

Objawy lęku i depresji u pacjentów z przebiegiem rzutowo-remisyjnym stwardnienia rozsianego

Symptoms of anxiety and depression in patients with relapsing-remitting multiple sclerosis

Ewa Rzeszutko

Zakład Genetyki Klinicznej
Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Streszczenie:

Cel: Celem artykułu było przedstawienie emocjonalnego funkcjonowania pacjentów zmagających się z diagnozą przewlekłej choroby jaką jest Multiple Sclerosis.

Metody: W badaniach wykorzystano ankietę socjodemograficzną, Arkusz Samopoznania Cattell'a oraz Inwentarz Depresji Becka.

Grupa badana: Przebadano grupę 108 pacjentów z rzutowo-remisyjną postacią SM oraz 69 osób zdrowych (31 kobiet oraz 38 mężczyzn). Wskaźnik niepełnosprawności w badanej grupie chorych szacowany przy użyciu skali EDSS autorstwa Kurtzke'go wyniósł 2,13pkt. (w grupie kobiet: 2,0 pkt ; w grupie mężczyzn: 2,2 pkt.). Wszyscy pacjenci w trakcie trwania badań znajdowali się w okresie remisji objawów SM.

Wyniki i wnioski: Przeprowadzone analizy wykazały istnienie statystycznie istotnych różnic między grupą osób zdrowych i chorych w zakresie objawów lęku i depresji. Pacjenci istotnie częściej w porównaniu do osób zdrowych doświadczają objawów depresji dotyczących sfery uczuć, reakcji somatycznych oraz kontaktów społecznych. Pacjentów cechuje istotnie wyższy niż w grupie kontrolnej poziom niepokoju jawnego, ukrytego, ogólnego oraz większe nasilenie potrzeb i popędów, niezadowolenia z siebie, podejrzliwości, poczucia winy, zachowań neurotycznych. Chore kobiety i chorzy mężczyźni nie różnią się istotnie pod względem objawów depresyjnych. Mężczyźni z SM w porównaniu do chorych kobiet prezentują istotnie większą skłonność do zachowań neurotycznych, obwiniania siebie, większą podejrzliwość, większe nasilenie potrzeb i popędów, niepokoju jawnego oraz ogólnego.

Słowa kluczowe: lęk, depresja, stwardnienie rozsiane

Abstract:

Goal: The aim of this article was to present the emotional functioning of patients facing the diagnosis of the chronic disease Multiple Sclerosis.

Methods: The instruments used in the study included a socio-demographic questionnaire, Cattell's Self-Analysis Form and the Beck Depression Inventory.

Participants: The study included a group of 108 patients with relapsing-remitting MS and 69 healthy controls (31 women and 38 men). The patients' disability score on Kurtzke's EDSS scale was 2.13 points. (2.0 points in the female group and 2.2 points in the male group). In the study period, all patients were in remission of MS symptoms.

Results and Conclusions: The analyses revealed that there were statistically significant differences between MS patients and healthy controls regarding the symptoms of anxiety and depression. Compared to healthy subjects, MS patients significantly more often experienced symptoms of depression in the sphere of emotions, somatic reactions and social relations. MS patients were characterized by significantly higher levels of overt, covert and general anxiety and higher levels of needs and drives, self-dissatisfaction, suspiciousness, guilt and neurotic behavior than healthy controls. There were no significant differences in depressive symptoms between female and male patients. Men with MS, compared to female patients, were significantly more prone to neurotic behavior, self-blame and suspiciousness, and had more intense needs and drives and higher levels of overt and general anxiety.

Keywords: anxiety, depression, multiple sclerosis

Wstęp

Pojawienie się choroby przewlekłej takiej jak stwardnienie rozsiane jest spostrzegane jako sytuacja krytyczna, która podważa wartość jednostki, sprzyja obniżaniu się poczucia bezpieczeństwa, narastaniu lęku. Doświadczanie poczucia niepewności w związku z obecnością Multiple Sclerosis może utrudniać adekwatne reagowanie na sytuacje stresowe a nawet blokować działania ukierunkowane na rozwiązanie pro-

blemu. Przeżywany lęk ujawnia się za pośrednictwem reakcji behawioralnych, somatycznych. Wpływa na funkcjonowanie w sferze poznawczej, emocjonalnej. Pojawienie się poczucia winy, lęku, sprzyja występowaniu zachowań autoagresywnych, może wynikać z doświadczania konfliktu między standardami emocjonalnymi a przeżywaniem uczuć złości, wrogości [1]. Wysoki poziom lęku charakterystyczny jest dla początkowego etapu zmagania się z obecnością schorzenia. Towarzyszy mu zwiększone prawdopodobieństwo

uzależnienia od środków psychoaktywnych, pojawienia się trudności w relacjach interpersonalnych [2, 3]. Doniesienia sformułowane przez Mohr'a oraz Cox'a [4] wskazują, że rozpowszechnienie zaburzeń lękowych wśród pacjentów z SM wynosi od 19% do 25% a depresyjnych od 14% do 57%. Chwastniak wraz ze współpracownikami [5] uważa, że zaostrzająco-zwalniająca postać SM nie jest najistotniejszym czynnikiem wpływającym na pojawienie się objawów depresji. Zdaniem Parnowskiego [6] objawy depresyjne u pacjentów z SM pojawiają się od 2 do 3 razy częściej w porównaniu do osób z innymi przewlekłymi schorzeniami. Ich pojawieniu się sprzyja: młody wiek, niższy poziom wykształcenia, brak wsparcia społecznego. Według Chwastniak'a [5] czynnikami ryzyka pojawienia się zaburzeń w funkcjonowaniu emocjonalnym są: płeć żeńska, wiek poniżej 35 lat, wysoki poziom stresu, rodzinne występowanie zaburzeń depresyjnych. Dotychczasowe badania wskazują, że współwystępowanie depresji i lęku związane jest z nasilonym przeżywaniem poczucia winy, niską samooceną, anhedonią, drażliwością, zaburzeniami snu, zmniejszonym łaknieniem [7]. Do czynników ryzyka wystąpienia zaburzeń lękowych zalicza się: płeć żeńską, depresję, ograniczone wsparcie społeczne [8], depresja [9, 10].

Zdaniem Feinstein'a, Jannsens'a oraz Garfield'a i Lincoln'a [2, 9, 11] depresja uznawana jest za główny symptom schorzenia, który pojawia się na wczesnym etapie procesu chorobowego. Objawy depresyjne występujące u pacjentów obejmują tzw. triadę Becka do której zalicza się: automatyczne myśli wyrażające negatywny stosunek do samego siebie, aktualnej rzeczywistości, własnej przyszłości [7]. Badania Tsivgoulis'a i współpracowników [12] ukazują, że poziom niepełnosprawności tłumaczy 15,7% wariancji odnośnie występowania depresji. Ze względu na pojawiające się w wyniku postępującego procesu chorobowego leżje OUN, sugeruje się ostrożną interpretację związku niepełnosprawności wyrażanej za pomocą skali EDSS z depresją. Zdaniem Gay'a [13] nie istnieją istotne statystycznie związki między depresją a czynnikami związanymi z chorobą czyli: długością trwania procesu chorobowego, niepełnosprawnością oraz między depresją i czynnikami socjodemograficznymi takimi jak: wiek, płeć, status materialny, stan cywilny, sytuacja finansowa. Stwierdza on brak istotnych relacji między lękiem rozumianym jako stan i jako cecha a postępem choroby [13]. Dotychczas nie opublikowano badań, które jednoznacznie odpowiadałyby na pytanie: czy

objawy lęku, depresji są reakcją na chorobę czy efektem toczącego się procesu chorobowego [9, 13].

Metody

W badaniach zastosowano: ankietę socjodemograficzną obejmującą dane dotyczące choroby takie jak wskaźnik niepełnosprawności EDSS, czas trwania SM, postać SM; Arkusz Samopoznania Cattella [14] stosowany w celu oszacowania nasilenia niepokoju ogólnego, ukrytego oraz jawnego; Inwentarz Depresji Becka [15]. Użyte metody pozwoliły na udzielenie odpowiedzi na następujące pytanie badawcze: Czy istnieją statystycznie istotne różnice między osobami z diagnozą SM a osobami zdrowymi w zakresie objawów lęku i depresji. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu testu t-Studenta.

Grupa badana

Badania wykonano na grupie 108 osób (52 kobietach i 56 mężczyznach) z diagnozą SM oraz 69 osobach zdrowych (31 kobietach, 38 mężczyznach). Średni wiek badanych pacjentów wynosił: w grupie mężczyzn 34,8 lat a w grupie kobiet 29,8 lat. Poziom niepełnosprawności pacjentów określany przy użyciu skali EDSS (Expanded Disability Status Scale) wynosił $M = 2,13$ pkt. (w grupie kobiet - 2,0 pkt.; w grupie mężczyzn 2,2 pkt.). Średni czas trwania choroby u kobiet to: 4,4 lata, u mężczyzn: 4,2 lata. Pacjenci w czasie trwania badań znajdowali się w fazie wycofania objawów Multiple Sclerosis. W grupie kontrolnej średni wiek wynosił dla: kobiet 30,8 lat; mężczyzn 34,8 lat. Badania przeprowadzono od 2011 - 2013 roku w trzech ośrodkach na terenie województwa podkarpackiego, które prowadziły program leczenia Interferonem-beta: w Szpitalu MSWiA w Rzeszowie, Specjalistycznym Szpitalu im. Św. Rodziny w Rudnej Małej oraz w Szpitalu Wojewódzkim nr 2 w Rzeszowie. Badane grupy nie różniły się pod względem miejsca zamieszkania, wykształcenia, stanu cywilnego. Istotnie więcej chorych w porównaniu do osób zdrowych było bezrobotnych z powodu stanu zdrowia.

Wyniki

Poniższe tabele przedstawiają wyniki analiz statystycznych wykonanych testem t-Studenta. Dokonano porównań między grupą osób zdrowych i chorych pod względem obecności objawów lęku i depresji.

Tab. 1. Porównanie średnich wyników uzyskanych przez osoby z diagnozą stwardnienia rozsianego oraz osoby z grupy kontrolnej w zakresie skal Inwentarza Depresji Becka

	Grupa z SM		Grupa kontrolna		t	p
	M	SD	M	SD		
Ogólne nasilenie depresji	11,44	7,02	4,83	5,18	7,20	0,001
Sfera uczuć	5,02	3,58	2,17	2,78	5,93	0,001
Sfera stosunków społecznych	2,16	1,68	0,91	1,25	5,64	0,001
Sfera reakcji somatycznych	4,27	2,74	1,74	2,02	7,05	0,001

Otrzymane wyniki badań wskazują, że pacjenci istotnie częściej niż osoby zdrowe prezentują objawy

depresji dotyczące sfery uczuć, kontaktów społecznych, reakcji somatycznych.

Tab. 2. Porównanie średnich wyników uzyskanych przez mężczyzn oraz kobiety z diagnozą stwardnienia rozsianego w zakresie skal Inwentarza Depresji Becka

	Grupa mężczyzn z SM		Grupa kobiet z SM		t	p
	M	SD	M	SD		
Ogólne nasilenie depresji	11,27	6,72	11,63	7,38	-0,27	0,788
Sfera uczuć	5,04	3,43	5,00	3,77	0,05	0,959
Sfera stosunków społecznych	2,14	1,65	2,17	1,73	-0,09	0,926
Sfera reakcji somatycznych	4,09	2,55	4,46	2,95	-0,70	0,483

Porównanie grupy chorych mężczyzn i kobiet z diagnozą SM w zakresie objawów depresji nie wykazało istotnych różnic.

Tab. 3. Porównanie średnich wyników uzyskanych przez mężczyzn oraz kobiety z grupy kontrolnej w zakresie skal Inwentarza Depresji Becka

	Mężczyźni z grupy kontrolnej		Kobiety z grupy kontrolnej		t	p
	M	SD	M	SD		
Ogólne nasilenie depresji	6,11	5,89	3,26	3,66	2,46	0,017
Sfera uczuć	2,55	3,29	1,71	1,94	1,32	0,190
Sfera stosunków społecznych	1,18	1,33	0,58	1,06	2,05	0,044
Sfera reakcji somatycznych	2,37	2,28	0,97	1,30	3,20	0,002

Mężczyźni z grupy kontrolnej ujawniają istotnie wyższe ogólne nasilenie depresji, nasilenie objawów depresji dotyczących sfery stosunków społecznych oraz

reakcji somatycznych w porównaniu do zdrowych kobiet.

Tab. 4. Porównanie średnich wyników uzyskanych przez osoby z diagnozą stwardnienia rozsianego oraz osoby zdrowe w zakresie skal Arkusza Samopoznania Cattella

	Grupa z SM		Grupa kontrolna		t	p
	M	SD	M	SD		
Q3 (niezadowolenie z siebie)	7,17	2,65	5,14	2,26	5,23	0,001
C (skłonność do zachowań neurotycznych)	5,26	2,89	3,20	2,65	4,77	0,001
L (podejrzliwość)	3,99	1,87	3,03	1,86	3,34	0,001
O (poczucie winy)	14,19	4,50	10,42	4,92	5,25	0,001
Q4 (nasilenie potrzeb i popędów)	13,35	3,67	10,49	3,98	4,88	0,001
Niepokój jawny	19,56	7,97	12,29	7,19	6,14	0,001
Niepokój ukryty	20,03	6,27	15,04	6,45	5,10	0,001
Niepokój ogólny	41,69	13,09	29,78	12,78	5,96	0,001

Pacjenci z SM istotnie częściej niż u osób z grupy kontrolnej prezentują niezadowolenie z siebie (Q3), skłonność do zachowań neurotycznych (C), podejrzliwości (L), przeżywania poczucia winy (O). Występuje

u nich większe nasilenie potrzeb i popędów (Q4). Pacjentów cechuje wyższe nasilenie niepokoju jawnego, ukrytego oraz ogólnego.

Tab. 5. Porównanie średnich wyników uzyskanych przez mężczyzn oraz kobiety z diagnozą stwardnienia rozsianego w zakresie skal Arkusza Samopoznania Cattella

	Mężczyźni z SM		Kobiety z SM		t	p
	M	SD	M	SD		
Q3 (niezadowolenie z siebie)	7,52	2,64	6,79	2,64	1,43	0,154
C (skłonność do zachowań neurotycznych)	6,34	2,71	4,10	2,62	4,36	0,001
L (podejrzliwość)	4,34	2,01	3,62	1,65	2,04	0,044
O (poczucie winy)	15,39	4,75	12,90	3,84	2,98	0,004
Q4 (nasilenie potrzeb i popędów)	14,41	4,08	12,21	2,80	3,29	0,001
Niepokój jawny	22,13	7,95	16,79	7,08	3,67	0,001
Niepokój ukryty	20,73	6,55	19,27	5,92	1,21	0,227
Niepokój ogólny	45,14	13,55	37,96	11,57	2,95	0,004

Chorzy mężczyźni w porównaniu do kobiet z SM, prezentują istotnie większą skłonność do zachowań neurotycznych (C), podejrzliwości (L), tendencję do

obwiniania siebie (O), większe nasilenie potrzeb i popędów (Q4). Pacjentów cechuje większe nasilenie niepokoju jawnego oraz ogólnego.

Tab. 5. Porównanie średnich wyników uzyskanych przez mężczyzn oraz kobiety z grupy kontrolnej w zakresie skal Arkusza Samopoznania Cattella

	Mężczyźni z grupy kontrolnej		Kobiety z grupy kontrolnej		t	p
	M	SD	M	SD		
Q3	5,13	2,54	5,16	1,90	-0,05	0,957
C	3,05	2,57	3,39	2,79	-0,52	0,606
L	3,03	2,06	3,03	1,62	-0,01	0,990
O	10,11	5,22	10,81	4,59	-0,59	0,560
Q4	10,50	4,07	10,48	3,95	0,02	0,987
Niepokój jawny	11,76	7,88	12,94	6,31	-0,67	0,505
Niepokój ukryty	13,76	6,27	16,61	6,43	-1,86	0,068
Niepokój ogólny	28,26	13,59	31,65	11,66	-1,09	0,277

W grupie kontrolnej nie stwierdza się istotnych różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami w zakresie poszczególnych czynników Arkusza Samopoznania Cattella.

Dyskusja wyników

Uzyskane wyniki badań potwierdzają występowanie nasilonych objawów lęku i depresji u pacjentów z diagnozą Multiple Sclerosis [2, 3, 9, 11]. Ich obecność ujawnia się w sferze emocjonalnej, somatycznej, funkcjonowania społecznego. Pacjentom towarzyszy niezadowolenie z siebie, skłonność do kumulowania napięcia, podejrzliwości, przeżywania poczucia winy. Badani z diagnozą SM znajdują się w początkowej fazie zmagania

się z diagnozą przewlekłego schorzenia (średni czas trwania choroby wynosi 4,3 lata), dla której zdaniem Juszcza [3] oraz Janssens'a [2] charakterystyczny jest wysoki poziom lęku. Jego występowanie zwiększa prawdopodobieństwo uzależnienia od środków psychoaktywnych, pojawienia się trudności w relacjach interpersonalnych [3].

Wyniki analiz statystycznych wykonanych na potrzeby niniejszej pracy stoją w opozycji do doniesień przedstawianych przez Martins da Silva [16]. Pacjentki z populacji polskiej ukazują mniejsze nasilenie objawów lęku w porównaniu do grupy chorych mężczyzn. Odwrotne zależności zdiagnozowano u pacjentów pochodzących z populacji portugalskiej [16]. Zdaniem Beal [17] kobiety z SM wykazują większą podatność na

rozwój objawów depresji w porównaniu do chorych mężczyzn. Zależność ta nie potwierdza wniosków z przeprowadzonych badań. Wyniki aktualnie wykonanych analiz tak jak i doniesienia autorstwa Beiske [18] wskazują, że nasilenie objawów lęku i depresji jest istotnie wyższe u chorych z SM w porównaniu do osób zdrowych. Leonavicius i Adomaitiene [19] w oparciu o badania przeprowadzone na grupie 270 osób z SM stwierdzili podobne rozpowszechnienie objawów depresji u kobiet i mężczyzn, co jest zgodne z otrzymanymi wynikami. Doniesienia naukowe sugerują, że istnieje związek między pojawieniem się depresji a wiekiem poniżej 35 roku życia [17]. Beiske [18] zidentyfikowała istotne zależności między młodym wiekiem i depresją oraz między niższym wskaźnikiem niepełnosprawności (EDSS<3) a lękiem. Powyższe charakterystyki związane z poziomem niepełnosprawności i wiekiem kształtują się podobnie także w badanej grupie pacjentów (średni wiek w grupie SM: M=32,3; średni poziom niepełnosprawności EDSS= 2,13 pkt.).

W oparciu o przeprowadzone analizy oraz informacje uzyskane z literatury dotyczące funkcjonowania emocjonalnego pacjentów z SM stwierdzam, że otrzymane wyniki mogą sugerować istnienie zależności między płcią, wiekiem, poziomem niepełnosprawności a objawami lęku i depresji.

Wnioski

1. U pacjentów z SM w porównaniu do grupy kontrolnej występuje istotnie wyższe nasilenie objawów depresji dotyczących sfery uczuć, kontaktów społecznych, reakcji somatycznych.
2. Pomiędzy mężczyznami i kobietami z SM stwierdza się brak istotnych różnic w zakresie nasilenia objawów depresji.
3. Pacjenci z SM w porównaniu do grupy kontrolnej wykazują istotnie wyższe nasilenie objawów niepokoju ogólnego, jawnego oraz ukrytego, niezadowolenia z siebie, zachowań neurotycznych, podejrzliwości, poczucia winy, potrzeb i popędów.
4. Mężczyźni z SM w porównaniu do chorych kobiet prezentują istotnie większą skłonność do zachowań neurotycznych, podejrzliwości, tendencję do obwiniania siebie, większe nasilenie potrzeb i popędów. Pacjentów cechuje większe nasilenie niepokoju jawnego oraz ogólnego.

Piśmiennictwo

1. Kubacka-Jasiecka D. Agresja i autodestrukcja z perspektywy obronno-adaptacyjnych dążeń Ja. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2006.
2. Janssens A.C., van Doorn P.A., de Boer J.B. Anxiety and depression influence the relation between disability

status and quality of life in multiple sclerosis. *Mult Scler* 2003; 9: 397-403.

3. Juszcak D., Talarowska M., Kowalewski M., Filewski A. Charakterystyka zaburzeń lękowych – występowanie w stwardnieniu rozsianym, możliwości leczenia oraz wpływ na proces rehabilitacji. *Pol Merk Lek* 2009; 27; 162: 532-534.
4. Mohr D.C., Cox D. Multiple Sclerosis: Empirical Literature for the Clinical Health Psychologist. *J Clin Psych* 2001; 57; 4: 479-499.
5. Chwastniak L., Ehde D. M. Gibbons L. E., Sullivan M., Bowen J. D., Kraft G. H. Depressive Symptoms and Severity of Illness in Multiple Sclerosis: Epidemiologic Study of a Large Community Sample. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1862-1868.
6. Parnowski T. Depresja w stwardnieniu rozsianym – punkt widzenia psychiatrii. W: Psychologiczne aspekty stwardnienia rozsianego (red.) Potemkowski A. Poznań: Wydawnictwo Medyczne Termedia, 2010.
7. Jaeschke R i inni, 2010 Jaeschke R., Siwek M., Grabski B., Dudek D. Współwystępowanie zaburzeń depresyjnych i lękowych. *Psychiatria* 2010; tom 7; nr 5: 189-197.
8. Korostil M., Feinstein A. Anxiety disorders and their clinical correlates in multiple sclerosis patients. *Mult Scler*; 2007; 13: 67-72.
9. Garfield A. C., Lincoln N. B. Factors affecting anxiety in multiple sclerosis. *Disabil Rehabil* 2012; 34; 24: 2047-2052.
10. Brown R.F., Valpiani E.M., Tenant C.C., Dunn S.M., Sharock M., Hodgkinson S., Pollard J.D. Longitudinal assessment of anxiety, depression and fatigue in people with multiple sclerosis. *Psychol Psychother-T* 2009; 82: 41-56.
11. Feinstein A., O'Connor P., Gray T., Feinstein K. The effect of anxiety on psychiatric morbidity in patients with multiple sclerosis. *Mult Scler*; 1999; 5: 323-326.
12. Tsivgoulis G., Triantafyllou N., Papageorgiou C., Evangelopoulos M. E., Karrarizou E., Sfagos C., Vassilopoulos D. Associations of the Expanded Disability Status Scale with anxiety and depression in multiple sclerosis outpatients. *Acta Neurol Scand* 2007; 115: 67-72.
13. Gay M-C. i inni, 2010] Gay M-C., Vrignaud P., Garitte C., Meunier C. Predictors of depression in multiple sclerosis patients. *Acta Neurol Scand* 2010; 121: 161-170.
14. Płużek Z. Podręcznik interpretacji Kwestionariusza Niepokoju Cattella. Skrypt KUL, 1968.
15. Beck A.T., Ward C. H., Mendelson M. An Inventory for measuring depression. *Arch. Gen. Psychiatry* 1961; 4: 53-63.
16. Martins da Silva A., Vilhena E., Lopes A., Santos E., Goncalves M. A., Pinto C., Moreira I., Mendonca D., Cavaco S. Depression and anxiety in a Portuguese MS population: Associations with physical disability and severity of disease. *J Neurol Sci* 2011; 306: 66-70.

17. Beal C. C., Stuifbergen A. K., Brown A. Depression in Multiple Sclerosis: A Longitudinal Analysis. *Archiv Psych Nurs* 2007; 21; 4: 181-191.
18. Beiske A. G., Svensson E., Sandanger I., Czujko B., Pedersen E. D., Aarseth J. H., Myhr K. M. Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients. *Europ J Neurol* 2008; 15: 239-245.
19. Leonavicius R., Adomaitiene V. Impact of depression on multiple sclerosis patients life activities and

treatment quality. *Biol Psych Psychopharmacology* 2012; 14; 1: 8-12.

Correspondence address

Ewa Rzeszutko - rzeszutko.ewa@wp.pl
Zakład Genetyki Klinicznej
ul. Radziwiłłowska 11
Lublin 20-080