako stanu i cechy względem nasilenia depresji u pacjentów przed planowanym zabiegiem CABG.

U 49 chorych przed planowanym zabiegiem CABG nie stwierdzono żadnych symptomów depresyjnych, u 37 pacjentów odnotowano łagodną postać depresji, u 8 chorych umiarkowaną, a u 6 – ciężką depresję. Wraz ze wzrostem natężenia depresji obserwowano wzrost poziomu lęku jako stanu i cechy.

W tabeli 3 (*na następnej stronie*) przedstawiono rozkład lęku jako stanu i cechy względem depresji u chorych po planowanym zabiegu CABG.

U 50 chorych po planowanym zabiegu CABG nie stwierdzono żadnych symptomów depresji, u 34 odnotowano jej łagodną postać, u 10 zaobserwowano umiarkowaną depresję, a u 6 chorych – ciężką. Wraz ze wzrostem natężenia depresji obserwowano wzrost poziomu lęku jako stanu i cechy.

Tabela 2. Rozkład lęku jako stanu i cechy względem natężenia depresji u pacjentów przed planowanym zabiegiem CABG (N – liczba pacjentów, SD – odchylenie standardowe)

| Poziom lęku przed CABG | Natężenie depresji przed CABG | | | | | | | |
|------------------------|-------------------------------|---------|--------|---------|------------------|---------|---------|---------|
| | Brak depresji | | | | Łagodna depresja | | | |
| | N | Średnia | SD | Mediana | N | Średnia | SD | Mediana |
| Jako cecha | 49 | 39,694 | 6,0353 | 40,000 | 37 | 43,324 | 5,3699 | 42,000 |
| Jako stan | 49 | 41,327 | 8,4222 | 41,000 | 37 | 48,216 | 8,3936 | 48,000 |
| | Umiarkowana depresja | | | | Ciężka depresja | | | |
| | N | Średnia | SD | Mediana | N | Średnia | SD | Mediana |
| | Jako cecha | 8 | 51,250 | 8,9403 | 52,500 | 6 | 51,667 | 4,2740 |
| Jako stan | 8 | 50,875 | 7,7724 | 50,500 | 6 | 56,000 | 12,6965 | 56,000 |

Tabela 3. Rozkład lęku jako stanu i cechy względem natężenia depresji u pacjentów po planowanym zabiegiu CABG (N – liczba pacjentów, SD – odchylenie standardowe)

| Poziom lęku po CABG | Natężenie depresji po CABG | | | | | | | |
|---------------------|----------------------------|---------|--------|---------|------------------|---------|---------|---------|
| | Brak depresji | | | | Łagodna depresja | | | |
| | N | Średnia | SD | Mediana | N | Średnia | SD | Mediana |
| Jako cecha | 50 | 37,680 | 5,7051 | 38,000 | 34 | 44,088 | 5,5725 | 43,500 |
| Jako stan | 50 | 35,780 | 6,6495 | 36,000 | 34 | 41,235 | 7,1987 | 41,500 |
| | Umiarkowana depresja | | | | Ciężka depresja | | | |
| | N | Średnia | SD | Mediana | N | Średnia | SD | Mediana |
| Jako cecha | 10 | 50,600 | 5,6804 | 51,500 | 6 | 57,500 | 6,9210 | 58,500 |
| Jako stan | 10 | 51,300 | 9,5922 | 49,500 | 6 | 54,500 | 14,4603 | 52,000 |

Tabela 4. Korelacja między okołooperacyjnym poziomem lęku a natężeniem depresji (r – współczynnik korelacji Pearsona, r² – współczynnik determinacji, p – istotność statystyczna)

| | | Lęk przed CABG | | Lęk po CABG | |
|-------------------------------------|----------------|----------------|---------|-------------|---------|
| | | Stan | Cecha | Stan | Cecha |
| Depresja przed CABG | r | 0,559 | 0,489 | | |
| | r ² | 0,312 | 0,239 | | |
| | p | < 0,001 | < 0,001 | | |
| Depresja przed CABG skategoryzowana | r | 0,549 | 0,434 | | |
| | r ² | 0,301 | 0,188 | | |
| | p | < 0,001 | < 0,001 | | |
| Depresja po CABG | r | 0,475 | 0,308 | 0,752 | 0,597 |
| | r ² | 0,225 | 0,094 | 0,565 | 0,356 |
| | p | < 0,001 | 0,002 | < 0,001 | < 0,001 |
| Depresja po CABG skategoryzowana | r | 0,438 | 0,267 | 0,703 | 0,612 |
| | r ² | 0,191 | 0,07 | 0,494 | 0,374 |
| | p | < 0,001 | 0,007 | < 0,001 | < 0,001 |

Tabela 4 obrazuje korelację między okołoperacyjnym poziomem lęku a natężeniem depresji.

W tabeli 4 przedstawiono natężenie depresji w dwojaki sposób: depresja skategoryzowana to przyjęta norma wg Skali Depresji Becka, tj.: brak depresji, łagodna depresja, umiarkowana depresja, ciężka depresja. Natomiast depresja bez skategoryzowania oznacza sumę punktów uzyskanych przez pacjenta w Skali Depresji Becka. Stwierdzono zależność w okresie okołoperacyjnym pomiędzy poziomem lęku a natężeniem depresji, co oznacza, że wraz ze zmianą poziomu lęku zmienia się również natężenie depresji.

2. Istnieje ujemna statystycznie istotna korelacja pomiędzy płcią męską a lękiem jako cechą przed CABG.

3. Istnieje ujemna statystycznie istotna zależność pomiędzy płcią męską i wiekiem a lękiem jako stanem przed CABG oraz wiekiem a lękiem jako stanem po CABG.

W tabeli 5 przedstawiono zależność pomiędzy lękiem jako cechą a wiekiem, płcią, wykształceniem i statusem społecznym u chorych, zarówno przed zabiegiem, jak i po planowanym zabiegu CABG, za pomocą regresji wielorakiej.

Tabela 5. **Wieloraka regresja lęku jako cechy u pacjentów przed zabiegiem i po planowanym zabiegu CABG względem wieku, płci, wykształcenia i statusu społecznego**

| | Lęk jako cecha | | | |
|-------------------------------------|------------------------|--------|------------------------|--------|
| | Przed CABG | | Po CABG | |
| | Współczynnik korelacji | p | Współczynnik korelacji | p |
| Wiek | -0,04381 | 0,6205 | -0,1795 | 0,0889 |
| Płeć (męczyzna) | -5,1170 | 0,0009 | -2,0722 | 0,2453 |
| Wykształcenie | -1,2640 | 0,1188 | -1,8774 | 0,0513 |
| Status społeczny | -1,4609 | 0,4086 | -2,5879 | 0,2174 |
| Wieloraki współczynnik korelacji | 0,4029 | | 0,2987 | |
| Współczynnik determinacji (r^2) | 0,1623 | | 0,08925 | |
| Poziom istotności statystycznej (p) | 0,002 | | 0,062 | |

Przed CABG obserwuje się zależność pomiędzy lękiem jako cechą a płcią. Mężczyźni z wyższym poziomem lęku jako cechy postrzegali siebie jako osoby nieudolne, mniej zdolne do egzystencji w systemie rodzinnym i społecznym. Wraz z wyższym poziomem lęku jako cechy przejawiali tendencję do izolacji społecznej, ograniczania częstości kontaktów z ludźmi i skupiania uwagi na sobie.

Tabela 6 obrazuje zależność pomiędzy lękiem jako stanem a wiekiem, płcią, wykształceniem i statusem społecznym u chorych, zarówno przed CABG, jak i po planowanym zabiegu CABG, za pomocą regresji wielorakiej.

Tabela 6. Wieloraka regresja lęku jako stanu u pacjentów przed CABG i po planowanym zabiegu CABG względem wieku, płci, wykształcenia i statusu społecznego

| | Lęk jako stan | | | |
|-------------------------------------|------------------------|--------|------------------------|--------|
| | Przed CABG | | Po CABG | |
| | Współczynnik korelacji | p | Współczynnik korelacji | p |
| Wiek | -0,3081 | 0,0152 | -0,2744 | 0,0344 |
| Płeć (mężczyzna) | -4,2516 | 0,0472 | -1,1354 | 0,6021 |
| Wykształcenie | -0,9503 | 0,4044 | -0,7451 | 0,5239 |
| Status społeczny | -0,8790 | 0,7245 | -1,5991 | 0,5325 |
| Współczynnik determinacji (r^2) | 0,09707 | | 0,05193 | |
| Wieloraki współczynnik korelacji | 0,3116 | | 0,2279 | |
| Istotność statystyczna (p) | 0,044 | | 0,275 | |

Zaobserwowano zależność pomiędzy płcią męską i wiekiem a lękiem jako stanem przed CABG oraz wiekiem a lękiem jako stanem po CABG. Mężczyźni bardziej niż kobiety przejawiali skłonność do tworzenia obrazów związanych z zabiegiem operacyjnym. Wpływało to niewątpliwie na odczuwany poziom lęku jako stanu. Pacjenci starsi, z wyższym poziomem lęku jako stanu, mieli po CABG trudności w adaptowaniu się do nowej sytuacji pooperacyjnej, postrzegali siebie gorzej, wolniej uzyskiwali poprawę stanu zdrowia.

4. Zarówno przed zabiegiem, jak i po zabiegu rewaskularyzacji mięśnia sercowego natężenie depresji koreluje ujemnie, statystycznie istotnie, z poziomem wykształcenia chorych.

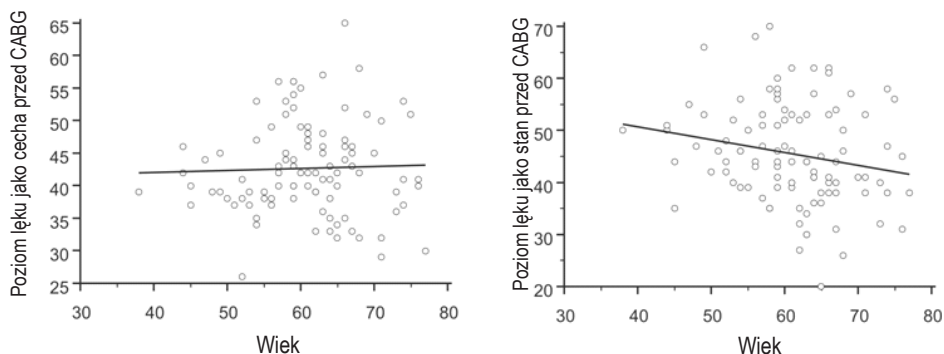
W tabeli 7 zobrazowano zależność pomiędzy natężeniem depresji a wiekiem, płcią, wykształceniem i statusem społecznym u chorych, zarówno przed CABG, jak i po planowym zabiegu CABG, za pomocą regresji wielorakiej.

Tabela 7. Wieloraka regresja natężenia depresji u pacjentów przed CABG i po planowanym zabiegu CABG względem wieku, płci, wykształcenia i statusu społecznego

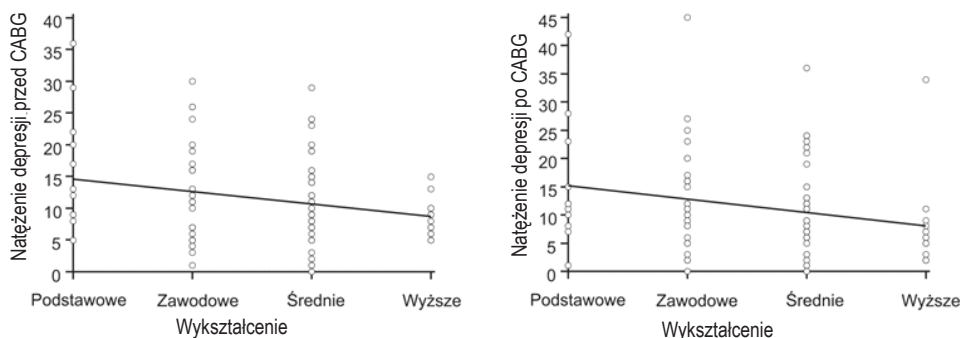
| | Natężenie depresji | | | |
|-------------------------------------|------------------------|--------|------------------------|--------|
| | Przed CABG | | Po CABG | |
| | Współczynnik korelacji | p | Współczynnik korelacji | p |
| Wiek | -0,07078 | 0,4426 | -0,08704 | 0,4456 |
| Płeć (mężczyzna) | -2,6912 | 0,0874 | -0,2563 | 0,8946 |
| Wykształcenie | -1,9145 | 0,0242 | -2,5510 | 0,0155 |
| Status społeczny | -1,9883 | 0,2806 | -1,9128 | 0,4012 |
| Wieloraki współczynnik korelacji | 0,3295 | | 0,2631 | |
| Współczynnik determinacji (r^2) | 0,1086 | | 0,06922 | |
| Poziom istotności statystycznej | 0,026 | | 0,142 | |

W okresie okołoperacyjnym istnieje zależność pomiędzy natężeniem depresji a poziomem wykształcenia. Pacjenci mający większe kontakty interpersonalne, łatwiej komunikujący się, potrafiący wyrażać swoje emocje i potrzeby, mający lepszą pozycję społeczną – są mniej narażeni na zaburzenia depresyjne. Niski poziom wykształcenia jest czynnikiem wystąpienia depresji w okresie okołoperacyjnym.

Na rysunkach 1 i 2 przedstawiono krzywe regresji dla lęku jako cechy i stanu przed wykonaniem CABG względem wieku chorego (rys.1) i krzywe regresji dla natężenia depresji przed i po CABG względem poziomu wykształcenia pacjenta (rys. 2).



Rys. 1. Krzywe regresji dla lęku jako cechy i lęku jako stanu przed wykonaniem CABG względem poziomu wieku pacjenta



Rys. 2. Krzywe regresji dla natężenia depresji względem poziomu wykształcenia pacjenta przed CABG i po wykonanym zabiegu CABG

Krzywa regresji dla lęku przed operacją CABG nie wskazuje, aby poziom lęku jako cechy był zależny od wieku pacjentów, natomiast pokazuje, że poziom lęku jako stanu był wyższy u młodszych chorych. Zarówno przed, jak i po CABG osoby z wykształceniem podstawowym odczuwały najsilniej symptomy depresyjne. Biorąc pod uwagę natężenie depresji w okresie okołoperacyjnym, stwierdzono jej istotną statystycznie ujemną korelację z poziomem wykształcenia pacjenta.

5. Nie stwierdzono statystycznie istotnej korelacji pomiędzy lękiem i depresją a sytuacją rodzinną w okresie okołoperacyjnym.

Omówienie wyników

U pacjentów cierpiących z powodu choroby niedokrwiennej serca współistnienie zespołu depresyjnego pogarsza rokowania dotyczące zarówno śmiertelności, jak i jakości życia [14]. Zespoły depresyjne mogą występować przed zabiegiem, jednak najczęściej pojawiają się po CABG. Z badań wynika, że pacjenci z wysokimi poziomami zaburzeń emocjonalnych i stresu przed operacją pozostają grupą najbardziej narażoną na pogorszenie się stanu psychicznego po zabiegu [15, 16, 17, 18].

W okresie przedoperacyjnym stosując regresje wieloraką stwierdzono, że lęk jako stan koreluje z wiekiem. Oznacza to, że subiektywne, świadomie postrzegane uczucia obawy i napięcia, którym towarzyszy związana z nimi aktywacja lub pobudzenie autonomicznego układu nerwowego, zależne są od wieku pacjenta. U chorych z nasilonym poziomem neurotyzmu zaznacza się wyższy poziom lęku jako stanu.

Przed i po CABG natężenie depresji koreluje z poziomem wykształcenia. Pacjenci mający większe kontakty interpersonalne, łatwiej komunikujący się, potrafiący wyrażać swoje emocje i potrzeby – są mniej narażeni na zaburzenia depresyjne. Niski poziom wykształcenia jest czynnikiem wystąpienia depresji w okresie okołoperacyjnym.

Występowanie objawów depresyjnych przed operacyjną rewaskularyzacją serca wskazuje na częstszą konieczność rehospitalizacji w ciągu pierwszych 6 miesięcy od zabiegu z powodu incydentów sercowych nie zakończonych zgonem [19, 20, 21, 22, 23]. Przedoperacyjna depresja jest również czynnikiem ryzyka pooperacyjnych incydentów sercowych (niestabilna dławica, zawał serca, powtórne CABG lub angioplastyka) oraz zgonu [24, 25]. Perski i wsp. [25] wykazali prawie dwukrotnie częstsze występowanie incydentów sercowych w grupie z depresją w obserwacji trzyletniej oraz ponad trzykrotnie częstsze w podgrupie powyżej 65 r.ż. Natomiast Baker i wsp. [26] zauważyli w czasie 25-miesięcznej obserwacji, iż depresja sześciokrotnie zwiększa śmiertelność. W 2006 r. grupa Xiong i wsp. [27] stwierdziła, iż pacjenci przyjmujący leki przeciwdepresyjne przed operacją pomostowania tętnic wieńcowych zagrożeni byli większą śmiertelnością i koniecznością powtórnej hospitalizacji niż chorzy nieprzyjmujący tego rodzaju leków. Autorzy tłumaczyli ten fakt głównie nasiloną depresją u pacjentów leczonych lekami przeciwdepresyjnymi, ale brali też pod uwagę wpływ również samych leków, jak i innych, bardziej złożonych mechanizmów.

Istnieje również wiele dowodów, że występowanie depresji lub choćby łagodnych jej objawów po operacji CABG jest czynnikiem niekorzystnym rokowniczo [28, 29, 30, 31, 32]. Connerney i wsp. [33] stwierdzili, iż pojawienie się dużej depresji w okresie pooperacyjnym jest niezależnym czynnikiem ryzyka incydentu sercowego w obserwacji rocznej, tak samo silnym jak obniżona frakcja wyrzutowa. Natomiast Borowicz i wsp. [31] zauważyli, że nasilenie objawów depresyjnych miesiąc po CABG jest najsilniejszym czynnikiem nawrotu dławicy po 5 latach od operacji. Blumenthal i wsp. [30] dokonali dwunastoletniej obserwacji pacjentów po CABG. Zwrócili uwagę na fakt, że osób z depresją przedoperacyjną – lub utrzymującą się do 6 miesięcy po operacji – dotyczyło ponad dwukrotnie wyższe ryzyko zgonu niż pacjentów bez depresji, niezależnie od innych czynników ryzyka.

Wnioski

1. Wyniki tych analiz winny posłużyć jako pomoc w wyselekcjonowaniu jeszcze przed operacją grupy chorych wymagających szczególnej opieki psychologicznej, by zminimalizować ewentualne ryzyko operacyjne.

2. W celu poprawy opieki okołoperacyjnej nad chorymi poddanymi zabiegowi CABG należy szczególną uwagę zwrócić – wyjściowo – na chorych, u których stwierdza się podwyższony poziom lęku jako stanu i cechy, gdyż tego typu chorzy gorzej radzą sobie ze stresem okołoperacyjnym.

Оценка фобии и депрессии в предоперационном периоде у больных, подвергаемых реваскуляризации сердечной мышцы

Содержание

Задание. Определение зависимости между напряжением фобии и тяжестью депрессии, а также определение влияния возраста, пола, образования и семейной ситуации на состояние фобии и тяжести депрессии в периоде перед и после операции у больных, оперированных по поводу реваскуляризации миокарда (ГАБГ).

Методы. Проспективные исследования проведены у 100 больных, выбранных для проведения реваскуляризации миокарда планового порядка. Для определения фобии – состояния и черты – использована польская версия глоссария СТАИ. Для исследования тяжести депрессии использована шкала депрессии Бека.

Результаты. 1. Существует статистически значимая корреляция между тяжестью депрессии и фобией как чертой и фобией как состоянием так перед как и после операционного вмешательства ГАБГ. 2. Присутствует статистически отрицательная зависимость между мужским полом и возрастом с фобией как состоянием перед ГАБГ, а также возрастом и фобией как состоянием после ГАБГ. 3. Присутствует статистически достоверная корреляция между мужским полом и фобией как черта перед ГАБГ. 4. Перед и после вмешательства реваскуляризации миокарда утяжеление депрессии отрицательно коррелирует статистически значимой степенью с уровнем образования больных. 5. Не отмечено статистически значимой корреляции между фобией и депрессией, а также с семейной ситуацией в операционном периоде.

Выводы. 1. Результаты этих анализов должны быть использованы в качестве помощи в выборе еще перед операцией больных, требующих особенной опеки психологов, чтобы уменьшить до минимума операционное вмешательство. 2. Для улучшения опеки в операционном периоде над больными, подвергнутыми вмешательству ГАБГ особенное внимание обратить на больных, у которых присутствует повышенный уровень фобии как состояния и черты, поскольку такие больные хуже переносят стресс в операционном периоде.

Angst und Depression in perioperativer Zeit bei Patienten nach Myokardrevaskularisation

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Arbeit war die Bestimmung der Abhängigkeiten zwischen dem Angstlevel und Intensität der Depression und auch der Einfluss von: Alter, Geschlecht, Familienlage auf den Angstlevel und Intensität der Depression in der pre- und postoperativen Zeit bei den Kranken nach der Myokardrevaskularisation (CABG).

Methoden. Die prospektiven Studien wurden in der Gruppe von 100 Kranken durchgeführt, die in die Myokardrevaskularisation als planmäßiger Eingriff eingestuft wurden.

Zur Untersuchung der Angst als Zustand und als Eigenschaft wurde die polnische Version des Fragebogens STAI angewandt. Zur Untersuchung der Intensität der Depression wurde das Beck-Depression-Inventar benutzt.

Ergebnisse. 1. Es gibt eine statistisch signifikante Korrelation zwischen der Intensität der Depression und Angst als Eigenschaft und Angst als Zustand, sowohl vor als auch nach dem CABG – Eingriff. 2. Es gibt eine negative statistisch signifikante Abhängigkeit zwischen dem männlichen Geschlecht, Alter und Angst als Zustand vor CABG und dem Alter und Angst als Zustand nach CABG. 3. Es gibt eine negative statistisch signifikante Korrelation zwischen dem männlichen Geschlecht und Angst als Eigenschaft vor CABG. 4. Vor und nach der Myokardrevaskularisation korreliert die Intensität der Depression negativ statistisch signifikant mit der Ausbildung der Kranken. 5. Es wurde keine statistisch signifikante Korrelation zwischen Angst und Depression und der Familienlage in der perioperativen Zeit festgestellt.

Schlussfolgerungen. Die Ergebnisse dieser Analysen sollten als Hilfe bei der Aussonderung noch vor der OP der Krankengruppe dienen, die eine besondere psychologische Hilfe brauchen, um das OP – Risiko zu minimalisieren.

Zur Verbesserung der perioperativen Betreuung der Kranken, die sich CABG unterziehen müssen, soll man besonders auf die Kranken achten, bei denen der erhöhte Angstlevel als Zustand und als Eigenschaft fest

L'évaluation de l'anxiété et de la dépression durant la période péri-opératoire des patients soumis à la revascularisation du myocarde

Résumé

Objectif. Définir les corrélations du niveau d'anxiété et de l'intensité de la dépression ainsi que analyser l'influence de : âge, sexe, niveau d'éducation, situation en famille sur le niveau d'anxiété et l'intensité de la dépression durant la période péri-opératoire des patients soumis à la revascularisation du myocarde (CABG).

Méthodes. On examine prospectivement le groupe de 100 patients qualifiés à la revascularisation planifiée du myocarde. Pour cet examen on use la version polonaise de STAI (analyse d'anxiété – état et trait) et l'échelle de Beck (analyse de l'intensité de la dépression).

Résultats. 1. On observe la corrélation significative statistiquement de l'intensité de la dépression et de l'anxiété comme trait et comme état – avant et après l'intervention CABG. 2. On note la corrélation négative du sexe masculin, de l'âge et l'anxiété comme état avant CABG ainsi que de l'âge et l'anxiété comme état après CABG. 3. On note la corrélation négative du sexe masculin et de l'anxiété comme état avant CABG. 4. Avant et après CABG l'intensité de la dépression corrèle négativement avec le niveau d'éducation. 5. On ne trouve pas de corrélation de l'anxiété et de la dépression et de la situation en famille.

Conclusions. 1. Ces résultats peuvent servir d'aide à sélectionner avant l'intervention chirurgicale les patients exigeant des soins psychologiques pour minimaliser le risque lié avec cette intervention. 2. Pour améliorer les soins avant et après CABG il faut faire attention aux patients avec le niveau plus élevé d'anxiété comme état et comme trait car ils se débrouillent mal du stress péri-opératoire.

Piśmiennictwo

1. Guck TP, Kavan MG, Elsasser GN, Barone EJ. *Assesment and treatment of depression following myocardial infartion.* Am. Fam. Phys. 2001; 64: 641–648.
2. Pratt LA, Ford DE, Crum RM. *Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction: prospective data from Baltimore ECA follow-up.* Circul. 1996; 94: 3123–3129.
3. Hance M, Carney RM, Freedland KE, Skala J. *Depression in patients with coronary heart disease. A 12-month follow-up.* Gen. Hosp. Psychiatry 1996; 18: 61–65.
4. Blumenthal JA, Emery CF. *Rehabilitation of patients following myocardial infarction.* J. Consult. Clin. Psychol. 1988; 65: 374–381.
5. Sadowski Z. *Choroba niedokrwienna serca.* W: Wojtczak A, red. *Choroby wewnętrzne*, t.I. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL; 1995, s. 498–588.

6. ICD-10. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, wyd. II. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, IPN; 2000.
7. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV*. Washington: American Psychiatric Association; 1994.
8. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. *Life-time and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey*. Arch. Gen. Psychiatry 1994; 51: 8–19.
9. Gurney C, Roth M, Garside RF, Kerr TA, Schapira K. *Studies in the classification of affective disorders: the relationship between anxiety states and depressive illness*. Brit. J. Psychiatry 1972; 121: 147–161.
10. Kessler RC, Zhao S, Blazer DG, Swartz M. *Prevalence, correlates, and course of minor depression and major depression in the National Comorbidity Survey*. J. Affect. Disord. 1997; 45: 19–30.
11. Sartorius N, Ustun TB, Lecrubier Y. *Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on „Psychological disorders in primary care health care”*. Brit. J. Psychiatry 1996; 168: 38–43.
12. Angst J. *Depression and anxiety: implication for nosology, course and treatment*. J. Clin. Psychiatry 1997; 58: 3–5.
13. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. *The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: is it more than depression?* Health Psychol. 1995; 14: 388–398.
14. Goyal TM, Idler EL, Krause TJ, Contrada RJ. *Quality of life following cardiac surgery: impact of the severity and course of depressive symptoms*. Psychosom. Med. 2005; 67: 759–776.
15. Stroobant N, Vingerhoets G. *Depression, anxiety, and neuropsychological performance in coronary bypass grafting patients: a follow-up study*. Psychosom. 2008; 49: 326–331.
16. Rymaszewska J, Kiejna A. *Zaburzenia funkcji psychicznych po zabiegach rewaskularyzacji mięśnia sercowego*. Post. Psychiatr. Neurol. 1999.
17. Dudek D. *Depresja w chorobie niedokrwiennej serca*. Przegl. Lek. 1999; 56: 302–307.
18. Tylka J. *Psychosomatyka*. Warszawa: Wydawnictwo UKSW; 2000.
19. Pignay-Demaria V, Lesperance F, Demaria RG, Frasure-Smith N, Perrault LP. *Depression and anxiety and outcomes of coronary artery bypass surgery*. Ann. Thor. Surg. 2003; 75: 314–321.
20. Oxlad M, Stubberfield J, Stuklis R, Edwards J, Wade TD. *Psychological risk factors for cardiac-related hospital readmission within 6 months of coronary artery bypass graft surgery*. J. Psychosom. Res. 2006; 61: 775–781.
21. Saur CD, Granger BB, Muhlbaier LH, Forman LM, McKenzie RJ, Taylor MC, Smith PK. *Depressive symptoms and outcome of coronary artery bypass grafting*. Am. J. Crit. Care 2001; 10: 4–10.
22. Scheier MF, Matthews KA, Owens JF, Schulz R, Bridges MW, Magovern GJ, Carver CS. *Optimism and rehospitalization after coronary artery bypass graft surgery*. Arch. Int. Med. 1999; 159: 829–835.
23. Burg MM, Benedetto MC, Rosenberg R, Soufer R. *Presurgical depression predicts medical morbidity 6 months after coronary artery bypass graft surgery*. Psychosom. Med. 2003; 65: 111–118.
24. Jiang W, Glassman A, Krishnan R, Oconnor CM, Califf RM. *Depression and ischemic heart disease: What have we learned so far and what must we do in the future?* Am. Heart J. 2005; 150: 54–78.
25. Perski A, Feleke E, Anderson G, Samad BA, Westerlund H, Ericsson CG, Rehnqvist N. *Emotional distress before coronary bypass grafting limits the benefits of surgery*. Am. Heart J. 1998; 136: 510–517.

26. Baker RA, Andrew MJ, Schrader G, Knight JL. *Preoperative depression and mortality in coronary artery bypass surgery. Preliminary findings.* ANZ J. Surg. 2001; 71: 130–142.
27. Xiong GL, Jiang W, Clare R, Shaw LK, Smith PK, Mahaffey KW, OConnor CM, Krishnan KR, Newby LK. *Prognosis of patients taking selective serotonin reuptake inhibitors before coronary artery bypass grafting.* Am. J. Cardiol. 2006; 98: 42–47.
28. Pignay-Demaria V, Lesperance F, Demaria RG, Frasure-Smith N, Perrault LP. *Depression and anxiety and outcomes of coronary artery bypass surgery.* Ann. Thor. Surg. 2003; 75: 314–321.
29. Connerney I, Shapiro PA, McLaughlin JS, Bagiella E, Sloan RP. *Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study.* Lancet 2001; 358: 1766–1771.
30. Blumenthal JA, Lett HS, Babyak MA, White W, Smith PK, Mark DB, Jones R, Mathew JP, Newman MF, NORG Investigators. *Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery.* Lancet 2003; 362: 604–609.
31. Borowicz L Jr, Royall R, Grega M, Selnes O, Lyketsos C, McKhann G. *Depression and cardiac morbidity 5 years after coronary artery bypass surgery.* Psychosom. 2002; 43: 464–471.
32. Rafanelli C, Roncuzzi R, Milaneschi Y. *Minor depression as a cardiac risk factor after coronary artery bypass surgery.* Psychosom. 2006; 47: 289–295.
33. Connerney I, Shapiro PA, McLaughlin JS, Bagiella E, Sloan RP. *Relation between depression after coronary artery bypass surgery and 12-month outcome: a prospective study.* Lancet 2001; 358: 1766–1771.

Adres: Adam Pawlak
41-500 Chorzów, ul. Poniatowskiego 26/12

Otrzymano: 23.02.2011
Zrecenzowano: 12.05.2011
Otrzymano po poprawie: 24.05.2011
Przyjęto do druku: 15.11.2011