

WYNIKI I OMÓWIENIE

W badaniach wzięło udział 60 kobiet i 60 mężczyzn o średniej wieku mieszczącej się w przedziale 45 – 54 lata (17%). Większość respondentów była zamężna/zonata – 88 osób (73,7%), o wykształceniu średnim – 42 osoby (35%). Pacjenci w przeważającej większości byli czynni zawodowo – 45 osób (37,5%). Spośród chorób towarzyszących największy odsetek stanowiły problemy kardiologiczne – 45 osób (37%) oraz choroby układu kostno-stawowego – 35 osób (28,7%).

Poziom lęku jako stanu mierzony kwestionariuszem STAI 1 wykazuje łagodne nasilenie lęku u większości respondentów badanych oddziałów.

Poziom depresji u pacjentek na oddziale ginekologicznym mieści się w przedziale 12-26 pkt skali Becka co odpowiada łagodnej depresji, w badaniach występuje wzajemna ujemna korelacja skali Becka i LOT-R – oznacza to, że im większe zaburzenia depresyjne tym mniejsze nastawienie optymistyczne.

Przeprowadzone w Australii, Melbourne badania naukowe [7] na oddziałach ginekologii onkologicznej wykazały, że młodsze kobiety z zaawansowaną chorobą nowotworową, z negatywnym radzeniem sobie, mają większą skłonność do depresji i wyższe poziomy lęku.

Natomiast u pacjentów oddziałów neurologicznego i kardiologicznego występuje umiarkowany stopień depresji (skala Becka 27-49 pkt). Wystąpiła zauważalna istotna statystycznie zależność pomiędzy skalą Becka i kwestionariuszem STAI 2 – im większe nasilenie depresji tym większy poziom lęku u pacjentów na oddziale neurologii (tabela 1). U pacjentów chirurgicznych zaburzenia depresyjne nie występowały.

Tabela 1. Wyniki skal psychometrycznych i wzajemne korelacje na oddziale neurologii

	Beck	STAI1	STAI2	LOT_STEN
BECK	1,00			
STAI1	0,15	1,00		
STAI2	0,585***	0,58***	1,00	
LOT-R	-0,16	-0,24	-0,34	1,00

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

Istnieją choroby sugerujące, że zaburzenia nastroju wpływają na przebieg choroby [8]. Przed laty ukazał się artykuł w amerykańskiej prasie medycznej na temat „Dlaczego depresja zabija chorych po zawale serca?” [3]. Wg autorów pacjenci, u których po przebyciu zawału serca wystąpiła depresja, gorzej przestrzegają zaleceń dotyczących modyfikacji stylu życia, dzięki którym możliwa jest korekcja czynników ryzyka chorób naczyniowych. Sugerują oni, że ten fakt jest odpowiedzialny za wyniki wskazujące na gorsze rokowanie u tych osób po zawale, u których rozwinęła się depresja. Faktem jest, że w badaniach po 6 i po 18 miesiącu od przebytego zawału, pacjenci z depresjami umierali zdecydowanie częściej niż ci bez depresji [3].

W badaniach na znacznych populacjach pacjentów poddawanych angioplastyce stwierdzono, że depresja może mieć tak samo złe rokowniczo następstwa dla tych chorych jak palenie papierosów, nadciśnienie tętnicze, czy hipercholesterolemia [3].

Efektywna terapia zaburzeń depresyjnych towarzyszących chorobom somatycznym powinna być wynikiem ścisłej współpracy internisty i psychiatry lub takiego wykształcenia nie psychiatrów, aby sami potrafili skutecznie leczyć pacjentów, u których w czasie trwania schorzenia somatycznego wystąpi również depresja.

WNIOSKI

1. Spostrzeżenia badaczy wskazują na istotne znaczenie kontroli i leczenia depresji w przypadku wielu chorób somatycznych.
2. Wzajemna współpraca internistów i psychiatrów jest niezbędna w celu całościowego leczenia pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

1. Ventegodt S, Merrick J, Clinical holistic medicine: the patient with multiple diseases, Scientific-World Journal. 2005 Apr 12;5:324-39.
2. Vincze G, Tury F, Muranyi I, Kovacs J, Psychiatric symptoms in general medical hospital units--assessment of the need for psychiatric consultation-liaison in Hungary, Neuropsychopharmacol Hung. 2004 Oct;6(3):127-32.
3. Krzyżanowski J, Depresja a choroby somatyczne 2005 – artykuł dostępny na www.przychodnia.pl
4. Drayer RA, Mulsant BH, Lenze EJ, Rollman BL, Dew MA, Kelleher K, Karp JF, Begley A, Schulberg HC, Reynolds CF 3rd, Somatic symptoms of depression in elderly patients with medical comorbidities, Int J Geriatr Psychiatry. 2005 Sep 15;20(10):973-982
5. Gallo JJ, Bogner HR, Morales KH, Depression, cardiovascular disease, diabetes, and two-year mortality among older, primary-care patients, Am J Geriatr Psychiatry. 2005 Sep;13(9):748-55.
6. Hernandez G G, Orellana V G, Kimelman J M, Anxiety disorders among patients hospitalized in a medical ward, Rev Med Chil. 2005 Aug;133(8):895-902. Epub 2005 Sep 8.
7. Boscaglia N, Clarke DM, Jobling TW, Quinn MA, The contribution of spirituality and spiritual coping to anxiety and depression in women with a recent diagnosis of gynecological cancer, Int J Gynecol Cancer. 2005 Sep-Oct;15(5):755-61.
8. Evans DL, Charney DS, Lewis L and al, Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations, Biol Psychiatry. 2005 Aug 1;58(3):175-89.

STRESZCZENIE

Medycyna holistyczna ukazując człowieka jako całość, spostrzega chorobę jako zaburzenie jego dobrostanu. Schorzenie somatyczne nie dotyczy jedynie chorego narządu, czy układu ale całości człowieka, dlatego tak często ciężkim czy przewlekłym chorobom towarzyszą zaburzenia nastroju pod postacią depresji jak i zaburzenia lękowe. Przedstawione badanie potwierdza powyższe stwierdzenie. Szczególnie duże nasilenie zaburzeń depresyjnych wystąpiło u pacjentów kardiologicznych i neurologicznych. Lęk towarzyszył pacjentom na wszystkich oddziałach w umiarkowanym nasileniu. Depresja wpływa na pogorszenie efektów leczenia schorzeń, w szczególności kardiologicznych i neurologicznych. Wzajemna współpraca internistów i psychiatrów jest niezbędna w celu całościowego leczenia pacjenta i przerwania wzajemnych negatywnych wpływów schorzenia somatycznego i depresji.

SUMMARY

The holistic medicine show us human as a compatible one structure and illness is a disturbance of his good state of a man. Somatic diseases do not affect only one ill organ, or tract but the whole organism . That is why often severe or chronic illnesses exist with mood disorders such as depression and also fear disorders. Presented research confirm above statement. Depression disorders were the most intensive among patients on cardiology and neurology wards. The fear accompanies in medium level all the patients. Depression influences negatively on treatment effects, especially cardiology and neurology diseases. Co-operation of general physicians and psychiatrists is essential in order to treat the whole patient and to disrupt bilateral negative influences of somatic disease and depression.