

Magdalena Michalska-Leśniewicz, Wojciech Gruszczyński

Poradnia Zdrowia Psychicznego w Zgierzu

Klinika Zaburzeń Nerwicowych Związanych ze Stresem Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Czynniki psychologiczne w depresji

Psychological factors in depression

Abstract

Epidemiological studies indicate that the number of patients suffering from depression have risen. Therefore, an interest in depressive disorders has also increased. Depressive disorders are of many-sided and complex nature and thus a comprehensive study of depression conditions requires more and more numerous analyses in this respect.

A disease such as depression is strictly correlated with patient's psychosocial functional behaviour. Accordingly, the objective of this article is the description of selected psychological factors of significant importance in the case of depressive disorders. In this context, the following variables are discussed: selected personality features, beliefs and expectations, social support, coping strategies in difficult circumstances and risk of suicidal behaviour.

Psychiatria 2010; 7, 3: 95–103

key words: *psychological factors, depression, personality*

Wstęp

Zastanawiając się nad uwarunkowaniami depresji oraz badając pacjentów depresyjnych, nie sposób nie zauważyć, że w okresie poprzedzającym chorobę, pomimo braku wydarzeń stresowych, u osób posiadających satysfakcjonujące kontakty rodzinne i towarzyskie dochodzi do tak zwanego „chorobliwego smutku”. Niniejszy artykuł poświęcono czynnikom psychologicznym występującym w depresji. Omówiono kolejno: uwarunkowania osobowościowe, przekonania i oczekiwania, rolę wsparcia społecznego, strategie radzenia sobie ze stresem oraz problematykę zagrożenia suicydalnego w depresji.

Cechy osobowości

W literaturze podkreśla się brak specyficznego typu osobowości, który można by określić jako „depresyjny”. Na depresję mogą zachorować ludzie reprezentujący różne typy osobowości. Mówi się natomiast o cechach osobowości, które mogą zwiększać ryzyko

wystąpienia zaburzeń depresyjnych. I tak na przykład McKenzie zwraca uwagę na takie cechy, jak: perfekcjonizm, skrytość, skłonność do lęklivosti i wahań nastroju. Podobnie: wysoka potrzeba osiągnięć, trudności w odprężaniu się, skłonność do pesymistycznego nastroju, samokrytycyzm oraz poczucie braku kontroli nad życiem, mogą zwiększać ryzyko wystąpienia symptomów depresyjnych [1].

Z kolei Wolpert wskazuje na silną zależność emocjonalną od innych, zależność od wsparcia, opieki, troski i akceptacji innych, lęk przed zmianami. Powyższa, tak zwana nadmierna zależność interpersonalna, jest uważana za najczęstszą cechę predysponującą do depresji, zwłaszcza u osób w starszych grupach wiekowych oraz kobiet [2]. Zależność od innych, czyli to, co do mnie czują inni, na ile mnie akceptują i wspierają, wyznacza poczucie własnej wartości. Clark i wsp. wykazali w przeprowadzonych przez siebie badaniach, że zależność emocjonalna stanowi efekt trudności z wyrażaniem negatywnych emocji typu złość, wrogość, co wyjaśnia również częstsze występowanie tej cechy u kobiet z uwagi na proces socjalizacyjny, polegający na uczeniu się hamowania agresji [3].

Adres do korespondencji:

mgr Magdalena Michalska-Leśniewicz
ul. Milenijna 19/20, 95–100 Zgierz
tel.: 693 535 249

Dolińska-Zygmunt kładzie nacisk na związek wymiaru osobowościowego: pozytywna i negatywna emocjonalność (wyróżnionego w pięcioczynnikowym modelu osobowości *Big Five*) z radzeniem sobie ze stresem [4]. Istotną cechą jest również niska samoocena. Im niższe poczucie własnej wartości, tym częstsze odnoszenie niepowodzeń życiowych do własnej osoby i branie za nie odpowiedzialności. Wywołuje to poczucie winy, co dodatkowo „wzmocnia” niską samoocenę.

Kobasa jest autorką koncepcji tak zwanej „osobowości odpornej” (*hardiness*). Badaczka uważa, że podstawowymi właściwościami człowieka umożliwiającymi mu efektywne poradzenie sobie ze stresem są 3 cechy osobowości: zaangażowanie (*commitment*), kontrola (*control*), wyzwanie (*challenge*) — popularnie określane jako „3 C”. W przypadku koncepcji Kobasy mówi się o osobowościowym stylu odporności na stres lub też o tak zwanej optymistycznej orientacji życiowej [5]. Tak więc, odporności na stres sprzyja wiara w to, co się robi, i silne zainteresowanie tym, poczucie osobistego wpływu na, to co się robi oraz gotowość do reagowania na zagrożenia (stresory) jako wyzwania, którym należy sprostać i które składają się na osobisty rozwój. Deficyty w zakresie tych właściwości osobowościowych dotyczą między innymi osób z zaburzeniami depresyjnymi, które wykazują się niskim poziomem aktywności i zaangażowania w podejmowane działania, poczuciem braku kontroli nad nimi oraz radzeniem sobie ze stresorami w kategoriach ucieczkowo-unikających.

Zdaniem Antonovsky’ego cechą osobowości umożliwiającą poradzenie sobie w trudnych sytuacjach jest poczucie koherencji (*SOC, sense of coherence*). Obejmuje ono 3 podstawowe komponenty: zrozumiałość (zdolność postrzegania świata jako sensownego), sterowalność (przekonanie, że dysponuje się zasobami, które można wykorzystać w poradzeniu sobie z wymaganiami otoczenia), sensowność (przekonanie, że trudne sytuacje, które nas spotykają, są warte zaangażowania się w nie). Posiadanie wysokiego SOC pozwala znaleźć sens w krytycznych sytuacjach i tym samym lepiej sobie radzić ze stresem.

Innym, bardzo istotnym elementem podkreślanym przez współczesną psychologię kliniczną, jest umiejętność wyrażania emocji, zwłaszcza takich, jak: lęk czy gniew, będących źródłem przykrego napięcia emocjonalnego [6]. Zdaniem badaczy zajmujących się problematyką emocji, im większa cechuje nas zdolność do ekspresji stanów emocjonalnych i im więcej mamy okazji do ich wyrażania, tym bardziej sprzyja to konstruktywnemu radzeniu sobie ze stre-

sem. Stanowi swoisty bufor przed stanami obniżonego samopoczucia, wynikającego z „zalegającego” napięcia emocjonalnego.

Osobowość człowieka to skomplikowana struktura będąca efektem współdziałania czynników środowiskowych oraz wrodzonych. W przypadku tych ostatnich autorzy mają na myśli cechy temperamentalne. W procesie radzenia sobie z trudnymi sytuacjami najważniejszym aspektem jest dopasowanie właściwości temperamentalnych do sytuacji i wymagań otoczenia.

Psychologia różnic indywidualnych dzieli jednostki z punktu widzenia ich wrażliwości na bodźce na: wysokoreaktywne (wysoka wrażliwość na bodźce) i niskoreaktywne (niska wrażliwość na bodźce). Sytuacje trudne (stresowe) cechuje duża liczba różnych bodźców (wysoka stymulacja). Tak więc lepszej efektywności działania w sytuacjach stresowych sprzyja niska reaktywność jednostki [7].

W obrębie kompetencji społecznych można mówić o zdolności do społecznego porozumiewania się (asertywności), która wchodzi w skład dojrzałej osobowości i w przeciwieństwie do powyższych cech temperamentalnych, jest umiejętnością wyuczoną. Oznacza to, że człowiek w sposób jasny i otwarty wyraża swoje myśli i uczucia, radzi sobie w kontaktach interpersonalnych i jest w stanie rozwiązać zadania i problemy życiowe. Mówi się o tak zwanej „osobowościowej gotowości do asertywności”, w zakresie której deficyty obserwuje się u osób depresyjnych. Jak wspomniano wcześniej, nie jest to cecha wrodzona, lecz nabywana w trakcie rozwoju i wychowania. Tym samym zawsze można jej się nauczyć.

Barnett i Gotlib wykazują w swoich badaniach związek depresji z cechą introwersji, jako czynnika predysponującego do wystąpienia tej choroby [8]. Za próbę wyjaśnienia związku pomiędzy neurotyzmem a depresją mogą posłużyć modele osobowości, na przykład model podatności na zranienie przyjmuje, że neurotyzm jest cechą, która predysponuje do wystąpienia zaburzeń depresyjnych, czyli stanowi czynnik ryzyka. Model patoplastyczny zwraca uwagę na związek cech osobowości z przebiegiem depresji, na przykład podwyższony poziom neurotyzmu może wpływać na nasilenie depresji i jej długotrwałość i tym samym może powodować negatywne rokowanie. Model komplikacji wskazuje, że depresja może prowadzić do zmian w osobowości. Tak więc podwyższony poziom neurotyzmu jest rezultatem depresji. Model spektrum ukazuje związek depresji z neurotyzmem, począwszy od jego normalnego poziomu aż po ciężki. Jednocześnie zwraca się uwagę na cechy osobowości w kontekście depresji z punktu wi-

dzenia terapii, którą mogą utrudniać takie cechy, jak neurotyzm i negatywna emocjonalność [9].

Przekonania i oczekiwania

Temat niniejszego artykułu jest ściśle związany z problematyką psychologii klinicznej, ale również psychologii zdrowia, której podstawowym obszarem zainteresowań, zwłaszcza w ostatnim czasie, są przekonania i oczekiwania jednostki mające istotny wpływ na podejmowaną przez niego aktywność zdrowotną oraz stanowiące osobiste moderatory radzenia sobie ze stresem. W zakresie omawianej problematyki często przytaczanym czynnikiem jest poczucie kontroli osobistej, czyli przekonanie o możliwości kontroli wydarzeń i tym samym wpływu na nie. Wydawać by się mogło, że osoby o wyższym poczuciu kontroli osobistej lepiej radzą sobie z trudnymi sytuacjami i są efektywniejsze w działaniu. Według wyników badań przytaczanych przez Poprawę, daje się zauważyć związek zewnętrznego umiejscowienia kontroli z zachorowalnością na zaburzenia nastroju. Osoby uważające, że mają wpływ na swoje życie i że to od nich wiele zależy (wewnętrzne poczucie kontroli), są mniej podatne na problemy emocjonalne. Autor podaje dalej, że takie osoby są w stanie lepiej wykorzystać dane pochodzące ze wsparcia społecznego w postaci „doinformowywania się” o swoich problemach [10]. Okazuje się jednak, że przytoczone wyniki badań nie są tak oczywiste, jak mogłoby się wydawać, na co zwraca uwagę między innymi Folkman. Powołując się na transakcyjną teorię stresu, stwierdza, że w pewnych warunkach wewnątrzsterowność może zwiększać napięcie emocjonalne i negatywne emocje [11, 12]. Osoba o wewnętrznym umiejscowieniu poczucia kontroli w sytuacji niepowodzeń będzie skłonna przypisywać sobie odpowiedzialność za nie. Istotny jest więc fakt nie samej zewnętrz- czy wewnątrzsterowności, lecz umiejętnej sposob jej dopasowania do zmieniających się warunków sytuacji stresowej. Człowiek przekonany co do osobistego wpływu na dane wydarzenie powinien pogodzić się z faktem braku wpływu na pewne jego elementy. Począwszy od przekonań dotyczących własnej osoby (zdolności, umiejętności, wiedzy, cech osobowości), człowiek posiada bardzo ważne przekonania tak zwane egzystencjalne. Dotyczą one sensowności własnego istnienia i spotykających nas wydarzeń, którym czasami trudno nadać „sens”, na przykład śmierć bliskiej osoby, nieuleczalna choroba, inwalidztwo. Człowiek ze swej natury dąży do zrozumienia, poznania przyczyn tego, co go spotyka, zadając sobie pytanie: dlaczego? W sytuacji, gdy nie znajduje odpowie-

dzi, dochodzi do wyraźnego zaburzenia poczucia sensu tego, co spotkało i dalej sensu życia.

Bardzo ważnym elementem regulującym nasze zachowania są oczekiwania, jakie mamy względem efektów naszych działań. W tym miejscu niezbędne jest krótkie omówienie problematyki dotyczącej optymizmu oraz pesymizmu w kontekście stylu wyjaśniania wydarzeń, które nas spotykają. Badaczami, którzy zajmowali się omawianą problematyką, są między innymi: Scheier, Carver oraz Seligman [13, 14]. Pierwsi są autorami pojęcia określanego mianem optymizmu dyspozycyjnego, czyli przekonania, że dobre rzeczy w przeciwieństwie do złych będą generalnie doświadczane przez człowieka w jego życiu. Jak nie trudno się domyślić, ma to ścisły związek z lepszym samopoczuciem. Natomiast Seligman jest twórcą tak zwanej teorii wyuczonej bezradności leżącej u podstaw depresji. Według niego, im częściej doświadczamy porażek i niepowodzeń w życiu, na które nie mamy wpływu, tym bardziej się przekonujemy, że nie warto podejmować dalej żadnych działań, bo i tak spotka nas niepowodzenie. Z takiego przekonania rodzi się postawa bierności. Teoria ta leży u podstaw pesymistycznego stylu wyjaśniania zdarzeń. Dalej Seligman stwierdza, że są ludzie, którzy w obliczu doznawanych porażek podejmują aktywność i dążą do rozwiązania problemu. Jest to optymistyczny styl wyjaśniania zdarzeń. U podłoża obu sposobów wyjaśniania zdarzeń leżą, zdaniem Seligmana, 3 kategorie, w których opisujemy nasze porażki i sukcesy: stałość, zasięg i personalizacja. Optymiści będą postrzegać niepowodzenia jako: przejściowe, dotyczące konkretnego obszaru działania i zależne od czynników zewnętrznych. Pesymiści natomiast będą oceniać doznawane porażki w kategoriach: stałości (zawsze, nigdy), ogólności (dotyczą wszystkich sfer życia) i zależności wyłącznie od nich (a przynajmniej w znaczącej części). Takie style wyjaśniania mają istotny wpływ na radzenie sobie z trudną sytuacją. Pesymistyczny styl jest związany ze stosowaniem strategii ucieczkowo-unikowych, obniża samoocenę, obniża efektywność poradzenia sobie z trudną sytuacją, zwiększa podatność na choroby, w tym również na depresję. Wyniki badań wskazują na istotną zależność między pesymistycznym stylem wyjaśniania stosowanym w młodości, a zwiększonym ryzykiem gorszego stanu zdrowia w starszym wieku [15]. Przytoczone podstawowe informacje dotyczące różnic w zakresie wyjaśniania zdarzeń przez pesymistów i optymistów podkreślają rolę, jaką odgrywa ocena faktów i sposobu myślenia w radzeniu sobie z trudnościami dnia codziennego.

Wsparcie społeczne

Jednym z lepiej zbadanych i często cytowanych w literaturze zasobów osobistych radzenia sobie ze stresem jest wsparcie społeczne. Zalicza się do tak zwanych zewnętrznych moderatorów stresu [5]. Sheridan i Radmacher definiują wsparcie społeczne jako: „zasoby dostarczane nam poprzez interakcję z innymi ludźmi” [16]. Natomiast Cohen i Wills wskazują, że wsparcie społeczne stanowi proces interpersonalny, w którym: „jedna osoba pociesza inną, pomaga omówić problemy, daje rady, dostarcza dóbr materialnych i usług i sprawia, że czuje się ona częścią społecznej sieci” [17]. Z tej definicji wynika, że wsparcie społeczne ma stanowić swoisty bufor wspomagający zdrowie psychiczne i fizyczne, zwłaszcza w trudnych sytuacjach życiowych. Model buforowy zakłada istnienie kategorii wchodzących w skład jakości relacji społecznych. Są to: ofiarowywana przez kogoś bezpośrednia pomoc, na przykład pożyczki, usługi; dostarczanie innym informacji dotyczących ich zachowania, wreszcie wzmacnianie przez otoczenie poczucia własnej wartości i samooceny. Istnieje duża grupa czynników składająca się na strukturę wsparcia społecznego — stan cywilny, role społeczne, przynależność do organizacji, wyznanie religijne. Okazuje się, że im ta struktura jest szersza i bardziej ze sobą powiązana, tym większe poczucie wsparcia społecznego. W literaturze przedmiotu mówi się o modelu efektu głównego, czyli współwystępowaniu niskiego poziomu wsparcia i stresu jako niezależnych od siebie nawzajem predyktorów depresji. Z drugiej zaś strony, wsparcie społeczne obniża prawdopodobieństwo wystąpienia depresji w obliczu stresu, tym samym spełniając funkcję ochronną. Wsparcie społeczne składa się z części wewnętrznej i zewnętrznej. Pierwsza dotyczy umiejętności jednostki w zakresie zawierania i utrzymywania związków z innymi ludźmi. Natomiast druga część dotyczy wsparcia pochodzącego ze środowiska zewnętrznego. Taki podział jest bardzo istotny, gdyż dana osoba może mieć oferowane wsparcie z zewnątrz (np. rodzina, przyjaciele), jednak z uwagi na trudności w tworzeniu i podtrzymywaniu związków z innymi ludźmi, może ono zostać niewłaściwie wykorzystane. Tym samym istniejące wsparcie z zewnątrz nie jest warunkiem wystarczającym dla lepszego radzenia sobie z sytuacją trudną. Konieczna jest tu „umiejętność tworzenia związków” [18].

Tak więc istniejące wsparcie społeczne może nie wystarczyć jako czynnik chroniący przed kryzysem czy stresem. A cóż dopiero, gdy brakuje wsparcia społecznego? Podkreśla się, że taka sytuacja, na przy-

kład brak bliskiej osoby, problemy w kontaktach interpersonalnych, wzmacniają negatywną samoocenę i predysponują jednostkę do depresji.

Istotnym czynnikiem ryzyka zaburzeń depresyjnych są konflikty małżeńskie. Nasilenie i długotrwały charakter problemów małżeńskich i rodzinnych wpływa również nie tylko na rozwój, ale i przebieg depresji oraz leczenie. Okazuje się, że jakość relacji z bliskim człowiekiem (mąż, żona, partner życiowy) wyznacza efektywność naszego funkcjonowania społecznego. Im częściej w związku dwojga ludzi występują negatywne doświadczenia i stany emocjonalne (złość, smutek) o charakterze długotrwałym, tym bardziej zwiększa się prawdopodobieństwo ujawnienia się zaburzeń depresyjnych. Jak zauważają Dudek i Zięba, u osoby pozostającej w takim związku z czasem powstają „deficyty umiejętności społecznych”, na przykład wycofywanie się z kontaktów towarzyskich, utrata pewności siebie, a w efekcie poczucie osamotnienia. Z czasem człowiek pozostający w takim układzie zaczyna obwiniać siebie o wszystkie niepowodzenia w związku, dochodząc do przekonania, że nie jest wart miłości, nie będąc kochanym [19]. Nieprawidłowe relacje z partnerem życiowym stanowią nie tylko czynnik ryzyka wystąpienia zaburzeń depresyjnych, ale również wpływają na proces leczenia, zmniejszając jego efektywność. Człowiek pozostający w szczęśliwym związku małżeńskim/partnerskim posiada silne poczucie wsparcia umożliwiające mu zmaganie się z wszelkimi przeciwnościami losu, w tym z chorobą.

Należy pamiętać o bardzo istotnym fakcie, jakim jest wpływ choroby na funkcjonowanie małżeństwa i rodziny: pogarsza się komunikacja, często dochodzi do zmiany ról, pojawiają się trudności seksualne, problemy finansowe. Wreszcie zaczynają cierpieć na tym dzieci, często niedoinformowane o chorobie rodzica, który zaczyna mieć problemy z odpowiednim wywiązaniem się z obowiązków ojca czy matki. Z powyższego zasygnalizowania problemów chorego na depresję w kontaktach z bliskimi wynika nie tylko konieczność nabywania przez niego umiejętności społecznych, ale i otoczenie opieką i informacją osób mu bliskich. Jednostkom depresyjnym często towarzyszy deficyt w zakresie umiejętności społecznych, czego wynikiem jest postawa izolacji społecznej. W tym miejscu należy zauważyć istotny związek między oczekiwaniami wspierającego i wspieranego. Wsparcie społeczne będzie tylko wtedy skuteczne, gdy zachodzi zgodność między potrzebami i oczekiwaniami wymienionych osób. Stąd oferowana pomoc może okazać się niewłaściwa czy nawet wręcz

szkodliwa. Znaczenie, jakie przypisuje człowiek wsparciu społecznemu, zależy w znacznym stopniu od doświadczeń lat dziecięcych: środowiska rodzinnego, postaw rodziców, co znalazło swoje podkreślenie w teoriach psychoanalitycznych. Tak więc wsparcie społeczne jest czynnikiem znaczącym dla każdego człowieka, ale w różnym stopniu. Do tej pory skoncentrowano się na istnieniu wsparcia społecznego — istniejącego, czyli szeroko rozumianego otoczenia, które spełnia swą funkcję wspierającą w różny sposób, bardziej lub mniej efektywny. Natomiast pozbawienie możliwości obcowania z bliskimi, na przykład w wyniku rozłąki, śmierci, choroby, kiedy człowiek jest sam, stanowi nie tylko ważny czynnik ryzyka zachorowania na depresję, ale utrudnia proces leczenia. W przypadku zamężnych kobiet, sytuacją wyzwalającą reakcje depresyjne jest przecenianie przez nie wsparcia, jakiego mogą oczekiwać od swych partnerów w sytuacjach kryzysowych, co wywołuje rozczarowanie w kontekście straty. Pojawia się wspomniany problem wzajemnych oczekiwań. Riley i Eckenrode oraz Solomon i wsp. zwracają uwagę na związek pozytywnych efektów wsparcia społecznego u kobiet z posiadanymi przez nie dużymi zasobami osobistymi [20, 21]. Autorzy ci podkreślają u kobiet znaczenie takich czynników, jak: wykształcenie, dochody, cechy psychologiczne (poczucie panowania nad sytuacją, poczucie bliskości), przy czym ostatnia cecha okazała się czynnikiem zwiększającym odporność na stres w kontaktach z partnerem życiowym, natomiast w odniesieniu do relacji z rodziną efekt był odwrotny. Rozbudowana sieć społecznych relacji z jednej strony stanowi źródło wsparcia i związanych z tym pozytywnych efektów, ale z drugiej strony od osoby doświadczającej ich otoczenie oczekuje tego samego, czyli stanowi to swoistego rodzaju zobowiązanie, które nie zawsze można spełnić. Ponadto może uniemożliwiać wytworzenie się u danej osoby zasobów osobistych w radzeniu sobie ze stresem.

W przypadku depresji używa się pojęć: „trudne doświadczenia życiowe”, „sytuacje trudne”, aby podkreślić rolę czynników zewnętrznych w powstawaniu tej choroby. Folkman i Lazarus [22] podają następującą definicję radzenia sobie: „poznawcze i behawioralne usiłowania sprostania specyficznym wymaganiom zewnętrznym i/lub wewnętrznym, ocenianym jako wyczerpujące lub przekraczające zasoby jednostki”. Stąd należałoby się zastanowić, dlaczego dwie osoby w obliczu tego samego wydarzenia życiowego zareagują różnie — jedna reakcją depresyjną, druga natomiast — nie. W tym miejscu

należy podkreślić znaczenie strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych, które mogą mieć charakter gwałtowny („stres ostry”) lub długotrwały („stres chroniczny”). W przypadku pacjentów depresyjnych, stany długotrwałego stresu okazują się czynnikiem bardziej zwiększającym ryzyko wystąpienia depresji, niż stany stresu ostrego [2]. Stany chronicznego stresu wywołane na przykład chorobą somatyczną, kłopotami finansowymi, konfliktami małżeńskimi, pacjenci depresyjni częściej uważają za bezpośrednie czynniki poprzedzające rozwój choroby niż za epizody stresu ostrego.

Strategie radzenia sobie z trudną sytuacją

Człowiek w sytuacji zagrożenia może spróbować wyjść jej naprzeciw, skonfrontować się z nią, spróbować ograniczyć jej negatywne skutki poprzez poszukiwanie pozytywnych stron. Jednak może również przyjąć bierną postawę, bezsilność i bezradność w danej sytuacji, dodatkowo krytykując siebie i obwiniając za niepowodzenia, przez co zwiększa prawdopodobieństwo depresji. Taka postawa stanowi jeden z ważniejszych elementów tak zwanej „podatności na depresję”.

Lazarus [23] postuluje możliwość oceny poznawczej sytuacji zagrażającej jako czynnika zwiększającego zdolność poradzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Jego zdaniem człowiek stosuje 2 rodzaje procesów oceny: ocenę pierwotną, w której określa się, czy sytuacja jest groźna, czy też nie, oraz ocenę wtórną, która polega na określaniu różnych możliwych sposobów poradzenia sobie z zagrażającą sytuacją. Jeżeli jednostka stwierdza, że sytuacja jest groźna, wówczas istnieją dwie możliwości działania: bezpośrednie (walka lub ucieczka) lub też łagodzące przewarłościowanie, które polega na zmianie oceny sytuacji jako mniej groźnej, przez co zmniejsza się napięcie emocjonalne.

Przytoczona teoria podkreśla rolę procesów poznawczych w kontrolowaniu reakcji emocjonalnych. Pokazuje, jak można radzić sobie ze stresem i jego negatywnymi konsekwencjami. Niewątpliwie u pacjentów depresyjnych zauważa się deficyt w zakresie omawianej kontroli poznawczej.

Kolejna badaczka — Arnold, podaje ciekawą koncepcję opartą na oszacowaniu bodźca. Jest ona autorką tak zwanego modelu sekwencyjnego: percepcja — ocena — emocja — ekspresja emocji — działanie. Według tego modelu najpierw odbiera się bodźce z zewnątrz, następnie podlegają one wartościowaniu na dobre i złe. Wynikiem tej oceny jest pojawienie się określonej emocji i jej wyrażenie za po-

mością wielu reakcji fizjologicznych. Efektem tych „etapów” jest podjęcie odpowiedniego działania zmierzającego do danego bodźca lub oddalania się od niego [24]. W tych modelach postawa wycofywania się, „ucieczki” często jest wynikiem przekonania o braku jakiegokolwiek wpływu na sytuację i środowisko.

Zdaniem Lazarusa i Folkman [22] w trudnych sytuacjach ludzie stosują strategie: skoncentrowane na problemie oraz skoncentrowane na emocjach. Pierwsza dotyczy opanowania stresora (ukierunkowania aktywności na zmniejszenie jego negatywnego działania), druga — opanowania reakcji emocjonalnej związanej ze stresem. Wybór danego sposobu radzenia sobie ze stresem zależy od rodzaju danej sytuacji i jej oceny.

Antonovsky [6] wymienia 3 komponenty poznawcze (sposoby oceny sytuacji), które są wykorzystywane zazwyczaj w strategiach radzenia sobie skoncentrowanych na problemie. Są to: racjonalność (obiektywna i trafna ocena sytuacji), elastyczność (tj. gotowość do dysponowania dostępnymi strategiami radzenia sobie z sytuacją trudną i wybór odpowiedniej z nich) oraz dalekowzroczność (zdolność przewidywania konsekwencji zastosowania danej strategii). I tu został podkreślony istotny fakt, który dotyczy tego, że możemy dysponować bogactwem zasobów osobistych, społecznych, materialnych i innych, a jednak nie potrafimy sobie poradzić z trudną sytuacją. Istota problemu polega na dopasowaniu posiadanego potencjału do danej sytuacji i wymagań zewnętrznych.

Folkman i wsp. [12] na podstawie analizy czynnikowej wyodrębnili 8 ogólnych strategii radzenia sobie ze stresem. Są to: konfrontacyjne radzenie sobie, dystansowanie się, samokontrola, poszukiwanie wsparcia społecznego, przyjmowanie odpowiedzialności, ucieczka — unikanie, planowe rozwiązywanie problemów, pozytywne przewartościowanie. Radzenie sobie skoncentrowane na problemie dotyczy takich strategii, jak: konfrontacja z problemem, planowe rozwiązywanie problemów. Natomiast radzenie skoncentrowane na emocjach wiąże się ze strategiami typu: ucieczka—unikanie, dystansowanie się, pozytywne przewartościowanie.

Moos i Schaefer [25] podają, że strategie radzenia ukierunkowane na rozwiązywanie problemów sprzyjają lepszej adaptacji jednostki do trudnych sytuacji i co ważne z uwagi na temat niniejszej pracy, zmniejszają ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych. Zdaniem autorów strategia pozytywnego przewartościowania sprzyja efektywnemu funkcjonowaniu w małżeństwie i pracy. Ponadto okazuje się, że w sytuacjach

radzenia sobie zarówno ze stresem ostrym, jak i przewlekłym sprzyja strategia rozwiązywania problemów. Tak więc w świetle przytoczonych wyników badań okazuje się, że lepsze zdrowie somatyczne oraz lepsze przystosowanie emocjonalne (w tym: mniejsze ryzyko depresji) jest związane ze strategiami: aktywnego rozwiązywania problemów oraz pozytywnego przewartościowania.

Folkman i Lazarus [22] podają, że ma to związek nie tylko ze zmniejszeniem natężenia negatywnych emocji, ale i pojawieniem się emocji pozytywnych. Aldwin i Revenson [26] mówią o tak zwanym buforowym wpływie powyższej strategii na pojawienie się zaburzeń psychologicznych. Autorzy wskazują na związek stosowania strategii ucieczka—unikanie z występowaniem wyższego poziomu symptomów zaburzeń psychologicznych.

Dolińska-Zygmunt [4] zauważa, że mówiąc o strategiach radzenia sobie ze stresem, nie można im nadać jednoznacznego wpływu pozytywnego czy też negatywnego na poradzenie sobie z trudną sytuacją. Zdaniem autorki istotny jest wcześniej wspomniany fakt dopasowania poszczególnych strategii do danej sytuacji i jej poszczególnych etapów. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że powyższe strategie mogą występować równocześnie.

Roth i Kohen [27] uważają, że ludzie w sytuacjach stresu stosują 2 sposoby radzenia sobie z nim, czyli zbliżanie się oraz unikanie. Osoby stosujące pierwszy sposób aktywnie poszukują informacji poradzenia sobie ze stresem, natomiast posługiwanie się drugim stylem polega na wybiórczej nieuwadze i zapomnianiu, co pozostaje w istotnym związku ze stosowanymi strategiami skoncentrowanymi na problemie i emocjach.

Wyniki badań Folkman i Lazarusa [22] oraz Coyne’a [28] wskazują, że tym większe nasilenie zaburzeń depresyjnych, im większy dystans w kontaktach z innymi ludźmi, im częstsze stosowanie strategii konfrontacyjnych o charakterze agresywnym i wrogim oraz samokontroli. Depresja może przy tym być „konsekwencją niedoboru mechanizmów obronnych osobowości” [29, 30]. W literaturze dotyczącej przedmiotu określa się je jako nieświadome procesy stosowane do redukcji przykrego napięcia emocjonalnego, które pojawia się w sytuacji stresowej. Zalicza się tu między innymi: wyparcie, tłumienie, racjonalizację, zaprzeczanie. W kontekście omawianego tematu istotny jest fakt, że większość z nich ma charakter sposobów radzenia skoncentrowanych na emocjach (niedojrzałych), a więc nieefektywnych w skutecznym poradzeniu sobie z trudnościami. Vaillant [31] zwraca uwagę na takie me-

chanizmy, jak: tłumienie, sublimacja, humor i altruizm, które jego zdaniem, wpływają na poprawę ogólnego samopoczucia i lepsze radzenie sobie ze stresem. W świetle tego, co mówi Vaillant korzystnie jest: świadomie nie myśleć o sprawach stresujących (tłumienie), śmiać się i mieć poczucie humoru (humor), być nastawionym na innych ludzi i ich problemy (altruizm). Jednak bez względu na to, jaki mają charakter, muszą być dostosowywane do danych warunków (elastyczność), aby można było sobie poradzić skutecznie z daną sytuacją.

Istotnym czynnikiem różnicującym style radzenia sobie w trudnych sytuacjach jest płeć. Okazuje się, że kobiety reagują wtedy tak zwanym „przeżywaniem myślowym”, nadmierną koncentracją na sobie i nadmiernym analizowaniem problemów. Mężczyźni z kolei stosują konkretne działania w kierunku rozwiązania problemu lub przynajmniej zdystansowania się do niego [32]. Dopasowywanie poszczególnych zasobów radzenia sobie, które człowiek ma do dyspozycji, cechuje względna stałość, składająca się na indywidualny styl radzenia sobie. Przyjmuje się, że jest on związany z cechami osobowości człowieka.

Ryzyko zachowań suicydalnych

Grupę największego ryzyka samobójstw, spośród chorób uwarunkowanych czynnikami psychologicznymi, stanowią jednostki depresyjne. Przyjmuje się, że 65% przypadków samobójstw wiąże się z zaburzeniami psychicznymi (depresja, schizofrenia, uzależnienia). Ryzyko samobójstw w przypadku depresji wzrasta do wskaźnika wynoszącego 30%. Natomiast ryzyko w ciągu całego życia wynosi 15%. [18]. Zdaniem Dudek i Zięby [19] aż 70% samobójstw przypada na okres po 40. roku życia. Przy czym największe nasilenie samobójstw jest w następujących przedziałach wiekowych: okres młodości, dorastania, wiek starczy (65–80 lat). Podaje się, że liczba zgonów wśród nieleczonych chorych na depresję bądź leczonych nieskutecznie jest wyższa niż w przypadku chorób serca czy nowotworowych. Przyjmuje się, że 40–60% osób popełniających samobójstwo cierpi na depresję o różnym stopniu nasilenia [19]. Ryzyko zwiększa się w przypadkach depresji psychotycznej oraz wysokiego poziomu lęku i niepokoju, zwłaszcza związanych z pobudzeniem psychoruchowym (pacjent z powodu cierpienia, jakim jest sama depresja, nie może sobie znaleźć miejsca, więc jedynym wyjściem z sytuacji okazuje się „skończenie ze sobą” i całym tym bezsens). Ale również bardzo istotnym czynnikiem zwiększającym ryzyko suicydalne w depre-

sji, często pomijanym, jest odwrotność powyższej sytuacji, czyli zahamowanie psychoruchowe. Przyjmuje się, że u około 50% osób, które popełniły samobójstwo, jednym z objawów depresji był ten wymieniony. Niebezpieczeństwo całej sytuacji polega na tym, że w niewiadomym momencie może nastąpić tak zwane odhamowanie. Innymi czynnikami predysponującymi do samobójstwa w depresjach są: poczucie beznadziejności, sytuacji bez wyjścia, poczucie winy, nastrój dysfotyczny, dolegliwości bólowe oraz uporczywe zaburzenia snu. Podkreśla się, że poczucie beznadziejności występujące w depresji jest jedną z najważniejszych zmiennych zwiastujących samobójstwo i zdaniem O'Connor i Sheehy [33] może nawet ważniejszą niż sama depresja. Ostatni z wymienionych czynników mógłby wydawać się stosunkowo najmniej znaczący ze wspomnianych do tej pory. Okazuje się jednak, że problemy ze snaniem, zwłaszcza budzenie się w nocy i trudności w zaśnięciu czy też wczesne budzenie się, i występujące w depresji złe samopoczucie, zwłaszcza rano, stanowią bardzo istotny czynnik zwiększający ryzyko odebrania sobie życia. Istotnym czynnikiem zwiększającym ryzyko zamachu samobójczego jest również etap choroby. Barraclough i Pallis wykazali w przeprowadzonych przez siebie badaniach, że czynnikami wyróżniającymi osoby depresyjne, które targnęły się na własne życie, są: bezsenność, zaburzenia pamięci (zdaniem badaczy wynikają z pogorszenia się funkcji poznawczych na skutek zaburzeń nastroju), zaniedbywanie się. Charakterystycznymi cechami dla samobójców z rozpoznaną depresją były również: „myśli o samouszkodzeniach”, „słabe wsparcie społeczne” [34]. Największe ryzyko przypada na początek zachorowania, dotyczy głównie pierwszego roku choroby, a także końcowego okresu epizodu depresji, kiedy to powraca aktywność pacjenta, połączona z utrzymującym się obniżonym nastrojem. Zwraca się uwagę również na czynnik nawrotowości w depresji. Im większa liczba nawrotów, tym zwiększone ryzyko próby samobójczej. Ma to związek z częstymi hospitalizacjami i nasilającymi się problemami rodzinnymi. Osoba w depresji, która zdecyduje się na odebranie sobie życia, doświadcza swoistego spokoju. Wtedy przez otoczenie może być odbierana jako „zdrowiejąca”, której stan psychiczny się poprawił. Do czynników psychologicznych zwiększających ryzyko samobójstw depresyjnych u kobiet i mężczyzn zalicza się: rozwód i owdowienie. Ponadto u mężczyzn czynnikiem ryzyka są niepowodzenia w pracy, natomiast u kobiet — problemy w życiu osobistym.

Różnice płciowe dotyczą również „metod”, za pomocą których dokonuje się samobójstw. W przypadku mężczyzn jest to najczęściej powieszenie, u kobiet otrucie się. W tym miejscu warto zwrócić uwagę na powszechnie istniejące fałszywe przekonanie społeczne, że osoba chcąca odebrać sobie życie, nie mówi o tym. Okazuje się, że około 80% samobójców mówi jasno o swoich zamiarach bliskim lub lekarzowi. Faktem jest, że osoba depresyjna miewa myśli samobójcze i w kontekście tego, co zaznaczono wcześniej, każdy zgłaszany lub obserwowany sygnał należy traktować bardzo poważnie. Podaje się, że stosunkowo dużo danych szacunkowych dotyczących samobójstw w depresji może być związanych z nieodpowiednim procesem leczenia, a zwłaszcza z nieprawidłowym rozpoznaniem [35].

W artykule zaprezentowano uwarunkowania psychologiczne depresji z podkreśleniem roli cech osobowościowych, przekonań i oczekiwań, wsparcia społecznego oraz ryzyka suicydalnego.

Podsumowanie

Problematyka depresji stanowi zjawisko wieloaspektowe i tym samym złożone. Przegląd piśmiennictwa na temat depresji w kontekście uwarunkowań psychospołecznych pokazuje, jak ważny jest to problem zdrowotny współczesnego świata. Tym samym niezbędne wydaje się być uzupełnianie wiedzy z tego zakresu, co pozwoli lepiej zrozumieć zaburzenia depresyjne oraz przyczyni się do poprawy jakości życia pacjentów depresyjnych i ich rodzin.

Streszczenie

Wyniki badań epidemiologicznych wskazują na wzrost zachorowań na depresję. W związku z tym zainteresowanie zaburzeniami depresyjnymi jest również coraz większe. Mają one charakter wieloaspektowy i złożony. Tym samym pełne poznanie uwarunkowań depresji wymaga coraz liczniejszych analiz z tego zakresu.

Choroba, jaką jest depresja, jest ściśle związana z funkcjonowaniem psychospołecznym pacjenta. Stąd celem niniejszego artykułu jest omówienie wybranych czynników psychologicznych mających istotne znaczenie w przypadku zaburzeń depresyjnych. W tym kontekście zostały omówione następujące zmienne: wybrane cechy osobowościowe, przekonania i oczekiwania, wsparcie społeczne, strategie radzenia sobie z sytuacją trudną oraz ryzyko zachowań suicydalnych.

Psychiatria 2010; 7, 3: 95–103

słowa kluczowe: czynniki psychologiczne, depresja, osobowość

Piśmiennictwo

- McKenzie K. Poradnik medyczny. Depresja. Wydawnictwo Wiedza i Życie, Warszawa 2001.
- Wolpert L. Depresja — złośliwy smutek. Wydawnictwo MUZA SA, Warszawa 2001.
- Clark L.A., Watson D., Mineka S. Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*. 1994; 103: 103–116.
- Dolińska-Zygmunt G. Podstawy psychologii zdrowia. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.
- Kobasa S.C. The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. W: Sanders G.S., Sals J. (red.). *Social psychology of health and illness* Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1982: 3–32.
- Antonovsky A. Health, stress and coping. Jossey-Bass, San Francisco 1979.
- Kofta M. Samokontrola a emocje. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1979.
- Barnett P.A., Gotlib I.H. Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin*. 1988; 104 (1): 97–126.
- Bagby R.M., Quilty L.C., Ryder A.C. Personality and Depression. *Canadian Journal of Psychiatry*. 2008; 3 (1): 14–25.
- Poprawa R. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.). *Podstawy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.
- Lazarus R.S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. Springer-Verlag, New York 1984.
- Folkman S., Lazarus R.S., Dunkel-Schetter C., DeLongis A., Gruen R. The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986; 50: 992–1003.
- Scheier M.F., Carver Ch.S. Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*. 1992; 16: 2.
- Seligman M.E.P. Helplessness; On depression, Development, and Death, Freeman W.H., San Francisco 1975.
- Peterson C., Seligman M.E.P., Vaillant G.E. Pessimistic explanatory style is a risk factor for physical illness: A thirty-five-year longitudinal study. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1988; 55: 23–27.
- Scheridan Ch., Radmacher S. *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 1998: 217.
- Cohen S., Wills T.A. Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*. 1985; 98.
- Malhi G., Bridges P. *Postępowanie w depresji*. Urban & Partner, Wrocław 2001.
- Dudek D., Zięba A. *Depresja — wiedzieć, aby pomóc*. Wydawnictwo Medyczne, Kraków 2002.

20. Riley D., Eckenrode J. Social ties: Subgroup differences in costs and benefits. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1986; 51.
21. Solomon Z., Mikulincer M., Hobfoll S.E. Objective versus subjective measurement of stress and social support: The case of combat-related reactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1987; 55: 577–583.
22. Folkman S., Lazarus R.S. The relationship between coping and emotion. Implications for theory and research. *Social Science and Medicine*. 1988; 26: 309–317.
23. Lazarus R.S. Emotions and adaptation: Conceptual and empirical relations. W: Arnold W.J. (red.). *Nebraska Symposium on motivation*. University of Nebraska Press, Lincoln 1968.
24. Arnold M.B. Emotion and personality. Columbia University Press, New York 1960.
25. Moos R., Schaefer J.A. Coping resources and processes: Current concepts and measures. W: Goldberg L., Breznitz S. *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. The Free Press, New York 1993.
26. Aldwin C.M.p, Revenson T.A. Does coping help? Are examination of relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987; 53.
27. Roth S., Cohen L.J. Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*. 1986; 41.
28. Coyne J.C. Depression and the responses to others. *Journal of Abnormal Psychology* 1976; 85.
29. Czapiński J. Szczęście — złudzenie czy konieczność? W: Kofta M., Szustrowa T. (red.). *Złudzenia, które pozwalają nam żyć*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1991.
30. Grzegółowska-Klarkowska H.J. Samoobrona przez samooszukiwanie się. W: Kofta M., Szustrowa T. (red.). *Złudzenia, które pozwalają nam żyć*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1991.
31. Vaillant G.E. *Adaption to life*. Boston: Little, Brown 1977.
32. Nolen-Hoeksema S.N. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*. 1991; 100.
33. O'Connor R., Sheehy N. *Zrozumieć samobójcę*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
34. Barraclough B., Pallis D. Depression followed by suicide: A comparison of depressed suicides with living depressives. *Psychological Medicine* 1975; 5: 55–61.
35. Lehtinen V., Joukamaa M., Jrykinen E. Need for mental health services of the population in Finland: Results from a mini Finland Health Survey. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1990; 81: 426–431.