

Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego

Dominika Dudek ✂

**Spostrzeganie relacji małżeńskich przez
pacjentów depresyjnych i ich współmałżonków
w aspekcie stylu poznawczego**

Bibl. Medyczna CM UJ



Praca doktorska

Promotor: Dr hab. med. Andrzej Zięba

Pracę wykonano w Katedrze Psychiatrii CMUJ

Kierownik Katedry:

Prof. dr hab. med. Adam Szymusik

Kraków 1997

*Składam gorące podziękowania
Kierownikowi Katedry Psychiatrii
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego,
Panu Profesorowi Dr hab. Adamowi Szymusikowi
za opiekę, życzliwość oraz inspirację w podjęciu tematu badawczego*

Spis treści

WSTĘP	4
Model poznawczy - depresyjny styl myślenia.....	6
Rola wydarzeń życiowych.....	13
Sieć oparcia społecznego.....	17
Relacje małżeńskie pacjentów depresyjnych.....	19
<i>Stan cywilny a depresja - dane epidemiologiczne</i>	20
<i>Depresja a funkcjonowanie małżeństwa</i>	21
<i>Współmałżonek pacjenta depresyjnego</i>	22
<i>Relacje małżeńskie a depresja</i>	25
CEL BADAŃ	29
MATERIAŁ I METODA.....	31
A. Ocena głębokości zaburzeń depresyjnych	33
B. Badanie stylu poznawczego	35
C. Ocena relacji małżeńskich	36
STATYSTYCZNE METODY OPRACOWANIA WYNIKÓW	41
OPIS BADANEJ GRUPY	43
WYNIKI BADAŃ.....	46
A. Analiza wyników uzyskanych w grupie pacjentów.....	46
B. Analiza wyników uzyskanych w grupie współmałżonków pacjentów depresyjnych.....	53
OMÓWIENIE WYNIKÓW I DYSKUSJA.....	63
WNIOSKI	81
PODSUMOWANIE	83
STRESZCZENIE	86
PIŚMIENNICTWO	89
ANEKS.....	110

Na zespół depresyjny, zgodnie z definicją zawartą w Leksykonie Psychiatrii, składają się chorobowe zaburzenia życia uczuciowego i emocjonalnego, których podstawowym objawem jest dominujące uczucie smutku, przygnębienia, zniechęcenia, ujemny ton uczuciowy towarzyszący ogółowi przeżyć, obniżenie lub niezdolność przeżywania uczuć radości, satysfakcji, przyjemności (197). Oprócz tak opisywanych zaburzeń nastroju choroba obejmuje szereg innych objawów jak zahamowanie lub pobudzenie psychomotoryczne, lęk, zaburzenia rytmów dobowych, dolegliwości somatyczne. Pacjent czuje się bezwartościowy, bezradny w codziennym życiu, boi się każdego rozpoczynającego się dnia, przestaje wychodzić z domu, nic nie sprawia mu radości. Bezsenne noce nie przynoszą mu odpoczynku, w dzień nie ma motywacji do podjęcia jakichkolwiek działań, każda decyzja staje się trudna i niemożliwa do podjęcia. Chory traci nadzieję, że cokolwiek może się w jego życiu zmienić i często jako jedyne wybawienie, a równocześnie zasłużoną dla siebie karę widzi śmierć.

W swoich cierpieniach pacjent czuje się osamotniony i niezrozumiany, izoluje się więc, odsuwa od przyjaciół i rodziny, choroba w widoczny sposób wpływa na jego zachowanie i postawy. W ten sposób depresja dotyka najbliższe otoczenie chorego. Niewątpliwie najbliższą i najbardziej obciążoną osobą staje się współmałżonek pacjenta depresyjnego. Najczęściej jest pełen dobrej woli, stara się pomóc, a jego rady „weź się w garść” czy okazywane zniecierpliwienie wynikają z braku odpowiedniej wiedzy, z poczucie bezradności, z przeżywanych przez niego lęków i trudności, z którymi musi się borykać dźwigając brzemień opieki nad pacjentem. Warto jest pamiętać i o tym aspekcie rozważając koszty choroby.

Mimo ogromnego postępu w biologicznym rozumieniu i leczeniu depresji, nadal stanowi ona poważny problem kliniczny, społeczny i ekonomiczny. W krajach uprzemysłowionych depresja występuje u 2.3 - 3.2% mężczyzn i 4.5 - 9.3% kobiet. Ryzyko zachorowania na depresję szacuje się na 7 - 12% dla mężczyzn i 20 - 25% dla kobiet (54). Pacjenci depresyjni w znacznej mierze obciążają opiekę medyczną, a ich funkcjonowanie jest upośledzone w podobnym stopniu jak funkcjonowanie osób z ciężkimi schorzeniami somatycznymi (142,244,248,125). Koszty depresji to zaburzone relacje interpersonalne (91), absencja w pracy (252), a często również inwalidyzacja, zwiększona ilość chorób somatycznych (61) oraz zwiększona śmiertelność związana z wypadkowością i samobójstwami (253). Przyjmuje się, że wśród osób z depresją o nasileniu wymagającym hospitalizacji 15% umiera w wyniku samobójstwa (59). W Stanach Zjednoczonych koszty związane z zachorowaniem, leczeniem i umieralnością spowodowaną depresją szacuje się na 44 miliardy dolarów rocznie. W Wielkiej Brytanii obliczono, że depresja pochłania 3.5 miliarda funtów każdego roku (162). Na pieniądze nie sposób przeliczyć ogromu cierpienia jakie wiąże się z tą chorobą i jej długoterminowymi skutkami.

Postępy farmakoterapii nie rozwiązały całkowicie problemu nawrotowości czy chroniczności choroby, nie rozwiązały również problemu długotrwałych zaburzeń życia rodzinnego i społecznego czy też przedwczesnej inwalidyzacji pacjentów. Stąd wynika poszukiwanie dodatkowych metod oddziaływania terapeutycznego i wzrost zainteresowania w ostatnich dwóch dekadach psychospołecznymi aspektami depresji.

Szczególne znaczenia nabrały dwa kierunki badań: teoria poznawcza depresji i społeczny kontekst choroby. Niestety, te dwa kierunki powstały i rozwijały się niezależnie od siebie. Uczeni zorientowani poznawczo mało uwagi poświęcali procesom społecznym zachodzącym w depresji, z drugiej strony badacze zajmujący się

społecznymi i interpersonalnymi aspektami depresji nie wykazywali zainteresowania funkcjonowaniem poznawczym pacjentów depresyjnych (98).

Model poznawczy - depresyjny styl myślenia

Istnienie specyficznego negatywnego stylu myślenia u pacjentów depresyjnych pozostaje bezsporne i znane jest od bardzo dawna. I tak np. Władysław Kohlberger opisując stan depresji, nazywanej przez niego „zadumą”, twierdził, że „u chorego (...) widzimy zawsze jedne i te same myśli, uporczywie ciągle się powtarzające (...). Treścią tych myśli są zawsze tylko wyrzuty sumienia i oskarżenia siebie (...). Uważa się dotknięty zadumą pod każdym względem za nieporównanie niższego od wszystkich osób otaczających (...). Dla niego najsroźsze więzienie i przebywanie wśród najstraszniejszych zbrodniarzy jeszcze byłoby nie dosyć odpowiednim, bo on czuje się najgorszym ze wszystkich ludzi i uważa się za najpodlejszego wyrzutka społeczeństwa” (145).

Negatywna ocena siebie, ujemna ocena przyszłości, teraźniejszości i przeszłości, poczucie beznadziejności - wszystko to, co tworzy tzw. „światopogląd depresyjny” - w tradycyjnym rozumieniu depresji traktowano jako objawy wtórne w stosunku do podstawowego obniżenia nastroju (198).

Alternatywne podejście zaproponowali autorzy kognitywnego modelu depresji. Pierwsze poznawcze koncepcje funkcjonowania człowieka można odnaleźć już w filozoficznych koncepcjach stoicyzmu i starożytnej religii Wschodu. Stoicy uważali, że człowiek może kontrolować swoje emocje i wpływać na ich zmianę poprzez modyfikację myślenia. Epiktet twierdził nawet, że przyczyną smutku i problemów nie są rzeczy, ale to w jaki sposób człowiek je przyjmuje. Jest to pierwsza zasada koncepcji

poznawczej, która głosi, iż rodzaj przeżywanych emocji zależy od sposobu w jaki dana osoba spostrzega i interpretuje zdarzenia.

Wśród współczesnych prekursorów koncepcji poznawczych można wymienić Adlera (cyt. za Stachem - 231), który zwrócił uwagę, iż to nie sama sytuacja determinuje zachowanie człowieka, ale to w jaki sposób ją spostrzega i jakie nadaje jej znaczenie. Znaczącą rolę odegrała także „psychologia racjonalno - emotywna” Ellisa (cyt. za 138). Według tego autora źródłem zaburzeń w funkcjonowaniu człowieka są jego własne zinternalizowane, nielogiczne, irracjonalne i nierealistyczne przekonania, które wyzwalają określone stany afektywne i wpływają na autodestrukcyjne działania.

Decydującym okresem dla rozwoju poznawczych koncepcji depresji było sformułowanie przez Aarona Becka i jego zespół z Filadelfii poznawczego modelu depresji, który stał się bazą dla rozwoju zwartego systemu psychoterapeutycznego (14). Model kognitywny odwołuje się do podstawowych założeń psychologii poznawczej, to jest do spojrzenia na człowieka jako na samodzielny podmiot, przyjmujący postawę badawczą wobec otaczającego świata. Sposób funkcjonowania, stawiane sobie cele, podejmowane działania, relacje z innymi ludźmi uwarunkowane są poznaniem, wyjaśnianiem i sposobem interpretacji zdarzeń w otaczającym świecie, a także poznaniem i oceną samego siebie, swoich umiejętności i możliwości (146).

Autorzy poznawczego modelu depresji przypisują zniekształconemu myśleniu pierwszoplanową rolę w wyzwalaniu, pogłębianiu i podtrzymywaniu innych objawów choroby. Doświadczenia życiowe nabywane od wczesnego dzieciństwa powodują powstawanie pewnych założeń lub schematów dotyczących własnej osoby i otaczającego świata. Ukształtowane wzorce poznawcze charakteryzują się względną stabilnością i stanowią podstawę do selekcjonowania, różnicowania i kodowania nowych informacji.

Negatywne wczesne doświadczenia (np. odrzucenie, utrata osoby znaczącej, zbyt wysokie wymagania itp.) powodują, iż schematy te stają się sztywne, krańcowe, nierealistyczne, mało podatne na wpływ codziennego doświadczenia, a przez to dysfunkcjonalne (np. „jestem mało wart”, „ludziom nie można wierzyć”, „mogę odnieść sukces tylko jeśli wszystko robię doskonale” itp.). Ich istnienie nie oznacza choroby, lecz znacznie nasila indywidualną podatność na wystąpienie objawów depresji w odpowiedzi na traumatyczne wydarzenia, odnoszące się do systemu przekonań danej osoby. Taka sytuacja krytyczna uruchamia proces depresyjnego myślenia pod postacią napływu negatywnych myśli automatycznych. Ich treść składa się na triadę poznawczą (triadę Becka) obejmującą zniekształcone oceny siebie (np. „jestem gorszy od innych”), otaczającego świata (np. „świat stawia zbyt wysokie wymagania”) i przyszłości (np. „już nic dobrego mnie nie spotka”). Negatywne myśli automatyczne są nawykowe, mimowolne, pojawiają się w odpowiedzi na szeroki zakres bodźców, nawet pozytywnych (np. myśl „muszę budzić litość” w odpowiedzi na życzliwy uśmiech), mają pozory wiarygodności. Pozostają one w sprzężeniu zwrotnym z klinicznymi objawami depresji: behawioralnymi (np. spadek aktywności), emocjonalnymi (np. smutek, lęk, poczucie winy), motywacyjnymi (np. utrata zainteresowań, trudności w podjęciu decyzji), poznawczymi (np. słaba koncentracja), somatycznymi (np. bezsenność, trudności seksualne). Tworzy się błędne koło między pogłębiającym się złym samopoczuciem a nasilaniem się negatywnych myśli. Jak wspomniano, myślenie depresyjne zachowuje pozory wiarygodności, a przez to nie podlega weryfikacji. Dzieje się to za sprawą błędnego przetwarzania informacji. Wyróżniono następujące błędy charakterystyczne dla sposobu myślenia osób depresyjnych:

- * arbitralny wniosek - błąd polegający na wyciąganiu wniosku bez należytych przesłanek lub wręcz na podstawie przesłanek przeciwnych wnioskowi

- * selektywna abstrakcja - błąd wynikający z koncentracji uwagi na jednym, niekorzystnym fragmencie sytuacji, a także na wyjaśnianiu wszystkich doświadczeń na podstawie tego fragmentu
- * nadgeneralizacja - błąd polegający na stanowieniu nowych, ogólnych reguł na podstawie jednego niekorzystnego wydarzenia
- * powiększanie i pomniejszanie - błąd polegający na nadawaniu wydarzeniom nieadekwatnego znaczenia (powiększanie znaczenia sytuacji negatywnych, pomniejszanie - pozytywnych)
- * personalizacja - tendencja do odnoszenia do siebie zewnętrznych wydarzeń w sytuacjach nie upoważniających do takiego powiązania
- * myślenie absolutystyczne, dychotomiczne - myślenie w kategoriach krańcowych, „wszystko albo nic”, „białe - czarne”

Typowe myślenie depresyjne staje się podobne do „niedojrzałego” myślenia dzieci, opisanego przez Piageta (193). Chory nie ma świadomości błędów jakie popełnia w myśleniu, gdyż pojawiają się one automatycznie i nie są weryfikowane. Tak więc typowy depresyjny styl myślenia staje się ekstremalny, kategoriyczny, absolutystyczny i wywołuje skrajnie negatywne emocje.

W literaturze dużo miejsca poświęcono przebadaniu modelu poznawczego. Nie pozostawia wątpliwości fakt, że pacjenci aktualnie depresyjni różnią się od niedepresyjnych osób pod względem ich poznawczego funkcjonowania. I tak na przykład liczne badania potwierdziły obecność u chorych depresyjnych pierwszej składowej triady Becka, tj. negatywnej oceny siebie (63,223). Roth i Rehm (206) zwrócili uwagę, że osoby depresyjne wykazują większą skłonność do koncentrowania się na swoich negatywnych zachowaniach i niedoceniań pozytywnych, natomiast osoby zdrowe trafnie oceniają swoje zachowania pozytywne i nie zauważają negatywnych. Przedstawiane chorym depresyjnym negatywne opisy ich osobowości

były uznawane za bardziej wiarygodne (257), a umiejętności podczas wykonywania poleceń wydanych przez prowadzących badania za mniejsze niż w przypadku ludzi zdrowych (155). Z niską samooceną wiąże się również skłonność do samoobwiniania się, nieadekwatnego poczucia winy. Chory jest przekonany, iż ponosi odpowiedzialność za to, jaki jest oraz za wszelkie spotykające go negatywne wydarzenia (2).

Druga składowa triady poznawczej dotyczy negatywnej oceny otaczającego świata. Osoby depresyjne odbierają i interpretują swoje otoczenie w sposób dla siebie niekorzystny, łatwiej również zapamiętują i przypominają sobie przykre bodźce (49,242,104,153). Odwrotnie rzecz się ma u osób zdrowych (28,160,226). Jedne z pierwszych badań nad tym zagadnieniem przeprowadzili Lloyd i Lishman (158). Prosilili oni depresyjnych pacjentów o przywoływanie miłych bądź przykrych wspomnień w odpowiedzi na podawane słowa o neutralnym zabarwieniu. Okazało się, iż badane osoby wypowiadały przede wszystkim negatywne wspomnienia, co więcej - czas potrzebny na przywołanie tych wspomnień był odwrotnie proporcjonalny do głębokości depresji. W innych badaniach prezentowano grupie pacjentów depresyjnych i grupie osób zdrowych listę słów o przyjemnej i przykryj treści, a następnie po chwili proszono o przypomnienie sobie tych słów. Chorzy depresyjni w przeciwieństwie do grupy kontrolnej przypominali sobie istotnie więcej słów nieprzyjemnych (163,75,161). Istnieją również dowody, iż depresja wiąże się z podwyższoną uwagą skierowaną na negatywne aspekty indywidualnego doświadczenia (135). Osoby depresyjne spostrzegają sytuacje społeczne jako zagrażające, zachowanie innych interpretują w sposób negatywny, potwierdzając, że sami nie są nic warci, a inni są im niechętni. Taka postawa częstokroć staje się samosprawdzającą się przepowiednią - swoim zachowaniem w stosunku do otoczenia, wycofaniem z kontaktów społecznych często

wywołują negatywne reakcje zwrotne, dlatego też bywają odrzucani przez inne osoby, niezrozumiani i rzadziej mogą liczyć na pomoc (109,216).

Trzecią składową triady Becka jest ocena przyszłości, wyrażająca się w poczuciu beznadziejności. Chory spostrzega przyszłość jako pasmo nieustannych cierpień, jest przekonany, iż nie istnieje możliwość poprawy jego położenia. Jedynym rozwiązaniem jest więc śmierć. Okazuje się, że to właśnie poczucie beznadziejności, a nie sama głębokość depresji jest predyktorem podejmowania prób samobójczych (16,221).

Znacząco odmiennie prezentuje się styl poznawczego funkcjonowania u osób zdrowych. Uważają one, iż mają wpływ na większość wydarzeń, są sprawcami sukcesów, które zawdzięczają własnym zdolnościom i wysiłkom. Nie dostrzegają swoich negatywnych cech, mają skłonność do zaprzeczania swojej odpowiedzialności za przykrość sprawioną innym. Często przeceniają własną sprawność i nie dostrzegają możliwych przeszkód stających na drodze do celu (144). W ich wspomnieniach dominują treści pozytywne, wykazują większą gotowość do odgadywania i domysławiania się rzeczy przyjemnych niż przykrych (28,160,226). Dokonują takiej reinterpretacji zdarzeń, aby móc podtrzymać pozytywną ocenę siebie, innych ludzi i otaczających ich zjawisk (70,110). W sytuacjach trudnych wykazują tendencję do porównywania się z osobami, którym wiedzie się jeszcze gorzej, co pozwala na utrzymanie dobrego samopoczucia (69).

Tak więc osoby depresyjne różnią się od niedepresyjnych pod względem stylu poznawczego: w sposób negatywny odbierają i przekształcają informacje z otoczenia, negatywnie oceniają siebie, z pesymizmem oczekują przyszłości. Ich zniekształcony sposób widzenia rzeczywistości przyczynia się do podtrzymywania objawów depresji.

W literaturze dotyczącej depresyjnego myślenia przewija się spór na temat „pierwotności” bądź „wtórności” zaburzeń myślenia w stosunku do innych objawów choroby. Część autorów uważa, że negatywny styl poznawczy widoczny u klinicznie depresyjnych pacjentów stanowi jeden z objawów choroby i przemija wraz z uzyskaniem remisji (78,114,131,147,154,191). Taki nurt przemawia za tradycyjnym stanowiskiem w psychiatrii opisującym pierwotność nastroju w stosunku do zmian myślenia.

Przeciwnie, inni uczeni zwracają uwagę na występowanie u pacjentów stałych cech negatywnego stylu poznawczego, zarówno w czasie trwania epizodu depresji, jak i po jego ustąpieniu (268,82,88,202,235). Ta obserwacja pośrednio potwierdza słuszność modelu kognitywnego. Tu należy jednakże zaznaczyć, iż koncepcja poznawcza nie ma oznaczać, że to zaburzone myślenie jest powodem depresji, lecz raczej, że jego zmiana stanowi sposób poradzenia sobie z objawami choroby. Być może więc dyskusja co w depresji jest „pierwotne” a co „wtórne” jest sporem czysto akademickim. Specyficzne zaburzenia poznawcze występują w depresji endogennej równolegle do innych symptomów i są zależne od nasilenia obniżenia nastroju (88,27,164,190,258). Objawy te wzajemnie na siebie wpływają, na przykład depresyjny nastrój zwiększa nasilenie zaburzeń poznawczych i odwrotnie - negatywna ocena siebie, otaczającego świata i pesymistyczne widzenie przyszłości pogłębia smutek chorego (268). Implikuje to postępowanie terapeutyczne, w którym mieszczą się zarówno oddziaływania farmakologiczne, jak i psychoterapeutyczne.

Rola wydarzeń życiowych

Perspektywa społeczna w depresji nie doczekała się tak spójnej teorii jak model poznawczy, mimo to jednak pełni istotną rolę w rozumieniu etiologii i czynników

podtrzymujących chorobę. Dane empiryczne dotyczą wpływu negatywnych wydarzeń życiowych, sieci oparcia społecznego, relacji interpersonalnych (w tym przede wszystkim rodzinnych i małżeńskich).

Udowodniono, że czynniki stresowe zwiększają ryzyko wystąpienia rozlicznych schorzeń somatycznych (np. cukrzycy (232), bólów głowy (72), choroby Gravesa-Basedowa (119,255), pólpaśca (220), choroby wrzodowej (84,133), napadów drgawkowych (246)) oraz psychicznych, w tym przede wszystkim depresji (66).

Jakkolwiek faktem jest, iż większość osób przeżywających nawet bardzo poważne czy wręcz dramatyczne wydarzenia nie choruje na kliniczną depresję, to jednak u pacjentów depresyjnych sytuacje stresowe mogą odgrywać istotną rolę w podtrzymywaniu objawów i wpływać na przebieg choroby.

Badania nad wydarzeniami życiowymi w depresji sięgają lat 60-tych. W roku 1969 Paykel i wsp. jako pierwsi pokazali, że w ciągu sześciu miesięcy poprzedzających zachorowanie pacjenci depresyjni doświadczali istotnie więcej negatywnych wydarzeń w porównaniu z grupą kontrolną (185). Badania prowadzone w kilkunastu krajach świata potwierdziły, że przed wystąpieniem choroby pacjenci doświadczali większej liczby negatywnych sytuacji w porównaniu do osób zdrowych (186) i do pacjentów ze schizofrenią (45,20,136).

Istnieją hipotezy, że etiologia depresji wiąże się ze specyficznymi typami wydarzeń życiowych, a przede wszystkim z utratami. Utrata osoby bliskiej jako wydarzenie mające odgrywać istotną rolę w depresji była często wymieniana przez autorów o orientacji psychoanalitycznej. Już Zygmunt Freud w pracy "Żałoba i melancholia" z 1917 roku podkreślał podobieństwo tych stanów jako będących reakcją na utratę obiektu miłości (cyt. za Bidzińską -21).

W późniejszych latach pojęcie utraty zostało poszerzone o cały szereg innych wydarzeń życiowych (utrata ważnych źródeł wartości, szacunku do siebie, statusu socjalnego, ról społecznych itd.) (7,44,90,177). Badania Dohrenwenda i wsp. (79) pokazały, że u pacjentów depresyjnych zwiększona ilość negatywnych wydarzeń życiowych ujawniała się w trzech kategoriach: utraty pozostającej poza kontrolą chorego, wydarzeń zaburzających sieć społeczną oraz chorób somatycznych.

Brown i Harris (46) w szerokich badaniach populacyjnych kobiet zamieszkujących robotnicze przedmieście Londynu udowodnili, iż negatywne wydarzenia życiowe oceniane jako ważne w życiu badanych występowały częściej u osób, u których w późniejszym czasie pojawiała się depresja niż u zdrowych kobiet. Wyodrębnili oni tzw. czynniki podatności, do których zaliczyli m.in. wczesną utratę matki, brak powiernika, brak satysfakcjonującego zatrudnienia. Okazało się, że ryzyko depresji zwiększa się w momencie wystąpienia przewlekłych trudności czy dramatycznych wydarzeń, które swoją treścią dotyczą wcześniejszych nierozwiązanych problemów i wymienionych czynników podatności (42). I tak na przykład utrata matki we wczesnym dzieciństwie, której często towarzyszy dalsza niewystarczająca opieka rodzicielska, w późniejszym życiu wiąże się z większą wrażliwością na czynniki stresowe i ryzykiem wystąpienia depresji w obliczu negatywnych wydarzeń życiowych, a szczególnie tych związanych z wczesną, przedmażeńską ciążą i rozpadem małżeństwa (22,120,121).

Podobny nurt myślenia zawarty jest w modelu kognitywnym (14) - poważne sytuacje stresowe czyli tzw. "wydarzenia krytyczne" uaktywniają dysfunkcjonalne schematy poznawcze, powstałe wskutek przykrych doświadczeń wczesnodziecięcych, a szczególnie utrat.

W sumie istnienie wyraźnego związku między depresją a wydarzeniami stresowymi można uznać za udowodnione i potwierdzone przez licznych autorów (187,25,156,157, 236). Jednakże niewiele badań odniosło się do związku zewnętrznych wydarzeń z podtypem zespołu depresyjnego (209). Wielu uczonych uważa, że zewnętrzne sytuacje mają istotnie większy wpływ na depresję psychogenną, „nerwicową” niż endogenną (209,182,189). Dane te są jednak niejednoznaczne, gdyż inni autorzy sugerują, że czynniki stresowe czy negatywne sytuacje życiowe odrywają podobną rolę w depresji endogennej i nieendogennej (47,128,152,183,181,237).

Ciekawą obserwacją jest fakt, iż w chorobach afektywnych wydarzenia życiowe odgrywają większą rolę w wyzwalaniu pierwszego epizodu niż kolejnych faz (174,196). Według McPhersona i wsp. (166) wynika to z tego, że postępująca choroba poprzez wycofanie się pacjenta z aktywności zawodowej i społecznej redukuje ekspozycję na negatywne wydarzenia. Trudno jest jednak zgodzić się z tą opinią, gdyż częstokroć zmiany zachodzące w życiu w miarę chorowania same przez się stanowią istotne źródło negatywnych doświadczeń. Można wręcz zauważyć, że depresja przyczynia się do zwiększenia źródeł stresu (117,74). W badaniach Hammena i wsp. (115) kobiety cierpiące na chorobę afektywną jednobiegunową doświadczały istotnie więcej stresów niż zdrowe kobiety. Autorzy analizowali czynniki stresowe jako "niezależne" (tj. pozostające poza kontrolą kobiet) lub "zależne" (tj. częściowo zależne od zachowania badanych). Uderzający był fakt, iż obie grupy nie różniły się pod względem wydarzeń „niezależnych”, natomiast u kobiet depresyjnych zaobserwowano zwiększoną ilość czynników „zależnych”, a szczególnie konfliktów interpersonalnych. Podobne wyniki uzyskali ostatnio Cui i Vaillant (67). Analizowali oni dane z ponad 35-cio letnich badań prospektywnych przeprowadzonych na grupie mężczyzn - absolwentów college'u z lat 1940 - 42. Okazało się, że wystąpienie w ciągu życia zespołu

depresyjnego generowało zwiększenie ilości negatywnych wydarzeń życiowych z grupy „zależnych”, tj. pozostających pod kontrolą badanych, przy niezmienionej ilości wydarzeń „niezależnych”.

Innym sposobem rozumienia roli wydarzeń stresowych w patogenezie depresji jest podejście integrujące teorie psychospołeczne i biologiczne (92). Udowodniono, iż oddziaływania środowiska, w tym sytuacje narażenia na stres, wpływają na procesy neurobiologiczne, włączając ekspresję genów (81,124,141,217). Istotną rolę odgrywa również zjawisko „rozniecania” (kindling) w CSN. Zgodnie z modelem zaproponowanym przez Posta (cyt. za 213) wydarzenia stresowe stanowią pierwotne czynniki uwrażliwiające, natomiast w dalszym przebiegu takimi czynnikami stają się same fazy chorobowe. Innymi słowy „blizny” pozostawione przez poprzednie epizody depresyjne bezpośrednio wiążą się ze zwiększoną podatnością i zmniejszają rolę zewnętrznych stresorów (195). Zjawisko rozniecania może po części tłumaczyć wpływ negatywnych doświadczeń w okresie dzieciństwa na pojawianie się depresji w dorosłym życiu (68).

Należy pamiętać, że związek między czynnikami stresowymi a depresją jest bardziej złożony niż prosta relacja przyczynowo - skutkowa. Wpływają na niego ponadto różnorodne czynniki modyfikujące, a przede wszystkim sieć oparcia społecznego.

Sieć oparcia społecznego

Koncepcja sieci oparcia społecznego sięga przełomu XIX i XX wieku, kiedy to Emil Durkheim zaproponował, że u osób nie zintegrowanych ze społeczeństwem istnieje podwyższone ryzyko samobójstwa (80).

Na oparcie społeczne składają się cztery pojęcia: sieć społeczna (dostępne dla jednostki osoby lub grupy osób), interakcje społeczne (oceniane na podstawie częstości i jakości kontaktów z członkami sieci społecznej), odczuwane oparcie (subiektywna ocena doświadczanego oparcia), oparcie instrumentalne (konkretne i obserwowalne formy pomocy otrzymywanej od członków sieci oparcia) (29).

Spośród definicji oparcia społecznego na uwagę zasługuje propozycja Cobba (55), który podkreślając największe dla jednostki znaczenie oparcia emocjonalnego, określał je jako informacje pozwalające osobnikowi wierzyć, że jest kochany, zaopiekowany, szanowany i doceniany oraz, że należy do społecznej sieci komunikacji i wzajemnych zobowiązań.

Istnienie lub brak sieci oparcia społecznego determinuje reakcje jednostki w obliczu negatywnych wydarzeń (46,60,85,179). Możliwość zwrócenia się do ludzi i otrzymania adekwatnego oparcia redukuje ryzyko powstania zaburzeń psychicznych w odpowiedzi na stres oraz zmniejsza wpływ stresu na pogarszanie lub przewlekanie się objawów. Sieć oparcia społecznego jest więc buforem dla niekorzystnych wydarzeń życiowych (4). Brak oparcia powoduje poczucie porażki i niezadowolenia, prowadząc do obniżenia samooceny. Z kolei niska samoocena w obliczu przykrych wydarzeń, a przede wszystkim utrat przyczynia się do powstania uogólnionego poczucia beznadziejności, prowadzącego do klinicznej depresji (46). Z drugiej zaś strony oparcie społeczne jako aspekt integracji społecznej oddziałuje na zdrowie psychiczne niezależnie od wydarzeń i poziomu stresu, dając poczucie bezpieczeństwa i przynależności do grupy (243).

Wzrastająca liczba danych wskazuje, iż pacjenci depresyjni mają gorzej rozwiniętą sieć oparcia społecznego niż osoby nie chorujące na depresję. Jako jedni z pierwszych zajęli się tym problemem Pattison i wsp. (180). W ich badaniach w grupie zdrowych

wymieniano średnio 20-30 znajomych, a w grupie pacjentów depresyjnych tylko 10-12. Co więcej sieć społeczna osób depresyjnych była nie tylko mniej liczna, ale i mniej zintegrowana (tj. mniej osób wymienianych na liście znajomych znało się wzajemnie ze sobą) oraz składała się z osób mieszkających daleko lub zmarłych, a więc niedostępnych w kontaktach. Takie wyniki zostały potwierdzone przez innych autorów. Kontakty pacjentów depresyjnych z członkami sieci oparcia społecznego są rzadsze i mniej pomocne niż u zdrowych (38,48), co więcej w znacznej mierze kontakty te oceniane są wręcz jako negatywne (126). Osoby depresyjne, a szczególnie kobiety uważają, że ich związki interpersonalne dają im mało wsparcia emocjonalnego (73). W badaniach Gotliba i Lee (100), porównujących funkcjonowanie społeczne depresyjnych i niedepresyjnych pacjentek psychiatrycznych oraz zdrowych kobiet okazało się, że kobiety depresyjne angażowały się w mniej aktywności społecznych, miały mniej bliskich związków, a ważne dla siebie relacje oceniały bardziej negatywnie niż obie pozostałe grupy. Wydaje się więc, że percepcja posiadania mniej licznej i mniej podtrzymującej sieci społecznej jest specyficzna dla depresji, a nie odzwierciedla generalnie istnienia psychopatologii.

Wśród wszelkich kontaktów interpersonalnych pacjentów depresyjnych szczególnie zaburzone są te najbardziej istotne, z osobami znaczącymi, utrzymując się przez długi czas, nawet w okresie remisji (24).

Warto się zastanowić na ile wyniki wskazujące na brak adekwatnej sieci oparcia społecznego mogą być artefaktami wynikającymi z depresyjnych zaburzeń myślenia i postrzegania rzeczywistości przez badane osoby. Istnieje szereg dowodów na to, iż osoby depresyjne mają skłonność do łatwiejszego zapamiętywania i przypominania sobie negatywnych faktów (96,103,35), tak więc podawana przez nich charakterystyka kontaktów społecznych mogłaby w większym stopniu odzwierciedlać związane z

nastrojem zmiany sposobu myślenia niż obiektywną sytuację. Wiele danych zdaje się jednak zaprzeczać tej tezie. I tak na przykład badania przeprowadzane w trakcie trwania fazy depresyjnej i po jej ustąpieniu przynoszą podobny obraz sieci społecznej (100). Coryell i wsp. pokazali, iż u osób cierpiących na choroby afektywne deficyty w relacjach interpersonalnych pozostawały znacznie zaburzone nawet po dwóch latach pełnej remisji objawowej (58).

Z kolei porównanie informacji na temat sieci oparcia uzyskiwanych od pacjentów z informacjami pochodzącymi od osób z ich otoczenia również nie wykazywało istotnych różnic. Istniała natomiast duża zgodność co do oceny wielkości sieci społecznej i ilości bliskich kontaktów (23). Fakty te wskazują, iż relacje społeczne pacjentów depresyjnych są obiektywnie ograniczone i przynoszące zbyt mało wsparcia.

Relacje małżeńskie pacjentów depresyjnych

W dorosłym życiu jedną z najważniejszych relacji interpersonalnych jest związek małżeński. On również odgrywa kluczową rolę w badaniach nad problemami psychosocjalnymi w depresji. Z subiektywnych, behawioralnych i poznawczych punktów widzenia istnieje wiele podobieństw między nieszczęśliwym małżeństwem a depresją. W obu sytuacjach subiektywne doświadczenia jednostek często charakteryzują się niskim współczynnikiem doświadczeń pozytywnych w stosunku do negatywnych, różnorodnością negatywnych stanów emocjonalnych (np. złość, smutek, frustracja, niska motywacja, utrata zainteresowań, bezradność i poczucie braku wpływu na przykre zdarzenia, poczucie beznadziejności w stosunku do przyszłości). Podobieństwo behawioralne to deficyty umiejętności społecznych (np. słabe umiejętności komunikacji i rozwiązywania problemów, brak pewności siebie), obniżona samokontrola. W aspekcie poznawczym to podobieństwo wyraża się w tendencji do negatywnego

widzenia przebiegu zdarzeń, niskiej samooceny, zniekształconej atrybucji przyczyn zdarzeń (cyt. za 240).

Z drugiej strony wydaje się, iż przewlekły stres związany z trudnościami małżeńskimi może nasilać depresyjny styl myślenia, czy wręcz uaktywniać leżące u jego podstaw dysfunkcjonalne przekonania (98), czyniąc jednostkę - zgodnie z koncepcją poznawczą Aarona Becka (19) - podatną na powstawanie i przewlekanie się objawów depresji.

Stan cywilny a depresja - dane epidemiologiczne

Stan cywilny stanowi jeden z najczęściej opisywanych czynników ryzyka depresji. Najwięcej zachorowań na depresję obserwuje się u osób rozwiedzionych lub pozostających w separacji, najmniej zaś u pozostających w związkach małżeńskich (29,212,8). W całym cyklu życiowym owdowienie łączy się ze zwiększonym ryzykiem depresji (29). Większa depresyjność u osób samotnych jest stałym wynikiem, niezależnym od badanej populacji (hospitalizowani i stacjonarni pacjenci psychiatryczni, populacja ogólna) i od statusu społecznego.

Istnieją natomiast znamienne różnice płci, a mianowicie u samotnych kobiet depresja występuje rzadziej niż u kobiet zamężnych, natomiast u mężczyzn sytuacja kształtuje się odwrotnie. Tak więc dla mężczyzn małżeństwo jest czynnikiem chroniącym przed zachorowaniem, podczas gdy u kobiet wręcz nasila zaburzenia (53). Najpowszechniej akceptowanym wyjaśnieniem tego zjawiska jest wpływ ról społecznych pełnionych tradycyjnie przez zamężne kobiety i mężczyzn (107). Problem ten wiąże się z generalnie obserwowaną większą częstością depresji u kobiet i wykracza poza ramy opracowania.

Depresja a funkcjonowanie małżeństwa

Związek pomiędzy depresją a relacjami w rodzinie, a przede wszystkim w małżeństwie jest złożony. Zarówno choroba wpływa na jakość małżeństwa, jak i jakość relacji partnerskich wpływa na przebieg choroby. Istnieje obecnie szereg badań dokumentujących fakt, że małżeństwa, w których jeden z partnerów cierpi z powodu depresji wykazują znaczne zaburzenia funkcjonowania. Co więcej, trudności w relacjach małżeńskich są tu silniej zaznaczone niż w przypadku innych schorzeń psychiatrycznych (w tym schizofrenii, alkoholizmu, zespołów lękowych) (169,65). Podobne wyniki wskazujące na istotnie bardziej negatywny wpływ depresji na życie małżeńskie od wpływu innych schorzeń przynosi porównanie z przewlekłymi, nawracającymi chorobami somatycznymi jak na przykład choroby serca czy reumatoidalne zapalenie stawów (34).

Drogę do poznawania relacji małżeńskich pacjentów depresyjnych uitorowały dwa badania sprzed ponad dwudziestu lat. W 1974 roku Weissman i Paykel opublikowali dane dotyczące 40 depresyjnych pacjentek i ich rodzin. Zauważyli oni, że kobiety te w porównaniu do grupy kontrolnej osób zdrowych były bardziej zależne, zamknięte w sobie, okazywały mniej czułości swoim partnerom, częściej wywoływały konflikty, nie były zdolne do otwartej rozmowy o swoich uczuciach. Znaczne napięcie ujawniało się również w ich kontaktach z dziećmi (249).

Z kolei Hinchliffe i wsp. (127) zastosowali metodę obserwowania 20-minutowych interakcji par małżeńskich, w których jeden z partnerów był hospitalizowany z powodu depresji (8 par z depresyjnym mężem i 12 par z depresyjną żoną) oraz par, w których jeden z małżonków znajdował się na oddziale chirurgicznym. Okazało się, że w rozmowach „depresyjnych” małżeństw zaznacza się większa konfliktowość, napięcie,

ekspresja negatywnych emocji. Więcej też było dłuższych pauz i przerywania sobie toku wypowiedzi. Porównano również konwersacje pacjentów depresyjnych ze współmałżonkami i z obcymi osobami płci przeciwnej. Co ciekawe, styl interakcji w tym pierwszym przypadku był znacznie bardziej negatywny. Potwierdza to obserwację, że trudności interpersonalne osób depresyjnych są najsilniej wyrażone w odniesieniu do najbliższego otoczenia (97).

W toku interakcji małżeńskich "depresyjne" pary wykazują więcej smutku, wrogości i nieufności niż pary bez osoby depresyjnej (140), a rozmowy koncentrują się głównie na trudnościach emocjonalnych (123).

Nie stanowi niespodzianki fakt, iż w trakcie trwania epizodu depresji relacje małżeńskie nacechowane są większym napięciem i smutkiem. Co dzieje się natomiast w okresie remisji, po ustąpieniu ostrych objawów choroby? Badania prowadzone zarówno wśród pacjentów leczonych ambulatoryjnie (207,93,77), jak i stacjonarnie (168) pokazują, że jakkolwiek funkcjonowanie w rodzinach ulega poprawie, to nadal trudności w relacjach małżeńskich są istotnie większe niż u osób zdrowych. Dotyczy to w szczególności problemów we wzajemnej komunikacji i generalnej oceny satysfakcji czerpanej ze związku.

Współmałżonek pacjenta depresyjnego

Pierwsze prace opisujące reakcje najbliższego otoczenia na życie z osobą chorą psychicznie zaczęły pojawiać się w latach 50-tych. Wiązało się to z postępami terapii i dezinstytucjonalizacją psychiatrii. Pacjenci wracali ze szpitali do domu, znaczna część leczenia zaczęła odbywać się w trybie dziennym i ambulatoryjnym. Skutkiem tego była

konieczność przejęcia przez rodziny większej odpowiedzialności i dźwigania brzemienia choroby.

Pionierskie badania nad tym problemem przeprowadzili uczeni zajmujący się naukami społecznymi (52,256). Przebadali oni 33 rodziny, w których mąż leczony był z powodu psychozy lub nerwicy, zwracając uwagę na reakcje żon od początku hospitalizacji do roku leczenia lub sześciu miesięcy po wypisie ze szpitala. Okazało się, że żony nie nauczyły się odróżniać zachowań "normalnych" od "nienormalnych", problemy przypisywały "złemu charakterowi" mężów, ich "słabości", brakowi silnej woli. Choroba miała istotny wpływ na relacje społeczne żon - powodowała wycofanie, izolację, głównie z powodu obawy przed stygmatyzacją. Wiele żon doświadczało ponadto poczucia winy, lęku, samotności.

Istnienie wyżej wymienionych problemów zostało potwierdzone przez licznych autorów (148). W 1963 roku Grad i Sainsbury (108) zdefiniowali brzemie rodzinne jako "skutek, jaki choroba psychiczna wywiera na ludzi żyjących z chorym". Opisali oni negatywny wpływ choroby psychicznej na takie sfery życia jak finanse, kontakty towarzyskie, rekreacja, obowiązki domowe, wychowywanie dzieci, problemy zdrowotne osób z otoczenia pacjenta.

Problem brzemienia opieki został szeroko przebadany w odniesieniu do chorych leczonych z powodu schizofrenii (148,9). W późniejszych latach powstało przypuszczenie, że rodziny pacjentów depresyjnych mogą borykać się z podobnymi trudnościami.

Do tej pory niewiele prac w sposób wyczerpujący opisuje specyficzny wpływ depresji na współmałżonków osób chorych. We wszystkich pojawia się opis podobnych trudności i obciążeń (87,86,151). Jedną z głównych konsekwencji opieki nad chorym

jest wycofanie się z życia towarzyskiego i społecznego. Dotyczy to przede wszystkim par, w których pacjentem jest mężczyzna. W tych małżeństwach aktywność społeczna żon jest istotnie mniejsza niż w grupie kontrolnej. Izolacja społeczna jest spowodowana zarówno mniejszą ilością czasu spędzanego poza domem, jak i ograniczeniem przyjmowania przyjaciół w domu. Wielu badanych uważa, że znajomi nie przychodzą, gdyż odpycha ich zachowanie chorego, jego milczenie, trudności w prowadzeniu rozmowy, poruszanie jedynie przykrych tematów. Z drugiej strony ograniczenie kontaktów towarzyskich wynika również z poczucia wstydu i obawy przed stygmatyzacją. Tak więc relacje społeczne ograniczają się do rodziny i najbliższych przyjaciół lub osób borykających się z podobnym problemem. Redukuje to możliwość uzyskania pomocy i oparcia ze strony ludzi. Współmałżonek sam boryka się ze swoimi trudnościami. Często nie jest w stanie rozmawiać o nich z chorym mężem/żoną, nie chcąc dodawać mu zmartwień, obawiając się, że mogłoby to spowodować pogorszenie stanu zdrowia, czując, że i tak nie może oczekiwać wsparcia.

Długotrwała choroba zmusza partnera do przejęcia szeregu ról społecznych współmałżonka. Wiąże się to często ze zmianą sytuacji zawodowej i poszukiwaniem dodatkowych źródeł zarobkowania (konieczność przejęcia odpowiedzialności za sytuację materialną, zazwyczaj w kontekście jej pogarszania się) oraz samotnym podejmowaniem ważnych decyzji życiowych.

Ważnym problemem są niemal nieodłączne trudności seksualne, dodatkowo negatywnie wpływające na relacje małżeńskie. Współmałżonkowie pacjentów doświadczają uczucia rozczarowania, smutku, żalu za "zniszczone życie", skarżą się, iż utracili partnera jakiego znali i kochali, mówią o swojej bezradności wobec choroby.

Takie obciążenie stresem powoduje, iż u osób z najbliższego otoczenia pacjentów obserwuje się większą ilość problemów zdrowotnych z kręgu chorób

psychosomatycznych (nadciśnienie, migrena, cukrzyca, choroba wieńcowa, reumatoidalne zapalenia stawów itp.) (32), jak i zaburzeń psychicznych (149,62). Coyne i wsp. (62) zauważyli, iż 40% dorosłych osób żyjących z pacjentem depresyjnym wymaga interwencji terapeutycznej, głównie z powodu objawów lęku, niepokoju, obniżonego nastroju, zmęczenia, bezradności.

Należy jednak równocześnie pamiętać, że związek między depresją a problemami zdrowotnymi występującymi u współmałżonka może być bardziej złożony. Coraz więcej danych wskazuje, iż osoby podatne na depresję dobierają partnerów z istniejącymi już zaburzeniami psychicznymi, głównie alkoholizmem i innymi uzależnieniami oraz osobowością nieprawidłową. Współmałżonkowie ci sami pochodzą z rodzin z istniejącą psychopatologią (116,167,201). Taka sytuacja niewątpliwie podnosi ryzyko chronicznego stresu, trudności w komunikacji i problemów interpersonalnych.

Relacje małżeńskie a depresja

Związek pomiędzy jakością małżeństwa a wystąpieniem i przebiegiem depresji został potwierdzony w szeregu badań. Trudności w relacjach z partnerem mogą przyczyniać się do wystąpienia depresji oraz wpływać na jej przebieg i nawrotowość. Okazuje się, że depresyjne pacjentki pytane o negatywne wydarzenia życiowe poprzedzające ich zachorowanie najczęściej podają nasilenie się konfliktów małżeńskich (184,250).

Nie pozostawia wątpliwości fakt, że brak intymnej, opartej na zaufaniu relacji z partnerem stanowi jeden z czynników ryzyka depresji. Zwrócili na to uwagę Brown i Harris (46) prowadząc szerokie badania populacyjne kobiet, a następnie potwierdzili tę

obserwację inni autorzy (60,251,227). W odniesieniu do tego czynnika ryzyka nie ma istotnej różnicy między depresją endogenną i nieendogenną (210).

Sytuacja małżeńska w znacznym stopniu determinuje przebieg leczenia epizodu depresyjnego. Jak twierdzą Małkiewicz - Borkowska i Namysłowska (159) dysfunkcjonalne relacje z partnerem są, obok nieskuteczności farmakoterapii, jednym z podstawowych powodów chroniczności depresji. Podobnie Habrat (111) za przyczynę przewlekłości i nawrotowości choroby uznaje nie rozwiązane problemy emocjonalne, wobec których pacjent czuje się bezradny. Konflikty małżeńskie stanowią czynnik negatywny prognostycznie przy stosowaniu leków przeciwdepresyjnych (208) oraz indywidualnej psychoterapii (57).

Niestety, częstokroć postawy rodzin pacjentów depresyjnych dalekie są od terapeutycznych i wspierających. Zwróciła na ten fakt uwagę Broszkiewicz (40), dzieląc się swoimi spostrzeżeniami na temat roli środowiska rodzinnego w długoterminowym, ambulatoryjnym leczeniu chorób afektywnych.

Klimat panujący w rodzinach pacjentów określają takie zachowania jak jawna wrogość, krytycyzm, przesadne zaangażowanie emocjonalne, mierzone za pomocą wskaźnika Ujawnianych Uczuć (expressed emotions - EE). Znaczenie tego wskaźnika zostało szeroko przebadane i udokumentowane w odniesieniu do schizofrenii. Liczne prace potwierdziły, iż występowanie w rodzinach pacjentów schizofrenicznych osób o wysokim EE sprzyja nawrotom ostrych objawów psychotycznych (3,43,205). Autorzy zajmujący się klimatem emocjonalnym rodzin chorych depresyjnych zauważyli, że poziom ujawnianych uczuć współmałżonka koreluje z przebiegiem choroby, szczególnie w przypadku małżeństw skonfliktowanych (6,132,241). Przy istnieniu negatywnej relacji z partnerem i wysokim wskaźniku Ujawnianych Uczuć wzrasta prawdopodobieństwo nawrotu depresji. Co więcej, pacjenci depresyjni są bardziej

wrażliwi na okazywany im nadmierny krytycyzm - nawroty pojawiają się przy niższym poziomie EE niż w grupie chorujących na schizofrenię. Wiąże się to być może z różną strukturą rodzin obu grup pacjentów. Badani pacjenci schizofreniczni znacznie częściej byli stanu wolnego i mieszkali ze swoimi rodzicami, podczas gdy osoby depresyjne pozostawały w związku małżeńskim. Wydaje się, iż krytyka ze strony rodziców jest mniej zagrażająca, natomiast okazywana przez partnera jest interpretowana jako wyraz generalnego niezadowolenia ze związku, wzbudzając lęk przed możliwym odejściem współmałżonka i utratą jego uczuć (241). Tłumaczy to również dlaczego poziom wskaźnika Ujawnianych Uczuć szczególnie silnie koreluje z nawrotami depresji w przypadku małżeństw skonfliktowanych.

Przeciągający się konflikt małżeński jest poważnym stresem życiowym, pozbawia partnerów istotnego źródła oparcia oraz obniża samoocenę (170). Kombinacja tych czynników może mieć większe znaczenie dla pojawienia się depresji niż wystąpienie nagłych, dramatycznych wydarzeń (94,134). Z kolei prawidłowo funkcjonujące małżeństwo buforuje wpływ stresu i stanowi wzmocnienie wobec niekorzystnych sytuacji życiowych. Poprawa relacji partnerskich powoduje szybsze ustępowanie objawów choroby, jak również zmniejsza ryzyko nawrotów (56).

Związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy depresją a zaburzonymi kontaktami interpersonalnymi pozostaje nieznany. Trudno jest odpowiedzieć na pytanie na ile złe funkcjonowanie w małżeństwie powoduje gorszy przebieg choroby, gdyż równocześnie depresja per se nie sprzyja prawidłowym kontaktom z partnerem. Równocześnie zwrócono uwagę, że pewne cechy osobowości, jak na przykład zależność czy nadmierna wrażliwość na zranienie mogą zarówno predysponować do zachorowania na depresję, jak i do trudności w stworzeniu bliskiej relacji z drugim człowiekiem (26).

Bez względu jednak na to co jest przyczyną, a co skutkiem chorowania badania nad problematyką małżeńską pacjentów depresyjnych stwarzają szerokie pole do interwencji terapeutycznych.

Cel badań

Jak wspomniano we wstępie model poznawczy depresji i badania nad jej kontekstem społecznym powstały i rozwijały się niezależnie od siebie. Uczeni zajmujący się społecznymi i interpersonalnymi aspektami choroby nie wykazywali zainteresowania funkcjonowaniem poznawczym pacjentów depresyjnych, a z kolei badacze zorientowani kognitywnie mało uwagi poświęcali procesom społecznym zachodzącym w depresji. Doświadczenie kliniczne pracy z chorymi depresyjnymi wskazuje, iż zaburzony, depresyjny styl poznawczy nie tylko przyczynia się do wywoływania i podtrzymywania objawów choroby, ale i wpływa na zachowanie, w tym również zachowanie w relacjach z najbliższymi osobami. Z kolei niepowodzenia w kontaktach interpersonalnych, szczególnie w małżeństwie, nasilają pesymistyczny sposób myślenia. Tworzy się w ten sposób błędne koło depresyjnego przeżywania, myślenia i funkcjonowania. Takie błędne koło dotyka nie tylko chorego, ale i jego najbliższe otoczenie, a przede wszystkim współmałżonka. Wynika stąd potrzeba integracji rozumienia problemów chorego w kontekście poznawczym i interpersonalnym czy społecznym.

Celem badań jest analiza stylu poznawczego oraz spostrzegania relacji małżeńskich przez pacjentów z rozpoznaniem depresji endogennej (choroby afektywnej jednobiegunowej) i ich współmałżonków.

Zostaną sprawdzone następujące hipotezy badawcze:

1. Istnieje związek między spostrzeganiem relacji małżeńskich przez pacjentów depresyjnych a ich depresyjnym stylem poznawczym oraz nasileniem objawów depresji.

2. Spostrzeganie relacji małżeńskich i styl poznawczy u pacjentów w okresie pohospitalizacyjnym różnią się od grupy kontrolnej osób zdrowych.
3. W okresie pohospitalizacyjnym istnieją różnice w ocenie relacji małżeńskich i stylu poznawczym między kobietami a mężczyznami.
4. Spostrzeganie relacji małżeńskich i styl poznawczy różnicuje współmałżonków pacjentów depresyjnych od grupy kontrolnej.
5. Istnieje związek między spostrzeganiem relacji małżeńskich i odczuwaniem trudności przez współmałżonków pacjentów depresyjnych a ich stylem poznawczym.
6. Istnieją różnice w spostrzeganiu relacji małżeńskich, oceną trudności związanych z chorobą współmałżonka i w stylu myślenia pomiędzy żonami i mężami pacjentów depresyjnych.

Material i metoda

Badaniami zostali objęci pacjenci hospitalizowani na Oddziale D Kliniki Psychiatrii Dorosłych CM UJ z rozpoznaniem depresji endogennej (choroby afektywnej jednobiegunowej). Wszyscy oni w chwili badania znajdowali się w okresie 1-5 lat od zakończenia hospitalizacji oraz pozostawali w związkach małżeńskich. Choroba była rozpoznawana wg: kryteriów Wielkiej Depresji wg DSM IV (5), kryteriów endogennego zespołu depresyjnego wg Pużyńskiego (198), przy diagnozie choroby jednobiegunowej posłużono się kryterium zaproponowanym przez Perrisa . tj. stwierdzeniem co najmniej trzech faz depresyjnych przy braku faz maniakalnych/hypomaniakalnych (188). Nasilenie objawów depresyjnych określano na podstawie klinicznej Skali Hamiltona oraz opartego na ocenie dokonywanej przez chorych Inwentarza Depresji Becka. Kliniczny przebieg choroby oceniano za pomocą wywiadu - kwestionariusza oraz na podstawie dokumentacji lekarskiej (karty ambulatoryjne, historie choroby).

Z badań wykluczono osoby pozostające w stałym leczeniu z powodu poważnych schorzeń somatycznych, ze stwierdzonymi zmianami organicznymi w mózgu, z uzależnieniami od alkoholu, leków i innych substancji, z innymi zaburzeniami psychicznymi.

Pacjenci zostali listownie poproszeni o zgłoszenie się do Kliniki w celu przeprowadzenia badań. O kontakt poproszono również ich współmałżonków.

Z każdym pacjentem przeprowadzano wywiad wg jednolitego kwestionariusza (patrz Aneks), trwający przeciętnie 60 - 90 minut. Uwzględniał on dane osobowe, dane na temat rodziny generacyjnej (aktualne i wspomniane z okresu dzieciństwa relacje, atmosfera, choroby, konflikty, utraty osób bliskich, podejście rodziny do choroby), ocenę małżeństwa (okazywanie uczuć, oparcie, zaufanie, wspólne spędzanie wolnego czasu, pożycie seksualne, podejmowanie decyzji, kontakty z dziećmi, konflikty oraz ocenę związku podawaną w skali szkolnej od 1 - „niedostateczna” do 5 - „bardzo dobra”), istnienie grupy wsparcia i kontakty społeczne, pracę zawodową, sytuację finansową, przebieg choroby i leczenia od samego jej początku oraz od ostatniej hospitalizacji, aktualne samopoczucie. Pacjenci proszeni byli o ocenę wpływu choroby na poszczególne aspekty życia, opisanie źródeł satysfakcji, trudności oraz sposobów radzenia sobie z chorobą.

Przeprowadzając badanie wypełniał również Skalę Depresji Hamiltona.

Następnie osoby badane wypełniały zestaw testów oceniających styl poznawczy: samoocenę (Skala Samooceny Rosenberga - RS), poczucie beznadziejności (Skala Beznadziejności - HS) i częstotliwość negatywnych myśli automatycznych (Kwestionariusz Myśli Automatycznych - ATQ), badających aktualną głębokość objawów depresji (Inwentarz Depresji Becka - BDI) oraz testujących relacje w małżeństwie: Skalę Powodzenia Małżeństwa (SPM) i Skalę Przystosowania w Diadzie (DAS).

Taki sam zestaw testów otrzymywali współmałżonkowie pacjentów. Dodatkowo proszeni oni byli o wypełnienie kwestionariusza na temat głównych problemów wynikających z choroby oraz sposobów radzenia sobie z nimi.

Za pomocą tych samych skal przebadano również pary małżeńskie zdrowych ochotników stanowiące grupę kontrolną.

A. Ocena głębokości zaburzeń depresyjnych

Skala Depresji Hamiltona (Hamilton Depression Rating Scale - HDRS) - została opracowana w 1960 roku jako narzędzie służące do pomiaru nasilenia objawów zespołu depresyjnego (113). Obejmuje wszystkie podstawowe cechy endogenego zespołu depresyjnego i wybrane cechy depresji psychogennych. Jest najczęściej używaną skalą w badaniach nad skutecznością leków przeciwdepresyjnych. W większości krajów jest stosowana obligatoryjnie w psychofarmakologii klinicznej (199).

Bech (12) zaproponował następujące zależności między punktacją uzyskiwaną w HDRS a kliniczną oceną nasilenia depresji: 0-7 punktów - bez depresji, 8-17 punktów - lekka depresja, 18-29 punktów - duża depresja, powyżej 30 punktów - głęboka depresja, depresja psychotyczna. Innym spotykanym w literaturze podziałem jest: < 19 punktów - lekka depresja, 20-24 punkty - depresja o średnim nasileniu, > 24 punktów - głęboka depresja (233). W warunkach polskich zależność między oceną stanu zdrowia na podstawie skali ogólnej oceny stanu psychicznego (Clinical Global Impression - CGI) a HDRS została opracowana przez Bogdanowicz i Kalinowskiego (31) i określona w następujący sposób: 0-9 - zdrowy, 10-15 - niemal zdrowy, 16-20 - lekko chory, 21-25 - umiarkowanie chory, 26-30 - wyraźnie chory, 31-35 - poważnie chory, > 35 - ciężko chory.

Skala Hamiltona wykazuje dużą rzetelność i stanowi punkt odniesienia do oceny innych metod badania depresji.

Inwentarz Depresji Becka (Beck Depression Inventory - BDI) - został opracowany przez twórcę modelu poznawczego Aarona Becka i współpracowników jako test służący do oceny głębokości objawów depresyjnych (17). Zawiera 21 pytań skonstruowanych na zasadzie testu wielokrotnego wyboru, opisujących symptomy choroby. Osoby badane proszone są o zaznaczenie przy każdym pytaniu stwierdzenia najlepiej opisującego ich stan psychiczny. Inwentarz jest narzędziem szeroko stosowanym zarówno w diagnostyce, jak i w badaniach naukowych. Rzetelność metody była sprawdzana metodą testu-retestu w populacji klinicznej, gdzie wynosiła w różnych badaniach od 0.48 do 0.86 (17,15), jak i w populacji osób zdrowych, gdzie wahała się od 0.60 do 0.83 (50). Badania porównawcze trafności i rzetelności najczęściej stosowanych metod oceny depresji (Inwentarza Depresji Becka, Skali Hamiltona, Skali Zunga oraz wieloczynnikowego Inwentarza Osobowości Minnesota - Skala Depresji) wykazują korelację tych czterech metod na poziomie od $r = 0.67$ do $r = 0.81$ (cyt. za Stachem 231). W Polsce dodatnie korelacje pomiędzy wynikami pomiaru depresji przy pomocy BDI i Skali Hamiltona a innymi skalami stwierdzono w badaniach Krzyżowskiego i wsp. (150) i Parnowskiego (178).

Klasyfikacji głębokości depresji w niniejszej pracy dokonywano w następujący sposób, zgodnie z Beckiem (15):

do 9 punktów - bez depresji

10-19 punktów - lekka depresja

20-29 punktów - depresja o średnim nasileniu

od 30 punktów - głęboka depresja

B. Badanie stylu poznawczego

Skala Samooceny Rosenberga (Rosenberg Scale - RS) - została skonstruowana przez Rosenberga w 1965 roku jako instrument do służący do pomiaru ogólnej samooceny (204).

Zawiera dziesięć stwierdzeń, z których połowa wyraża ocenę pozytywną, a połowa negatywną. Osoby badane proszone są o zaznaczenie na jednej z dziesięciu kresek umieszczonych między krańcowymi stwierdzeniami ("całkowicie nie zgadzam się" i "zgadzam się całkowicie") stopnia swojej zgody z treścią danego stwierdzenia. Punktacja waha się od dziesięciu punktów (samoocena krańcowo niska) do stu punktów (samoocena maksymalnie wysoka).

W polskich badaniach średnie wyniki uzyskiwane przez pacjentów depresyjnych wynosiły 43.07 punktów (268) i 45.3 punktów (231), natomiast przez osoby zdrowe 81.01 punktów (268) i 73.88 punktów (231).

Skala Beznadziejności (Hopelessness Scale - HS) - jest metodą badającą stopień negatywnej oceny przyszłości (18). Składa się ona z dwudziestu stwierdzeń, z których połowa opisuje przyszłość w sposób optymistyczny, połowa zaś - pesymistyczny. Badani proszeni są o zaznaczenie przy każdym ze stwierdzeń czy uważają je za prawdziwe, czy też za fałszywe. Wybranie pozytywnego stwierdzenia jako nieprawdziwego a negatywnego jako prawdziwego łączy się z przypisaniem punktu, suma punktów świadczy o stopniu poczucia beznadziejności.

Skala Beznadziejności znalazła zastosowanie zarówno w badaniach nad stylem myślenia, jak i jako metoda diagnostyczna w ocenie ryzyka samobójstwa (13).

W badaniach Browna i Becka (41) pacjenci depresyjni najczęściej uzyskiwali powyżej 8 punktów, zaś osoby zdrowe od 0 do 4 punktów. Podobne wyniki zostały potwierdzone w populacji polskiej, gdzie pacjenci depresyjni uzyskiwali średnio 11.54 (231) i 14.65 (268), a grupa kontrolna osób zdrowych - średnio 4.12 (231) i 3.12 (268).

Kwestionariusz Myśli Automatycznych (Automatic Thoughts Questionnaire - ATQ) - służy do określenia częstości występowania tzw. negatywnych myśli automatycznych pojawiających się w depresji (130). Składa się on z trzydziestu stwierdzeń o treści negatywnej. Osoby badane proszone są o zaznaczenie przy każdym z nich z jaką częstością pojawia się u nich podobna myśl (nigdy - 1 punkt, niekiedy - 2 punkty, średnio często - 3 punkty, często - 4 punkty, cały czas - 5 punktów). Na ogólny wynik ATQ składa się suma punktów uzyskanych we wszystkich trzydziestu stwierdzeniach, tak więc możliwy najniższy wynik wynosi 30 punktów (brak negatywnych myśli automatycznych), a maksymalny 150 punktów (myślenie całkowicie zdominowane przez negatywne myśli automatyczne). Punktacja w ATQ koreluje z oceną kliniczną nasilenia depresji oraz Inwentarzem Depresji Becka (118,76). W populacji amerykańskiej wyniki ATQ u osób zdrowych znajdowały się w przedziale pomiędzy 40 a 60 punktów, a u chorych depresyjnych pomiędzy 90 a 130 punktów (129). W badaniach polskich średnie wyniki ATQ dla pacjentów depresyjnych wyniosły 89.27, a dla grupy kontrolnej - 48.43 punkty (268).

C. Ocena relacji małżeńskich

Skala Powodzenia Małżeństwa (SPM) - (37) pozwala określić liczbowy wskaźnik powodzenia małżeństwa (stopnia, w jakim małżeństwo jest udane). Oczekiwania wobec małżeństwa i współmałżonka są bardzo zróżnicowane u poszczególnych osób, a o samopoczuciu partnerów decyduje subiektywna ocena jakości małżeństwa. Poczucie

zadowolenia ze związku stanowi główny czynnik jego trwałości. Skala Powodzenia Małżeństwa składa się z 46 twierdzeń, które zostały dobrane na podstawie wypowiedzi 60 osób zróżnicowanych pod względem wieku i poziomu wykształcenia, proszonych o wypowiedzenie się, co ich zdaniem jest najważniejsze aby małżeństwo było udane. W ten sposób uzyskano listę stwierdzeń na temat warunków powodzenia małżeństwa, potocznie uznawanych w społeczeństwie. Listę tę autorka uzupełniła na podstawie literatury o stwierdzenia, które nie zostały uwzględnione przez badanych, a które można spotkać w badaniach teoretycznych. Po przeprowadzeniu badań pilotażowych z listy usunięto stwierdzenia, które nie różnicowały małżeństw udanych i nieudanych.

Zgodnie z założeniem, że kryterium powodzenia małżeństwa jest subiektywne przekonanie samych zainteresowanych, wyróżniono w skali dwie części: po pierwsze, badani byli proszeni o podkreślenie na liście dowolnej liczby stwierdzeń prawdziwych dla ich małżeństwa, po drugie, o podkreślenie na takiej samej liście stwierdzeń opisujących ich zdaniem małżeństwo idealne. Porównanie obu list pozwala na obliczenie wskaźnika powodzenia małżeńskiego, poprzez podzielenie liczby stwierdzeń jednakowych, podkreślonych na obu listach, przez liczbę stwierdzeń podkreślonych na liście drugiej. W celu uniknięcia ułamka wynik mnoży się przez 100. Maksymalny wynik może wynosić 100 punktów (wszystkie stwierdzenia opisujące małżeństwo idealne badany przypisuje też własnemu związkowi), minimalny - 0 (badany żadnego ze stwierdzeń uważanych przez niego za ważne dla szczęścia małżeńskiego nie przypisuje swojemu małżeństwu). Rozkład wyników uzyskiwanych w skali jest zbliżony do rozkładu normalnego. Wskaźnik powodzenia małżeństwa określa na ile małżeństwo badanego jest zbliżone do małżeństwa w jego opinii idealnego.

Trafność skali została sprawdzona poprzez zbadanie 20 małżeństw udanych i 20 nieudanych lub rozwiedzionych. Średni wynik w małżeństwach nieudanych wynosił dla

mężczyzn 20.88, dla kobiet 11.88, w małżeństwach udanych dla mężczyzn 84.00, dla kobiet 85.44.

Rzetelność sprawdzona została metodą retestu. Badania 100 osób (50 par małżeńskich) przeprowadzano w ciągu dwóch kolejnych dni i po 2 miesiącach. Obliczony wskaźnik korelacji (r Pearsona) wynosił w pierwszym przypadku 0.99, w drugim - 0.95.

Skala Przystosowania w Diadzie - Dyadic Adjustment Scale (DAS) - została opracowana w 1976 roku przez Spaniera jako instrument badający subiektywną ocenę jakości przystosowania w danym momencie trwania związku oraz poszczególne wymiary tego przystosowania: zgodność co do spraw ważnych dla funkcjonowania w małżeństwie, satysfakcję w diadzie, spójność oraz ekspresję uczuć (230). Możliwa jest ilościowa ocena powyższych wymiarów w poszczególnych podskalach, jednakże autor DAS sam w swoich badaniach rekomendował używanie sumarycznych wyników, szczególnie przy diagnozowaniu i interpretacji klinicznej (228). Skala składa się z 32 twierdzeń, ujmujących różne aspekty funkcjonowania małżeństwa, które to stwierdzenia badany odnosi do swojego związku. Posiada dobrą rzetelność i trafność i jest obecnie powszechnie stosowana wśród anglosaskich badaczy zajmujących się problematyką rodzinną (229,228,214,215). Znalazła również uznanie wśród uczonych o orientacji poznawczej oraz u terapeutów kognitywnych (71). Skala różnicuje małżeństwa udane od nieudanych (64,140,137) oraz małżeństwa z depresyjnym mężem/żoną od zdrowych (102). W Polsce DAS była stosowana m.in. przez Cieślaka. Wśród badanych przez niego osób mężczyźni zadowoleni z małżeństwa uzyskiwali średnio 124.4 punkty, mężczyźni niezadowoleni - 92.4 punkty, kobiety zadowolone - 123.6, kobiety niezadowolone 93.6 punktów (51).

W porównaniu ze Skalą Powodzenia Małżeństwa DAS ocenia w bardziej obiektywny sposób ogólną jakość związku, w mniejszym stopniu natomiast satysfakcję jako subiektywną ocenę zadowolenia z małżeństwa (238).

Kwestionariusz „Sposoby radzenie sobie”

Został skonstruowany przez zespół Kliniki Psychiatrii Dorosłych w celu jakościowej oceny w jaki sposób rodziny radzą sobie z chorobą bliskiej osoby. Zawiera opis czternastu najczęstszych trudności, jakie miewają krewni pacjentów: braku aktywności chorego, niechęci do rozmów, agresji, lęku przed nawrotem choroby, lęku o przyszłość pacjenta, obawy przed targnięciem się na życie, pretensji pacjenta o traktowanie go jak osoby chorej, obwiniania się za stan zdrowia pacjenta, dziwaczności i niezrozumiałości zachowania, domagania się ciągłej uwagi, braku współpracy z lekarzem i odmawiania zażywania leków, braku zrozumienia ze strony otoczenia, konieczności ograniczania swoich kontaktów towarzyskich i planów. Badani proszeni są o określenie jak często pojawia się każdy z podanych problemów, jak jest on uciążliwy, w jaki sposób radzą sobie z tym problemem i jak często stosowana strategia radzenia sobie bywa skuteczna. Częstotliwość pojawiania się danej trudności określana jest w skali punktowej (0 - nigdy, 1 - rzadko, 2 - często, 3 - bardzo często). Również w punktach ocenia się uciążliwość (0 - nieuciążliwa, 1 - mało uciążliwa, 2 - średnio uciążliwa, 3 - bardzo uciążliwa).

Trudności partnerów zostały opisane zarówno jakościowo, jak i ilościowo za pomocą współczynnika T uzyskanego ze wzoru: $T = \sum_i c_i \cdot u_i$, gdzie c_i oznacza częstość występowania danej trudności (u wybranego pacjenta), zaś u_i - jej uciążliwość. (T jest współczynnikiem liczonym dla danego pacjenta).

Tak obliczony współczynnik stanowi miarę globalnego odczucia trudności, uwzględniając założenie, że częste uciążliwości o małym nasileniu mogą być podobnie dolegliwe jak większe, występujące rzadko. Ze względu na sumowanie różnych rodzajów trudności w analizie ilościowej rozpatrujemy samą percepcję tych trudności, niezależnie od ich charakteru.

W celu opisanego poszczególnych rodzajów trudności posłużono się wzorem:

$$t = \frac{\sum_p c_p \cdot u_p}{N}, \text{ gdzie } N \text{ oznacza ilość badanych objętych sumą, } c_p - \text{częstość}$$

danej trudności rejestrowanej przez współmałżonka, u_p - uciążliwość trudności (t jest współczynnikiem liczonym dla danej trudności).

Statystyczne metody opracowania wyników

Statystycznego opracowania wyników dokonano na podstawie porównania średnich wyników pomiarów. Przedstawiono następujące grupy pomiarów:

- 1.a) wyniki pomiarów testów uzyskane w całej grupie pacjentów;
 - b) wyniki pomiarów testów uzyskane w grupie pacjentek (kobiet);
 - c) wyniki pomiarów testów uzyskane w grupie pacjentów (mężczyzn);
 - d) wyniki pomiarów testów uzyskane w grupie kontrolnej.
-
- 2.a) wyniki pomiarów testów uzyskane przez współmałżonków pacjentów depresyjnych (żony i mężów);
 - b) wyniki pomiarów testów uzyskane przez żony pacjentów depresyjnych;
 - c) wyniki pomiarów testów uzyskane przez mężów pacjentek depresyjnych;
 - d) wyniki pomiarów testów uzyskane w grupie kontrolnej.

Porównanie średnich wartości wyników testów przeprowadzono przy użyciu testów Duncana i LSD, po uprzednim wykonaniu jednoczynnikowej analizy wariancji (ANOVA). Ponadto wykonano porównania przy użyciu testu t-Studenta dla dwóch niezależnych grup.

Celem zbadania związku między poszczególnymi pomiarami obliczono współczynniki korelacji Pearsona.

Istotność współczynnika Pearsona testowano na poziomie $\alpha = 0.05$. Obliczeń tych dokonywano w następujących grupach:

- 1.a) współczynniki korelacji poszczególnych testów w grupie pacjentów (kobiet i mężczyzn);
 - b) współczynniki korelacji poszczególnych testów w grupie pacjentek (kobiet);
 - c) współczynniki korelacji poszczególnych testów w grupie pacjentów (mężczyzn).
-
- 2.a) współczynniki korelacji poszczególnych testów w grupie współmałżonków pacjentów depresyjnych (żon i mężów);
 - b) współczynniki korelacji poszczególnych testów w grupie żon pacjentów depresyjnych;
 - c) współczynniki korelacji poszczególnych testów w grupie mężów pacjentek depresyjnych.
-
- 3.a) współczynniki korelacji poszczególnych testów wewnątrz par małżeńskich pacjentów depresyjnych;
 - b) współczynniki korelacji poszczególnych testów wewnątrz par małżeńskich z depresyjną kobietą;
 - c) współczynniki korelacji poszczególnych testów wewnątrz par małżeńskich z depresyjnym mężczyzną;
 - d) współczynniki korelacji poszczególnych testów wewnątrz par małżeńskich w grupie kontrolnej.

Opis badanej grupy

Badaniami została objęta grupa 48 par małżeńskich, w których u jednego z partnerów rozpoznano depresję endogenną (chorobę afektywną jednobiegunową) i był on co najmniej rok po ostatniej hospitalizacji psychiatrycznej. W 22 parach pacjentem był mąż, a w 26 - żona.

Spośród współmałżonków pacjentów depresyjnych 6 osób korzystało w swoim życiu z pomocy psychiatry/psychologa z powodu zaburzeń nerwicowych (5 kobiet i 1 mężczyzna), a w 6 przypadkach występował alkoholizm (1 kobieta i 5 mężczyzn). Nikt natomiast nie przeszedł epizodu depresyjnego ani psychotycznego, jak również nie chorował na poważne, upośledzające schorzenia somatyczne.

Wykształcenie	Pacjenci		Partnerzy	
	n	%	n	%
Podstawowe	2	4.2 %	-	-
Zawodowe	7	14.6 %	14	29.2 %
Średnie	19	39.6 %	16	33.3 %
Wyższe	20	41.6 %	18	37.5 %

Sytuacja	Pacjenci		Partnerzy	
	n	%	n	%
Praca zawodowa	15	32.6 %	36	75.0 %
Renta	23	47.9 %	9	18.75 %
Renta + praca	10	20.8 %	-	-
Emerytura	-	-	3	6.25 %

Ilość dzieci:	
małżeństwa bezdzietne	1 małżeństwo;
1 dziecko	10 małżeństw;
2 dzieci	25 małżeństw;
3 dzieci	11 małżeństw;
4 dzieci	1 małżeństwo.

Średni wiek pacjentów w czasie pierwszego zachorowania: 36.1 ± 9.1 lat (w tym kobiety 34.3 ± 8.3 lat, mężczyźni 38.2 ± 9.7 lat)

Średni czas trwania choroby: 10.3 ± 6.4 lat (w tym kobiety 10.04 ± 6.6 lat, mężczyźni 10.7 ± 6.4 lat)

Średnia ilość faz depresyjnych: 4.8 ± 2.4 (w tym kobiety 4.8 ± 2.3 , mężczyźni 4.8 ± 2.4)

Średni czas trwania małżeństwa do wystąpienia po raz pierwszy depresji: 11.6 ± 7.6 lat (w tym kobiety 11.2 ± 7.6 , mężczyźni 11.9 ± 7.7 lat)

Średni wiek w czasie pierwszego zachorowania, średni czas trwania choroby, średnia ilość faz depresyjnych oraz średni czas trwania małżeństwa do wystąpienia pierwszej fazy depresyjnej nie różniły się w sposób istotny statystycznie u kobiet i mężczyzn.

Jak wspomniano, wszyscy pacjenci byli badani w 1 do 5 lat od zakończenia ostatniej hospitalizacji psychiatrycznej. Dwadzieścia jeden osób (43.7%), w tym 6 mężczyzn i 15 kobiet, pozostawało w pełnej remisji, u 14 osób (29.2%), w tym 8 mężczyzn i 6 kobiet, stwierdzono objawy depresyjne o lekkim nasileniu, u 10 osób (20.8%), w tym 6 mężczyzn i 4 kobiet występowały symptomy zespołu depresyjnego o średnim nasileniu, a 3 osoby (6.25%), w tym 2 mężczyzn i 1 kobieta, były głęboko depresyjne.

Z regularnej kontroli i opieki ambulatoryjnej w okresie od wypisu z Kliniki korzystało 25 pacjentów (52%). Pozostałe osoby nie zgłaszały się do lekarza, bądź też zwracały się o poradę sporadycznie, przy nasilaniu się objawów depresji.

Poniższa tabela przedstawia leczenie pacjentów w chwili zgłoszenia się do badań. Punkt „tylko leczenie profilaktyczne” odnosi się do zażywania podtrzymujących dawek leku przeciwdepresyjnego lub/i litu względnie karbamazepiny, przy braku konieczności podejmowania dodatkowych interwencji z powodu wystąpienia objawów choroby.

Leczenie w okresie badania	Kobiety		Mężczyźni	
	n	%	n	%
Bez leków	4	15.4 %	4	18.2 %
Tylko leczenie profilaktyczne	9	34.6 %	9	40.9 %
Leczenie aktualnych objawów depresji:	13	50.0 %	9	40.9 %
* Tymoleptyki	13	100.0 %	9	100.0 %
* Neuroleptyki	6	46.0 %	6	67.0 %
* Anksjolityki	9	69.0 %	7	78.0 %
* Leki normotymiczne	6	46.0 %	7	78.0 %

Przebadano również 48 par ochotników, dobieranych spośród znajomych oraz pracowników administracyjnych Katedry Psychiatrii CMUJ, którzy stanowili grupę kontrolną. Badane osoby nigdy nie leczyły się psychiatrycznie, nie były uzależnione od alkoholu ani innych substancji psychoaktywnych, jak również nie chorowały na poważne przewlekłe choroby somatyczne. Wszyscy pozostawali w związkach formalnych.

Grupa badana i kontrolna nie różniły się istotnie statystycznie pod względem wieku (46.2 ± 6.5 vs 44.2 ± 9.0 lat), stażu małżeńskiego (21.4 ± 6.2 vs 20.5 ± 8.5 lat) oraz wykształcenia.

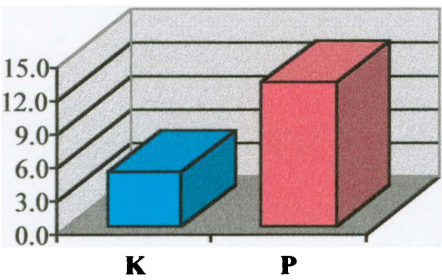
Wyniki badań

A. Analiza wyników uzyskanych w grupie pacjentów

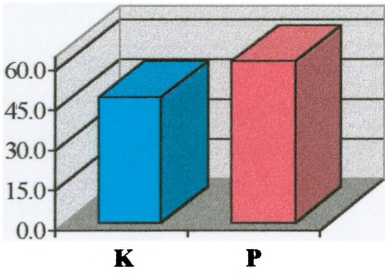
Tab. 1 Średnie wyniki testów w grupie pacjentów w porównaniu z grupą kontrolną

	Pacjenci	Grupa kontrolna	
BDI	12.9±10.7	4.9±3.0	p< 0.001
ATQ	60.8±26.6	47.1±11.0	p< 0.001
RS	67.9±23.2	83.2±11.9	p< 0.001
HS	8.2±6.1	3.0±2.5	p< 0.001
SPM	60.3±25.6	68.7±25.3	NS
DAS	99.8±26.6	110.0±22.9	p< 0.05

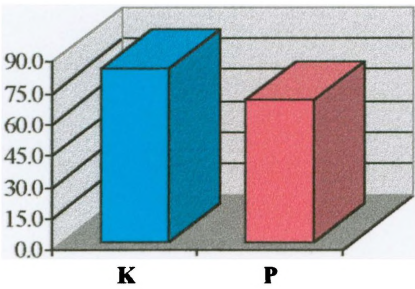
Ryc.1. Średnie wyniki uzyskane w grupie pacjentów (P) oraz w grupie kontrolnej (K)



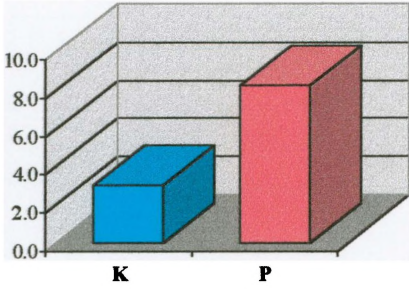
BDI



ATQ



RS



HS

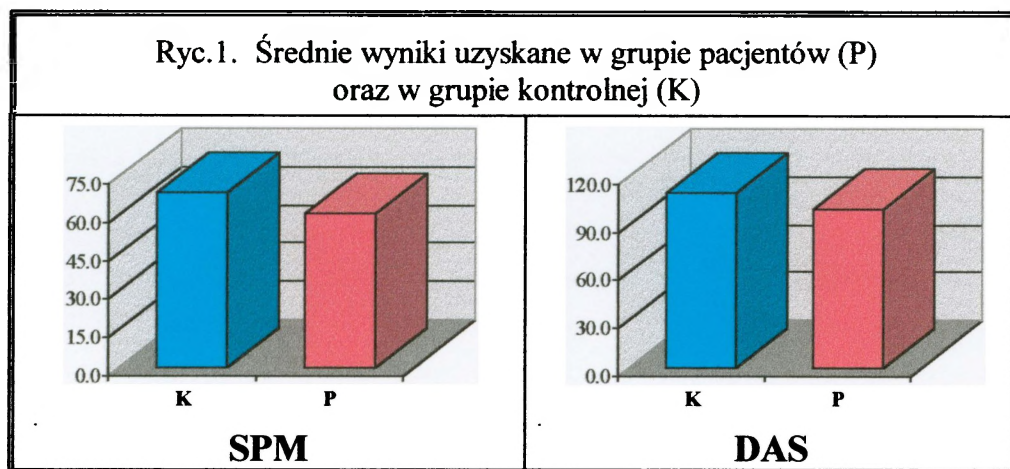


Tabela 1 oraz rycina 1 pokazują porównanie średnich wyników testów w grupie pacjentów i grupie kontrolnej. W obu grupach występują istotne statystycznie różnice nasilenia objawów depresyjnych mierzonych Inwentarzem Depresji Becka (BDI). W grupie pacjentów obserwuje się większą częstotliwość negatywnych myśli automatycznych (Kwestionariusz Myśli Automatycznych - ATQ), niższą samoocenę (Skala Rosenberga - RS) oraz większe poczucie beznadziei (Skala Beznadziei - HS) (różnice istotne statystycznie). Również ocena jakości małżeństwa mierzona Skalą Przystosowania w Diadzie (DAS) różni się w sposób istotny między grupami i jest gorsza wśród pacjentów. Bardziej subiektywna ocena satysfakcji małżeńskiej mierzona za pomocą Skali Powodzenia Małżeństwa jest niższa w grupie pacjentów, jednak w porównaniu z grupą kontrolną nie ma tu istotnej statystycznie różnicy.

Tab. 2. Porównanie średnich wyników u kobiet i mężczyzn oraz w grupach kontrolnych

	Kobiety	Gr. kontr. kobiet	Mężczyźni	Gr. kontr. mężczyzn
BDI	10.8±10.0 a	5.3±2.9 b	15.5±11.2 c	4.5±3.1 b
ATQ	54.7±21.8 a	47.3±11.8 a	68.1±30.2 b	46.9±10.3 a
RS	71.3±22.9 a	82.9±12.8 b	63.8±23.4 a	83.5±11.0 b
HS	7.4±6.0 a	3.2±2.6 b	9.2±6.1 a	2.8±2.4 b
SPM	61.3±30.5 a	69.9±24.5 a	59±19.0 a	67.5±26.2 a
DAS	102.5±27.3 a	109.4±24.3 a	96.7±25.1 a	110.6±21.6 b

Średnie oznaczone tą samą literą nie różnią się istotnie statystycznie na poziomie istotności $\alpha=0.05$

Ryc.2 Porównanie średnich wyników u kobiet, mężczyzn i w grupach kontrolnych.

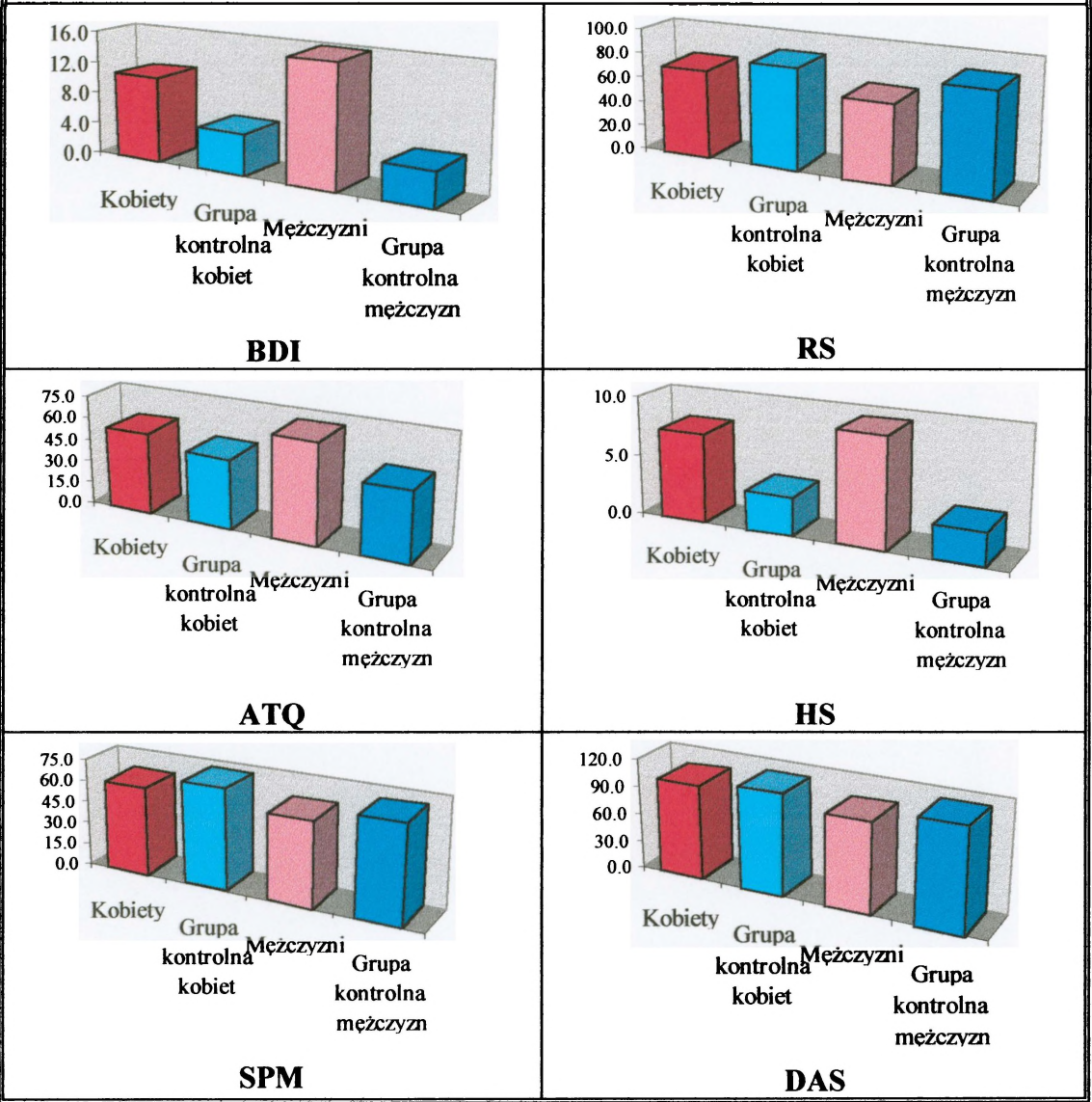


Tabela 2 i rycina 2 pokazują średnie wyniki testów uzyskanych przez badane kobiety i mężczyzn w porównaniu z odpowiednimi grupami kontrolnymi (kobiet i mężczyzn).

Pacjentki mają w porównaniu ze zdrowymi kobietami istotnie więcej objawów depresyjnych (BDI), niższą samoocenę (RS) i większe poczucie beznadziejności (HS). Brak jest natomiast istotnych różnic w częstotliwości negatywnych myśli automatycznych (ATQ) oraz w ocenie związku małżeńskiego (SPM, DAS). Mimo

znamiennej w porównaniu z osobami nigdy nie chorującymi na depresję różnicy w Inwentarzu Depresji Becka jego średni wynik u pacjentek ($BDI = 10.8 \pm 10.0$) wskazywał tylko na pogranicze lekkiej depresji.

Również mężczyźni w porównaniu z grupą kontrolną są bardziej depresyjni, mają niższą samoocenę, większe poczucie beznadziejności, większe nasilenie negatywnych myśli automatycznych. Gorzej niż osoby zdrowe oceniają jakość swoich relacji małżeńskich, brak jest natomiast istotnych różnic w ocenie powodzenia małżeństwa, mierzonej SPM.

Okazuje się, iż w porównaniu do pacjentek mężczyźni w okresie pohospitalizacyjnym prezentowali się bardziej depresyjnie w stosunku do kobiet. Znalazło to odzwierciedlenie zarówno w wynikach Inwentarza Depresji Becka, jak i w ilości negatywnych myśli (ATQ). Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic wyników testów badających samoocenę (RS) i poczucie beznadziejności (HS).

Tab 3 Współczynniki korelacji między wynikami testów i subiektywną oceną małżeństwa u pacjentów (kobiety + mężczyźni)

	HDRS	BDI	ATQ	RS	HS	SPM
HDRS	1					
BDI	0.974106	1				
ATQ	0.887552	0.896472	1			
RS	-0.8254	-0.83759	-0.86607	1		
HS	0.721666	0.741541	0.761661	-0.78784	1	
SPM	-0.34695	-0.3034	-0.35987	0.255252	-0.34916	1
DAS	-0.51892	-0.53809	-0.5714	0.456751	-0.43881	0.772663
ocena	-0.3591	-0.39781	-0.46443	0.32659	-0.30285	0.57973

Istotne statystycznie korelacje ($\alpha = 0.05$) oznaczono grubą czcionką

Tabela 3 przedstawia korelacje między poszczególnymi testami w całej grupie pacjentów (kobiet i mężczyzn). Uwzględniono również subiektywną oceną małżeństwa, podawaną podczas przeprowadzania wywiadu za pomocą Kwestionariusz

Katamnesticznego. Uzyskane dane pokazują, iż istnieją istotne korelacje pomiędzy głębokością objawów depresyjnych (BDI, HDRS), częstotliwością negatywnych myśli automatycznych (ATQ), samooceną (RS), poczuciem beznadziejności (HS) a spostrzeganiem przez pacjentów relacji małżeńskich (DAS, SPM, ocena podana w wywiadzie). Okazuje się, że spostrzeganie małżeństwa jest tym gorsze im większe jest nasilenie depresji oraz im bardziej depresyjny jest styl myślenia (poczucie beznadziejności, częstotliwość negatywnych myśli automatycznych, niższa samoocena). Jedynym wyjątkiem jest tutaj brak istotnej korelacji między Skalą Rosenberga a Skalą Powodzenia Małżeństwa.

Tab. 4. Współczynniki korelacji pomiędzy poszczególnymi testami w grupie pacjentów (mężczyzn).

	HDRS	BDI	ATQ	RS	HS	SPM
HDRS	1					
BDI	0.982331	1				
ATQ	0.915403	0.9406	1			
RS	-0.91133	-0.9137	-0.91372	1		
HS	0.83989	0.827961	0.822853	-0.91133	1	
SPM	-0.18486	-0.15943	-0.21081	0.046959	0.012271	1
DAS	-0.4402	-0.48995	-0.55412	0.392164	-0.2759	0.71278
ocena	-0.291216	-0.35989	-0.40142	0.245096	-0.0598	0.382285

Istotne statystycznie korelacje ($\alpha = 0.05$) oznaczono grubą czcionką

Tab. 5. Współczynniki korelacji pomiędzy poszczególnymi testami w grupie pacjentek (kobiet)

	HDRS	BDI	ATQ	RS	HS	SPM
HDRS	1					
BDI	0.966308	1				
ATQ	0.837644	0.837387	1			
RS	-0.73878	-0.75707	-0.82698	1		
HS	0.59663	0.647111	0.698039	-0.67	1	
SPM	-0.47456	-0.40341	-0.51758	0.371386	-0.55356	1
DAS	-0.58244	-0.56929	-0.60141	0.491951	-0.55245	0.821228
ocena	-0.4244	-0.42911	-0.55217	0.388381	-0.50611	0.708102

Istotne statystycznie korelacje ($\alpha = 0.05$) oznaczono grubą czcionką

Tabele 4 i 5 ilustrują różnice występujące przy analizie relacji głębokości depresji (BDI, HDRS) i stylu myślenia (ATQ, RS, HS) względem spostrzegania związku małżeńskiego oddzielnie przez kobiety i mężczyzn. Okazuje się, iż w grupie pacjentek współczynniki korelacji wyglądają podobnie jak w całej grupie badanej, tj. nasilenie objawów depresyjnych, częstotliwość negatywnych myśli automatycznych, samoocena i poczucie beznadziejności korelują w sposób istotny z oceną jakości i powodzenia małżeństwa. Wyjątkiem jest również brak istotnej korelacji między RS a SPM.

Inaczej przedstawia się to u mężczyzn, gdzie brak jest istotnych zależności pomiędzy testami badającymi głębokość depresji (BDI, HDRS) i nasilenie negatywnych myśli automatycznych (ATQ) a spostrzeganiem przez pacjentów satysfakcji czerpanej z pożycia małżeńskiego (SPM i ocena subiektywna). Pozostałe skale opisujące tzw. depresyjne myślenie (RS, HS) nie korelują ani ze Skalą Powodzenia Małżeństwa, ani z oceną subiektywną podawaną w trakcie wywiadu, ani ze Skalą Przystosowania w Diadzie, opisującą w bardziej obiektywny sposób jakość relacji małżeńskich.

Należy również zwrócić uwagę na fakt, iż zarówno u kobiet i mężczyzn rozpatrywanych oddzielnie, jak i w całej grupie pacjentów oraz w grupie kontrolnej wyniki dotyczące objawów depresji i stylu myślenia (HDRS, BDI, ATQ, RS, HS) korelują wzajemnie ze sobą, podobnie jak dane opisujące małżeństwo (SPM, DAS, ocena). Świadczy to pośrednio o rzetelności zastosowanych metod badawczych.

Ważnych informacji na temat małżeństw osób depresyjnych dostarczył wywiad za pomocą Kwestionariusza Katamnesticznego przeprowadzony z każdym z pacjentów. Proszeni oni byli o ocenę wpływu choroby na relacje małżeńskie. Okazało się, iż spośród kobiet 8 (30.8%) oceniło ten wpływ jako negatywny, 10 (38.5%) nie zauważyło żadnej zmiany jakości związku, a 8 (30.8%) twierdziło, że od czasu zachorowania małżeństwo zmieniło się zdecydowanie na korzyść. W tej ostatniej grupie kobiet

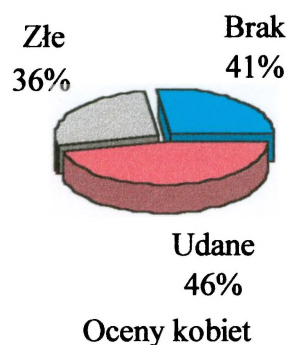
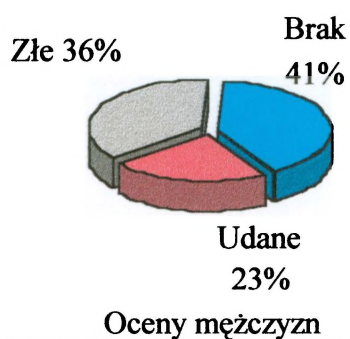
dotyczyła większej troski i zainteresowanie ze strony męża oraz zaprzestania nadużywania alkoholu.

Natomiast mężczyźni uważali, że depresja nie wpłynęła na ich relacje domowe (11 osób - 50%) bądź też dostrzegali zdecydowanie negatywny wpływ choroby (10 osób - 45,5%). Tylko jeden mężczyzna określił zachorowanie jako czynnik pozytywny w swoim małżeństwie.

Badani pacjenci proszeni byli o opisanie głównych problemów, jakie pojawiły się w ich życiu małżeńskim w związku z chorobą. Kobiety najczęściej wymieniały trudności finansowe (7 osób), dużą ilość konfliktów z mężem (6 osób) i dalszą rodziną (6 osób), nadużywanie przez męża alkoholu (5 osób), kłopoty wychowawcze i pogorszenie kontaktów z dziećmi (4 osoby). Na podobne problemy zwracali uwagę również mężczyźni. Najwięcej pacjentów skarżyło się na kłopoty związane z dziećmi (9 osób), nasilenie konfliktów z żoną (8 osób), nieradzenie sobie z nadmiarem obowiązków domowych (6 osób), trudności finansowe (5 osób). Natomiast 9 osób stwierdziło, iż sama choroba stała się tak wielkim problemem obejmującym całokształt życia, że trudno jest wyodrębnić konkretne sprawy, na które wpłynęła.

Jednym z podstawowych problemów dostrzeganym w relacji ze współmałżonkiem były zaburzenia pożycia seksualnego, szczególnie dotkliwie odczuwane przez chorych mężczyzn. Ilustruje to Ryc.3

Ryc. 3. Ocena pożycia seksualnego przez badane kobiety i mężczyzn.

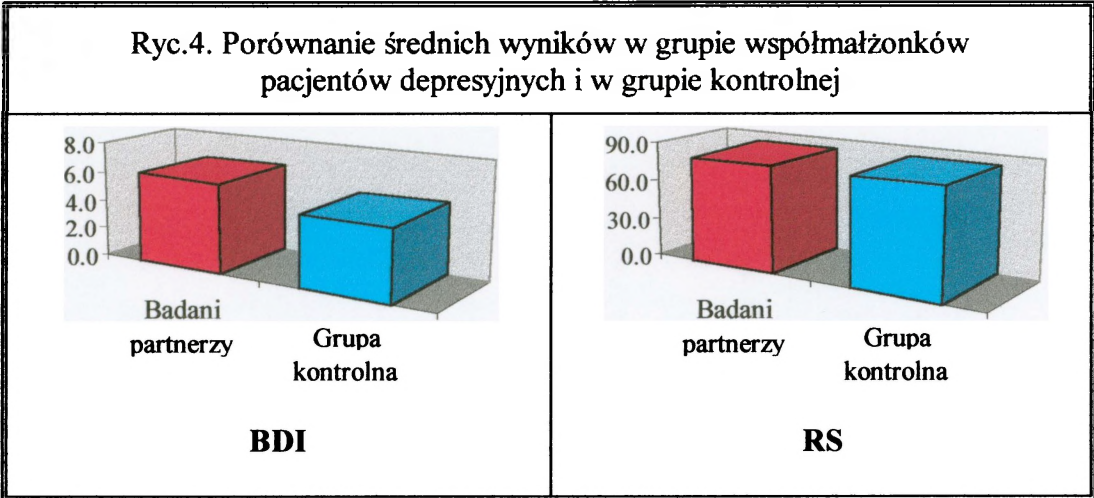


Spośród kobiet 12 pacjentek (46.1%) określiło kontakty seksualne z mężem jako udane, 7 pacjentek (26.9%) jako zdecydowanie złe, a kolejne 7 pacjentek całkowicie zaprzestało pożycia seksualnego. Mężczyźni natomiast w większości opisywali brak jakichkolwiek kontaktów (9 osób - 40.9%) lub sporadyczne, niesatysfakcjonujące kontakty seksualne (8 osób - 36.3%). Tylko 5 pacjentów (22.7%) było usatysfakcjonowanych pożyciem seksualnym.

B. Analiza wyników uzyskanych w grupie współmałżonków pacjentów depresyjnych

Tab. 6 Porównanie średnich wyników w grupie współmałżonków pacjentów depresyjnych i w grupie kontrolnej

	Badani partnerzy	Grupa kontrolna	
BDI	6.2±1.1	4.9±3.0	NS
ATQ	46.4±2.1	47.1±11.0	NS
RS	82.1±17.2	83.2±11.9	NS
HS	5.2±3.6	3.0±2.5	p< 0.001
SPM	60.4±30.0	68.7±25.3	NS
DAS	96.4±34.0	110.0±22.9	p< 0.001



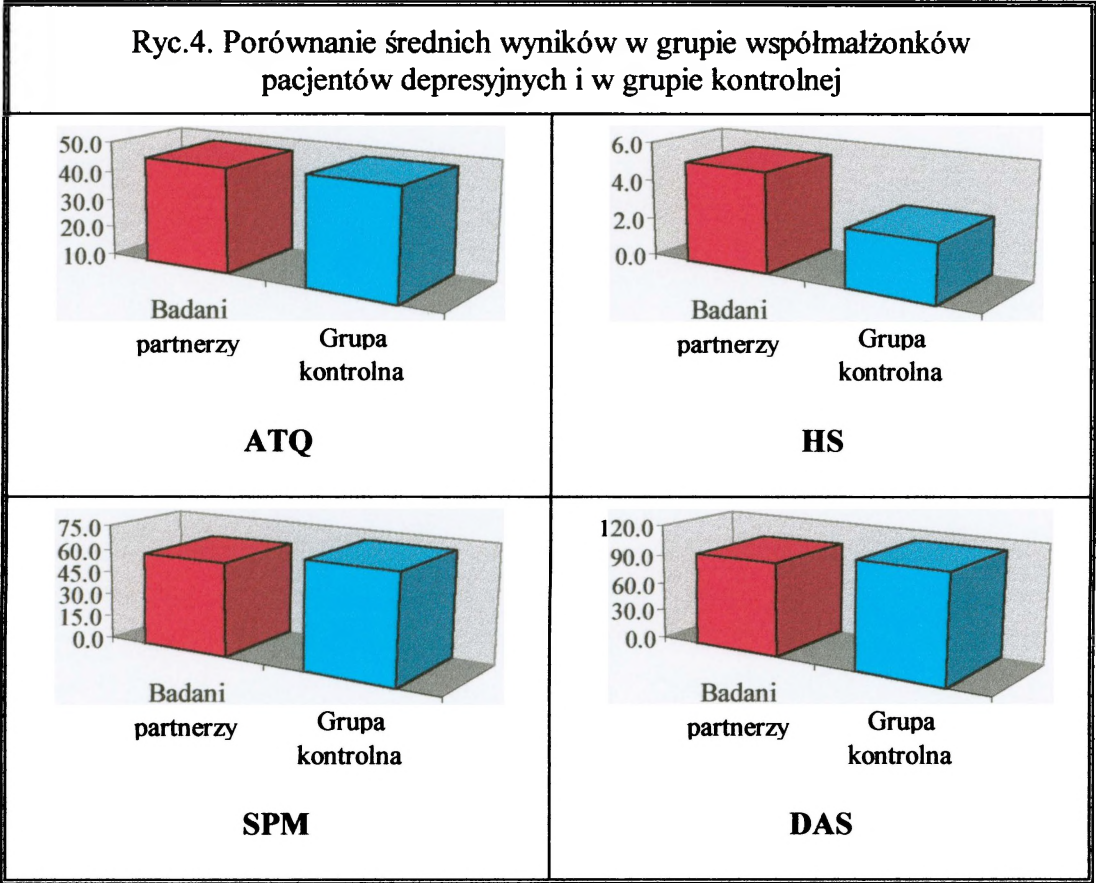


Tabela 6 i rycina 4 przedstawiają porównanie średnich wyników testów w grupie partnerów pacjentów depresyjnych oraz w grupie kontrolnej. U współmałżonków wynik Inwentarza Depresji Becka wskazywał na brak objawów zaburzeń depresyjnych ($BDI = 6.2 \pm 1.1$) i był podobny jak w grupie kontrolnej. Również samoocena (RS) i nasilenie negatywnych myśli automatycznych (ATQ) nie różniły się w istotny sposób od parametrów uzyskanych w grupie kontrolnej. Istotnie większe było natomiast poczucie beznadziei (HS) oraz gorsza ocena przystosowania małżeńskiego (DAS). Wyniki Skali Powodzenia Małżeństwa nie różniły się znacząco od wartości w grupie kontrolnej.

Tab. 7 Porównanie średnich wyników u żon i mężów pacjentów depresyjnych oraz w grupach kontrolnych.

	Żony	Gr. kontr. kobiet	Mężowie	Gr. kontr. mężczyzn
BDI	8.6±9.9 a	5.3±2.9 b	4.2±3.9 b	4.5±3.1 b
ATQ	50.1±17.8 a	47.3±11.8 ac	43.3±10.6 b	46.9±10.3 bc
RS	84.6±15.9 a	82.9±12.8 a	80.0±18.3 a	83.5±11.0 a
HS	6.1±3.9 a	3.2±2.6 b	4.5±3.2 c	2.8±2.4 b
SPM	55.0±28.7 b	69.9±24.5 a	65.0±30.8 ab	67.5±26.2 a
DAS	94.5±29.9 b	109.4±24.3 a	98.2±37.7 ab	110.6±21.6 a

Średnie oznaczone tą samą literą nie różnią się istotnie statystycznie na poziomie istotności $\alpha=0.05$

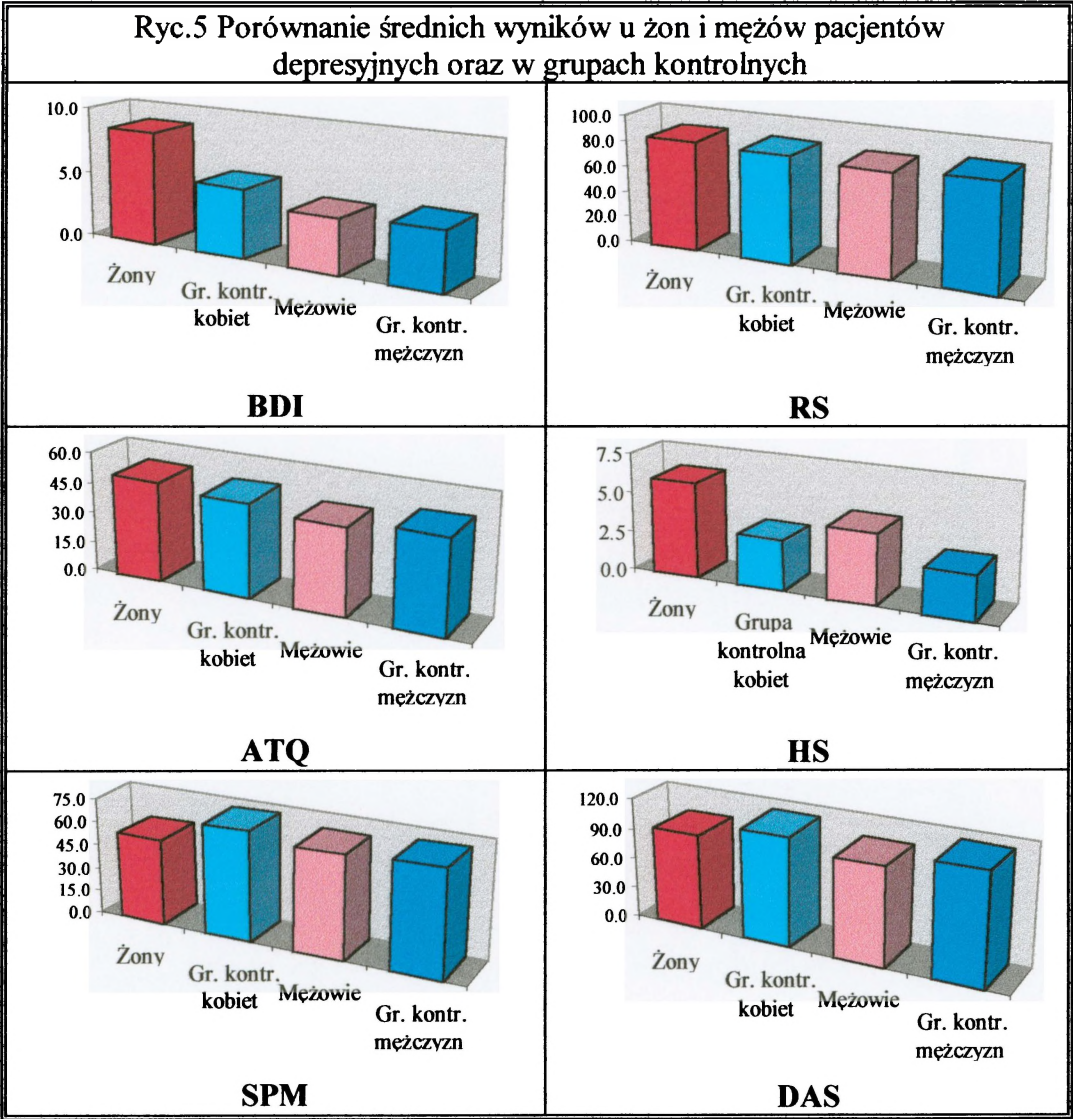


Tabela 7 i rysunek 5 przedstawiają porównanie średnich wyników poszczególnych testów uzyskanych przez żony i mężów depresyjnych pacjentów oraz w grupie

kontrolnej. Powyższe dane wskazują na istotnie gorsze samopoczucie i funkcjonowanie poznawcze kobiet pozostających w związku małżeńskim z depresyjnymi mężczyznami. Mimo, iż wyniki uzyskane w Inwentarzu Depresji Becka mieszczą się w granicach normy, to jednak wskazują na występowanie istotnie większej ilości objawów depresyjnych, zarówno w porównaniu z grupą kontrolną, jak i z mężami depresyjnych pacjentek. Podobnie znamienne statystycznie większe jest poczucie beznadziejności. Częstość występowania negatywnych myśli automatycznych co prawda nie różni się od wyników w grupie kontrolnej, natomiast jest większa w porównaniu z mężczyznami. Jedynie samoocena jest podobnie wysoka jak w pozostałych grupach.

Kobiety żyjące z depresyjnym mężem oceniają jakość relacji z partnerem i powodzenie małżeństwa gorzej niż w przypadku żon zdrowych mężczyzn. Nie wykazano natomiast różnic w stosunku do mężów pacjentek. U tych ostatnich również poziom objawów depresyjnych mierzonych Inwentarzem Depresji Becka, częstotliwość negatywnych myśli automatycznych (ATQ), samoocena (RS) oraz spostrzeganie relacji małżeńskich (SPM, DAS) były podobne jak w grupie kontrolnej.

Tab. 8 Współczynniki korelacji między wynikami testów u współmałżonków pacjentów depresyjnych (żony i mężowie).

	staż małż.	HDRS	BDI pacj.	BDI partn.	ATQ	RS	HS	SPM	DAS
staż małż.	1								
HDRS	-0.2632	1							
BDI pacj.	-0.2655	0.9755	1						
BDI partn.	-0.1181	0.36818	0.3552	1					
ATQ	-0.3016	0.8165	0.8048	0.45681	1				
RS	0.2644	-0.4578	-0.4691	-0.2498	-0.5976	1			
HS	-0.0686	0.5920	0.5930	0.43516	0.5751	-0.373	1		
SPM	0.1259	-0.1891	-0.2025	-0.1781	-0.3502	0.3383	-0.2529	1	
DAS	0.0964	-0.1845	-0.1817	-0.1789	-0.418	0.2795	-0.255	0.70354	1
ocena	0.1425	-0.3409	-0.3342	-0.3978	-0.4872	0.3793	-0.299	0.5635	0.5613

Istotne statystycznie korelacje ($\alpha = 0.05$) oznaczono pogrubioną czcionką

Tabela 8 pokazuje współczynniki korelacji między poszczególnymi testami w grupie współmałżonków pacjentów depresyjnych. Okazuje się, iż istnieje ujemna zależność pomiędzy oceną małżeństwa (DAS, SPM) a częstotliwością negatywnych myśli automatycznych oraz dodatnia pomiędzy Skalą Powodzenia Małżeństwa a samooceną. Brak jest natomiast istotnej korelacji między głębokością depresji mierzoną Inwentarzem Depresji Becka i Skalą Depresji Hamiltona oraz poczuciem beznadziejności a oceną małżeństwa.

Stwierdzono znamiennej statystycznie związek pomiędzy wynikiem BDI pacjenta a poczuciem beznadziejności i częstotliwością negatywnych myśli automatycznych u jego współmałżonka.

Ciekawą zależnością, obserwowaną wśród partnerów chorych, którzy podczas przeprowadzanych badań byli średnio lub głęboko depresyjni ($BDI > 18$) jest ujemna korelacja pomiędzy wynikiem Inwentarza Depresji Becka ($r = -0.64$, $p < 0.05$), Skali Depresji Hamiltona ($r = -0.63$, $p < 0.05$) i Kwestionariuszem Myśli Automatycznych ($r = -0.55$, $p < 0.05$) oraz dodatnia pomiędzy wynikiem Skali Rosenberga ($r = 0.59$, $p < 0.05$) żony/męża pacjenta a stażem małżeńskim. Oznacza to, że im dłuższy był staż małżeński tym partner pacjenta aktualnie przeżywającego epizod średniej lub głębokiej depresji sam ma mniej objawów depresyjnych, mniej negatywnych myśli automatycznych i wyższą samoocenę.

W całej grupie współmałżonków - bez względu na głębokość depresji pacjenta - zaobserwowano ujemną korelację pomiędzy stażem małżeńskim a częstotliwością negatywnych myśli automatycznych ($r = -0.3$, $p < 0.05$).

Podobną zależność stwierdzono u żon pacjentów depresyjnych - dłuższy staż małżeński wiązał się z niższym wynikiem w Inwentarzu Depresji Becka ($r = -0.46$,

$p < 0.05$) i mniejszym nasileniem negatywnych myśli automatycznych ($r = -0.46$, $p < 0.05$).

Tab.9 Współczynniki korelacji między wynikami testów u żon pacjentów depresyjnych.

	HDRS Żn	BDI pacj.	BDI Żn	ATQ Żn	RS Żn	HS Żn	SPM Żn	DAS Żn
HDRS Żn	1							
BDI pacj.	0.4655	1						
BDI Żn	0.9856	0.4443	1					
ATQ Żn	0.8393	0.5947	0.8333	1				
RS Żn	-0.751	-0.754	-0.727	-0.792	1			
HS Żn	0.5189	0.6964	0.5629	0.5356	-0.612	1		
SPM Żn	-0.13855	-0.17938	-0.17673	-0.21009	0.20362	-0.29088	1	
DAS Żn	-0.20075	-0.43194	-0.18115	-0.504	0.5195	-0.3103	0.5031	1

Istotne statystycznie korelacje ($\alpha = 0.05$) oznaczono pogrubioną czcionką

Tab.10 Współczynniki korelacji między wynikami testów u mężów pacjentów depresyjnych

	HDRS Mż	BDI pacj.	BDI Mż	ATQ Mż	RS Mż	HS Mż	SPM Mż	DAS Mż
HDRS Mż	1							
BDI pacj.	0.11699	1						
BDI Mż	0.9294	0.00495	1					
ATQ Mż	0.731	0.19352	0.6799	1				
RS Mż	-0.424	0.11638	-0.409	-0.573	1			
HS Mż	0.6917	0.07003	0.6092	0.5576	-0.24373	1		
SPM Mż	-0.36495	-0.11257	-0.30517	-0.542	0.4576	-0.23867	1	
DAS Mż	-0.393	-0.09108	-0.394	-0.502	0.20673	-0.3133	0.7576	1

Istotne statystycznie korelacje ($\alpha = 0.05$) oznaczono pogrubioną czcionką

Tabele 9 i 10 pokazują współczynniki korelacji między poszczególnymi testami rozpatrywane oddzielnie w grupie żon i w grupie mężów pacjentów depresyjnych. U żon obserwuje się istotne korelacje pomiędzy nasileniem objawów depresyjnych chorego współmałżonka (BDI pacjenta) a HDRS, BDI, ATQ, RS i HS żony. Oznacza to, że im bardziej depresyjny jest pacjent tym gorsze jest psychiczne samopoczucie żony, większe nasilenie negatywnych myśli i poczucia beznadziejności oraz niższa samoocena. Brak jest natomiast korelacji HDRS, BDI, HS współmałżonka z oceną

małżeństwa mierzoną za pomocą Skali Przystosowania w Diadzie i Skali Powodzenia Małżeństwa oraz ATQ i RS z DAS.

Inaczej wygląda to u mężów depresyjnych pacjentek. Nasilenie u nich ewentualnych objawów depresyjnych (HDRS, BDI), negatywnych myśli (ATQ), poczucia beznadziejności (HS) oraz samoocena (RS) nie są zależne od głębokości depresji chorej żony. Natomiast HDRS i BDI męża w istotny sposób korelują z DAS, RS z SPM, a ATQ zarówno z DAS, jak i z SPM. Jedynie w przypadku poczucia beznadziejności brak jest związku z oceną małżeństwa.

Tab.11. Korelacje poszczególnych testów wewnątrz par małżeńskich.

Korelacje wewnątrz małżeństwa kontrolnego					
BDI	ATQ	RS	HS	SPM	DAS
0.548093	0.473585	0.560086	0.778998	0.751559	0.857752

Korelacje wewnątrz związku pacjent(ka)/partner(ka)						
BDI	ATQ	RS	HS	SPM	DAS	HDRS
0.355276	0.596692	0.340761	0.557685	0.669724	0.596031	0.401641

Korelacje wewnątrz związku pacjent/żona						
BDI	ATQ	RS	HS	SPM	DAS	HDRS
0.470273	0.585146	0.678506	0.520793	0.604131	0.749548	0.464498

Korelacje wewnątrz związku pacjentka/mąż						
BDI	ATQ	RS	HS	SPM	DAS	HDRS
0.004952	0.550405	0.144315	0.573406	0.723438	0.502192	0.172928

Istotne statystycznie korelacje ($\alpha = 0.05$) oznaczono grubą czcionką

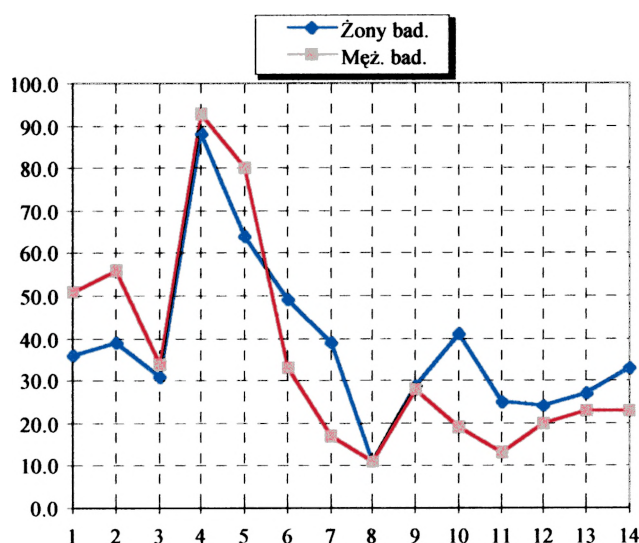
Tabela 11 przedstawia korelacje wyników poszczególnych testów wewnątrz par małżeńskich. Okazuje się, że zarówno w grupie kontrolnej, jak i w całej grupie badanej oraz w parach, gdzie pacjentem jest mężczyzna wszystkie testy badające nasilenie depresji, depresyjny styl myślenia oraz ocenę małżeństwa korelują ze sobą w sposób istotny. Oznacza to, iż samopoczucie psychiczne, samoocena, poczucie beznadziejności,

depresji, depresyjny styl myślenia oraz ocenę małżeństwa korelują ze sobą w sposób istotny. Oznacza to, iż samopoczucie psychiczne, samoocena, poczucie beznadziejności, nasilenie negatywnych myśli, spostrzeganie wzajemnego przystosowania i satysfakcji małżeńskiej u jednego współmałżonka są zależne od powyższych parametrów u drugiego z partnerów. Nieco inaczej przedstawia się to w parach, gdzie chorą osobą jest żona. Tutaj poziom depresyjności (HDRS, BDI) i samoocena (RS) nie korelują między małżonkami, to znaczy nasilenie objawów depresji i niska, depresyjna samoocena pacjentki nie wpływają na pogarszanie się odpowiednich parametrów u jej męża. Wynik ten jest zgodny z danymi wynikającymi z analizy wzajemnej zależności poszczególnych testów w grupie mężów (Tab.10).

W badaniach nad grupą współmałżonków pacjentów depresyjnych zwrócono uwagę na spostrzeganie przez nich trudności związanych z chorobą żony/męża. Okazało się, że mimo bardziej depresyjnego stylu myślenia prezentowanego przez żony, nie skarżą się one bardziej niż mężczyźni na odczuwane w związku z chorobą współmałżonka trudności.

Nasilenie trudności u żon oraz przez mężów pacjentów depresyjnych nie różniło się w sposób istotny (odpowiednio $T_{sr} = 24.6$ vs 25.0 , NS).

Ryc.6 Nasilenie poszczególnych trudności u żon i mężów



Rycina 6 przedstawia nasilenie poszczególnych trudności oznaczonych numerami od 1 do 14 u żon i mężów pacjentów depresyjnych. Największym problemem, widocznym przede wszystkim u kobiet jest trudność nr. 4 tj. lęk przed nawrotem choroby oraz lęk o przyszłość partnera (trudność 5). Z kolei w najmniejszym stopniu partnerzy odczuwają trudności związane z pretensjami pacjenta o traktowanie go jak chorego (trudność 7), obwinianiem siebie za stan zdrowia współmałżonka (trudność 8), domaganiem się przez pacjenta stałego zainteresowania (trudność 10), brakiem współpracy chorego z lekarzem (trudność 11), brakiem zrozumienia ze strony otoczenia (trudność 12), ograniczaniem kontaktów towarzyskich na rzecz zajmowania się chorym (trudność 13) i ograniczaniem swoich planów życiowych (trudność 14).

Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic w nasileniu poszczególnych trudności pomiędzy kobietami a mężczyznami.

Tab.12 Współczynniki korelacji pomiędzy wynikami poszczególnych testów a odczuwanymi trudnościami w całej grupie współmałżonków oraz u żon i mężów pacjentów

	T cała grupa	T żony	T mężowie
BDI pacj.	0.57408	0.51498	0.59938
BDI	0.20565	0.23906	0.12592
ATQ	0.43256	0.32616	0.57685
RS	-0.3195	-0.5084	-0.25051
HS	0.35108	0.48289	0.20865
SPM	-0.4667	-0.4902	-0.4435
DAS	-0.4223	-0.515	-0.38936
HDRS	0.23951	0.26766	0.1708

Istotne statystycznie korelacje ($\alpha = 0.05$) oznaczono pogrubioną czcionką

Nasilenie odczuwania trudności, zarówno w całej grupie badanych współmałżonków, jak i w rozpatrywanych oddzielnie grupach żon i mężów koreluje w sposób istotny z głębokością objawów depresyjnych pacjenta. Istnieje również odwrotna

zależność pomiędzy trudnościami a oceną relacji powodzenia małżeńskiego. Im silniej partnerzy odczuwają uciążliwość w związku z chorobą żony/męża tym gorszy jest wynik Skali Powodzenia Małżeńskiego (SPM) i Skali Przystosowania w Diadzie (DAS). Również styl poznawczy pozostaje w związku z percepcją trudności. Wyjątkiem jest tutaj jedynie brak istotnych korelacji pomiędzy współczynnikiem T a częstością występowania negatywnych myśli automatycznych (ATQ) u kobiet oraz pomiędzy współczynnikiem T a samooceną i poczuciem beznadziejności u mężczyzn. Natomiast zarówno w całej grupie partnerów, jak i osobno u żon i mężów nie stwierdzono znamiennej statystycznie zależności pomiędzy uzyskanym przez nich wynikiem Inwentarza Depresji Becka a nasileniem trudności.

Omówienie wyników i dyskusja

Depresja endogenna (choroba afektywna jednobiegunowa) jest przewlekłym, nawracającym schorzeniem, wymagającym długotrwałego leczenia, niosącym za sobą ogromne cierpienie i upośledzającym wszystkie sfery funkcjonowania. Ostatnie lata przyniosły znaczny postęp w biologicznym rozumieniu i leczeniu choroby. Coraz lepiej znamy neurohormonalne mechanizmy depresji, firmy farmaceutyczne prześcigają się w produkowaniu coraz nowszych leków przeciwdepresyjnych. Mimo, iż niesie to za sobą nowe nadzieje dla pacjentów, to jednak nie rozwiązuje wszystkich problemów związanych z chorobą. Stąd wynika wzrastające w ostatniej dekadzie zainteresowanie psychospołecznymi aspektami endogennych zespołów depresyjnych.

W Klinice Psychiatrii Dorosłych CMUJ od kilku lat realizowany jest program kompleksowego leczenia depresji, w którym obok podejścia biologicznego istotną rolę odgrywają oddziaływania psychoterapeutyczne (psychoterapia poznawcza). Prowadzone corocznie badania katamnetyczne oceniające stan kliniczny i styl myślenia pacjentów wskazują, iż model ten poprawia jakość i długość remisji (267,266). Badania pozwalają również na utrzymywanie regularnego kontaktu z pacjentami i śledzenie ich losów w okresie pohospitalizacyjnym. Spotykamy się ze skargami na osamotnienie, brak zrozumienia ze strony najbliższych, trudności w życiu rodzinnym. W rodzinach obserwuje się znaczne zaburzenia funkcjonowania i wzajemnej komunikacji, oddalenie emocjonalne, wycofywanie się z życia społecznego i towarzyskiego, brak źródeł wsparcia (260). Skutki takiej sytuacji są odczuwane zarówno przez chorego, jak i jego najbliższe otoczenie, a przede wszystkim współmałżonka.

Na rozumienie problemów chorych i ich partnerów życiowych warto jest spojrzeć z punktu widzenia funkcjonowania poznawczego i stylu myślenia, który - zgodnie z modelem kognitywnym - ma istotny wpływ na samopoczucie i zachowanie. Może to - na zasadzie błędnego koła - prowadzić do dalszego pogarszania się relacji interpersonalnych. Wynika stąd główny cel pracy, jakim jest analiza spostrzegania relacji małżeńskich przez pacjentów depresyjnych i ich współmałżonków w aspekcie stylu poznawczego.

Pierwsza hipoteza badawcza dotyczy związku między oceną i spostrzeganiem relacji małżeńskich przez pacjentów depresyjnych a ich depresyjnym stylem myślenia oraz nasileniem objawów choroby.

Prezentowane wyniki wskazują na istnienie w grupie pacjentów znamienych statystycznie korelacji pomiędzy głębokością depresji a spostrzeganiem relacji małżeńskich. Podobnie wygląda to w badaniach innych autorów, w których stwierdzono związek między jakością małżeństwa, a ewentualnym pojawianiem się objawów depresyjnych (11,203,247,172).

Również parametry opisujące styl poznawczy tj. częstotliwość negatywnych myśli automatycznych, samoocena i poczucie beznadziejności w istotny sposób korelują ze sposobem widzenia związku małżeńskiego. Negatywna ocena otaczającego środowiska jest jedną z cech charakterystycznych tzw. depresyjnego stylu myślenia i - jak to opisano we wstępie - stanowi składową triady Becka. Osoby depresyjne odbierają i interpretują swoje otoczenie w sposób dla siebie niekorzystny, łatwiej również zapamiętują i przypominają sobie przykre bodźce (49,242,104,153). Można się więc zastanawiać, czy podawana przez pacjentów krytyczna ocena związku z partnerem jest wiarygodna i odzwierciedla realny stan rzeczy, czy też jest jedynie wyrazem

zaburzonego sposobu myślenia. Relacjonowanie sytuacji przez zdrowych współmałżonków, choć wydaje się być pomocne w próbie odpowiedzi na powyższe pytanie, nie stanowi wystarczającej weryfikacji ze względu na to, iż na ich postrzeganiu rzeczywistości odbija się również depresyjny styl poznawczy chorych partnerów. Z podobnym dylematem spotkali się inni autorzy badający relacje rodzinne chorych depresyjnych, w tym również relacje w rodzinach generacyjnych. Okazało się jednak, że istnieje duża zgodność w ocenie sytuacji przez pacjentów i innych członków ich rodzin, nie pozostających w bezpośrednim, stałym kontakcie (np. rodzeństwo, rodzice) (175,173,176). Ponadto wspomnienia z wcześniejszych okresów życia na temat rodziny nie różniły się w trakcie trwania epizodu depresji i w okresie remisji (1,101), jak również u osób mniej i bardziej depresyjnych (262). Wszystkie te dane przemawiają raczej za wiarygodnością ocen związków interpersonalnych stawianych przez pacjentów.

Można pokusić się więc o inne wyjaśnienie korelacji między nasileniem objawów i stylem myślenia a spostrzeganiem relacji małżeńskich. Zaburzony styl poznawczy, obok wpływu na symptomy depresji, implikuje również zachowanie, zwiększając jego negatywy i minimalizując pozytywy, co prowadzi do coraz większych zakłóceń komunikacji w małżeństwie (89). Uczucie apatii, małej wartości, bezradności i beznadziejności nie pozostają bez znaczenia dla jakości interakcji. Pacjent depresyjny może czuć się winny i odpowiedzialny za różnego rodzaju trudności, nie będąc równocześnie w stanie podjąć żadnych konstruktywnych działań, co stanowi dla niego dalsze potwierdzenie jego bezwartościowości i złej woli. Tworzy się w ten sposób błędne koło pomiędzy objawami choroby, stylem myślenia a relacjami w małżeństwie.

Tak więc im myślenie pacjenta jest bardziej zaburzone, depresyjne i im bardziej nasilone są objawy choroby tym gorsza jest ocena związku z partnerem i odwrotnie -

zaburzone relacje małżeńskie odbijają się na głębokości depresji, częstotliwości negatywnych myśli automatycznych, samoocenie, poczuciu beznadziejności, co stanowi pozytywną weryfikację pierwszej hipotezy badawczej.

W badanej grupie znajdowali się pacjenci, którzy w swoim życiu przeżyli głęboki epizod depresyjny, wymagający hospitalizacji. Jest to zwykle moment ogromnie trudny, często uświadamiający powagę sytuacji i jednoznacznie umiejscawiający pacjenta w roli chorego. Wystąpienie objawów choroby wywołuje u najbliższych lęk, bezradność, poczucie winy, pytanie o przyczynę. W miarę postępów leczenia następuje niejako „oswojenie się” z chorobą. Pacjent uzyskuje poprawę, wraca do domu, pojawia się nadzieja, że wszystko będzie tak jak dawniej. W przedstawianej pracy postawiono więc pytanie czy rzeczywiście tak się dzieje. Druga hipoteza badawcza odpowiada przecząco na to pytanie, zakładając, że spostrzeganie relacji małżeńskich i styl poznawczy u pacjentów depresyjnych w okresie pohospitalizacyjnym różnią się od tych parametrów w grupie kontrolnej osób zdrowych.

Badania przeprowadzono w okresie, gdy pacjenci znajdowali się co najmniej rok (od 1 do 5 lat) od zakończenia ostatniej hospitalizacji psychiatrycznej. Okazało się, że tylko dwadzieścia jeden osób (43.7%) pozostawało w pełnej remisji, u 14 osób (29.2%) stwierdzono objawy depresyjne o lekkim nasileniu, u 10 osób (20.8%) występowały symptomy zespołu depresyjnego o średnim nasileniu, a 3 osoby (6.25%) były głęboko depresyjne. Znalazło to odzwierciedlenie w średnim wyniku Inwentarza Depresji Becka (12.9 punktów), który w sposób istotny statystycznie różnił się od wyniku uzyskanego w grupie kontrolnej (4.9 punktów). Również testy badające negatywne myśli, samoocenę i poczucie beznadziejności potwierdzają utrzymywanie się w okresie pohospitalizacyjnym zaburzonego, depresyjnego stylu myślenia (wyniki Kwestionariusza Myśli Automatycznych, Skali Samooceny Rosenberga i Skali Beznadziejności

są znamienne statystycznie gorsze od otrzymanych w grupie kontrolnej osób zdrowych). Funkcjonowanie poznawcze pacjentów w okresie pohospitalizacyjnym nadal cechuje obniżona samoocena, znaczna częstotliwość występowania negatywnych myśli automatycznych oraz poczucie beznadziejności. Osoby te negatywnie oceniają siebie i teraźniejsze wydarzenia, a przyszłości oczekują z niepokojem.

Jest to zgodne z obserwacjami autorów opisujących długotrwałe zmiany w funkcjonowaniu poznawczym po przejściu głębokiego epizodu depresyjnego (268,82,88,202,235,139,263,259). Przeciwnie do tego poglądu inni uczeni uważają, że depresyjny styl myślenia stanowi jeden z objawów choroby i przemija wraz z jej ustępowaniem (78,114,131,147,154,191,225). Norman, Miller i Dow (171) wysunęli hipotezę, która może łączyć oba podejścia. Według tych autorów depresyjny styl myślenia może początkowo zachowywać się jak objaw choroby i ustępować wraz z poprawą objawową, lecz następnie, wraz z kolejnymi nawrotami, utrwalać się, stając się trwałą cechą wpływającą na funkcjonowanie i przebieg schorzenia.

Prezentowane wyniki nie mogą stanowić głosu w dyskusji w tym sporze, gdyż w badanej grupie obok osób w pełnej remisji znajdowali się również pacjenci aktualnie wymagający leczenia przeciwdepresyjnego (45.8%). Rozstrzygnięcie dylematu czy tzw. myślenie depresyjne jest trwałą cechą pacjentów, czy też tylko jednym z objawów wymaga długoterminowej analizy funkcjonowania poznawczego osób, które po przebyciu epizodu depresji znajdowały się w pełnej remisji oraz analizy funkcjonowania poznawczego w zależności od ilości nawrotów i czasu trwania choroby.

Jak opisano powyżej ocena relacji z partnerem i styl myślenia pozostają ze sobą w istotnym związku. Spostrzeganie przystosowania małżeńskiego badane Skalą Przystosowania w Diadzie (DAS) było w grupie pacjentów znamienne statystycznie gorsze niż w grupie kontrolnej. Osoby depresyjne gorzej oceniały zgodność

współmałżonków co do spraw ważnych dla funkcjonowania w małżeństwie, satysfakcję w diadzie, spójność oraz ekspresję uczuć. Nie wykazano natomiast znamiennych statystycznie różnic między obiema grupami w zakresie powodzenia małżeństwa badanego za pomocą Skali Powodzenia Małżeństwa (wynik nieznacznie gorszy w grupie badanej niż w grupie kontrolnej). Wynika to prawdopodobnie z faktu, że Skala Przystosowania w Diadzie szerzej opisuje różne aspekty życia małżeńskiego (wzajemną zgodność partnerów w zakresie podstawowych wartości, norm, obowiązków, filozofii życia etc., ocenę jakości związku, sposoby komunikacji, okazywanie uczuć), podczas gdy Skala Powodzenia Małżeństwa koncentruje się na bardziej subiektywnym wymiarze odczuwanej satysfakcji małżeńskiej w konfrontacji realności z wymarzoną związką. Być może świadczy to o idealizacji swojego małżeństwa i próbie zaprzeczania istniejącym problemom. Podobną sytuację zaobserwowano w poprzednich badaniach, kiedy to pary małżeńskie deklarowały, że ich związek jest dobry i udany, a równocześnie pytane bardziej szczegółowo ujawniały cały szereg poważnych konfliktów i trudności (264).

Uzyskane wyniki pokazują, że pacjenci depresyjni w porównaniu z osobami zdrowymi gorzej spostrzegają swoje małżeństwo. Utrzymywanie się trudności partnerskich po ustąpieniu ostrych objawów choroby sugerują również inni autorzy (207,93,77,168,219,33). Ich badania pokazują, że w okresie poprawy objawowej rodziny nadal funkcjonują gorzej niż w przypadku osób zdrowych, mają znaczne trudności w rozwiązywaniu problemów, wzajemnej komunikacji, zmniejsza się satysfakcja ze wspólnego życia.

Okazuje się więc, że w okresie pohospitalizacyjnym sytuacja chorego nie wraca całkowicie do normy. Jego styl myślenia pozostaje depresyjny: z większym poczuciem beznadziejności, częstszymi negatywnymi myślami automatycznymi dotyczącymi

siebie, otoczenia i przyszłości, niższą samooceną, a relacje z najbliższym partnerem spostrzegane są jako trudniejsze i bardziej napięte. Stanowi to potwierdzenie drugiej hipotezy badawczej.

W depresji jednym z istotnych czynników, jaki należy brać pod uwagę rozpatrując przebieg choroby i funkcjonowanie pacjenta jest płeć. Okazuje się bowiem, że depresja występuje dwukrotnie częściej u kobiet niż u mężczyzn (36), kobiety są również częściej hospitalizowane z powodu nawrotów choroby i większe jest u nich ryzyko chroniczności (222). Rzadziej występują u nich spontaniczne remisje, a przebieg kolejnych epizodów jest dłuższy (218). Również doświadczenie kliniczne wskazuje, że pacjentki i pacjenci inaczej przeżywają swoją chorobę i konsekwencje jakie niesie ona ze sobą. Tak więc kolejna hipoteza badawcza dotyczy istnienia w okresie pohospitalizacyjnym różnic w ocenie relacji małżeńskich i w stylu poznawczym między kobietami a mężczyznami.

Analiza związku między objawami depresji i stylem poznawczym a spostrzeganiem relacji małżeńskich pokazała, iż u pacjentek kształtuje się on podobnie jak w całej grupie badanej. Nasilenie symptomów choroby, częstotliwość negatywnych myśli automatycznych, samoocena i poczucie beznadziejności pacjentek korelują w sposób istotny z oceną jakości i powodzenia małżeństwa. Podobnie silny związek między sytuacją małżeńską a samooceną u kobiet opisywali Barnett i Nietzel (10) oraz McMahon (165). Zmiany w relacjach partnerskich w znacznie większym stopniu niż u mężczyzn wpływają na ich poczucie tożsamości, a ocena związku małżeńskiego silnie wpływa na ich myślenie o sobie.

U mężczyzn natomiast widoczna jest jedynie korelacja pomiędzy głębokością depresji mierzoną Inwentarzem Depresji Becka (BDI) i Skalą Depresji Hamiltona

(HDRS) oraz częstotliwością negatywnych myśli (ATQ) a Skalą Przystosowanie w Diadzie (DAS). Sugeruje to, że być może związek ze współmałżonkiem w większym stopniu wpływa na samopoczucie i depresyjny styl myślenia u kobiet niż u mężczyzn. Może to wynikać z faktu, iż generalnie dla kobiet dom i rodzina stanowią główne źródło satysfakcji życiowej, oczekiwaniem społecznym jest aby były dobrymi żonami i matkami. Jest również prawdopodobne, że wpływa na to sytuacja zawodowa pacjentów depresyjnych - mężczyźni po okresie hospitalizacji częściej wracają do pracy lub będąc na rencie podejmują dodatkowe zajęcie, natomiast kobiety wycofują się z aktywności zawodowej, co implikuje u nich większe osamotnienie (261,262). Izolacja społeczna sprzyja podtrzymywaniu objawów depresji i negatywnego stylu myślenia. Rola matki i żony często spostrzegana jest jako mało ambitna i frustrująca, dodatkowo obniżając samoocenę (106,105). Tym bardziej więc brak powodzenia w małżeństwie jest spostrzegany przez kobiety jako życiowa klęska.

Zastanawiający jest fakt, że mężczyźni bardziej pesymistycznie niż kobiety oceniają wpływ choroby na swoje małżeństwo. Zdecydowanie negatywne zmiany w relacji z partnerem po zachorowaniu zauważyło 10 pacjentów, brak jakichkolwiek zmian - 11, a zmiany pozytywne tylko 1 pacjent. Natomiast spośród kobiet 8 osób deklarowało pozytywne zmiany, 8 - negatywne, a 10 - brak jakichkolwiek zmian. Mężczyźni również gorzej spostrzegali swoje pożycie seksualne (17 pacjentów deklarowało brak kontaktów seksualnych lub sporadyczne, niesatysfakcjonujące kontakty). Bardziej negatywna ocena wpływu choroby na życie małżeńskie wynika być może z zachwiania wizji mężczyzny jako żywiciela rodziny w momencie, gdy choroba powoduje pogorszenie się sytuacji społecznej i finansowej (a był to jeden z podstawowych problemów zgłaszanych zarówno przez pacjentów, jak i pacjentki). Ponadto pojawiające się trudności seksualne są silniej przeżywane przez mężczyzn, powodując poczucie winy i

obniżenie samooceny. Z codziennych doświadczeń wynika, iż często nie poruszają oni tych bolesnych dla nich spraw z powodu uczucia wstydu czy skrępowania. Uzyskane dane potwierdzają potrzebę zwrócenia większej uwagi na problemy seksualne w trakcie leczenia pacjenta. Już choćby sama rozmowa oraz rzetelne poinformowanie chorego na temat wpływu depresji i/lub leczenia przeciwdepresyjnego na popęd i potencję może odbarczyć z poczucia winy i pozwolić na poszukiwanie rozwiązań.

Z drugiej strony u ośmiu kobiet choroba przyniosła pozytywne zmiany w małżeństwie. Wiązało się to z zaprzestaniem nadużywania alkoholu przez męża oraz z jego większą troską i zainteresowaniem. Być może słabość żony stawiająca mężczyznę przed koniecznością przejęcia jej obowiązków domowych, mobilizuje go do większej aktywności i zaangażowania.

Równocześnie gorsza ocena przez pacjentów wpływu choroby na ich małżeństwo znajduje swoje odzwierciedlenie w badaniach testowych. Wynik uzyskany przez mężczyzn w Skali Przystosowania w Diadzie w istotny sposób różnił się od punktacji w grupie kontrolnej, nie stwierdzono natomiast znamiennych statystycznie różnic między grupą kontrolną a pacjentkami. Warto również zwrócić uwagę, że w porównaniu do kobiet badani pacjenci byli bardziej depresyjni i częściej pojawiały się u nich negatywne myśli automatyczne.

Uzyskane wyniki wskazują, iż czynnik płci jest ważnym parametrem, który należy brać pod uwagę rozpatrując spostrzeganie relacji małżeńskich w aspekcie stylu poznawczego. Chociaż mężczyźni bardziej negatywnie oceniają wpływ choroby na związek z żoną, skarżąc się przede wszystkim na trudności w pożyciu seksualnym, to u kobiet brak powodzenia w małżeństwie staje się życiową klęską, powodując nasilenie objawów choroby, zwiększenie częstotliwości negatywnych myśli automatycznych,

obniżenie samooceny i nasilenie poczucia beznadziejności. To z kolei, na zasadzie błędnego koła, nasila problemy interpersonalne.

W ten sposób można potwierdzić trzecią hipotezą badawczą.

Jak opisano we wstępie choroba żony/męża wywiera istotny wpływ na drugiego współmałżonka. Doświadcza on poczucia winy, lęku, samotności, rozczarowania, obciążony jest nadmiarem obowiązków, rzadko kiedy może liczyć na pomoc rodziny i znajomych, którzy najczęściej nie rozumieją problemów związanych z depresją. Często choroba stawia mur między małżonkami - nawet przy dużej ilości dobrej woli trudno jest osobie zdrowej wczuć się i zrozumieć piekło depresji, kiedy to „jakby za przekreśleniem kontaktu wszystko gaśnie, świat traci swą barwę, przyszłość zmienia się w czarną ścianę nie do przebycia, a przeszłość - w pasmo ciemnych wydarzeń (...)” (143). Człowiek doświadczający depresji i negatywnego sposobu myślenia z nią związanego może niejako „zarażać” swoim smutkiem i pesymizmem najbliższe otoczenie. Z takich obserwacji wynika kolejna hipoteza postawiona w prezentowanej pracy, że spostrzeganie relacji małżeńskich i styl poznawczy różnicuje współmałżonków pacjentów depresyjnych od osób żyjących ze zdrowym partnerem.

W prezentowanych badaniach partnerzy pacjentów depresyjnych nie różnili się od grupy kontrolnej pod względem objawów depresyjnych (średni wynik uzyskany w Inwentarzu Depresji Becka wskazywał na brak depresji, przy nieznacznie większej wartości w grupie współmałżonków pacjentów), samooceny, częstotliwości negatywnych myśli oraz oceny powodzenia małżeństwa. Charakteryzowali się natomiast znamienne większym poczuciem beznadziejności i gorszym spostrzeganiem przystosowania małżeńskiego. Podobnie jak w grupie pacjentów, współmałżonków i grupę kontrolą w sposób istotny statystycznie różnicowały wyniki Skali Przystosowania

w Diadzie (DAS), przy braku znamiennych różnic w Skali Powodzenia Małżeństwa (SPM) - możliwe wytłumaczenie tego zjawiska zostało przedstawione powyżej.

W dotychczasowych badaniach współmałżonków osób cierpiących z powodu depresji zaobserwowano większą ilość problemów zdrowotnych z kręgu chorób psychosomatycznych i zaburzeń psychicznych (32,149). Stwierdzono nawet, iż 40% dorosłych osób żyjących z pacjentem depresyjnym wymaga - z powodu stanów depresyjnych i lękowych - interwencji terapeutycznej (62). Prezentowane dane nie potwierdzają głębszego poziomu objawów depresyjnych wśród współmałżonków pacjentów niż w grupie kontrolnej. Jednakże istotnie większe jest poczucie beznadziejności, świadczące o znacznym pesymizmie i braku wiary w przyszłość. Taka postawa, aczkolwiek nie świadczy o chorobie czy też zaburzeniu psychicznym, nie sprzyja dobremu samopoczuciu i radzeniu sobie z życiowymi problemami. Ponadto dodatkowo nasila poczucie beznadziejności i depresyjny styl poznawczy u pacjenta.

W praktyce klinicznej kontakty ze współmałżonkami osób depresyjnych pokazują, iż wystąpienie choroby wywołuje wśród najbliższego otoczenia poczucie winy i oskarżanie się o różne zachowania, uważane za domniemaną przyczynę zachorowania (265). W tym kontekście zastanawiająca jest stosunkowo wysoka, nie różniąca się od grupy kontrolnej, samoocena. Być może w obliczu kilkuletniego przebiegu choroby współmałżonkowie doświadczają siebie jako osoby wspierające, otaczające opieką i niezbędne, co poprawia sposób myślenia o sobie. Taką tezę pośrednio potwierdzają badania nad stylem komunikacji w parach, w których jedna osoba jest depresyjna. Analiza interakcji werbalnych pokazuje, że niedepresyjni partnerzy z tych par uważają się za osoby bliskie, lecz oceniają swych depresyjnych współmałżonków negatywnie, a sami wyrażają mniej negatywnych samoocen i używają więcej pozytywnych ekspresji swojego samopoczucia (122).

Tak więc można stwierdzić, iż współmałżonkowie pacjentów depresyjnych gorzej - w porównaniu z grupą kontrolną - oceniają swoje związki z partnerem, a ich styl myślenia charakteryzuje się większym poczuciem beznadziejności. Przedstawione wyniki częściowo potwierdzają czwartą hipotezę badawczą.

W tym miejscu pojawia się kolejne pytanie: jaki jest związek u współmałżonków pacjentów depresyjnych między stylem poznawczym a spostrzeganiem relacji małżeńskich oraz jaki wpływ ma na to stan zdrowia pacjenta? W prezentowanej pracy postawiono hipotezę, że istnieje związek między spostrzeganiem relacji małżeńskich i odczuwanych trudności przez współmałżonków pacjentów depresyjnych a ich stylem poznawczym.

Okazuje się, iż bardziej negatywne spostrzeganie małżeństwa wiąże się z większą częstotliwością negatywnych myśli automatycznych oraz obniżoną samooceną. Brak jest natomiast istotnej korelacji między głębokością depresji mierzoną Inwentarzem Depresji Becka i Skalą Depresji Hamiltona oraz poczuciem beznadziejności a oceną relacji małżeńskich. Również nasilenie objawów choroby u pacjenta nie koreluje ze spostrzeganiem związku partnerskiego przez współmałżonka, mimo iż wpływa na odczuwane przez niego trudności.

Okazuje się, iż jednym z parametrów implikujących styl myślenia partnerów życiowych osób depresyjnych jest staż małżeński. W całej grupie współmałżonków dłuższy czas trwania związku łączył się z mniejszą ilością negatywnych myśli automatycznych. Szczególnie silnie wpływ stażu małżeńskiego ujawniał się wśród partnerów osób, które podczas przeprowadzanych badań były średnio lub głęboko depresyjne (wynik w Inwentarzu Depresji Becka powyżej 18 punktów). Zaobserwowano w tej grupie ujemną korelację pomiędzy nasileniem objawów

depresyjnych (BDI, HDRS) i częstotliwością negatywnych myśli automatycznych (ATQ) oraz dodatnią pomiędzy samooceną (RS) żony/męża a stażem małżeńskim. Innymi słowy, im dłuższy był staż małżeński tym wyższa była - w obliczu nawrotu choroby partnera - samoocena, lepszy nastrój, mniejsza ilość negatywnych myśli automatycznych. Dłuższy staż małżeński wiąże się z większą znajomością partnera, przyzwyczajeniem do niego, osiągnięciem stabilizacji życiowej (stabilizacja materialna, starsze, często już samodzielne dzieci itd.) W takiej sytuacji być może choroba powoduje mniejszą „katastrofę” życiową. Przeciwnie - krótki staż wspólnego życia to większe oczekiwania, plany i nadzieje związane ze współmałżonkiem, obciążenie opieką nad dziećmi, zwykle gorsza sytuacja materialna, mglista perspektywa spędzenia życia z chorym człowiekiem. Być może stąd wypływa większe rozczarowanie i stres w chwili kolejnego nawrotu schorzenia. Potwierdzeniem powyższej tezy może być pytanie postawione przez Hafnera i Spence (112) czy czynniki pośredniczące między objawami psychologicznymi a przystosowaniem małżeńskim różnią się ze względu na czas trwania związku. Stwierdzili oni, iż relacja małżeńska zmienia się wraz z czasem jej trwania ze względu na coraz większą adaptację i coraz mniejsze wymagania uznania.

Z przedstawionych danych wynika, iż u współmałżonków istnieje zależność między stylem myślenia a spostrzeganiem relacji małżeńskich, jest ona jednak mniej ewidentna niż u pacjentów. Przy większym nasileniu objawów depresji u chorego męża/chorej żony współmałżonkowie odczuwają większe trudności, co jednak nie ma wpływu na ich ocenę relacji małżeńskich. Ich przystosowanie do choroby, a przede wszystkim do jej nawrotów poprawia się wraz z czasem trwania związku małżeńskiego. Jest to wyjaśnieniem problemu postawionego w piątej hipotezie badawczej i stanowi jej częściowe potwierdzenie.

Kolejnym problemem wyłaniającym się w prezentowanej pracy są różnice w funkcjonowaniu poznawczym, spostrzeganiu relacji małżeńskich i przeżywaniu choroby współmałżonka pomiędzy żonami i mężami osób depresyjnych.

Uzyskane wyniki wskazują na istotnie gorsze samopoczucie i bardziej depresyjny styl poznawczy u kobiet pozostających w związku małżeńskim z chorującymi na depresję mężczyznami. Punktacja uzyskana w Inwentarzu Depresji Becka sugeruje występowanie istotnie większej ilości objawów depresyjnych, zarówno w porównaniu z grupą kontrolną, jak i z mężami depresyjnych pacjentek. Podobnie znamienne statystycznie większe jest poczucie beznadziejności. Również częstość występowania negatywnych myśli automatycznych u żon pacjentów depresyjnych jest większa w porównaniu z mężczyznami, których żony chorują na depresję. Jedynie samoocena jest podobnie wysoka w grupach żon i mężów pacjentów depresyjnych i w grupie kontrolnej.

Kobiety żyjące z depresyjnym mężem oceniają jakość relacji z partnerem i powodzenie małżeństwa gorzej niż w przypadku żon zdrowych mężczyzn. Nie wykazano natomiast różnic w stosunku do mężów pacjentek. U tych ostatnich również poziom objawów depresyjnych mierzonych Inwentarzem Depresji Becka, częstotliwość negatywnych myśli automatycznych, samoocena oraz spostrzeganie relacji małżeńskich były podobne jak w grupie kontrolnej.

Ciekawe spostrzeżenie przynosi analiza korelacji między poszczególnymi testami rozpatrywana oddzielnie u żon i mężów pacjentów depresyjnych. Okazuje się, że w grupie żon nasilenie objawów depresyjnych, poczucie beznadziejności, samoocena i częstotliwość negatywnych myśli automatycznych nie korelują w sposób istotny z oceną małżeństwa, są natomiast ściśle związane z głębokością depresji chorego męża. Czym bardziej depresyjny jest pacjent, tym jego partnerka czuje się gorzej, myśli w

sposób bardziej pesymistyczny, gorzej ocenia swoją osobę. Inaczej wygląda to u mężczyzn, u których spostrzeganie relacji małżeńskich koreluje z samopoczuciem i stylem myślenia, natomiast nasilenie ewentualnych objawów depresyjnych, negatywnych myśli automatycznych, poczucia beznadziejności oraz samoocena nie są zależne od głębokości depresji żony.

Podobnie przedstawia się analiza korelacji między wynikami poszczególnych testów wewnątrz par małżeńskich. Zarówno w grupie kontrolnej, jak i w całej grupie badanej oraz w parach, gdzie pacjentem jest mężczyzna samopoczucie psychiczne, samoocena, poczucie beznadziejności, nasilenie negatywnych myśli automatycznych, spostrzeganie wzajemnego przystosowania i satysfakcji małżeńskiej u jednego współmałżonka są zależne od powyższych parametrów u drugiego z partnerów. Natomiast w parach, gdzie chora jest żona głębokość objawów depresyjnych i samoocena nie korelują między małżonkami, to znaczy nasilenie depresji i niska samoocena żony nie wpływają na pogarszanie się odpowiednich parametrów u męża.

Przedstawione wyniki wskazują, że kobiety i mężczyźni żyjący z osobami cierpiącymi na depresję w odmienny sposób przeżywają chorobę, różnią się spostrzeganiem relacji małżeńskich i stylem poznawczym. Dane na ten temat można również znaleźć w literaturze (127), jednakże ponieważ większość badań nad psychospołecznymi aspektami depresji była przeprowadzana w grupach pacjentek, charakterystyka problemów współmałżonków dotyczy przede wszystkim mężów.

Małżonkowie kobiet depresyjnych opisywani są jako dominujący, częściej stosujący przymus i inne kary, częściej awanturują się i odwołują do osobistych krzywd, odpowiadają na problemy swoich żon krytycyzmem, odrzuceniem, pasywnym wysłuchiowaniem lub unikaniem ich jako nieważnych (26,30,194). Inni autorzy przedstawiają męża osoby depresyjnej jako osobowość o cechach narcystycznych, z

potrzebą ciągłej uwagi i admiracji ze strony innych, niezaspokojonymi ambicjami, chroniczną niepewnością, zazdrością i brakami zdolności do miłości (200). Depresyjne kobiety częściej również mają mężów zaburzonych osobowościowo lub nadużywających alkoholu (201).

Znacznie mniej wiadomo do tej pory na temat charakterystyki żon pacjentów depresyjnych (240). Wydaje się jednak, że choroba partnera wywiera na nie większy, bardziej destrukcyjny wpływ. W większym stopniu niż mężowie depresyjnych kobiet wycofują się z życia społecznego, doświadczają poczucia winy, lęku i samotności (87,86). Odzwierciedleniem tego może być - ukazany w prezentowanych badaniach - bardziej depresyjny styl poznawczy u kobiet żyjących z chorym na depresję mężczyzną.

Istnieje szereg badań nad przyczynami występowania generalnie u kobiet bardziej pesymistycznego, „depresyjnego” stylu myślenia i funkcjonowania. Geneza tego zjawiska sięga dzieciństwa i procesu wychowania chłopców i dziewczynek. Obserwuje się liczne zachowania rodziców i nauczycieli, przyczyniające się do ukształtowania się u dziewczynek zaniżonej samooceny, bierności i zależności. Stawiane są wobec nich niższe oczekiwania sukcesu, bardziej negatywnie niż chłopcy oceniane są w sytuacji porażek, przypisuje się im większą odpowiedzialność za niepowodzenia (211,192). Chłopców natomiast uczy się niezależności i aktywności, wpaja się im nadrzędną rolę w społeczeństwie, przekonuje o sile i nieograniczonych możliwościach, jednocześnie blokuje się rozwój zachowań wyrażających słabość, bezradność, nadmierną emocjonalność (224,254,83). W toku socjalizacji chłopcy nagradzani są za aktywność, uczy się ich jak radzić sobie z problemem. Dziewczynki natomiast nakłaniane są do rozważania przyczyn zaistniałych zdarzeń. W hierarchicznym porządku społecznym mężczyzna ma za zadanie zdobycie wyższej pozycji, przejęcie władzy. Życie dla niego jest ciągłym współzawodnictwem, walką o zachowanie niezależności i uniknięcie

niepowodzenia. Kobieta funkcjonuje raczej w sieci wzajemnych powiązań, opiera się ona na wpojonej jej potrzebie intymności, działania jej zmierzają do osiągnięcia zgody i przyjaźni, współdziałania z grupą i przynależności do niej. Tak wygląda też tradycyjny podział ról w rodzinie: mężczyźni dają się prawo do pięcia się w hierarchii kariery zawodowej, a kobiecie przynależy obowiązek prowadzenia domu i wychowywania dzieci (239).

Tak więc choroba męża i związane z nią trudności w relacjach z nim uderzają w sprawy priorytetowe dla kobiety, podczas gdy mężczyzna, który znajdzie się w podobnej sytuacji może radzić sobie oddając się innym aktywnościom poza domem (np. pracy zawodowej) i czerpiąc z nich satysfakcję. Równocześnie jego podejście do rozwiązywania problemów jest inne i bardziej konstruktywne - stara się działać i odwrócić uwagę od nękających go strapiień. Kobieta natomiast w trudnej sytuacji koncentruje się na przeżywaniu negatywnych wydarzeń, poszukiwaniu przyczyn ich zaistnienia, skupianiu uwagi na swoich uczuciach.

To wszystko może powodować, że żony w większym stopniu angażują się w chorobę współmałżonka, a trudności z nią związane mimo, iż nie są odczuwane jako bardziej uciążliwe i częstsze niż u mężczyzn, wywołują gorsze samopoczucie, nasilają negatywne myślenie i poczucie beznadziejności.

Wyniki prezentowanych badań wskazują na istnienie różnic w stylu poznawczym i spostrzeganiu relacji małżeńskich między żonami a mężczyznami depresyjnych partnerów. Żony są bardziej zaangażowane emocjonalnie w depresję współmałżonka, którego objawy i zaburzone myślenie odbijają się na ich samopoczuciu i stylu kognitywnym. Mężowie natomiast w równym stopniu oceniają uciążliwość związane z chorobą, jednak mają mniejsze poczucie beznadziejności, bardziej pozytywne myśli i ogólnie czują się lepiej. Stanowi to pozytywną weryfikację szóstej hipotezy badawczej.

Przedstawione wyniki badań pozwalają na wyciągnięcie następujących wniosków:

1. Istnieje związek pomiędzy spostrzeganiem relacji małżeńskich przez pacjentów depresyjnych a ich depresyjnym stylem poznawczym oraz nasileniem objawów depresji. Im myślenie pacjenta jest bardziej zaburzone, depresyjne i im bardziej nasilone są objawy choroby tym gorsza jest ocena związku z partnerem i odwrotnie - zaburzone relacje małżeńskie odbijają się na głębokości depresji, częstotliwości negatywnych myśli automatycznych, samoocenie, poczuciu beznadziejności.
2. W okresie pohospitalizacyjnym relacje małżeńskie pacjentów spostrzegane są przez nich jako trudniejsze i bardziej napięte, a ich funkcjonowanie poznawcze cechuje obniżona samoocena, znaczna częstotliwość występowania negatywnych myśli automatycznych oraz poczucie beznadziejności.
3. Czynniki płci jest ważnym parametrem, jaki należy brać pod uwagę analizując w okresie pohospitalizacyjnym styl poznawczy i spostrzeganie relacji interpersonalnych. Związek osoby chorującej na depresję ze współmałżonkiem w większym stopniu wpływa na samopoczucie i styl myślenia u kobiet niż u mężczyzn. Mężczyźni natomiast bardziej pesymistycznie oceniają wpływ choroby na swoje małżeństwo.
4. Choroba żony/męża wywiera istotny wpływ na drugiego współmałżonka, zwiększając jego poczucie beznadziejności i powodując, że relacje partnerskie oceniane są negatywnie.
5. U współmałżonków istnieje zależność między stylem myślenia a spostrzeganiem relacji małżeńskich, jest ona jednak mniej ewidentna niż u pacjentów. Bardziej negatywne spostrzeganie małżeństwa wiąże się z większą częstotliwością

negatywnych myśli automatycznych oraz obniżoną samooceną. Przy większym nasileniu objawów depresji u chorego męża/chorej żony współmałżonkowie odczuwają większe trudności, co jednak nie ma wpływu na ich ocenę relacji małżeńskich. Ich przystosowanie do choroby, a przede wszystkim do jej nawrotów poprawia się wraz z czasem trwania związku małżeńskiego.

6. Istnieją wyraźne różnice w stylu poznawczym i spostrzeganiu relacji małżeńskich między żonami a mężami depresyjnych partnerów. Żony są bardziej zaangażowane emocjonalnie w depresję współmałżonka, którego objawy i zaburzone myślenie odbijają się na ich samopoczuciu i stylu kognitywnym. Mężowie natomiast w równym stopniu oceniają uciążliwości związane z chorobą, jednak mają mniejsze poczucie beznadziejności, bardziej pozytywne myśli i ogólnie czują się lepiej.

Podsumowanie

Przedstawione badania pokazują związek stylu myślenia i relacji małżeńskich u pacjentów depresyjnych i ich współmałżonków. Generalnie przystosowanie małżeńskie w parach z osobą depresyjną jest gorsze niż w grupie kontrolnej. Ocena małżeństwa przez chorych wiąże się ze stylem poznawczym i nasileniem objawów depresyjnych. Relacja ta jest szczególnie widoczna u pacjentek, u których jakość relacji partnerskich w większym stopniu niż u pacjentów wpływa na samopoczucie i sposób myślenia. Nie stwierdzono natomiast takiej zależności u mężczyzn, którzy jednakże gorzej oceniają wpływ choroby na swoje małżeństwo. Zwrócono również uwagę na zgłaszane przez nich trudności seksualne.

Współmałżonkowie pacjentów depresyjnych gorzej niż osoby zdrowe oceniają jakość swoich związków małżeńskich, mają również większe poczucie beznadziejności. Szczególnie wystąpieniem objawów depresyjnych, nasileniem się negatywnych myśli automatycznych i obniżeniem samooceny na pogłębianie się depresji partnera reagują współmałżonkowie o krótkim stażu wspólnego życia.

Głębokość depresji pacjenta koreluje z samopoczuciem i stylem poznawczym żon, przy braku takiej zależności u mężów chorych depresyjnych. Żony wydają się być bardziej zaangażowane w chorobę współmałżonka, co odbija się negatywnie na ich samopoczuciu i sposobie myślenia.

Uzyskane wyniki niosą za sobą implikacje terapeutyczne. Wydaje się, że do realizacji kompleksowego modelu leczenia depresji konieczne jest objęcie opieką terapeutyczną obojga współmałżonków. Pacjent i jego partner powinni być zachęcani

do otwartego mówienia o swoich problemach małżeńskich, w tym szczególnie seksualnych. Te ostatnie dla chorego stanowią dodatkowe źródło cierpienia, a ze strony drugiej osoby często są odbierane jako wyraz odrzucenia, co przyczynia się do narastania napięcia w relacji małżeńskiej. Ogromną rolę mogą odegrać interwencje o charakterze wspierającym i psychoedukacyjnym. Należy wzmacniać we współmałżonku poczucie, że może pomóc, uświadomić mu jak ogromna jest jego rola w procesie leczenia, że - jak twierdzą Waring i wsp. (245) - jako osoba wspierająca może być sam jednym ze środków terapeutycznych. Wydaje się, iż tego typu interwencje są szczególnie potrzebne, gdy osobą chorą jest kobieta. Kolejnym celem powinno być przeciwdziałanie izolacji społecznej i osamotnieniu, a co za tym idzie popadaniu w pesymizm i poczucie beznadziejności. Można tu zaproponować stworzenie grup wsparcia dla chorych depresyjnych i ich rodzin, które rozwijałyby różne formy samopomocy. Z tego typu pomocy mogłyby głównie skorzystać żony pacjentów depresyjnych.

W terapii zarówno osób depresyjnych, jak i współmałżonków szczególnie istotne jest uwzględnienie czynników poznawczych z uwagi na ich wpływ na kontakty z innymi ludźmi, zachowanie, interpretację zjawisk zachodzących między partnerami. Terapeuta zorientowany kognitywnie pomaga obojgu współmałżonkom w dokonaniu realistycznych, racjonalnych ocen poprzez przeanalizowanie negatywnych myśli automatycznych i dysfunkcjonalnych przekonań (99). Z drugiej strony partner może być pomocny w dokonywaniu się zmian struktur poznawczych u chorego depresyjnego. Współmałżonek jest cennym źródłem informacji, może oferować alternatywne spojrzenie na problem, prowokując pacjenta do zmiany myślenia o sobie, relacjach interpersonalnych, otaczającym świecie. Równocześnie kognitywna terapia małżeńska

byłaby pomocna w korygowaniu depresyjnych cech myślenia współmałżonka, a przede wszystkim żony pacjenta depresyjnego.

Depresja niesie za sobą cierpienia dotyczące zarówno pacjenta, jak i jego najbliższego otoczenia, w tym głównie współmałżonka. Dla pełniejszego jej zrozumienia kluczowe staje się uwzględnienie aspektów psychospołecznych, w tym przede wszystkim poznawczych i interpersonalnych. Jednym z istotnych czynników determinujących skutki choroby jest czynnik płci. Prezentowane dane wskazują na konieczność kontynuowania badań nad różnicami relacji małżeńskich i stylu myślenia między depresyjnymi kobietami a mężczyznami oraz ich partnerami. Istotne również wydaje się zróżnicowanie podejścia i interwencji terapeutycznych wobec pacjentów i ich współmałżonków w zależności od tego czy choruje kobieta, czy też mężczyzna.

Streszczenie

Dotychczasowe badania nad etiologią depresji wskazują na jej wieloczynnikowy charakter, w którym mieszczą się różnorodne uwarunkowania biologiczne i psychospołeczne. Postępy farmakoterapii nie rozwiązały całkowicie problemu nawrotowości czy chroniczności choroby, jak również problemu długotrwałych zaburzeń życia rodzinnego i społecznego czy też przedwczesnej inwalidyzacji pacjentów. Stąd wynika poszukiwanie dodatkowych metod oddziaływania terapeutycznego i wzrost zainteresowania psychospołecznymi aspektami depresji. Szczęólnego znaczenia nabrały dwa kierunki: teoria poznawcza i społeczny kontekst choroby. Niestety, powstały i rozwijały się one niezależnie od siebie. Uczeń zorientowany poznawczo mało uwagi poświęcał procesom społecznym zachodzącym w depresji, a badacze zajmujący się społecznymi i interpersonalnymi aspektami choroby nie wykazywali zainteresowania funkcjonowaniem poznawczym pacjentów depresyjnych.

Istotny wpływ na przebieg leczenia i rehabilitacji wydaje się mieć jakość związku małżeńskiego. W rodzinach obserwuje się znaczne zaburzenia funkcjonowania i wzajemnej komunikacji, oddalenie emocjonalne, wycofywanie się z życia społecznego i towarzyskiego, brak źródeł wsparcia. Skutki tej sytuacji są odczuwane zarówno przez chorego, jak i jego najbliższe otoczenie, a przede wszystkim współmałżonka.

Na spostrzeganie problemów warto spojrzeć z punktu widzenia funkcjonowania poznawczego i stylu myślenia, który - zgodnie z modelem kognitywnym depresji - ma istotny wpływ na powstawanie i utrzymywanie się objawów depresyjnych oraz

implikuje zachowanie. Może to - na zasadzie błędnego koła - prowadzić do dalszego pogarszania się relacji interpersonalnych.

Celem badań jest analiza stylu poznawczego oraz spostrzegania relacji małżeńskich przez pacjentów z rozpoznaniem depresji endogennej (choroby afektywnej jednobiegunowej) i ich współmałżonków.

Badaniami objęto 48 par małżeńskich, w których jeden ze współmałżonków był hospitalizowany na Oddziale D Kliniki Psychiatrii Dorosłych z rozpoznaniem depresji endogennej (choroby afektywnej jednobiegunowej). Zastosowano następujące metody badawcze:

- * Dokładny wywiad wg. jednolitego kwestionariusza ze szczególnym uwzględnieniem przebiegu choroby i leczenia, aktualnego stanu zdrowia, oceny aktualnej sytuacji rodzinnej, społecznej i zawodowej, danych na temat rodziny generacyjnej, oceny przez pacjenta wpływu choroby na różne aspekty życia małżeńskiego;
- * Ocena głębokości zaburzeń depresyjnych (Inwentarz Depresji Becka, Skala Depresji Hamiltona);
- * Ocena stylu poznawczego (Skala Beznadziejności, Skala Samooceny Rosenberga, Kwestionariusz Negatywnych Myśli Automatycznych);
- * Ocena spostrzegania relacji małżeńskich (Skala Przystosowania w Diadzie, Skala Powodzenia Małżeństwa, wywiad).

Taki sam zestaw testów i skal otrzymali współmałżonkowie pacjentów depresyjnych, dodatkowo wypełniali oni kwestionariusz dotyczący odczuwanych przez

nich w związku z chorobą męża/żony trudności. Za pomocą wymienionych wyżej skal badane były również pary małżeńskie zdrowych ochotników, stanowiące grupę kontrolną.

Otrzymane wyniki wskazują na związek pomiędzy stylem myślenia a spostrzeganiem relacji małżeńskich u pacjentów depresyjnych i ich współmałżonków. Generalnie przystosowanie małżeńskie w parach z osobą depresyjną jest gorsze niż w grupie kontrolnej. Ocena małżeństwa przez chorych wiąże się z ich stylem poznawczym i nasileniem objawów depresyjnych. Relacja ta jest szczególnie widoczna u pacjentek, u których jakość związku partnerskiego w większym stopniu niż u pacjentów wpływa na samopoczucie i sposób myślenia. Nie stwierdzono natomiast takiej zależności u mężczyzn, którzy jednakże gorzej oceniają wpływ choroby na swoje małżeństwo. Zwrócono również uwagę na zgłaszane przez nich trudności seksualne.

Współmałżonkowie pacjentów depresyjnych gorzej niż osoby zdrowe oceniają jakość swoich związków małżeńskich, mają również większe poczucie beznadziejności. Szczególnie wystąpieniem objawów depresyjnych, nasileniem się negatywnych myśli automatycznych i obniżeniem samooceny na pogłębianie się depresji partnera reagują współmałżonkowie o krótkim stażu wspólnego życia.

Głębokość depresji pacjenta koreluje z samopoczuciem i stylem poznawczym żon, przy braku takiej zależności u mężów chorych depresyjnych. Żony wydają się być bardziej zaangażowane w chorobę współmałżonka, co odbija się negatywnie na ich samopoczuciu i sposobie myślenia.

Dla pełniejszego zrozumienia depresji i realizowania kompleksowego modelu jej leczenia istotne wydaje się kontynuowanie badań nad integracją poznawczych i interpersonalnych aspektów choroby.

1. Abrahams MJ, Whitlock FA: Childhood experience and depression. *British Journal of Psychiatry*, 1969, 115, 883-888;
2. Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale JD: Learned helplessness in human: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 1978, 87, 49-74;
3. Ackerman N: The affective climate in families with psychosis. *Problems of psychosis. Excerpta Medica International Congress Series*, Elsevier North, Amsterdam, 1969, 194, 129-139;
4. Alloway R, Bebbington P.: The buffer theory of social support - a review of the literature. *Psychological Medicine*, 1987, 17, 91-108;
5. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, IVth edition, American Psychiatric Association, Washington DC, 1994;
6. Andrew B, Hawton K, Fagg J, Westbrook D: Do psychosocial factors influence outcome in severely depressed female psychiatric inpatients. *British Journal of Psychiatry*, 1993, 163, 742-754;
7. Arieti S: *Manic-depressive psychosis*. W: *American Handbook of Psychiatry*, t.1. Basic Books Inc. Publishers, New York, 1967;
8. Bachrach LL: Marital status nad mental disorder: an analytical review. *National Institute of Mental Health DHEW Publication No ADM 75-217*. Washington DC, US Government Printing Office, 1975;
9. Barbaro B: Brzemie rodziny w schizofrenii. Próba ujęcia systemowego. *Praca habilitacyjna. Sekcja Psychoterapii Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego*, Kraków, 1992;
10. Barnett LR, Nietzel MT: Relationship of instrumental and affectional behaviors and self-esteem to marital satisfaction in distressed and nondistressed couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, 47, 946-957;
11. Beach SRH, Arias I, O'Leary KD: The relationship of marital satisfaction and social support to depressive symptomatology. *Journal of Psychopathology nad Behavioral Assessment*, 1987, 8, 305-316;

12. Bech P: Acute therapy of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1993, 54, 18-27;
13. Beck AT, Kovacs M., Weissman A: Hopelessness and suicidal behavior: An overview. *JAMA*, 1975, 234, 1146-1149;
14. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G: *Cognitive therapy of depression*. New York, Guilford Press, 1979;
15. Beck AT, Steer RA, Garbin MG: Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 1988, 8, 77-100;
16. Beck AT, Steer RA, Kovacs M, Garrison B: Hopelessness nad eventual suicide: a 10 year prospective study of patients hospitalized with suicide ideation. *American Journal of Psychiatry*, 1985, 142, 559-563;
17. Beck AT, Ward CH, Mendelson M., Mock JE, Erbaugh JK: An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 1961,4,561-571;
18. Beck AT, Weissman A, Lerster T, Trexler L: The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1974, 42, 861-865;
19. Beck AT: *Depression: Clinical, experimantal and theoretical aspects*. Harper and Row, New York, 1967;
20. Beck JC, Worthen K: Precipitating stress, crisis theory and hospitalization in schizophrenia and depression. *Archives of General Psychiatry*, 1972, 26, 123-9;
21. Bidzińska E: Czynniki stresowe w chorobach afektywnych. *Psychiatria Polska*, 1984, 17, 469-475;
22. Bifulco AT, Brown GW, Harris TO: Childhood loss of parent, lack of adequate parental care and adult depression: A replication. *Journal of Affective Disorders*, 1987, 12, 115-128;
23. Billings AG, Cronkite R, Moos R: Social-environmental factors in unipolar depression: comparison of depressed patients and nondepressed controls. *Journal of Abnormal Psychology*, 1983, 93, 119-133;
24. Billings AG, Moos RH: Psychosocial processes of remission in unipolar depression: comparing depressed patients with matched community controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1985, 53, 314-325;

25. Billings AG, Moos RH: Psychosocial theory and research on depression: An integrative framework and review. *Clinical Psychology Review*, 1982, 2, 213-237;
26. Birtchnell J, Kennard J: Does marital maladjustment lead to mental illness? *Social Psychiatry*, 1983, 18, 79-88;
27. Blackburn IM, Bishop S: Changes in cognitions with pharmacotherapy and cognitive therapy. *British Journal of Psychiatry*, 1983, 149, 609-618;
28. Blaney PH: Affect and memory: a review. *Psychological Bulletin*, 1986, 99, 229-246;
29. Blazer D: Mood disorders: epidemiology. W: Kaplan HI, Sadock BJ (red): *Comprehensive textbook of psychiatry*. T.1. William and Wilkins, Baltimore, 1995, str. 1079-1089;
30. Blood RO, Wolfe DM: *Husbands and wives: The dynamics of married living*. New York, Free Press, 1960;
31. Bogdanowicz E, Kalinowski A: Kryteria oceny skuteczności leków przeciwdepresyjnych w endogennych zespołach depresyjnych (porównanie Skali Depresji Hamiltona i CGI). *Leki Psychotropowe*, 1994, 4, 3-16;
32. Borden W: Stress, coping, and adaptation in spouses of older adults with chronic dementia: predictors of psychological well being. *Social Work Research and Abstracts*, 1991, 27, 14-22;
33. Bothwell S, Weissman MM: Social impairments four years after an acute depressive episode. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1977, 47, 231-237;
34. Bouras N, Vanger P., Bridges PK: Marital problems in chronically depressed and physically ill patients nad their spouses. *Comprehensive Psychiatry*, 1986, 27, 127-130;
35. Bower GH: Mood and memory. *American Psychologist*, 1981, 36, 129-148;
36. Boyd JH, Weissman MM: Epidemiology. W: ES Paykel (red.) *Handbook of affective disorders*. Edinburgh, Churchill Livingstone, 1982, 109-125;
37. Braun-Gałkowska M: Psychologiczna analiza systemów rodzinnych osób zadowolonych i niezadowolonych z małżeństwa. *Towarzystwo Naukowe KUL*, Lublin 1992, 44-46;
38. Brim JA, Witcoff C, Wetzel RD: Social network characteristics of hospitalized depressed patients. *Psychological Reports*, 1982, 50, 423-433;

39. Britchnell J: Negative models of relating, marital quality and depression. *British Journal of Psychiatry*, 1991, 158, 648-657;
40. Broszkiewicz E: O znaczeniu środowiska rodzinnego w ambulatoryjnym leczeniu depresji. *Psychiatria Polska*, 1971, 5, 169-175;
41. Brown GW, Beck AT: The role of imperatives in psychopathology: A reply to Ellis. *Cognitive Therapy and Research*, 1989, 13, 315-322;
42. Brown GW, Bifulco AT, Harris TO: Life vents, vulnerability and onset of depression: Some refinements. *British Journal of Psychiatry*, 1987, 150, 30-42;
43. Brown GW, Birley JLT, Wing JK: Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *British Journal of Psychiatry*, 1972, 121, 241-258;
44. Brown GW, Harris TO, Copeland JR: Depression and loss. *British Journal of Psychiatry*, 1977, 130, 1-18;
45. Brown GW, Harris TO, Peto J: Life events and psychiatric disorders. Part 2. Nature of causal link. *Psychological Medicine*, 1973, 3, 159-176;
46. Brown GW, Harris TO: Social origins of depression. A study of psychiatric disorders in women. London, Tavistock, 1978;
47. Brown GW, Ni Bhrolchain M., Harris TO: Psychotic and neurotic depression. *Journal of Affective Disorders*, 1979, 1, 195-211;
48. Brugha T, Conroy R, Walsh N, Delaney W, O'Hanlon J, Dondero E, Daly L, Hickey N, Bourke G: Social networks, attachments and support in minor affective disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry*, 1982, 141, 249-255;
49. Buchwald AM: Depressive mood and estimates of reinforcement frequency. *Journal of Abnormal Psychology*, 1977, 83, 443-446;
50. Bumberry W, Oliver JM, McClure JN: Validation of the Beck Depression Inventory in university population using psychiatric estimate as a criterion. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1978, 46, 150-155;
51. Cieślak K: Zadowolenie z małżeństwa a poziom wzajemnej otwartości małżonków. *Psychoterapia*, 1988, 67(4), 40-47;
52. Clausen JA, Yarrow MR, Deasy LC, Schwartz CG: The impact of mental illness: research formulation. *Journal of Social Issues*, 1955, 11, 6-11;

53. Cleary PD, Mechanic D: Sex differences in psychological distress among married people. *Journal of Health and Social Behavior*, 1983, 24, 111-121;
54. Clinical Practice Guideline: Depression in primary care. Volume 1: Detection and diagnosis. U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, 1993;
55. Cobb S: Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 1976, 38, 300-315;
56. Corney RH: Marital problems and treatment outcome in depressed women: a clinical trial of social work intervention. *British Journal of Psychiatry*, 1987, 151, 652-659;
57. Corney RH: The effectiveness of social workers in management of depressed female patients in general practice. *Psychological Medicine*, 1984, 14 (Monograph Supplement 6);
58. Coryell W, Scheftner W, Keller M., Endicott J, Maser J, Klerman GL: The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *American Journal of Psychiatry*, 1993, 150, 720-727;
59. Coryell WR, Noyes R, Clancy J: Excess mortality in panic disorder: a comparison with primary unipolar depression. *Archives of General Psychiatry*, 1982, 39, 701-703;
60. Costello CG: Social factors associated with depression: a retrospective study. *Psychological Medicine*, 1982, 12, 329-339;
61. Coulehan JL, Schulberg HC, Block MR, Janosky JE, Arena VC: Medical comorbidity of major depressive disorder in a primary medical practice. *Archives of Internal Medicine*, 1990, 150, 2363-2367;
62. Coyne CC, Kessler RC, Tal M., Turnbull J, Wortman CB, Greden JF: Living with a depressed person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, 55, 347-352;
63. Coyne JC, Gotlib IH: The role of cognition in depression: a critical appraisal. *Psychological Bulletin*, 1983, 94, 472-505;
64. Crane DR, Allgood SM, Larson JH, Griffin W: Assessing marital quality with distress and nondistressed couples: A comparison and equivalency table for three frequently used measures. *Journal of Marriage and the Family*, 1990, 52, 87-93;
65. Crowther JH: The relationship between depression and marital maladjustment: a descriptive study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1985, 173, 227-231;

66. Cui X, Vaillant GE: Antecedents and consequences of negative life events in adulthood: A longitudinal study. *American Journal of Psychiatry*, 1996, 152, 21-26;
67. Cui X, Vaillant GE: Does depression generate negative life events? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1997, 185, 145-150;
68. Cummings EM, Davies PT: Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1994, 35, 73-112;
69. Czapiński J: Szczęście - złudzenie czy konieczność. W: Kofta M., Szustrowa T (red): *Złudzenia, które pozwalają żyć. Szkice z psychologii społecznej*. PWN, Warszawa, 1991;
70. Czapiński J: Wartościowanie - zjawisko inklinacji pozytywnej. O naturze optymizmu. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wyd. PAN, 1985;
71. Dattilio FM, Padesky CA: *Cognitive therapy with couples*. Professional Resource Exchange, Sarasota, 1990;
72. De Benedittis G, Lorenzetti A: The role of stressful life events in the persistence of primary headache: major events vs daily hassles. *Pain*, 1992, 51, 35-42;
73. Dean A, Ensel WM: Modelling social support, life events, competence and depression in the context of age and sex. *Journal of Community Psychology*, 1982, 10, 392-408;
74. Depue RA, Monroe SM: Conceptualization and measurement of human disorder in life stress research: the problem of chronic disturbance. *Psychological Bulletin*, 1986, 99, 36-51;
75. Derry P, Kuiper NA: Schematic processing and self-reference in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 1981, 90, 286-297;
76. Dobson KS, Breiter HJ: Cognitive assessment of depression: Reliability and validity of three measures. *Journal of Abnormal Psychology*, 1983, 92, 107-109;
77. Dobson KS: Marital and social adjustment in depressed and remarried women. *Journal of Clinical Psychology*, 1987, 43, 261-265;
78. Dohr, K.B., Rush, A.J., Bernstein, I.H. Cognitive biases and depression. *Journal of Abnormal Psychology* 98:263-267, 1989;

79. Dohrenwend BP, Shrout PE, Link B, Martin J, Scodol A: Overview and initial results from a risk-factor study of depression and schizophrenia. W: JE Barret (red): Mental disorders in the community: Progress and chalanges. New York, Guilford Press, 1986;
80. Dukheim E: Suicide: a study in sociology. The Free Press, New York, 1951 (1897);
81. Duman RA, Heninger GR, Nestler EJ: Adaptations of receptor-coupled signal transduction pathways underlying stress- and drug-induced neural plasticity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1994, 182, 692-700;
82. Eaves, G., Rush, A.J. Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of Abnormal Psychology* 93:31-40, 1984;
83. Eichelberger W: Kobieta bez winy i wstydu, Wydawnictwo Do, Warszawa, 1997;
84. Ellard K, Beaurepaire J, Jones M., Piper D, Tennant C: Acute and chronic stress in duodenal ulcer disease. *Gastroenterology*, 1990, 99, 1628-1632;
85. Emmarson JP, Burvill PW, Finlay-Jones R, Hall W: Life events, life difficulties and confiding relationships in depressed elderly. *British Journal of Psychiatry*, 1989, 155, 787-792;
86. Fadden G, Bebbington P., Kuipers L: Caring and its burdens: a study of the spouse of depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 1987, 151, 660-667;
87. Fadden G, Bebbington P., Kuipers L: The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, 1987, 150, 285-292;
88. Fava, M., Bless, E., Otto, M.W., Pava, J.A., Rosenbaum, J.F. Dysfunctional attitudes in major depression. Changes with pharmacotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182:45-49, 1994;
89. Fincham F, Bradburry T: The impact of attributions in marriage: Empirical and conceptual foundations. *British Journal of Clinical Psychology*, 1988, 27, 77-90;
90. Forrest AD, Fraser RH, Priest RG: Environmental factors in depressive illness. *British Journal of Psychiatry*, 1965, 111, 243-253;
91. Fredman L, Weissman MM, Leaf PJ, Bruce ML: Social functioning in community residents with depression and other psychiatric disorders: results of the New Haven Epidemiologic Catchment Area Study. *Journal of Affective Disorders*, 1988, 15, 103-112;

92. Gabbard GO, Goodwin FK: Integrating biological and psychosocial perspectives. W: Dickstein LJ, Riba MB, Oldham JM (red): Review of Psychiatry, American Psychiatric Press, Washington, 1996, 527-548;
93. Goering P., Wasylenki D, Lancee W: Social support and post hospital outcome for depressed women. Canadian Journal of Psychiatry, 1983, 28, 612-618;
94. Goering PN, Lancee WJ, Freeman SJJ: Marital support and recovery from depression. British Journal of Psychiatry, 1992, 160, 76-82;
95. Gold PW, Goodwin FK, Chrousos GP: Clinical and biochemical manifestations of stress: Relation to the neurobiology of stress, Part II. New England Journal of Medicine, 1988, 319, 413-420;
96. Gotlib IH, Cane DB: Construct accessibility and clinical depression: a longitudinal approach. Journal of Abnormal Psychology, 1987, 96, 199-204;
97. Gotlib IH, Colby CA: Treatment of depression: an interpersonal system approach. New York, Pergamon Press, 1987;
98. Gotlib IH, Hammen CL: Psychological aspects of depression. Towards cognitive - interpersonal integration. Wiley and Sons, Chichester, 1992;
99. Gotlib IH, Hammen CL: Toward a cognitive - interpersonal conceptualization of depression. W: Gotlib IH, Hammen CL: Psychological aspects of depression. Wiley and Sons, Chichester, 1992, 245-26;
100. Gotlib IH, Lee CM: The social functioning of depressed patients: a longitudinal assessment. Journal of Social and Clinical Psychology, 1989, 8, 223-237;
101. Gotlib IH, Mount JH, Cordy NI, Whiffen VE: Depressed mood nad perceptions of early parenting: A longitudinal investigation. British Journal of Psychiatry, 1988, 152, 24-27;
102. Gotlib IH, Whitten VE: Stress, coping and marital satisfaction in couples with a depressed wife. Canadian Journal of Behavioral Science, 1989, 21, 401-418;
103. Gotlib IH: Perception and recall of interpersonal feedback: negative bias in depression. Cognitive Therapy and Research, 1983, 7, 399-412;
104. Gotlib IH: Self-reinforcement and recall: differential deficits in depressed and nondepressed psychiatric patients. Journal of Abnormal Psychology, 1981, 90, 521-530;

- 105.Gove WR, Tudor J: Adult sex roles and mental illness. *American Journal of Sociology*, 1973, 78, 812;
- 106.Gove WR: Sex differences in mental illness among adult men and women: An evaluation of four questions raised regarding the evidence of the higher rates of women. *Social Science and Medicine*, 1978, 12B, 187-198;
- 107.Gove WR: The relationship between sex roles, marital status and mental illness. *Social Forces*, 1972, 51, 34-44;
- 108.Grad J, Sainsbury P.: Mental illness and the family. *Lancet*, 1963, 1, 544-547;
- 109.Grigg F, Fletcher GJO, Fitness J: Spontaneous attributions in happy and unhappy dating relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1989, 6, 61-68;
- 110.Grzegółowska - Klarkowska H: Samoobrona przez samooszukiwanie się. W: Kofta M., Szustrowa T (red): *Złudzenia, które pozwalają żyć. Szkice z psychologii społecznej*. PWN, Warszawa, 1991;
- 111.Habrat E: Psychoterapia depresji endogennych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 1992, 1, 339-347;
- 112.Hafner RJ, Spence NS: Marriage duration, marital adjustment and psychological symptoms: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Psychology*, 1988, 44, 309-316;
- 113.Hamilton M.: A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 1960, 23, 56-62;
- 114.Hamilton E.W., Abramson, L.Y. Cognitive patterns in major depressive disorder: A longitudinal study in a hospital setting. *Journal of Abnormal Psychology*, 92:173-184, 1983;
- 115.Hammen C, Burge D, Adrian C: Timing of mother and child depression in a longitudinal study of children at risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991, 59, 341-345;
- 116.Hammen C: Depression runs in families: the social context of risk and resilience in children of depressed mothers. New York, Springer Verlag, 1991;
- 117.Hammen G: Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 1991, 100, 555-561;

118. Harrell TH, Ryon NB: Cognitive-behavioral assessment of depression: Clinical validation of the Automatic Thoughts Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983, 52, 721-725;
119. Harris T, Creed F, Brugha TS: Stressful life events and Graves' disease. *British Journal of Psychiatry*, 1992, 161, 535-541;
120. Harris TO, Brown GW, Bifulco AT: Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: the role of lack of adequate parental care. *Psychological Medicine*, 1986, 16, 641-659;
121. Harris TO, Brown GW, Bifulco AT: Loss of parent in childhood and psychiatric disorder: the role of social class position and premarital pregnancy. *Psychological Medicine*, 1987, 17, 163-183;
122. Hautzinger M, Linden M, Hoffman N: Distressed couples with and without a depressed partner: An analysis of their verbal interaction. *Journal of Behavioural Therapy and Experimental Psychiatry*, 1982, 13, 307-314;
123. Hautzinger M., Linden M., Hoffman N: Distressed couples with and without a depressed partner: an analysis of their verbal interaction. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychology*, 1982, 13, 307-314;
124. Hawkins RD, Kandel ER, Siegelbaum SA: Learning to modulate transmitter release: themes and variations in synaptic plasticity. *Annual Review of Neuroscience*, 1993, 16, 625-665;
125. Hays RD, Wells KB, Sherbourne CD., Rogers W, Spritzer K: Functioning and well-being outcomes of patients with depression compared with chronic general medical illnesses. *Archives of General Psychiatry*, 1995, 52, 11-19;
126. Henderson AS, Byrne DG, Duncan-Jones P.: *Neurosis and the social environment*. Academic Press, Sydney, Australia, 1981;
127. Hinchliffe HK, Hooper D, Roberts JF: *Melancholia małżeńska*. PWN, Warszawa, 1987;
128. Hirschfeld R: Situational depression - validity of the concept. *British Journal of Psychiatry*, 1981, 139, 297-305;
129. Hollon SD, Kendall PC, Lumry A: Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 1986, 94, 52-59;

130. Hollon SD, Kendall PC: Cognitive self-statements in depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 1980, 4, 383- 95;
131. Hollon, S.D., Kendall, P.C., Lumry, A. Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 94:52-59, 1986;
132. Hooley JM, Orley J, Teasdale JG: Levels of expressed emotions and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 1986, 148, 642-647;
133. Hui WM, Shiu LP, Lok AS, Lam SK: Life events and daily stress in duodenal ulcer: a prospective study of patients with active disease and in remission. *Digestion*, 1992, 52, 165-172;
134. Ilfeld F: Current social stressors and symptoms of depression: an overview. *American Journal of Psychiatry*, 1977, 134, 161-166;
135. Ingram RE: Toward an information-processing analysis of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 1984, 8, 443-477;
136. Jacobs S.C., Prusoff BA, Paykel ES: Recent life events in schizophrenia and depression. *Psychological Medicine*, 1974, 4, 444-453;
137. Jacobson NS, Margolin G: Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles. New York, Brunner/Mazel, 1979;
138. Jakubowska U: Podejście behawioralno-poznawcze. W: Grzesiuk L (red): *Psychoterapia*, PWN, Warszawa, 1994;
139. Jawor M: Depresja - funkcjonowanie poznawcze po przebytej chorobie. Praca doktorska. Karków, 1997;
140. Kahn J, Coyne JC, Margolin G: Depression and marital disagreement: The social construct of despair. *Journal of Social and Personal Relationships*, 1985, 2, 447-461;
141. Kandel ER, O'Dell TJ: Are adult learning mechanisms also used for development? *Science*, 1992, 258, 243-245;
142. Katon W, von Korff M., Lin E, Lipscomb P., Russo J, Wagner E, Polk E: Distressed high utilizers of medical care: DSM III R diagnoses and treatment needs. *General Hospital Psychiatry*, 1990, 12, 355-362;
143. Kępiński A: *Melancholia*. PZWL, Warszawa, 1974;

- 144.Kofta M.: Człowiek jako przyczyna zdarzeń. W: Kofta M., Szustrowa T (red):
Złudzenia, które pozwalają żyć. Szkice z psychologii społecznej. PWN, Warszawa,
1991;
- 145.Kohlberger W: O zasadniczych, tj. typowych postaciach chorób umysłowych
pojedynczych, złożonych i powikłanych. Warszawa, 1901, str. 24-25;
- 146.Kozielecki J: Koncepcje psychologiczne człowieka. Wyd. ŻAK, Warszawa, 1995;
- 147.Krantz, S., Hammen,C. Assessment of cognitive bias in depression. *Journal of
Abnormal Psychology* 88:611-619, 1979;
- 148.Kreisman DE, Joy VD: Family response to the mental illness of a relative: a review
of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 1974, 10, 34-57;
- 149.Kreitman N: The patient`s spouse. *British Journal of Psychiatry*, 1964, 110, 159-
173;
- 150.Krzyżowski J, Lewicka H, Łukaszewska B, Łosieczko T, Marcjan K, Pietruszewska
J, Spasowicz E: Porównanie wyników wybranych skal klinicznych u pacjentów z
zespołami depresyjnymi. *Psychiatria Polska* 1981, 15, 49-57;
- 151.Kuipers L: Depression and the family. W: J. Orford (red): *Coping with disorder in
the family*. London, Croom-Helm, 1987;
- 152.Leff M., Roatch J, Bunney W: Environmental factors preceding the onset of severe
depressions. *Psychiatry*, 1970, 33, 293-311;
- 153.Lewicka M.: Aktor czy obserwator. Psychologiczne mechanizmy odchyień od
racjonalności w myśleniu potocznym. Polskie Towarzystwo Psychologiczne,
Warszawa-Olsztyn, 1993;
- 154.Lewinsohn,P.M., Steimetz, J.L., Larson, D.W., Franklin, J. Depression-related
cognitions: Antecedent or consequence? *Journal of Abnormal Psychology*, 90:
213-219, 1981;
- 155.Lewis L, Mercatoris M, Cole CS, Leonard A: The self-control process in episodic
depression. Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy,
New York, 1980;
- 156.Lloyd C: Life events and depressive disorder reviewed. I. Events as predisposing
factors. *Archives of General Psychiatry*, 1980, 37, 529-535;
- 157.Lloyd C: Life events and depressive disorder reviewed. I. Events as precipitating
factors. *Archives of General Psychiatry*, 1980, 37, 541-548;

- 158.Lloyd GG, Lishman WA: Effects of depression on the speed of recall of pleasant and unpleasant experiences. *Psychological Medicine*, 1975, 5, 173-180;
- 159.Małkiewicz - Borkowska M, Namysłowska I: Przewlekła depresja a relacje w małżeństwie. *Psychiatria Polska*, 1995, 29, 801-808;
- 160.MacLeod C, Mathews AM: Cognitive-experimental approaches to the emotional disorders. W: R.Martin (red): *Handbook of the behavior therapy and psychological science*. New York, Pergamon Press, 1991, str. 116-150;
- 161.Mathews A, Bradley B: Mood and the self-reference bias in recall. *Behaviour Research and Therapy*, 1983, 21, 233-240;
- 162.Mazurek J, Kiejna A: Ekonomiczna ocena leczenia depresji. Porównanie leków trójcyklicznych oraz selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwyty serotoniny. *Psychiatria Polska*, 1996, 30 (1), 87-98;
- 163.McDowall J: Recall of pleasant and unpleasant words in depressed subjects. *Journal of Abnormal Psychology*, 1984, 93, 401-407;
- 164.McLean P, Hakstian AR: Clinical depression. Comparative efficacy of out-patient treatment. *Journal of Consulting nad Clinical Psychology*, 1979, 47, 815-836;
- 165.McMahon SL: Women in marital transition. W: Brodsky AM i Hare-Mustin RT (red): *Women and psychotherapy*. Guilford Press, New York, 1980, str.365-382;
- 166.McPherson H, Herbison P., Romans S: Life events and relapse in established bipolar affective disorder. *British Journal of Psychiatry*, 1993, 163, 381-385;
- 167.Merikangas K, Weissman M, Prusoff B, John K: Assortative mating and affective disorders: psychopathology in offsprings. *Psychiatry*, 1988, 51,48-57;
- 168.Merikangas KR, Prusoff BA, Kupfer DJ: Marital adjustment in major depression. *Journal of Affective Disorders*, 1985, 9, 5-11;
- 169.Miller IW, Kabacoff RI, Keitner GI, Epstein NB, Bishop DS: Family functioning in the families of psychiatric patients. *Comprehensive Psychiatry*, 1986, 27, 302-312;
- 170.Mitchell RE, Moos RH: Deficiencies in social support among depressed patients: antecedents or consequences of stress. *Journal oh Health and Social Behavior*, 1984, 25, 438-452;
- 171.Norman WH, Miller IW, Dow MG: Characteristics of depressed patients with elevated levels of dysfunctional cognitions. *Cognitive Therapy and Research*, 1989, 12, 39-51;

- 172.O'Leary KD, Christian JL, Mendell NR: A closer look at the link between marital discord and depressive symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1994, 13, 33-41;
- 173.Oliver J, Handal P, Finn T, Herdy S: Depressed and nondepressed students and their siblings in frequent contact with their families: Depression and perceptions of the family. *Cognitive Therapy and Research*, 1987, 11, 501-515;
- 174.Pardoen D, Bauwens F, Dramaix M., Tracy A, Genevrois C, Staner L, Mendlewicz J: Life events and primary affective disorders. A one year prospective study. *British Journal of Psychiatry*, 1996, 169, 160-166;
- 175.Parker G: Parental reports of depressives: An investigation of several explanations. *Journal of Affective Disorders*, 1981, 3, 131-140;
- 176.Parker G: Validating an experiential measure of parental style: The use of a twin sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1986, 73, 22-27;
- 177.Parker JB, Spielberger CD., Wallace DK, Becker J: Factors in manic-depressive reaction. *Diseases of Nervous System*, 1959, 20, 505-511;
- 178.Parnowski T: Charakterystyka kliniczna zespołu depresyjnego w chorobie afektywnej jednobiegunowej i dwubiegunowej. *Psychiatria Polska*, 1984, 18, 1-7;
- 179.Parry G, Shapiro DA: Social support and life events in working-class women: stress buffering or independent effects? *Archives of General Psychiatry*, 1986, 43, 315-323;
- 180.Pattison EM, de Francisco D, Wood P., Frazier H, Crowder J: A psychosocial kinship model for family therapy. *American Journal of Psychiatry*, 1975, 132, 1246-1251;
- 181.Paykel E, Prusoff B, Klerman G: The endogenous-neurotic continuum in depression - rater independence and factor distributions. *Journal of Psychiatric Research*, 1971, 8, 73-90;
- 182.Paykel E, Rao B, Taylor C: Life stress and symptom patterns in outpatient depression. *Psychological Medicine*, 1984, 14, 559-568;
- 183.Paykel E: Recent life events and clinical depression. W: E. Gunderson, R. Rahe (red): *Life stress and illness*. Thomas, Springfield, IL, 1974;
- 184.Paykel ES, Myers JK, Dienelt MN, Klerman GL, Lindenthal JJ, Pepper MP: Life events and depression: a controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 1969, 21, 753-760;

185. Paykel ES, Myers JK, Dienes MN: Life events and depression: a controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 1969, 21, 753-760;
186. Paykel ES: Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1994 (suppl 377), 50-58;
187. Paykel ES: Recent life events in the development of depressive disorders: Implication for the effects of stress. W: RA Depue (red): *The psychobiology of the depressive disorders*. New York, Academic Press, 1979, str. 245-262;
188. Perris C: A study of bipolar (manic-depressive) and unipolar recurrent depressive psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1966, suppl.45;
189. Perris H: Life events and depression. Part 2. Result in diagnostic subgroups and in relation to the recurrence of depression. *Journal of Affective Disorders*, 1984, 25-36;
190. 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. *American Journal of Psychiatry*, 1990, 147, 439-444;
191. Peselow E.D., Robins, C., Block, P. Barouche, F., Fieve, R.R. Dysfunctional attitudes in depressed patients before and after clinical treatment and in normal control subjects. *American Journal of Psychiatry*, 147: 439-444, 1990;
192. Peterson C, Seligman MEP: Causal explanation as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 1984, 91, 347-374;
193. Piaget J: *The moral judgement in child*. Free Press, 1948;
194. Pond DA, Ryle A, Hamilton M: Marriage and neurosis in a working class population. *British Journal of Psychiatry*, 1963, 190, 592-598;
195. Post RM, Weiss SRB: *The neurobiology of treatment-resistant mood disorders*. W: Bloom FE, Kupfer DJ: *Psychopharmacology. The Fourth Generation of Progress*. New York, Raven, 1995, 1155-1170;
196. Post RM: Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 1992, 149, 999-1010;
197. Pużyński S (red.): *Leksykon Psychiatrii*. PZWL, Warszawa, 1993;
198. Pużyński S: *Depresje*. PZWL, Warszawa, 1988;

199. Pużyński S: Skale i inwentarze psychopatologiczne. W: Zasady rozpoznawania i leczenia zaburzeń psychicznych. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 1993, 246-255;
200. Quadrio C: The Peter Pan and Wendy syndrome: A marital dynamic. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1982, 16, 23-28;
201. Quinton D, Rutter M, Liddle C: Institutional rearing, parenting difficulties and marital support. Psychological Medicine, 1984, 14, 107-124;
202. Reda, M.A., Carpiniello, B., Secchardi, L., Blanco, S. Thinking, depression and antidepressants: Modified and unmodified beliefs during treatment with amitriptyline. Cognitive Therapy and Research, 9:135-143, 1985;
203. Renne KS: Correlates of dissatisfaction in marriage. Journal of Marriage and the Family, 1970, 32, 54-67;
204. Rosenberg M.: The measurement of self-esteem. Society and adolescent selfimage. University Press, Princeton, 1965;
205. Rostworowska M: Zależność przebiegu schizofrenii od klimatu emocjonalnego rodziny mierzonego wskaźnikiem ujawnianych uczuć. Praca doktorska, Kraków, 1991;
206. Roth D, Rehm LP: Relationships among self-monitoring processes, memory and depression. Cognitive Therapy and Research, 1980, 4, 149-159;
207. Rounsaville BJ, Prusoff BA, Weissman MM: The course of marital disputes in depressed women: a 48-month follow-up study. Comprehensive Psychiatry, 1980, 21, 111-118;
208. Rounsaville BJ, Weissman MM, Prusoff BA, Herceg-Baron RL: Marital disputes and treatment outcome in depressed women. Comprehensive Psychiatry, 1979, 20, 483-490;
209. Roy A, Breier A, Dorran AR, Pickar D: Life events in depression. Relationship to subtypes. Journal of Affective Disorders, 1985, 9, 143-148;
210. Roy A: Five risk factors for depression. British Journal of Psychiatry, 1987, 150, 536-541;
211. Ruble DN, Greulich F, Pomerantz EM, Gochberg B: The role of gender-related processes in the development of sex differences in self-evaluation and depression. Journal of Affective Disorders, 1993, 29, 97-128;

212. Rushing W: Marital status and mental disorder: evidence in favor of a behavioral model. *Social Forces*, 1979, 58, 540-556;
213. Rybakowski J: Leki psychotropowe w profilaktyce chorób afektywnych i schizofrenii. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 1995;
214. Sabatelli RM: Measurement issues in marital research: A review and critique of contemporary survey instruments. *Journal of Marriage and the Family*, 1988, 50, 891-915;
215. Sabourin S, Lussier Y, Laplante B, Wright J: Unidimensional and multidimensional models of dyadic adjustment: A hierarchical reconciliation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990, 2, 333-337;
216. Sacco WP, Milana S, Dunn VK: The effect of duration of depressive episode on the response of others. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1988, 7, 297-311;
217. Sapolsky R, Uno H, Rebert C: Hippocampal damage associated with prolonged glucocorticoid exposure in primates. *Journal of Neuroscience*, 1990, 10, 2897-2902;
218. Sargeant JK, Bruce ML, Florio LP, Weissman MM: Factors associated with one-year outcome of major depression in the community. *Archives of General Psychiatry*, 1990, 47, 519-526;
219. Schless AP, Schwartz L, Goetz C, Mendels J: How depressives view the significance of life events. *British Journal of Psychiatry*, 1974, 125, 406-410;
220. Schmader K, Studenski S, MacMillan J, Grufferman S, Cohen HJ: Are stressful life events risk factors for herpes zoster? *Journal of the American Geriatrics Society*, 1990, 38, 1188-1194;
221. Schotte DE, Clum G: Problem solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1987, 55, 49-54;
222. Scott J: Chronic depression. *British Journal of Psychiatry*, 1988, 153, 287-297;
223. Segal ZV, Shaw BF: Cognition in depression: a reappraisal of Coyne and Gotlib's critique. *Cognitive Therapy and Research*, 1986, 10, 779-793;
224. Seligman MEP: Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie. *Media Rodzina of Poznań, Poznań*, 1993, 131-136;
225. Silverman JS, Silverman JA, Eardley DA: Do maladaptive attitudes cause depression? *Archives of General Psychiatry*, 1984, 41, 28-30;

- 226.Singer JA, Salovey P: Mood and memory. Evaluating the network theory of affect. *Clinical Psychology Review*, 1988, 8, 211-251;
- 227.Solomon Z, Bromet E: The role of social factors in affective disorder: an assessment of the vulnerability model of Brown and his colleagues. *Psychological Medicine*, 1982, 12, 123-130;
- 228.Spanier GB: Assessing the strenghts of the dyadic adjustment scale. *Journal of Family Psychology*, 1988,2, 92-94;
- 229.Spanier GB: Improve, refine, recast, expand, clarify - don`t abandon. *Journal of Marriage and the Family*, 1985, 47, 1973-1074;
- 230.Spanier GB: Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 1976, 38, 15-28;
- 231.Stach R: Uzależnienie od alkoholu a depresja. Możliwość stosowania psychoterapii poznawczej w leczeniu uzależnienia. Rozprawa habilitacyjna, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 1991;
- 232.Stenstrom U, Wikby A, Hornquist JO, Andersson PO: Recent life events, gender, and the control of diabetes mellitus. *General Hospital Psychiatry*, 1993, 15, 82-88;
- 233.Stokes PE: Fluoxetine: a five year review. *Clinical Therapeutics*, 1993, 15, 216-243;
- 234.Tatarkiewicz W: Historia filozofii. T.I. PWN, Warszawa 1981;
- 235.Telner, J., Surphlis, W., Lapierre, Y., Mehta, G. Effects of antidepressants on thinking styles in depressed inpatients. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiat* 12:277-284, 1988;
- 236.Thoits PA: Dimentions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature. W: HB Kaplan (red): *Psychosocial stress: Trends in theory and research*. New York, Academic Press, 1983, str. 33-103;
- 237.Thompson K, Hendrie H: Environmental stress in primary depressive illness. *Archives of General Psychiatry*, 1972, 26, 130-132;
- 238.Thompson L: Women, men and marital quality. *Journal of Family Psychology*, 1988, 2, 95-100;
- 239.Titkow A, Domański H: Co to znaczy być kobietą w Polsce. PAN, Instytut Filozofii i Socjologii, Warszawa, 1995;

240. Tyra TL: Relacje małżeńskie pacjentów depresyjnych. Uniwersytet Warszawski Filia w Białymstoku, Białystok, 1993;
241. Vaugh CE, Leff JP: The influence of family nad social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 1976, 129, 125-137;
242. Vestre ND, Caulfield BP: Perception of neutral personality descriptions by depressed and nondepressed subjects. *Cognitive Therapy and Research*, 1986, 10, 31-36;
243. Vilhjalmsson R: Life stress, social support and clinical depression: a reanalysis of the literature. *Social Science and Medicine*, 1993, 37, 331-342;
244. von Korff M., Ormel J, Katon W, Lin E: Disability and depression among high utilizers of healt care: a longitudinal analysis. *Archives of General Psychiatry*, 1992, 49, 91-100;
245. Waring EM, Chamberlaine CH, McCrank EW, Stalker CA, Carver C, Fry R, Barnes S: Dysthymia: A randomised study of cognitive marital therapy and antidepressants. *Canadian Journal of Psychiatry*, 1988, 33, 96-99;
246. Webster A, Mawer GE: Seizure frequency nad major life events in epilepsy. *Epilepsia*, 1989, 30, 162-167;
247. Weiss RL, Aved BM: Marital satisfaction and depression as predictors of physical health status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1978, 46, 1379-1384;
248. Weissman MM, Leaf PJ, Tischler GL, Blazer DG, Karno M., Livingston BM, Florio LP: Affective disorders in five United States communities. *Psychological Medicine*, 1988, 18, 141-153;
249. Weissman MM, Paykel E: The depressed woman: a study of her relationships. University of Chicago Press, Chicago, 1974;
250. Weissman MM, Paykel ES: The depressed woman: a study of social relationships. Chicago, University of Chicago Press, 1974;
251. Weissman MM: Advances in psychiatric epidemiology: rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health*, 1987, 77, 445-451;
252. Wells KB, Steward A, Hays RD, Burnam MA, Rogers W, Daniels M., Berry S, Greenfield S, Ware J: The functioning and well-being of depressed patients: results from the Medical Outcomes Study. *JAMA*, 1989, 262(7), 914-919;

253. Wells KB: Depression as a tracer condition for the national study of medical care outcomes - background review. Santa Monica: RAND, 1985;
254. Wieck W: Mężczyzna pozwala kochać. Głód kobiety. Książka i Wiedza, Warszawa, 1993;
255. Winsa B, Adami HO, Bergstrom R, Gamstedt A, Dahlberg PA, Adamson U, Jansson R, Karlsson A: Stressful life events and Graves' disease. *Lancet*, 1991, 338, 1475-1479;
256. Yarrow MR, Schwartz CG, Murphy HS, Deasy LC: The psychological meaning of mental illness in the family. *Journal of Social Issues*, 1955, 11, 12-24;
257. Young LD, Moore SD, Nelson RE: Effects of depression on acceptance of personality feedback. Meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Toronto, Canada, 1981;
258. Zeiss AM, Lewinsohn PM, Mounoz RF: Non-specific improvement effects in depression using interpersonal cognitive and pleasant events focussed treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1979, 47, 427-439;
259. Zięba A, Dudek D, Jawor M: Cognitive style in depressed patients over 3-year follow-up. *European Journal of Psychiatry*, w druku;
260. Zięba A, Dudek D, Jawor M: Marital functioning in patients with major depression. *Sexual and Marital Therapy*, 1997, 12(4), 313-320;
261. Zięba A, Dudek D, Jawor M: Ocena sytuacji społecznej pacjentów leczonych z powodu depresji endogennej. *Psychiatria Polska*, 1995, 29, 775-782;
262. Zięba A, Dudek D, Jawor M: Relacje w rodzinach generacyjnych pacjentów depresyjnych. *Psychiatria Polska*, 1997, 31, 465-470;
263. Zięba A, Dudek D, Jawor M: Styl myślenia w depresji endogennej. *Lęk i Depresja*, 1996, 1 (40), 325-331;
264. Zięba A, Jawor M, Dudek D: Problematyka małżeńska pacjentów depresyjnych: Przegląd literatury i badania własne. *Psychiatria Polska*, 1996, 30, 511-520;
265. Zięba A, Jawor M, Dudek D: Relacje małżeńskie pacjentów depresyjnych - implikacje terapeutyczne. *Psychoterapia*, 1996, 3, 47-53;
266. Zięba A., Dudek D., Jawor M.: Miejsce terapii kognitywnej w leczeniu pacjentów depresyjnych na oddziale stacjonarnym. *Psychoterapia* 1995, 3(94), 61-66;

267. Zięba A., Wasieczko A., Jawor M., Dubiel D., Kubiak J.: Wstępne wyniki badań nad programem kompleksowego leczenia depresji endogennej. *Psychiatria Polska*, 1995, 23(2), 253-262;
268. Zięba A.: Czynniki poznawcze w chorobie afektywnej jednobiegunowej w trakcie leczenia imipraminą lub amitryptyliną. Praca habilitacyjna. Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Wydawnictwo Profesjonalnej Szkoły Biznesu, Kraków 1997.

Skróty zastosowane w pracy

HDRS

(Hamilton Depression Rating Scale) -Skala Depresji Hamiltona

BDI

(Beck Depression Inventory) -Inwentarz Depresji Becka

ATQ

(Automatic Thoughts Questionnaire) -Kwestionariusz Myśli Automatycznych

HS

(Hopelessness Scale) -Skala Beznadziejności

RS

(Rosenberg Scale) -Skala Rosenberga

SPM -Skala Powodzenia Małżeństwa

DAS

(Dyadic Adjustment Scale) -Skala Przystosowania w Diadzie

T, t -trudności odczuwane przez współmałżonków
pacjentów depresyjnych

Kwestionariusz katamnestyczny

Imię i nazwisko
Data urodzenia
Adres
Wykształcenie
Zawód
Renta (od kiedy, która grupa, z jakiego powodu)
Wiara

Rodzina generacyjna

Rodzeństwo
Śmierć rodziców
Choroby rodziców
Leczenie psychiatryczne
Alkohol i inne uzależnienia
Separacje z rodzicami
Konflikty w domu
Przemoc, nadużycia (w tym seksualne), poniżanie
Atmosfera w rodzinie
Co z rodziny generacyjnej zostało przeniesione do obecnej rodziny
Aktualny kontakt z rodziną generacyjną
Postawa rodziny wobec choroby
Wpływ choroby na kontakty

Kontakty towarzyskie

Istnienie grupy wsparcia
Częstotliwość kontaktów towarzyskich w przeszłości
Aktualna częstotliwość kontaktów towarzyskich
Wpływ choroby
Czy przynoszą satysfakcję

Małżeństwo

Czas trwania
Czy pierwsze małżeństwo
Dzieci: ilość, wiek
Ogólna ocenę związku
Ocena związku przed chorobą
Czy chciałby coś zmienić w swoim małżeństwie
co?
Czy jest to możliwe?
Co musiałoby się stać, aby zmiana nastąpiła?
Oczekiwania na przyszłość - czy związek pozostanie taki sam, poprawi się, pogorszy?
Czy okazujecie sobie wzajemnie uczucia
W jaki sposób
ty partnerowi
partner tobie
Czy choroba na to wpłynęła?
W jaki sposób?

Czy masz oparcie w partnerze?

Partner w tobie?

Wpływ choroby

Kto zajmuje się domem?

Wpływ choroby

Kto przejmuje twoje obowiązki gdy gorzej się czujesz, idziesz lub do szpitala?

Kto podejmuje ważniejsze decyzje?

Wpływ choroby

Wspólne spędzanie czasu

ilość

co robicie razem

jak często razem wychodzicie?

Wpływ choroby

Jak często rozmawiacie ze sobą

Jak często zwierzacie się sobie?

Wpływ choroby

Czy jesteś rozumiany przez partnera?

Czy ty rozumiesz partnera?

Wpływ choroby

Seks

satysfakcja

ilość kontaktów

czy partner jest dla ciebie atrakcyjny?

Czy jesteś atrakcyjny dla partnera?

Wpływ choroby

Czy partner nadużywa alkoholu?

Czy bywa agresywny?

Ilość konfliktów

Które sprawy najczęściej wywołują konflikty:

dzieci, budżet, choroba, praca, wspólne decyzje, czas wolny, seks, religia i system wartości,

kontakty ze znajomymi, rodzina, obowiązki domowe

Czy są problemy?

Jakie?

Jak radzicie sobie z nimi

Wpływ choroby

Jak układają się kontakty z dziećmi?

Twoje

partnera

Kto ma większą rolę w wychowaniu?

Wpływ choroby

Kontakty z rodzicami, rodzeństwem

Czy interesują się waszymi sprawami?

Pomoc ze strony rodziny

Sytuacja finansowa

Wpływ choroby

Praca współmałżonka

Wpływ choroby

Czy zauważasz u współmałżonka nadopiekuńczość, nadmierny lęk o siebie?

Wpływ choroby na zachowanie współmałżonka wobec ciebie

Choroby współmałżonka

Praca

obecna sytuacja zawodowa
Zadowolenie z obecnej sytuacji
sytuacja zawodowa przed chorobą
czy lubił pracę
czym było przejście na rentę
aktywność w domu

Zdrowie

Przebyte choroby, urazy, operacje
Aktualne choroby somatyczne

Depresja

Początek
Wydarzenia precypitujące
Nawroty
 ilość
 kiedy?
 Czynniki precypitujące
Jakość kolejnych remisji
Hospitalizacje
Próby samobójcze
Leczenie od początku choroby
Leczenie od ostatniej hospitalizacji
 u kogo?
 Jak często kontrole
 czy zażywa leki
 jeśli nie od jak dawna?
 Kto odstawił leki
 Jakie leki zażywa
 Przeciwdepresyjne
 Normotymiczne
 Neuroleptyki
 Inne
 kiedy ostatnio był z wizytą?
 Czy zmieniano leczenie
Objawy od ostatniej hospitalizacji
Samopoczucie w ciągu ostatniego roku
Jak radzi sobie z chorobą
Co pomaga wyjść z najgorszego okresu?
Co daje największą satysfakcję życiową?
Co jest w życiu najtrudniejsze?
Ważne wydarzenie od ostatniej hospitalizacji

Skala depresji Hamiltona

1. Nastroj depresyjny;

- 0 - nie stwierdza się;
- 1 - ujawniany przez pacjenta dopiero po zapytaniu;
- 2 - ujawnia depresje spontanicznie;
- 3 - stwierdza się niewerbalne przejawy depresji (wyraz twarzy, głos, płacz);
- 4 - depresja stanowi jedyny typ nastroju ujawniany drogą werbalną i niewerbalną;

2. Poczucie winy.

- 0 - nie stwierdza się;
- 1 - poczucie sprawienia zawodu innym, wymówki wobec siebie;
- 2 - rozważania o winie, błędach popełnionych w przeszłości;
- 3 - przekonania, że obecna choroba jest karą, urojenia winy;
- 4 - omamy słuchowe o treści oskarżającej pacjenta, denuncjującej;

3. Zniechęcenia do życia, myśli, tendencje samobójcze.

- 0 - nie stwierdza się;
- 1 - poczucie, że życie jest nic nie warte, że nie warto żyć;
- 2 - pragnienie (życzenie) śmierci np. drogą naturalną;
- 3 - myśli o samobójstwie, zamiary;
- 4 - próby samobójcze (brać pod uwagę jedynie poważne);

4. Zaburzenia snu.

- 0 - nie stwierdza się;
- 1 - sporadyczne trudności z zasypianiem (oczekiwanie na sen pow. 0,5 godz.);
- 2 - częste, znaczne trudności z zasypianiem;

5. Sen płytki, przerywany;

- 0 - nie stwierdza się;
- 1 - płytki, niespokojny sen;
- 2 - budzenie się w nocy, opuszczanie łóżka (nie oceniać budzenia się w związku z potrzebami fizjologicznymi);

6. Wczesne budzenie;

- 0 - nie stwierdza się;
- 1 - budzenie się nad ranem i ponowne zasypianie;
- 2 - budzenie się zbyt wczesne z niemożnością ponownego zaśnięcia;

7. Aktywność złożona, praca;

- 0 - nie stwierdza się zaburzeń aktywności;
- 1 - poczucie obniżonej wydolności, niechęć do podejmowania aktywności złożonej;
- 2 - utrata zainteresowań i chęci do działania, wykonywania pracy, hobby;
- 3 - zmniejszenie liczby godzin przeznaczonych na aktywność złożoną (praca, rozrywki, hobby) w szpitalu: gdy pacjent zajmuje się aktywnością złożoną poniżej 3 godz. dziennie;
- 4 - niezdolność do pracy, przerwa w pracy, w oddziale brak przejawów spontanicznej aktywności;

8. Spowolnienie, zahamowanie

(myślenia, mowy, upośledzenie koncentracji uwagi, obniżenie aktywności ruchowej w czasie badania);

0 - nie stwierdza się;

1 - nieznaczne spowolnienie;

2 - wyraźne spowolnienie;

3 - na skutek zahamowania - trudności w przeprowadzeniu badania;

4 - osłupienie;

9. Niepokój, podniecenie ruchowe

0 - nie stwierdza się;

1 - zaznaczony niepokój manipulacyjny;

2 - wyraźny niepokój manipulacyjny;

3 - niepokój ruchowy, niemożność przebywania w jednym miejscu;

4 - podniecenie ruchowe;

10. Lęk - objawy psychiczne

0 - nie stwierdza się;

1 - subiektywnie: napięcie, rozdrażnienie;

2 - martwienie się drobiazgami;

3 - cechy lęku w wyrazie twarzy i w wypowiedziach;

4 - lęk i obawy ujawniane spontanicznie przez pacjenta;

11. Lęk - objawy somatyczne;

(oceniać: suchość w jamie ustnej, biegunki, wzdęcia, palpacje, objawy hiperwentylacji, pocenie się, częste oddawanie moczu, zawroty głowy, nieostre widzenie)

0 - nie stwierdza się;

1 - łagodnie (nieznacznie) nasilone;

2 - umiarkowanie nasilone;

3 - znaczne (ciężkie) nasilenie;

4 - nasilenie bardzo duże, dominuje;

12. Przewód pokarmowy: brak apetytu, zaparcia

0 - nie stwierdza się;

1 - brak apetytu, ale pokarmy spożywa bez pomocy personelu;

2 - jada mało, pod namową lub przy pomocy personelu, stałe zaparcia (potrzeba stosowania laxantia)

13. Objawy somatyczne - ogólne

0 - nie stwierdza się;

1 - uczucie ciężaru w głowie, karku, kończynach, bóle głowy, karku, barków, wzmożona męczliwość, utrata energii;

2 - znaczne nasilenie dolegliwości wymienionych w p.1;

14. Utrata libido, popędu seksualnego, zaburzenia miesiączkowania

0 - nie stwierdza się;

1 - nasilenie łagodne;

2 - nasilenie znaczne;

X - nie dotyczy;

15. Hipochondria

- 0 - nie stwierdza się;
- 1 - zaabsorbowanie problemem własnego ciała;
- 2 - nadmierna dbałość o zdrowie, obawy przed chorobą;
- 3 - narzekania i skargi na złe zdrowie, żądanie pomocy, leczenia;
- 4 - urojenia hipochondryczne;

16. Ubytek masy ciała**A. Ocena danych z wywiadu**

- 0 - nie stwierdza się;
- 1 - prawdopodobnie nastąpiła utrata wag w związku z obecną chorobą;
- 2 - potwierdzona utrata wagi ciała;

B. Ocena stanu aktualnego (oceniać okres 1 tygodnia)

- 0 - poniżej 0,5 kg;
- 1 - 0,5 do 1,0 kg (tygodniowo);
- 2 - powyżej 1.0 kg (tygodniowo);

17. Krytycyzm (wgląd)

- 0 - poczucie obecności depresji jako choroby (krytycyzm zachowany);
- 1 - krytycyzm częściowy: poczucie obecności choroby, ale jest ona następstwem np. wadliwej diety, wpływu klimatu, infekcji, przemęczenia, itp.
- 2 - brak krytycyzmu;

18. Wahania dobowe samopoczucia**A. Obecność wahań dobowych**

- 0 - nie stwierdza się;
- 1 - gorzej rano;
- 2 - gorzej wieczorem;

B. Nasilenie wahań dobowych

- 0 - nie stwierdza się;
- 1 - łagodne;
- 2 - wyraźne;

19. Depersonalizacja, derealizacja

- 0 - nie stwierdza się;
- 1 - łagodnie wyrażone;
- 2 - umiarkowane nasilenie;
- 3 - nasilone znacznie;
- 4 - skrajne, ciężkie;

20. Urojenia

- 0 - nie stwierdza się;
- 1 - podejrzliwość, ksobność;
- 2 - podejrzliwość, ksobność;
- 3 - urojenia ksobne, prześladowcze;
- 4 - omamy słuchowe o treści prześladowczej;

21. Natręctwa fobie

- 0 - nie stwierdza się;
- 1 - umiarkowanie wyrażone;
- 2 - znacznie nasilone;

22. Bezradność

- 0 - nie stwierdza się;
- 1 - poczucie bezradności ujawniane w czasie badania w sposób pośredni;
- 2 - relacje pacjenta o poczuciu bezradności;
- 3 - pacjent niesamodzielny, wymaga pomocy;
- 4 - niezdolny do wykonywania podstawowych czynności (toaleta, spożywanie posiłków) bez pomocy;

23. Poczucie beznadziejności

- 0 - nie stwierdza się;
- 1 - ujawnia sporadycznie, ale sądzi, że w przyszłości będzie dobrze;
- 2 - ujawnia poczucie beznadziejności, ale pod wpływem perswazji daje się przekonać (na pewien okres czasu), że wszystko zmieni się na lepsze;
- 3 - w rozmowie - ujawnia brak wiary w przyszłość, poczucie beznadziejności, pesymizm, nie reaguje na perswazje;
- 4 - spontanicznie i bez związku z sytuacją perserweruje o beznadziejności i sytuacji bez wyjścia;

24. Poczucie małej wartości

- 0 - nie stwierdza się;
- 1 - ujawnia, ale jedynie pytany;
- 2 - ujawnia spontanicznie w czasie rozmowy;
- 3 - wyraża sądy, że jest gorszy od innych;
- 4 - urojenia małej wartości, samoponiżenia.

Inwentarz objawów depresyjnych Becka.....
Nazwisko i imię.....
Data badania.....
Nr.**INSTRUKCJA**

Kwestionariusz ten zawiera grupy stwierdzeń (zdań). Przeczytaj każdą z tych grup stwierdzeń uważnie. Następnie wybierz jedno stwierdzenie z każdej grupy, które najprawdziej opisuje Twoje odczucie w **mijającym tygodniu, łącznie z dniem dzisiejszym**. Zakreśl cyfrę przed tym stwierdzeniem, które wybrałeś. Jeżeli dwa lub więcej stwierdzeń w danej grupie wydają ci się równie prawdziwe, zakreśl je. Koniecznie przeczytaj wszystkie stwierdzenia w każdej grupie przed Twoim wyborem.

I

- 0. Nie czuję się smutny
- 1. Czuję się smutny
- 2. Jestem smutny cały czas i nie mogę otrząsnąć się z tego
- 3. Jestem tak smutny i nieszczęśliwy, że nie mogę tego wytrzymać

II

- 0. Wobec przyszłości nie czuję się zniechęcony
- 1. Czuję się zniechęcony wobec przyszłości
- 2. Czuję, że niczego dobrego nie mogę się spodziewać
- 3. Mam poczucie, że przyszłość wygląda beznadziejnie a moje położenie się nie zmieni

III

- 0. Nie czuję się jak osoba pozbawiona zdolności
- 1. Myślę, że mam więcej niepowodzeń niż przeciętni ludzie
- 2. Jeżeli patrzę wstecz na moje życie widzę same niepowodzenia
- 3. Czuję, że jestem zupełnie nieudany jako osoba

IV

- 0. Mam tyle przyjemności z życia co zazwyczaj
- 1. Nie cieszę się z życia tak jak to było dawniej
- 2. Nie odczuwam przyjemności z czegokolwiek
- 3. Nie odczuwam żadnej satysfakcji i nudzi mnie wszystko

V

- 0. Nie czuję się szczególnie przybity
- 1. Czuję się przybity nawet wówczas, gdy ogólnie mam niezłe samopoczucie
- 2. Większość czasu czuję się przybity
- 3. Czuję się przybity przez cały czas

VI

- 0. Nie czuję, że jestem karany
- 1. Czuję, że chyba jestem za coś karany
- 2. Spodziewam się, że będę karany
- 3. Mam poczucie, że jestem karany

VII

0. Nie czuję się zawiedziony przez siebie samego
1. Zawiodłem się na samym sobie
2. Czuję do siebie obrzydzenie
3. Nienawidzę siebie

VIII

0. Nie czuję się gorszy od innych ludzi
1. Jestem krytyczny w stosunku do swoich błędów i słabości
2. Obwiniam siebie w przypadkach, jeżeli coś mi się nie uda
3. Obwiniam siebie za wszystkie złe zdarzenia, które mi się przytrafiły

IX

0. Nie mam takich myśli, aby zrobić sobie coś złego
1. Niekiedy myślę, aby popełnić samobójstwo, ale wiem, że tego nie zrobię
2. Chciałbym popełnić samobójstwo
3. Popełnię samobójstwo, jak tylko będę miał okazję

X

0. Nie jestem bardziej rozdrażniony i poirytowany niż zazwyczaj
1. Stałem się bardziej rozdrażniony i poirytowany niż zazwyczaj
2. Czuję się poirytowany przez cały czas
3. Już nie jestem zdolny irytować się na wszystkie te rzeczy, które dawniej mnie irytowały

XI

0. Nie płaczę częściej niż zazwyczaj
1. Płaczę częściej niż zazwyczaj
2. Teraz płaczę cały czas
3. Chciałbym być zdolny do płaczu, lecz już tego nie potrafię

XII

0. Nie straciłem zainteresowań innymi ludźmi
1. Inni ludzie interesują mnie mniej niż zazwyczaj
2. Straciłem większość zainteresowań innymi ludźmi
3. Zupełnie nie interesuję się innymi ludźmi

XIII

0. Podejmuję decyzje równie łatwo jak kiedyś
1. Odkładam podjęcie decyzji częściej niż poprzednio
2. Mam duże trudności w podejmowaniu decyzji, znacznie większe niż poprzednio
3. Nie Mogę zdecydować o czymkolwiek

XIV

0. Nie wydaje mi się, abym wyglądał gorzej niż dawniej
1. Obawiam się, że wyglądam bardziej poszarzałe i mniej atrakcyjnie
2. Czuję, że wyglądam coraz gorzej i mniej atrakcyjnie
3. Wierzę, że wyglądam okropnie

XV

0. Mogę pracować tak dobrze jak poprzednio
1. Muszę zdobywać się na więcej wysiłku, aby zacząć coś robić
2. Muszę nakłaniać się bardzo mocno, aby zacząć cokolwiek
3. Nie mogę zrobić cegokolwiek

XVI

0. Mogę spać tak dobrze jak dawniej
1. Nie mogę spać tak dobrze jak dawniej
2. Budzę się 1-2 godziny wcześniej i muszę zmuszać się, aby ponownie zasnąć
3. Budzę się kilka godzin wcześniej niż zazwyczaj i nie mogę już zasnąć

XVII

0. Nie męczę się szybciej niż zazwyczaj
1. Męczę się szybciej niż zazwyczaj
2. Odczuwam zmęczenie, kiedy rozpoczynam robić niektóre rzeczy
3. Jestem zbyt zmęczony aby zrobić cokolwiek

XVIII

0. Mam apetyt taki sam jak zwykle
1. Mój apetyt nie jest tak dobry jak poprzednio
2. Teraz mój apetyt jest o wiele gorszy
3. Nie mam apetytu na cokolwiek

XIX

0. Moja waga utrzymuje się w normie
1. Ubyłem na wadze więcej niż 2 kg
2. Ubyłem na wadze więcej niż 4 kg
3. Ubyłem na wadze więcej niż 7 kg

XX

0. Nie martwię się o swoje zdrowie bardziej niż zazwyczaj
1. Martwią mnie takie dolegliwości jak: bóleści, rozstrój żołądka czy zatwardzenie
2. Moje problemy zdrowotne coraz bardziej zaprzątają moją uwagę
3. Tak bardzo martwię się o stan swojego zdrowia, że nie mogę myśleć o czymkolwiek innym

XXI

0. Nie zauważyłem ostatnio zmian w zainteresowaniu sprawami seksu
1. Jestem zainteresowany sprawami seksualnymi mniej niż dawniej
2. Moje zainteresowanie sprawami seksualnymi znacznie zmalało
3. Straciłem wszelkie zainteresowanie dla spraw seksualnych

Kwestionariusz myśli automatycznych**INSTRUKCJA**

Poniżej przedstawiona jest lista myśli, które niekiedy nachodzą ludzi. Przeczytaj każdą z tych myśli i podaj jak często, jeżeli w ogóle, myśli takie zdarzyły się Tobie w czasie ostatniego tygodnia. Przeczytaj każdą myśl uważnie i zakreśl stosowną cyfrę oznaczającą częstotliwość pojawiania się u ciebie takiej myśli.

- 1 - Nigdy
- 2 - Niekiedy (czasami)
- 3 - Średnio często
- 4 - Często
- 5 - Cały czas

1. Czuję się jakbym był przeciw światu	1	2	3	4	5
2. Mam poczucie, że nie jestem dobry	1	2	3	4	5
3. Dlaczego nie mogę nigdy osiągnąć sukcesu	1	2	3	4	5
4. Nikt mnie nie rozumie	1	2	3	4	5
5. Pozwalam gorzej traktować innych ludzi	1	2	3	4	5
6. Nie sądzę, abym mógł robić postępy	1	2	3	4	5
7. Chciałbym być lepszym człowiekiem	1	2	3	4	5
8. Jestem taki słaby	1	2	3	4	5
9. Moje życie nie przebiega tak jakbym sobie życzył	1	2	3	4	5
10. Jestem tak rozczarowany sobą	1	2	3	4	5
11. Już nic nie wydaje się dobre	1	2	3	4	5
12. Nie mogę wytrzymać tego więcej	1	2	3	4	5
13. Nie mogę zmusić się do rozpoczęcia czegoś	1	2	3	4	5
14. Czy jest coś niedobrego ze mną	1	2	3	4	5
15. Chciałbym być gdzie indziej	1	2	3	4	5
16. Nie mogę dojść do ładu ze sobą	1	2	3	4	5
17. Nienawidzę siebie	1	2	3	4	5
18. Jestem bezwartościowy	1	2	3	4	5
19. Szkoda, że nie mogę zniknąć	1	2	3	4	5
20. Co dzieje się ze mną	1	2	3	4	5
21. Zawsze jestem przegrany	1	2	3	4	5
22. Życie moje jest nieładem	1	2	3	4	5
23. Jestem kiepski	1	2	3	4	5
24. Nie będę mógł nigdy tego zrobić	1	2	3	4	5
25. Czuję się taki bezradny	1	2	3	4	5
26. Coś musi się zmienić	1	2	3	4	5
27. Musi być coś niedobrego ze mną	1	2	3	4	5
28. Moja przyszłość nie jest wesoła	1	2	3	4	5
29. To nie jest warte zachodu	1	2	3	4	5
30. Nigdy nie potrafię zakończyć	1	2	3	4	5

Skala beznadziejności**INSTRUKCJA**

Kwestionariusz ten zawiera dwadzieścia zdań. Przeczytaj je uważnie jedno po drugim. Jeżeli zdania te opisują twoje myśli, odczucia lub przekonania w przeciągu ubiegłego tygodnia łącznie z dniem dzisiejszym napisz przed zdaniem literę P (prawda), a jeśli nie są prawdziwe napisz literę F (fałsz).

- ___ 1.Oczekuję przyszłości z nadzieją i entuzjazmem
- ___ 2.Mógłbym przestać działać, ponieważ już nic nie mogę lepszego zrobić
- ___ 3.Kiedy coś mi się nie wiedzie pomaga mi przekonanie, że to nie może trwać zawsze
- ___ 4.Nie mogę wyobrazić sobie jak moje życie będzie wyglądało za 10 lat
- ___ 5.Mam dość czasu aby zrealizować większość projektów, które najbardziej chciałbym zrealizować
- ___ 6.Spodziewam się, że w przyszłości uda mi się wszystko co mnie najbardziej dotyczy
- ___ 7.Moją przyszłość widzę w ciemnych barwach
- ___ 8.Zdarza mi się być szczególnie szczęśliwym i oczekuję od życia więcej niż przeciętni ludzie
- ___ 9.Nie mam załamań i nie widzę powodów do przypuszczeń, że zdarzą się one w przyszłości
- ___ 10.Moje przeszłe doświadczenia dobrze przygotowały mnie na przyszłość
- ___ 11.Wszystko co może mnie spotkać będzie raczej nieprzyjemne niż przyjemne
- ___ 12.Nie oczekuję abym mógł osiągnąć, to czego naprawdę chcę
- ___ 13.Gdy patrzę w przyszłość oczekuję, że będę bardziej szczęśliwy niż obecnie
- ___ 14.Sprawy nie będą toczyć się w taki sposób jak chciałbym
- ___ 15.Mam wielką wiarę w przyszłość
- ___ 16.Nigdy nie zdobywam tego czego chcę, a więc głupotą jest chcieć czegokolwiek
- ___ 17.Jest zupełnie nieprawdopodobne abym mógł w życiu osiągnąć jakąkolwiek prawdziwą satysfakcję
- ___ 18.Przyszłość wydaje mi się niepewna i mglista
- ___ 19.Mogę oczekiwać więcej dobrego niż złego
- ___ 20.Nie ma sensu naprawdę próbować uzyskać coś czego chcę ponieważ prawdopodobnie i tak tego nie osiągnę

Sprawdź, czy przeczytałeś wszystkie zdania.

Skala Rosenberga

Przy każdym zdaniu postaw znak X na jednej z dziesięciu pustych kresek, tak aby najlepiej obrazowały Twoją zgodę z treścią zdania. Twoja zgoda lub brak zgody może być całkowita lub częściowa, wybierz odpowiednią dla siebie kreskę i postaw na niej znak X.

1. Mam poczucie, że jestem wartościową osobą, co najmniej tak wartościową jak inne osoby

Całkowicie nie zgadzam się - - - - - Zgadzam się całkowicie

2. Jestem przekonany, że posiadam kilka dobrych cech

Całkowicie nie zgadzam się - - - - - Zgadzam się całkowicie

3. Ogólnie rzecz biorąc skłonny jestem myśleć o sobie, że jestem pechowcem

Całkowicie nie zgadzam się - - - - - Zgadzam się całkowicie

4. Jestem zdolny do zrobienia czegoś tak dobrze jak większość ludzi

Całkowicie nie zgadzam się - - - - - Zgadzam się całkowicie

5. Myślę, że nie mam zbyt wielu powodów aby czuć się z siebie dumnym

Całkowicie nie zgadzam się - - - - - Zgadzam się całkowicie

6. Mam pozytywny stosunek do samego siebie

Całkowicie nie zgadzam się - - - - - Zgadzam się całkowicie

7. Ogólnie jestem zadowolony z siebie

Całkowicie nie zgadzam się - - - - - Zgadzam się całkowicie

8. Chciałbym mieć więcej szacunku dla samego siebie

Całkowicie nie zgadzam się - - - - - Zgadzam się całkowicie

9. Czasami mam poczucie, że jestem bezużyteczny

Całkowicie nie zgadzam się - - - - - Zgadzam się całkowicie

10. Niekiedy myślę o sobie, że jestem całkowicie do niczego

Całkowicie nie zgadzam się - - - - - Zgadzam się całkowicie

Proszę podać swoje nazwisko... ..

data badania

Skala powodzenia małżeństwa

Poniżej znajduje się lista stwierdzeń, które bywają uważane za warunki powodzenia w małżeństwie. Proszę zakreślić te, które odnoszą się do Twojego małżeństwa.

1. Podobny światopogląd
2. Wzajemna miłość
3. Podobne zainteresowania
4. Gospodarność obojga
5. Niezbyt duża różnica wieku
6. Wzajemne zaufanie
7. Dobre stosunki z rodziną współmałżonka
8. Podobny sposób bycia
9. Udane pożycie seksualne
10. Wspólne wykonywanie prac domowych
11. Pozytywna ocena współmałżonka
12. Pogodne usposobienie obojga
13. Wspólne spędzanie wolnego czasu
14. Brak egoizmu obojga
15. Wzajemna wyrozumiałość
16. Wstrzemięźliwość seksualna przed ślubem
17. Poczucie odpowiedzialności obojga
18. Bezinteresowność obojga
19. Podział zajęć w rodzinie na kobiece i męskie
20. Dobre poznanie się przed ślubem
21. Wzajemna pomoc w trudnych chwilach
22. Podobieństwo charakterów
23. Uzupełnianie się cech charakteru
24. Wzajemne poczucie bezpieczeństwa
25. Nienadużywanie alkoholu obojga
26. Wzajemna wierność
27. Wiedza z zakresu małżeństwa obojga
28. Pragnienie zmienienia się na lepsze obojga
29. Wspólne wychowywanie dzieci
30. Wzajemne okazywanie miłości
31. Wzajemne poszanowanie odrębności współmałżonka
32. Podporządkowanie głowie rodziny
33. Opanowanie obojga
34. Podtrzymywanie atrakcyjności seksualnej obojga
35. Wzajemny szacunek
36. Wyższe wykształcenie męża niż żony
37. Praca zawodowa żony
38. Wzajemna troskliwość o współmałżonka
39. Równouprawnienie w małżeństwie
40. Wspólne podejmowanie decyzji
41. Doświadczenia seksualne przed ślubem
42. Zdrowie fizyczne obojga
43. Podobny poziom intelektualny
44. Wzajemna umiejętność przebaczenia
45. Poważne podejście do życia obojga
46. Żona nie pracująca zawodowo

Poniżej znajduje się lista stwierdzeń, które bywają uważane za warunki powodzenia w małżeństwie. Proszę zakreślić te, które wg Ciebie najtrafniej opisują idealne małżeństwo

1. Podobny światopogląd
2. Wzajemna miłość
3. Podobne zainteresowania
4. Gospodarność obojga
5. Niezbyt duża różnica wieku
6. Wzajemne zaufanie
7. Dobre stosunki z rodziną współmałżonka
8. Podobny sposób bycia
9. Udane pożycie seksualne
10. Wspólne wykonywanie prac domowych
11. Pozytywna ocena współmałżonka
12. Pogodne usposobienie obojga
13. Wspólne spędzanie wolnego czasu
14. Brak egoizmu obojga
15. Wzajemna wyrozumiałość
16. Wstrzemięźliwość seksualna przed ślubem
17. Poczucie odpowiedzialności obojga
18. Bezinteresowność obojga
19. Podział zajęć w rodzinie na kobiece i męskie
20. Dobre poznanie się przed ślubem
21. Wzajemna pomoc w trudnych chwilach
22. Podobieństwo charakterów
23. Uzupełnianie się cech charakteru
24. Wzajemne poczucie bezpieczeństwa
25. Nienadużywanie alkoholu obojga
26. Wzajemna wierność
27. Wiedza z zakresu małżeństwa obojga
28. Pragnienie zmienienia się na lepsze obojga
29. Wspólne wychowywanie dzieci
30. Wzajemne okazywanie miłości
31. Wzajemne poszanowanie odrębności współmałżonka
32. Podporządkowanie głowie rodziny
33. Opanowanie obojga
34. Podtrzymywanie atrakcyjności seksualnej obojga
35. Wzajemny szacunek
36. Wyższe wykształcenie męża niż żony
37. Praca zawodowa żony
38. Wzajemna troskliwość o współmałżonka
39. Równouprawnienie w małżeństwie
40. Wspólne podejmowanie decyzji
41. Doświadczenia seksualne przed ślubem
42. Zdrowie fizyczne obojga
43. Podobny poziom intelektualny
44. Wzajemna umiejętność przebaczenia
45. Poważne podejście do życia obojga
46. Żona nie pracująca zawodowo

DAS. Graham B. Spanier

Zazwyczaj małżonkowie w pewnych sprawach nie zgadzają się ze sobą. Proszę określić w jakim stopniu Państwo zgadzacie się, bądź nie zgadzacie się ze sobą w podanych niżej kwestiach, stawiając znak x w odpowiednim miejscu:

	zawsze się zgadzamy	prawie zawsze się zgadzamy	czasem się zgadzamy	często się nie zgadzamy	prawie zawsze się nie zgadzamy	zawsze się nie zgadzamy
1. Rozporządzanie budżetem domowym;						
2. Sposób spędzania wolnego czasu;						
3. Poglądy religijne;						
4. Wzajemne okazywanie uczuć;						
5. Nasi przyjaciele;						
6. Stosunki seksualne;						
7. Konwenanse (poprawne lub odpowiednie zachowanie się);						
8. Filozofia życia;						
9. Stosunki z rodzicami, teściami;						
10. Cele, dążenia wartości;						
11. Ilość czasu spędzanego razem;						
12. Podejmowanie poważniejszych decyzji;						
13. Obowiązki domowe						
14. Zainteresowania i sposób spędzania wolnego czasu;						
15. Decyzje dotyczące pracy zawodowej, kariery.						
	zawsze	bardzo często	dość często	czasem	bardzo rzadko	nigdy
16. Jak często myślisz lub rozmawiasz o rozwiązaniu Waszego małżeństwa (separacja, rozwód)?						
17. Jak często ktoś z Was wychodzi z domu po „ostrej” kłótni?						
18. Jak często myślisz, że Wasze wspólne życie układa się pomyślnie?						
19. Czy ufasz współmałżonkowi?						
20. Jak często zdarza Ci się żałować z powodu zawarcia małżeństwa?						
21. Jak często Państwo kłócicie się?						
22. Jak często „gracie sobie na nerwach”?						

	każdego dnia	prawie każdego dnia	czasem	bardzo rzadko	nigdy
16. Jak często całujesz swojego współmałżonka?					

17. Czy Państwo wspólnie angażujecie się w sprawy nie związane z obowiązkami rodzinnymi?

we wszystkie z nich	w większość z nich	w niektóre z nich	w bardzo niewiele z nich	w żadne z nich

Proszę określić, jak często, według Ciebie, niżej opisane zdarzenia zachodzą między Wami?

25. Inspirująca wymiana myśli

26. Wspólny śmiech

27. Spokojna dyskusja na jakiś temat

28. Wspólne układanie planów

zawsze	bardzo często	dość często	czasem	bardzo rzadko	nigdy

Proszę odpowiedzieć, czy któraś z podanych niżej sytuacji była przyczyną różnicy zdań, lub stanowiła problem w Waszym związku w ostatnich kilku tygodniach:

29. Niechęć do stosunku płciowego z powodu nadmiernego zmęczenia

30. Nieokazywanie miłości

Tak	Nie

Punkty umieszczone nad linią mówią o stopniu zadowolenia z małżeństwa. Punkt środkowy oznacza przeciętne zadowolenie. Proszę otoczyć kółkiem ten punkt, który najdokładniej określa Twoje zdanie odnośnie Waszego związku:

31.	•	•	•	•	•	•	•
	bardzo nieszczęśliwy	nieszczęśliwy	raczej nieszczęśliwy	szczęśliwy	bardzo szczęśliwy	wyjątkowo szczęśliwy	doskonały

Proszę wybrać spośród podanych niżej stwierdzeń to, które najlepiej opisuje Twój stosunek do przyszłości Waszego związku:

- ☐ Uthane małżeństwo jest największym pragnieniem mojego życia i jestem gotów użyć wszelkich środków aby osiągnąć ten cel;
- ☐ Bardzo chcę aby moje małżeństwo było udane i zrobię wszystko co mogę aby tak było;
- ☐ Bardzo chcę aby moje małżeństwo było udane i postaram się zrobić co do mnie należy, aby tak było;
- ☐ Byłoby dobrze, gdyby moje małżeństwo było udane, ale nie mogę zrobić wiele więcej ponad to co robię obecnie, aby tak było;
- ☐ Byłoby dobrze, gdyby moje małżeństwo było udane, ale nie zrobię niczego więcej ponad to co robię aktualnie, chcąc utrzymać nasz związek;
- ☐ Moje małżeństwo nigdy nie będzie udane i nic już nie mogę zrobić, aby je utrzymać.

Sposoby radzenia sobie**Kobiety o mężach-pacjentach**

Poniżej wymienione są trudności, jakie miewają krewni osób, które chorowały lub chorują psychicznie. Proszę określić (zakreślając odpowiednią kratkę):

1. Jak często pojawia się każda z podanych trudności?

2. Jak uciążliwa jest dana trudność?

Jak często pojawia się trudność?					Jak uciążliwa jest trudność?			
nigdy	rzadko	często	bardzo często		nieuciążliwa	mało uciążliwa	średnio uciążliwa	bardzo uciążliwa
☐	☐	☐	☐	Mój mąż niechętnie podejmuje jakiegokolwiek działania;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Mój mąż niechętnie rozmawia ze mną;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Mój mąż zachowuje się agresywnie;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Odczuwam lęk przed nawrotem choroby mojego męża;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Odczuwam lęk o przyszłość mojego męża;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Odczuwam obawę, że mój mąż może targnąć się na swoje życie;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Mój mąż ma do mnie pretensje o to, że traktuję go jak chorego	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Obwiniam siebie za stan zdrowia mojego męża;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Mój mąż zachowuje się niezrozumiale i dziwnie;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Mój mąż domaga się, żebym zajmowała się jego osobą;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Mój mąż odmawia zażywania leków lub stosowania się do zaleceń lekarza;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Osoby spoza rodziny okazują niezrozumienie dla problemów związanych z chorobą mojego męża;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Ograniczam kontakty towarzyskie z powodu mojego męża;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Ograniczam moje plany na rzecz zajmowania się mężem.	☐	☐	☐	☐

Mężowie o kobietach-pacjentkach

Poniżej wymienione są trudności, jakie miewają krewni osób, które chorowały lub chorują psychicznie. Proszę określić (zakreślając odpowiednią kratkę):

1. Jak często pojawia się każda z podanych trudności?

2. Jak uciążliwa jest dana trudność?

Jak często pojawia się trudność?					Jak uciążliwa jest trudność?			
nigdy	rzadko	często	bardzo często		nieuciążliwa	mało uciążliwa	średnio uciążliwa	bardzo uciążliwa
☐	☐	☐	☐	Moja żona niechętnie podejmuje jakiekolwiek działania;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Moja żona niechętnie rozmawia ze mną;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Moja żona zachowuje się agresywnie;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Odczuwam lęk przed nawrotem choroby mojej żony;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Odczuwam lęk o przyszłość mojej żony;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Odczuwam obawę, że moja żona może targnąć się na swoje życie;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Moja żona ma do mnie pretensje o to, że traktuję ją jak chorą	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Obwiniam siebie za stan zdrowia mojej żony;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Moja żona zachowuje się niezrozumiale i dziwacznie;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Moja żona domaga się, żebym zajmowała się jego osobą;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Moja żona odmawia zażywania leków lub stosowania się do zaleceń lekarza;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Osoby spoza rodziny okazują niezrozumienie dla problemów związanych z chorobą mojej żony;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Ograniczam kontakty towarzyskie z powodu mojej żony;	☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐	Ograniczam moje plany na rzecz zajmowania się żoną.	☐	☐	☐	☐