

Ocena wpływu wybranych parametrów socjodemograficznych i klinicznych na objawy depresji u kobiet poddanych inwazyjnej diagnostyce choroby wieńcowej

The influence of some sociodemographic and clinical factors on depression in women undergoing coronary arteriography

Magdalena Piegza¹, Robert Pudło¹, Jacek Piegza², Aleksandra Leksowska¹, Karina Badura-Brzoza¹, Krzysztof Stańkowski¹, Piotr W. Gorczyca¹, Jerzy Matysiakiewicz¹, Robert T. Hese¹

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

² III Katedra i Oddział Kliniczny Kardiologii, ŚCChS w Zabrze
Kierownik: prof. dr hab. n. med. L. Poloński

Summary

Aim. The aim of this study was to evaluate the influence of sociodemographic and clinical factors on symptoms of depression in 90 female patients awaiting coronarography.

Method. The factor dividing the patients into two groups: those without significant atheromatosis – 48 women and those with coronary atheromatosis – 42 women, was the result of invasive diagnostics of coronary heart disease. BDI (Beck Depression Inventory), HAM-D (Hamilton Depression Rating Scale) and sociodemographic and clinical data questionnaire were used in the study.

Results. It was proved that there was a connection between the appearance of increased parameters of depression and more frequent number of annual visits in the Primary Care or Cardiologic Clinic, higher level of depressiveness and anxiety, fear of obtaining information applying to the necessity of coronarography, lack of hormonal replacement therapy and of support from other people. Additionally, it was noticed that the intensity of symptoms were higher for those less educated, those waiting shorter for coronarography and those with hypertension. There were no statistically significant differences in the estimation of depressive states in both groups, neither in prevalence, nor in the intensity.

Conclusion. Patients with increased parameters of depression need special therapies and multidisciplinary care.

Słowa klucze: depresja, czynniki socjodemograficzne, choroba wieńcowa

Key words: depression, sociodemographic data, coronary heart disease

Wstęp

Większość badań, pochodzących z różnych ośrodków na świecie, informuje o związku choroby niedokrwiennej serca z depresją i potwierdza fakt, iż zaburzenia depresyjne mają negatywny wpływ na przebieg choroby wieńcowej [1, 2, 3, 4, 5, 6]. Potwierdzono wyższą częstość występowania objawów depresyjnych u pacjentów leczonych z powodu choroby wieńcowej [3, 4, 5, 6, 7]. Osoby z rozpoznaniem obu schorzeń – choroby wieńcowej i depresji, obciążone są dwu-trzykrotnie większym ryzykiem wystąpienia w przyszłości poważnych epizodów sercowych, z zawałem mięśnia sercowego i śmiercią włącznie [5, 8]. W pracach przeglądowych wymienia się te same różnice między kobietami a mężczyznami w przebiegu choroby wieńcowej serca, podkreślając zarazem różny wpływ tych samych czynników psychosocjalnych na rozwój choroby. Niższy status społeczny, niższy poziom edukacji, równoczesne zajmowanie się domem i pracą zawodową, przewlekły stres, brak wsparcia społecznego – to niektóre, udokumentowane czynniki ryzyka choroby wieńcowej u kobiet [1, 9]. Są to jednocześnie czynniki nie pozostające bez wpływu na ich kondycję psychiczną i funkcjonowanie społeczne.

Cel pracy

Celem pracy była ocena wpływu zmiennych socjodemograficznych i wybranych parametrów klinicznych na objawy depresji w grupie kobiet poddanych inwazyjnej diagnostyce choroby wieńcowej.

Grupy badane

Badaniem objęto 102 kobiety, przyjęte do Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze (ŚCChS) w celu inwazyjnej diagnostyki choroby wieńcowej. Z badań wyłączono 12 osób, ostatecznie uzyskując grupę złożoną z 90 kobiet. Wiek badanych wahał się od 37 do 65 lat (śr. wieku – 55,2). Badanie psychiatryczne przeprowadzono przed wykonaniem badania koronarograficznego, krótko po przyjęciu na oddział kardiologii. Wzięły w nim udział kobiety nigdy wcześniej nie poddawane inwazyjnej diagnostyce choroby wieńcowej, bez dodatkowych schorzeń somatycznych, z wyjątkiem nadciśnienia tętniczego i hiperlipidemii, oraz nigdy nie leczone z powodu zaburzeń psychicznych. Wynik badania angiograficznego tętnic wieńcowych decydował o zakwalifikowaniu poszczególnych pacjentek do jednej z dwóch grup. Pierwsza grupa obejmowała kobiety z wykluczonymi w koronarografii istotnymi zmianami miażdżycowymi (grupa I – 48 osób, śr. wieku – 54,9), często z rozpoznawanym kardiologicznym zespołem X, drugą grupę utworzyły kobiety z potwierdzonymi, istotnymi zwężeniami naczyń wieńcowych (grupa II – 42 osoby, śr. wieku – 55,6) poddawane zabiegowi angioplastyki wieńcowej bądź kwalifikowane do operacji pomostowania naczyń wieńcowych. Za istotne hemodynamicznie przyjęto zwężenie ograniczające światło naczynia w co najmniej 60%.

Do analizowanych zmiennych socjodemograficznych i parametrów klinicznych zaliczono: czas oczekiwania na koronarografię, poziom depresyjności i lęku przed uzyskaniem informacji o konieczności zabiegu, liczba wizyt w poradni ogólnej lub kardiologicznej w ciągu roku w związku z odczuwanymi dolegliwościami w klatce piersiowej, obecność nadciśnienia, hiperlipidemii, przebyty zawał mięśnia sercowego, obecność krwawień miesięcznych, stosowanie obecnie hormonalnej terapii zastępczej, deklarowane obawy w związku z koronarografią, udzielenie informacji przez lekarza kierującego o istocie zabiegu i zrozumienie przekazanych informacji, aktualnie przeżywane sytuacje stresowe, obecność wsparcia ze strony innych osób, wiek oraz poziom wykształcenia i stan cywilny (tab. 1, 2, 3, 4).

Tabela 1. Charakterystyka badanych grup (analiza porównawcza obydwu grup)

	Grupa I (n = 48) (53,3%)	Grupa II (n = 42) (46,7%)	p
Wiek (lata)	54,9 ± 6,97	55,6 ± 6,56	0,63
Nadciśnienie tętnicze	36 (75,0%)	28 (66,7%)	0,38
Hiperlipidemia	25 (52,1%)	28 (66,7%)	0,16
Liczba wizyt w poradni ogólnej lub kardiologicznej/ rok w związku z odczuwanymi dolegliwościami bólowymi w klatce piersiowej	9,7 ± 5,28	10,4 ± 5,80	0,59
Poziom depresyjności przed uzyskaniem informacji o konieczności koronarografii	4,03 ± 2,32	4,30 ± 2,42	0,61
Poziom lęku przed uzyskaniem informacji o konieczności koronarografii	4,66 ± 2,51	4,39 ± 2,32	0,63
Deklarowane obawy przed koronarografią	34 (72,3%)	34 (80,9%)	0,34
Udzielenie informacji przez lekarza kierującego o procedurze zabiegu i zrozumienie tych informacji	24 (51,1%)	18 (42,3%)	0,44
Przebyty zawał mięśnia sercowego	2 (4,2%)	15 (35,7%)	0,0001
Obecność krwawień miesięcznych	14 (29,2%)	9 (21,4%)	0,40
Stosowanie obecnie hormonalnej terapii zastępczej	8 (16,7%)	5 (11,9%)	0,52
Aktualnie przeżywane sytuacje stresowe	35 (72,9%)	24 (57,1%)	0,12
Obecność wsparcia ze strony innych osób	38 (79,2%)	31 (73,8%)	0,55

Tabela 2. Charakterystyka badanych grup – stan cywilny

Stan cywilny					
	n	panna	zamężna	rozwidziona	wdowa
Grupa I	48	1 (2%)	35 (73%)	3 (6%)	9 (19%)
Grupa II	42	3 (7%)	34 (81%)	2 (5%)	3 (7%)
p		0,52	0,37	0,88	0,11
Razem	90	4 (4,4%)	69 (76,7%)	5 (5,5%)	12 (13,3%)

Tabela 3. Charakterystyka badanych grup – wykształcenie

Wykształcenie					
	n	podstawowe	zawodowe	średnie	wyższe
Grupa I	48	10 (21%)	16 (33%)	17 (35%)	5 (10%)
Grupa II	42	15 (36%)	8 (19%)	16 (38%)	3 (7%)
p		0,12	0,13	0,79	0,86
Razem	90	25 (27,8%)	24 (26,7%)	33 (36,7%)	8 (8,9%)

Tabela 4. Charakterystyka badanych grup – czas oczekiwania na koronarografię

Czas oczekiwania na koronarografię							
	n	do 3 mies.	3 do 6 mies.	6 do 9 mies.	9 do 12 mies.	12 do 24 mies.	2 lat
Gr I	38	9 (24%)	7 (18%)	8 (21%)	6 (16%)	6 (16%)	2 (5%)
Gr II	37	16 (43%)	6 (16%)	3 (8%)	6 (16%)	6 (16%)	0 (0%)
p		0,072	0,80	0,11	0,96	0,96	0,48
Razem	75	25 (33,3)	13 (17,3)	11 (14,7)	12 (16,0)	12 (16,0)	2 (2,7)

Metody

1. Do oceny depresji użyto Skali Depresji Hamiltona (Hamilton Depression Rating Scale – HAMD) i Inwentarza Objawów Depresyjnych Becka (Beck Depression Inventory – BDI). W niniejszej pracy posłużono się 17-punktową wersją HAMD, przyjmując następujące wartości jako graniczne: 0–7 pkt. – brak depresji, 8–17 pkt. – depresja łagodna, 18–25 pkt. – depresja umiarkowana, powyżej 25 pkt. – depresja ciężka [10, 11]. W ocenie poziomu depresji w skali BDI przyjęto następujące wartości graniczne: 0–11 pkt. – brak depresji, 12–26 pkt. – depresja łagodna, 27–49 pkt. – depresja umiarkowana, powyżej 49 pkt. – depresja ciężka [11, 12, 13].
2. Dane socjodemograficzne i wybrane parametry kliniczne zgromadzono za pomocą opracowanego specjalnie do tego celu kwestionariusza.
3. Poziom depresyjności i lęku przed uzyskaniem informacji o konieczności poddania się inwazyjnej diagnostyce choroby wieńcowej pacjentki oceniały w skali od 0 do 10, po uprzednim odczytaniu wymienionych w kwestionariuszu wyznaczników depresji i lęku. Określały subiektywne poczucie obecności objawów zaliczanych do symptomów depresyjnych i lękowych, co nie jest równoznaczne z diagnozą psychiatryczną. Autorzy niniejszego opracowania przyjęli, że wskaźnikiem depresyjności jest poczucie osoby badanej, że występują u niej objawy zaliczane przez psychiatrów do symptomów depresyjnych [14]. Podobnej analizy dokonano w odniesieniu do subiektywnego poczucia obecności objawów lęku.

Analiza statystyczna danych

Parametry ciągłe o rozkładzie normalnym przedstawiono jako średnią \pm odchylenie standardowe. Istotność różnic pomiędzy średnimi dla parametrów ciągłych o rozkładzie normalnym sprawdzano za pomocą analizy wariancji (odpowiednio dla zmiennych niezależnych lub zależnych). Parametry jakościowe porównywano za pomocą testu Chi².

W analizie wpływu poszczególnych czynników na nasilenie objawów depresji wykorzystano odpowiednio korelacje parametryczne i nieparametryczne. Analizę wpływu poszczególnych parametrów na obecność depresji przeprowadzono za pomocą wieloczynnikowej regresji logistycznej, przedstawiając wyniki jako iloraz szans (OR) i 95% przedziały ufności. Jako istotne statystycznie przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

W obu grupach badanych zaobserwowano występowanie objawów depresyjnych. W Skali Depresji Hamiltona (HAMD) liczba osób z objawami depresji wyniosła 36 w grupie bez istotnych zmian miażdżycowych w badaniu koronarograficznym, a w grupie ze zmianami – 29, podczas gdy w skali Becka (BDI) wynosiła odpowiednio 34 i 18 osób. Nie odnotowano znamienych statystycznie różnic między grupami w częstości występowania objawów depresji, zarówno w odniesieniu do jednej, jak i drugiej skali (tab. 5).

W skali BDI średnia liczba punktów i odchylenie standardowe w grupie I wyniosły $13,9 \pm 5,5$, podczas gdy w grupie II odpowiednio $11,4 \pm 7,4$. W odniesieniu do skali HAMD wartości te wynosiły odpowiednio $10,6 \pm 4,9$ dla grupy I i $10,5 \pm 6,5$ dla grupy II.

Tabela 5. Częstość występowania poszczególnych stopni nasilenia depresji, we wszystkich skalach depresji, w badanych grupach

Stopień nasilenia depresji	HAMD				BDI			
	GR I		GR II		GR I		GR II	
	liczba przypadków	% n	liczba przypadków	% n	liczba przypadków	% n	liczba przypadków	% n
Brak depresji	12	25,0	13	31,0	14	29,2	24	57,1
Depresja	36	75,0	29	69,0	34	70,8	18	42,9
W tym:	p = NS				p = NS			
łagodna	32	66,7	25	59,5	33	68,7	13	30,9
umiarkowana	4	8,3	3	7,1	1	2,1	5	11,9
ciężka	0	0,0	1	2,4	0	0,0	0	0,0

GR I – osoby bez istotnych zmian miażdżycowych w badaniu koronarograficznym, GR II – osoby z istotnymi zmianami miażdżycowymi w badaniu koronarograficznym, NS – nieznamienne statystycznie

Analizując zależność między występowaniem depresji a czynnikami charakteryzującymi całą grupę wykazano (tab. 6, 7):

1. Istnienie zależności:
 - od wykształcenia – niższe wartości w skali HAMD u chorych lepiej wykształconych,
 - od liczby wizyt w poradni ogólnej lub kardiologicznej/rok, w związku z dolegliwościami w klatce piersiowej – u osób częściej korzystających z porad lekarskich odnotowano wyższe wyniki w skali HAMD i BDI,
 - z czasem oczekiwania na koronarografię – im krótszy czas oczekiwania, tym wyższe wyniki w skali HAMD,
 - od poziomu depresyjności i lęku przed przekazaniem informacji o konieczności zabiegu – u osób z wyższym poziomem depresyjności i lęku wykazano wyższe wartości w skali HAMD i BDI,
 - od nadciśnienia tętniczego – wyższe wartości depresji w skali HAMD u chorych, u których występowało nadciśnienie tętnicze,
 - od stosowania hormonalnej terapii zastępczej – u tych kobiet, które aktualnie jej nie stosowały odnotowano wyższe wyniki w skali HAMD i BDI,
 - od wsparcia ze strony innych osób – wyższe wartości depresji w obu skalach u kobiet, które nie doświadczały wsparcia.
2. Brak zależności:
 - od wieku, obecności zmian w koronarografii, deklarowanych obaw w związku z zabiegiem, udzielenia informacji o procedurze zabiegu i zrozumienia przekazanych informacji, hiperlipidemii, przebytego zawału mięśnia sercowego, aktualnie przeżywanych sytuacji stresowych i pozostawania w związku małżeńskim.

Tabela 6. Wpływ wymienionych czynników na wartość depresji w skalach HAMD i BDI

Analizowany czynnik	HAMD		BDI	
	R	p	R	p
Wiek	-0,06	0,58	-0,06	0,56
Wykształcenie	-0,21	< 0,05	-0,20	NS
Liczba wizyt w poradni ogólnej lub kardiologicznej /rok	0,26	< 0,05	0,27	< 0,05
Czas oczekiwania na koronarografię	-0,27	< 0,05	-0,11	NS
Poziom depresyjności przed uzyskaniem informacji o konieczności zabiegu	0,36	< 0,05	0,35	< 0,05
Poziom lęku przed uzyskaniem informacji o konieczności zabiegu	0,33	< 0,05	0,26	< 0,05

R – wartość współczynnika korelacji Spearmana, p – wartość poziomu istotności

Omówienie

W obu badanych grupach stwierdzono występowanie zespołów depresyjnych. Liczba osób z zespołami depresyjnymi różniła się nieco w zależności od metody oceny stopnia nasilenia depresji, jednak zarówno w ocenie obiektywnej, jak i subiektywnej

Tabela 7. Wpływ obecności analizowanych parametrów na wartość nasilenia depresji w skali HAMD i w skali BDI

Analizowany czynnik	HAMD			BDI		
	TAK	NIE	p	TAK	NIE	p
	Ś±SD	Ś±SD		Ś±SD	Ś±SD	
Istotne zmiany w koronarografii	10,5±6,1	10,6±4,9	0,95	13,6±9,4	13,4±5,6	0,90
Deklarowane obawy przed koronarografią	10,9±4,7	8,9±6,8	0,20	13,8±7,0	12,0±8,9	0,39
Udzielenie informacji o procedurze zabiegu i zrozumienie przekazanych informacji	9,7±5,7	11,1±4,9	0,20	12,2±7,0	14,4±7,8	0,17
Nadciśnienie tętnicze	11,3±5,2	8,7±5,6	0,041	14,3±7,1	11,6±8,4	0,16
Hiperlipidemia	11,2±5,7	9,7±5,0	0,21	13,9±8,2	12,9±6,6	0,50
Przebyty zawał serca	9,2±5,2	10,9±5,5	0,24	12,6±8,8	13,7±7,3	0,62
Stosowanie obecnie hormonalnej terapii zastępczej	7,5±4,4	11,1±5,5	0,018	9,8±4,9	14,1±7,8	0,015
Aktualnie przeżywane sytuacje stresowe	10,9±5,3	9,9±5,7	0,42	13,6±7,3	13,3±8,1	0,82
Wsparcie ze strony innych osób	9,4±4,6	14,5±6,3	0,0019	12,1±6,5	18,3±8,9	0,0062
Stan cywilny – mężatka	10,9±5,7	9,6±4,3	0,30	13,8±8,1	12,6±5,5	0,43

Ś – średnia, SD – odchylenie standardowe

przeważały zespoły depresyjne o łagodnym nasileniu. Należy pamiętać, iż badanie odbyło się w czasie stresującego oczekiwania na koronarografię. W przeprowadzonych badaniach nie wykazano jednak zależności między występowaniem depresji w obu skalach a deklarowanymi obawami w związku z zabiegiem oraz udzieleniem informacji o jego procedurze i zrozumieniem tych informacji.

Wykazano związek występowania depresji ocenianej zarówno obiektywnie, jak i subiektywnie z takimi parametrami, jak: liczba rocznych wizyt w poradniach ogólnych lub kardiologicznych w związku z dolegliwościami sercowymi, poziom depresyjności i lęku przed uzyskaniem informacji o konieczności koronarografii, stosowanie obecnie hormonalnej terapii zastępczej oraz wsparcie ze strony innych osób. Dodatkowo, w przypadku obiektywnej oceny stanu depresyjnego, zauważono występowanie większego nasilenia objawów u osób gorzej wykształconych, krócej oczekujących na zabieg oraz z nadciśnieniem tętniczym.

U osób częściej korzystających z porad lekarskich odnotowano wyższe wyniki w skalach depresji. Należy rozważyć kilka przyczyn takiego zjawiska. Prawdopodobnie odczuwanie uporczywych dolegliwości w klatce piersiowej, mimo zapewnień lekarzy o braku somatycznego podłoża objawów, skutkuje częstszymi wizytami w poradni, gdyż dolegliwości o nieznanym podłożu są częściej przyczyną lęku [15], a doświadczanie bólu, połączone z poczuciem niezrozumienia i obawą o swoje życie, w pewnych

przypadkach wystarcza, by zareagować depresją. Ten styl myślenia i funkcjonowania bliski jest zaburzeniom somatyzacyjnym i hipochondrycznym [16, 17]. Nie można nie doceniać możliwości współistnienia zaburzeń psychicznych z chorobą niedokrwienną serca, tym bardziej że wśród dorosłych z zaburzeniami depresyjnymi „somatyzacja” jest powszechna i być może częstsza w przypadku współistnienia rzeczywistej, niezależnej choroby somatycznej [18, 19]. U kilku kobiet, u których definitywnie wykluczono chorobę wieńcową jako przyczynę nietypowych dolegliwości w klatce piersiowej, rozpoznanie zaburzeń somatyzacyjnych było bardzo prawdopodobne. Koresponduje to ze spostrzeżeniami Chernena i wsp. [20], którzy podają, że u ponad 2/3 chorych z zespołem X występują objawy lęku, depresji oraz nastawienie hipochondryczne. Inni autorzy podkreślają podobieństwo występujące u osób z kardiologicznym zespołem X i z bólem w klatce piersiowej z wykluczoną chorobą serca w zachorowalności na zaburzenia depresyjne i lękowe [21]. Autorzy obszernej pracy poglądowej, badający współwystępowanie zaburzeń psychicznych w chorobie niedokrwiennej serca u kobiet, postulują rozważenie zaburzeń somatoformicznych w przypadku zgłaszania przez nie bólu w klatce piersiowej [22].

Wyższe wartości w skalach depresji uzyskano także u kobiet, które nie doświadczały wsparcia ze strony osób znaczących oraz wykazywały wyższy poziom depresyjności i lęku przed uzyskaniem informacji o konieczności przeprowadzenia diagnostyki inwazyjnej. Wykazano natomiast, iż sytuacje stresowe nie miały wpływu na występowanie u nich depresji, podobnie jak trwanie w związku małżeńskim, w przeciwieństwie do doświadczenia wsparcia. Rolę braku wsparcia w rozwoju choroby niedokrwiennej serca, odnośnie do obu płci, ze szczególnym uwzględnieniem kobiet, podkreśla wielu autorów [2, 23], inni dostrzegają wpływ niedostatecznego wsparcia społecznego na rozwój depresji u starszych osób [24].

Istnieje wiele kontrowersji na temat stosowania hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) u kobiet z już istniejącą chorobą wieńcową. Kilka prospektywnych, wieloosrodkowych badań nad prewencją wtórną z zastosowaniem hormonalnej terapii zastępczej wykazało wzrost ryzyka incydentów zakrzepowo-zatorowych i wieńcowych w pierwszym roku po rozpoczęciu substytucji hormonalnej [25]. Okazało się, że hormonalna terapia zastępcza nie hamuje progresji miażdżycy, natomiast nie budzi poważniejszych wątpliwości jej dobroczynny wpływ na zaburzenia emocjonalne występujące u kobiet w okresie klimakterium, nie wiadomo jednak dokładnie, czy takie postępowanie zmniejsza w sposób istotny ryzyko stanów depresyjnych osiągających nasilenie kliniczne. W przeprowadzonych w Śląskim Centrum Chorób Serca badaniach odnotowano wyższe wyniki w Skali Depresji Hamiltona i skali Becka u tych kobiet, które aktualnie nie stosowały hormonalnej terapii zastępczej, niezależnie od przyjmowanego leku. Obserwacja ta może potwierdzać hipotezę o pozytywnym wpływie estrogenów na nastrój.

Poziom wykształcenia okazał się czynnikiem istotnie wpływającym na głębokość depresji ocenianej za pomocą HAMD. Wykształcenie jest tutaj „czynnikiem ochronnym”. U osób gorzej wykształconych, z niższym standardem życia, istnieje większe prawdopodobieństwo przeżywania depresji. Zależności tej nie wykazano w badaniu za pomocą BDI. Niezgodność tę można tłumaczyć jednak bardziej adekwatną oceną obiektywną u osób lepiej wykształconych. W niektórych badaniach u pacjentów z chorobami serca obserwowano wyraźną różnicę między wynikami w skalach depresji

Hamiltona i Becka [26]. Niższy poziom depresji u osób lepiej wykształconych może się też wiązać z tendencją do przedstawiania się w korzystniejszym świetle i bagatelizowania objawów czy przypisywania ich tylko chorobie serca [7].

Stwierdzono ponadto, że im krótszy czas oczekiwania na koronarografię, tym wyższe wyniki w skali HAMD. Zjawisko to można wytłumaczyć tym, że pacjentki krócej oczekujące miały mniej czasu na przygotowanie się do badania oraz prawdopodobnie bardziej intensywne i/lub częstsze były u nich dolegliwości bólowe, co prawdopodobnie miało wpływ na tryb kwalifikacji (przyspieszony, planowy). Bengston i wsp. [27] zauważyli częstsze zgłaszanie bólu w klatce piersiowej, jako głównej skargi, u pacjentów oczekujących na koronarografię mniej niż 6 miesięcy. Dłuższy czas oczekiwania wiązał się przede wszystkim z odczuwaniem niepewności przyczyny bólu i następstw diagnostyki inwazyjnej. Chociaż wykazali związek obecności depresji i lęku z nasileniem bólu, nie analizowali wpływu czasu oczekiwania na zabieg na występowanie i nasilenie objawów depresji w badanej przez siebie grupie osób.

W przeprowadzonych w Śląskim Centrum Chorób Serca badaniach u pacjentek z nadciśnieniem tętniczym odnotowano wyższe wyniki w obiektywnej skali oceny depresji.

Kaplan i Nunes [28] dokonali wyczerpującego, krytycznego przeglądu piśmiennictwa dotyczącego roli czynników psychospołecznych w patogenezie nadciśnienia tętniczego. Znaczna większość autorów w swoich pracach podtrzymuje hipotezę o znaczącym wpływie tych czynników na rozwój nadciśnienia tętniczego, przy czym znacznie bardziej eksponuje się jego związek ze stanami lękowymi niż z depresją. W pracy przeglądowej opartej na większym materiale znajduje się sugestia, że nadmierna aktywność wegetatywnego układu nerwowego i predyspozycja genetyczna to sugerowane mechanizmy łączące depresję i nadciśnienie [29]. Jednak dokładne procesy tłumaczące to powiązanie pozostają niejasne.

Istotne zmiany miażdżycowe w koronarografii, podobnie jak przebyty zawał serca, nie miały wpływu na nasilenie objawów depresji. Średnie wartości natężenia depresji w przypadku obecności bądź nieobecności istotnych angiograficznie zwężeń w naczyniach wieńcowych można praktycznie uznać za identyczne w obu skalach pomiaru depresji. Wydaje się zatem, iż na depresję stwierdzoną w tym badaniu znacznie większy wpływ miały czynniki opisane powyżej niż sama miażdżycza wykryta angiograficznie. Warto w tym miejscu wspomnieć, iż określenie „choroba niedokrwienna serca” obejmuje swoim zasięgiem różne stadia rozwoju miażdżycy naczyń wieńcowych, również te wczesne, dotyczące małych naczyń, a także kardiologiczny zespół X.

Wnioski

1. Wykazano związek występowania depresji z następującymi parametrami klinicznymi:

- niestosowanie obecnie hormonalnej terapii zastępczej (najsilniejszy wpływ);
- większy poziom depresyjności i lęku przed uzyskaniem informacji o konieczności diagnostyki inwazyjnej;
- nadciśnienie tętnicze;
- częstsze korzystanie z porad lekarskich w związku z dolegliwościami sercowymi.

2. Wykazano związek występowania depresji z następującymi czynnikami socjodemograficznymi:

- brak wsparcia osób bliskich (najsilniejszy wpływ);
- krótszy czas oczekiwania na koronarografię;
- niższy poziom wykształcenia.

3. Nie wykazano związku pomiędzy objawami depresji a obecnością istotnych zmian miażdżycowych w tętnicach wieńcowych.

Оценка влияния избранных социодемографических и клинических параметров на симптомы депрессии у женщин, подвергнутых инвазивной диагностике коронарной болезни

Содержание

Задание. Заданием работы была оценка влияния социодемографических и избранных клинических параметров на симптомы депрессии у 90 женщин, подвергнутых инвазивной диагностике коронарной болезни.

Методы. На основании результатов коронарографии пациентки разделены на две группы. В первой было 48 женщин без существенном сужением коронарных сосудов, во второй было 42 женщины с подтвержденными, существенными склеротическими изменениями в венечных сосудах. В исследовании использована Шкала депрессии Гамильтона и Глоссарий самооценки депрессии Бека и Глоссарий, который служил для идентификации социодемографических и клинических факторов.

Результаты. Показана связь появления повышенных параметров депрессии с большим количеством годовых визитов в Общем диспансере или же кардиологическом. Более высокий уровень депрессивности и фобии отмечен у женщин перед получением информация о необходимости проведения коронарографии, не примененем актуально проводимой гормонотерапии, а также отсутствием поддержки со стороны иных лиц. Отмечено также появление большего утяжеления симптомов у лиц менее образованных, короче ожидающих на вмешательство и у исследованных с гипертонией. Не отмечено статистически существенных различий между группами исследованных, ни в распространении, ни в утяжелении депрессивных симптомов.

Выводы. Лица с повышенными параметрами депрессии требуют применения особенного подхода при лечении, основанного на совместной работе кардиолога и психиатра.

Einfluss von ausgewählten soziodemographischen und klinischen Parametern auf die Depressionssymptome bei Frauen nach der invasiven Diagnostik der koronaren Herzkrankheit

Zusammenfassung

Ziel. Das Ziel der Arbeit war die Beurteilung des Einflusses von soziodemographischen und ausgewählten klinischen Parametern auf die Symptome der Depression in der Gruppe von 90 Frauen nach der invasiven Diagnostik der koronaren Herzkrankheit.

Methode. Aufgrund des Befundes der Koronarangiographie wurden die Patientinnen in zwei Gruppen geteilt: die erste bildeten 48 Patientinnen ohne wesentliche Koronararterienstenosen, die andere Gruppe umfasste die Patientinnen mit bestätigten, signifikanten Atheromatoseveränderungen in der koronographischen Untersuchung. Es wurden die Depression - Skala von Hamilton, das Inventar zur Selbstbeurteilung der Depression von Beck und der Fragebogen angewandt, der zur Identifizierung der soziodemographischen und klinischen Faktoren diente.

Ergebnisse. Es wurde der Zusammenhang zwischen den erhöhten Parametern der Depression mit der höheren Zahl der jährlichen Beratungen in der Allgemeinen Beratungsstelle oder in der Kardiologischen Beratungsstelle, mit dem höheren Depressions- und Angstlevel vor der Erteilung der Information über die Notwendigkeit der Koronarangiographie, mit der Nichtanwendung der hormonellen Ersatztherapie und Mangel an Unterstützung seitens anderer Personen gezeigt. Es

wurde auch bemerkt, dass eine höhere Intensität der Symptomen bei den schlechter ausgebildeten Personen auftrat, und bei diesen, die auf den Eingriff kürzer warteten oder bei den Untersuchten mit Bluthochdruck. Es wurden keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen gezeigt, wenn es um die Verbreitung oder Intensität der Depressionssymptome geht.

Schlussfolgerungen. Die Personen mit den erhöhten Parametern der Depression erfordern eine besondere therapeutische Betrachtung, die auf der Zusammenarbeit des Kardiologen mit dem Psychiater beruht.

L'influence des facteurs diagnostiques sociodémographiques et cliniques sur les symptômes dépressifs chez les femmes après l'artériographie coronaire

Résumé

Objectif. Analyse de l'influence des facteurs sociodémographiques et cliniques sur les symptômes dépressifs chez 90 femmes après l'artériographie coronaire.

Méthodes. En basant sur les résultats de l'artériographie on forme deux groupes des patientes: le premier composé des 48 patientes sans l'athérosclérose signifiante, le second – 42 patientes avec l'athérosclérose signifiante attestée par la coronarographie. Pour l'analyse on se sert de : l'échelle d'Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) et Beck Depression Inventory (BDI), questionnaire des facteurs sociodémographiques et cliniques.

Résultats. On atteste la corrélation des symptômes plus sévères de la dépression et le nombre plus grand des visites dans les centres cliniques ou cardiologiques, niveau plus grave de la dépression et d'anxiété avant l'information concernant la nécessité de l'artériographie, manque de l'hormonothérapie substitutive et manque du soutien d'autres personnes. On observe encore la plus grande intensité des symptômes dépressifs chez les patientes moins éduquées, dont le temps d'attente de l'artériographie est plus court, avec l'hypertension. On n'observe point de corrélation ni d'intensité des symptômes ni de la fréquence de la dépression dans ces deux groupes analysés.

Conclusions. Les patientes avec des paramètres plus élevés de la dépression exigent la thérapie spéciale contenant la coopération du cardiologue et du psychiatre.

Piśmiennictwo

1. Brzezinka V, Kitel F. *Psychosocial factors of coronary heart disease in women: a review*. Soc. Sc. Med. 1996; 42 (10): 1351–1365.
2. Bunker SJ, Colguhoun DM, Esler MD, Hicie IB, Hunt D, Jelinek VM, Oldenburg BF, Peach HG, Ruth D, Tennant CC, Tonkin AM. „Stress” and coronary heart disease: psychosocial risk factors. Med. J. Aust. 2003; 178 (6): 272–276.
3. Creed F. *The importance of depression following myocardial infarction*. Heart 1999; 82 (4): 406–408.
4. Dudek D, Zięba A. *Depresja w chorobie niedokrwiennej serca*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2001.
5. Lett H.S, Blumenthal JA, Babyak MA, Sherwood A, Strauman T, Robins C, Newman MF. *Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment*. Psychosom. Med. 2004; 66: 305–315.
6. Tennant C, McLean L. *The impact of emotions on coronary heart disease risk*. J. Cardiovasc. Risk. 2001; 8 (3): 175–183.
7. Freedland KE, Lustman PJ, Carney RM, Hong BA. *Underdiagnosis of depression in patients with coronary artery disease: The role of nonspecific symptoms*. Int. J. Psychiatry Med. 1992; 22: 221–229.
8. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. *Depression following myocardial infarction. Impact on 6 month survival*. JAMA 1993; 270: 1819–1829.
9. Bello N, Mosca L. *Epidemiology of coronary heart disease in women*. Progr. Cardiovasc. Dis. 2004; 46 (4): 287–295.

10. Hamilton M. *A rating scale for depression*. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr. 1960; 23: 56–62.
11. Pużyński S. *Skale i inwentarze psychopatologiczne*. W: Pużyński S, Beręsewicz M, red. *Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych*. Warszawa: IPiN; 1993, s. 125–243.
12. Beck AT, Ward CH, Mendelson M. *An inventory for measuring depression*. Arch. Gen. Psychiatr. 1961; 4: 561–571.
13. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. Psychiatr. Pol. 1977; 11 (4): 417–421.
14. Jackowska E, Dęga-Rudewicz K. *Depresyjność młodzieży z upośledzeniem umysłowym stopnia lekkiego w świetle badań empirycznych*. Psychiatr. Pol. 2004; 38 (1): 37–49.
15. Kepiński A. *Lęk*. Warszawa: Wydawnictwo Sagittarius; 1995.
16. Barsky AJ. *The patient with hypochondriasis*. N. Engl. J. Med. 2001; 345 (19): 1395–1398.
17. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GJ. *Transient Hypochondriasis*. Arch. Gen. Psychiatry 1990; 47: 746–751.
18. Sheehan B, Banerjee S. *Somatization in the elderly*. Int. J. Geriatr. Psychiatry 1999; 14 (12): 1044–1049.
19. Allen LA, Gara MA. *Somatization: a debilitating syndrom in primary care*. Psychosom. 2001; 42 (1): 63–67.
20. Chermen L, Friedman S, Goldberg N, Feit a, Kwan T, Stein R. *Cardiac disease and nonorganic chest pain: factors leading to disability*. Cardiol. 1995; 86 (1): 15–21.
21. Asbury EA, Collins P. *Psychosocial factors associated with noncardiac chest pain and cardiac syndrome X*. Herz 2005; 30 (1): 55–60.
22. Bankier B, Littman AB. *Psychiatric disorders and coronary heart disease in women – a still neglected topic: review of the literature from 1971 to 2000*. Psychother. Psychosom. 2002; 71: 133–140.
23. Collijn DH, Appels A, Nijhuis F. *Psychosocial risk factors for cardiovascular disease in women: the role of social support*. Int. J. Behav. Med. 1995; 2 (3): 219–232.
24. Koizumi Y, Awata S, Kuriyama S, Ohmori K, Hozawa A, Seki T, Matsuoka H, Tsuji I. *Association between social support and depression status in the elderly: Results of a 1-year community-based prospective cohort study in Japan*. Psychiatry Clin. Neurosc. 2005; 59 (5): 563–569.
25. Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, Jackson RD, Beresford SA, Howard BV, Johnson KC, Kotchen JM, Ockene J. *Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the women's health initiative randomized controlled trial*. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. JAMA 2002; 288 (3): 321–333.
26. Pudło R. *Występowanie zaburzeń psychicznych u chorych po transplantacji serca*. Rozprawa doktorska. Zabrze 1996.
27. Bengtson A, Herlitz J, Karlsson T, Hjalmarson A. *Distress correlates with the degree of chest pain: a description of patients awaiting revascularisation*. Heart 1996; 75 (3): 257–260.
28. Kaplan MS, Nunes A. *The psychosocial determinants of hypertension*. Nutr. Metab. Cardiovasc. Dis. 2003; 13 (1): 52–59.
29. Scalco AZ, Scalco MZ, Azul JB, Lotufo-Neto F. *Hypertension and depression*. Clinics 2005; 60 (3): 241–250.

Adres: Magdalena Piegza
Oddział Kliniczny Psychiatrii ŚAM
42-600 Tarnowskie Góry, ul. Pyskowska 49

Otrzymano: 4.08.2006
Zrecenzowano: 5.11.2007
Przyjęto do druku: 18.12.2007