

ELŻBIETA BENEDYSIUK¹, MAŁGORZATA TARTAS²

MECHANIZMY RADZENIA SOBIE ZE STRESEM W DEPRESJI

COPING MECHANISMS IN DEPRESSION

¹ Katedra i Klinika Neurochirurgii AM w Gdańsku

kierownik: prof. dr Paweł Słoniewski

² Samodzielna Pracownia Psychologii Medycyny AM w Gdańsku

kierownik: dr Waldemar Budziński

Celem prezentowanej pracy jest próba określenia strategii radzenia sobie, stosowanych w obliczu stresujących wydarzeń, przez chorych w depresji oraz ich związków z ukrytą złością.

Osoby chore na depresję różnią się istotnie od osób nie prezentujących tego rodzaju objawów, strukturą stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem. Ukryta złość, pozostaje w istotnych związkach ze wszystkimi strategiami z grupy unikowych – oznacza to, że wpływa na większą gotowość do unikania stresujących wydarzeń życiowych. Szczególną specyfikę tej relacji stanowi fakt, że zmienna ta obniża tendencję do podejmowania prób rozwiązania zaistniałego problemu (DR) oraz gotowość do poszukiwania innych źródeł satysfakcji życiowej (PW). Zmiany życiowe, jak wykazały badania, determinują radzenie sobie. Zależność ta dotyczy mniejszej gotowości do stosowania konfrontacyjnej strategii pozytywnego przewartościowania (PP), częściej natomiast strategii unikowych: akceptacja /rezygnacja (AR), wyładowanie emocjonalne (WE).

Związki stresu z depresją, jego rola w wyzwalaniu kolejnych faz choroby oraz czynniki, które pośredniczą w relacji stres – depresja są coraz częściej przedmiotem badań w psychiatrii i psychologii [12]. Obecnie depresję postrzega się jako zaburzenie o wieloczynnikowej etiologii. W patogenezie tego schorzenia uwzględnia się zarówno czynniki genetyczne, biologiczne jak i psychospołeczne. Dla wyjaśnienia patomechanizmu depresji wykorzystuje się coraz częściej model „predyspozycja – stres”. Podejście to wynika z założenia, że u osób posiadających genetycznie uwarunkowaną predyspozycję do określonego zaburzenia psychicznego, choroba może ujawnić się jedynie pod wpływem stresujących wydarzeń życiowych. Owa predyspozycja (*vulnerability*) to wykształcone w wyniku społecznego uczenia się konstrukty poznawcze oraz wyuczone sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych [1]. Jako wydarzenia życiowe (*life-events*) definiowane są natomiast te wydarzenia, szczególnie o charakterze utraty lub przeciążenia, które w zależności od cech osobowości jednostki mogą powodować depresję lub mieć wpływ na jej obraz kliniczny [12].

Częstość występowania wydarzeń życiowych w roli czynników spustowych inicjujących początek chorób afektywnych w różnych badaniach waha się od kilkunastu do 100% [12]. Szczególne znaczenie przypisuje się takim wydarzeniom życiowym, jak: śmierć bliskiej osoby, konflikty małżeńskie i rodzinne, zawody emocjonalne, zmiany statusu rodzinnego, konflikty interpersonalne, trudna sytuacja rodzinna, kłopoty z dziećmi, choroby, (Strzyżewski, Nowakowska, 1983) [3]. Analizując zależności między zaburzeniami nastroju a stresującymi wydarzeniami życiowymi wielu badaczy odwołuje się do tzw. czynników pośredniczących, które modyfikują wpływ stresu na zdrowie jednostki. Decydujące znaczenie przypisuje się indywidualnym cechom jednostki (reaktywność) oraz środowisku społecznemu, w którym ona funkcjonuje. Istotne znaczenie badacze przypisują również poczuciu koherencji. Jest to pewna trwała orientacja jednostki wobec rzeczywistości, na którą składa się poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności [4]. Zdaniem badaczy, im wyższe poczucie koherencji, tym jednostka skuteczniej radzi sobie w sytuacjach stresowych, i tym samym mniejsze prawdopodobieństwo, że stres przyczyni się do wystąpienia problemów zdrowotnych [12]. Pacjenci z chorobą depresyjną oceniają stresujące wydarzenia jako trudniejsze do poradzenia sobie z nimi (Kessler, 1997). Pogląd ten koresponduje z koncepcją oceny poznawczej Lazarusa, który zakłada, że dane zdarzenie uznane zostaje za stresujące w zależności od przypisania mu znaczenia przez jednostkę [12]. Osoby chorujące na depresję, w ocenie pierwotnej, częściej niż osoby zdrowe, uznają wydarzenia życiowe za bardziej zagrażające i trudniejsze do poradzenia sobie z nimi. Przyczyną takiej oceny zdarzeń mogą być dysfunkcjonalne schematy poznawcze, którymi posługują się chorzy na depresję [12].

Ekлекtyczne podejście do zjawiska depresji Billingsa i Moosa [6], zakłada, iż depresja jest wynikiem interakcji stresujących życiowych zdarzeń i czterech czynników. Są nimi: zasoby osobiste (*personal resources*), zasoby środowiskowe (*enviromental resurce*), poznawcze reakcje oceniające stres (*appraisal responses*) i działania mające na celu radzenie sobie ze stresem (*coping responses*) [10]. Do zasobów osobistych autorzy zaliczają: pojęcie „ja”, umiejętności społeczne, zdolność rozwiązywania problemów, poczucie skuteczności w działaniu. Zasoby środowiskowe to szeroko rozumiane wsparcie społeczne, którego źródłem są rodzina, praca, przyjaciele. Wspierające związki międzyludzkie, mogą zarówno osłabiać jak i niwelować wpływ stresu na funkcjonowanie jednostki. Poznawczy proces oceniania sytuacji stresującej dotyczy tych elementów relacji z otoczeniem, które są ważne dla dobrostanu jednostki. Z tej perspektywy relacja może być oceniona jako nie mająca znaczenia, korzystna albo stresująca, czemu towarzyszą różnego rodzaju emocje, zarówno pozytywne jak i negatywne [7]. Aktywność uruchamiana w obliczu stresu wyzwala zachowania zaradcze odpowiedzialne za adaptacyjny lub dezadaptacyjny sposób postępowania jednostki. Owe zachowania zależne są od właściwości człowieka, właściwości sytuacji, oraz możliwości fizycznego i społecznego otoczenia [8].

Znaczący wkład w rozwój problematyki radzenia sobie z krytycznymi wydarzeniami mają prace Moosa (Holahan, Moos, 1987) [8]. Autor mówi o potrzebie zachowania równowagi psychologiczno-społecznej w sytuacji kryzysu. Ponieważ kryzys jest nowym doświadczeniem zwykle uruchamiane strategie nawykowe, charakterystyczne dla danej jednostki mogą być nie wystarczające. Sytuacja ta wymaga podjęcia nowych działań zmierzających do jakiegoś rozwiązania, które mogą mieć charakter adaptacyjny, prowadzący do pozytywnych efektów zdrowotnych lub dezadaptacyjny. Kryzys, co podkreśla Moos, mimo iż jest wydarzeniem negatywnym, stwarza okoliczności do rozwoju osobistego, reintegracji osobowości, naby-

wania nowych umiejętności życiowych. Z drugiej strony może prowadzić do dezorganizacji osobowości, zaburzeń przystosowania oraz choroby. Od znaczenia nadanego kryzysowi przez jednostkę w procesie poznawczej oceny zależy jakość umiejętności zaradczych, które są narzędziem adaptacji w kryzysie [8]. Moos wyróżnia następujące sposoby radzenia sobie: analiza logiczna (AL) – poznawcze próby zrozumienia i rozważenia możliwych działań i ich konsekwencji; pozytywne przewartościowanie (PP) – poznawcza rekonstrukcja sytuacji oraz próba znalezienia w niej pozytywnych aspektów; poszukiwanie informacji i wsparcia (PW) – behawioralne próby uzyskania pełniejszej informacji na temat sytuacji i umiejętności znajdowania wsparcia społecznego; działanie rozwiązujące problem (DR) – behawioralne działania skierowane bezpośrednio na problem; unikanie poznawcze (UP) – poznawcze próby skierowane na unikanie realistycznego rozważenia problemu i zaprzeczanie; akceptacja/rezygnacja (AR) – poznawcze próby poradzenia sobie z problemem poprzez pogodzenie się z sytuacją; poszukiwanie zastępczych wzmocnień (PZ) – behawioralne działania mające na celu znalezienie zastępczych form aktywności i źródeł satysfakcji; wyładowanie emocjonalne (WE) – próby behawioralnej redukcji napięcia poprzez ekspresję negatywnych emocji [8].

Badania Moosa wykazały różnice w zakresie sytuacji stresowej i zachowań zaradczych pomiędzy osobami depresyjnymi a niedepresyjnymi. Osoby doświadczające depresji częściej poszukiwały wsparcia, pomocy, wymagały znacznie więcej informacji o danej sytuacji, zanim podjęły działanie. Badania wielu autorów wykazały, że osoby z depresją najczęściej w sytuacji kryzysu wybierają strategię zorientowaną na unikanie [10].

Depresja, jak pisze Larsen, jest najczęściej spotykaną postacią ukrytej złości [9]. Podobnie jak wielu badaczy depresji, autor ten uważa, że ukryta złość jest efektem poczucia krzywdy i niesprawiedliwości, której doświadczyła osoba w przeszłości, głównie w okresie dzieciństwa. Stan emocjonalny zdominowany przez uczucie złości – gniewu jest konsekwencją nieprawidłowych relacji z osobami znaczącymi, głównie rodzicami. Pojawia się jako nieświadoma odpowiedź na ubóstwo emocjonalne, przemoc, brak wsparcia, nadmierną krytykę ze strony osób znaczących. Przeżycia zdominowane przez niesprawiedliwość i wyrządzoną krzywdę, prowadzą do pojawienia się uczucia złości, która przez lata ulega stłumieniu i wyparciu [9].

Złość jest emocją, której istnienie człowiek nie zawsze sobie uświadamia, jednak jest ona zauważana przez otoczenie. Nierozpoznany gniew stanowi swego rodzaju stygmat, który rządzi życiem człowieka. Wyrażać się może na kontinuum od prostych emocji, jak częste uczucie frustracji, zniecierpliwienia, narzekania, czy smutku, po złożone emocje interpersonalne, związane z potrzebą ciągłego sprawdzania się, kierowania się oczekiwaniami innych przy dokonywaniu wyboru, napadami złego humoru, skupianiu się przede wszystkim na negatywnych aspektach swego życia, oczekiwaniu najgorszego, niepewności w kontaktach z innymi ludźmi, arogancji [10].

Przyczyna depresyjnych symptomów, jak: niewytłumaczalny smutek, negatywne podejście do życia, oczekiwanie nadejścia katastroficznych zdarzeń, brak entuzjazmu, uczucie emocjonalnej pustki, tendencja do izolowania się od innych ludzi, osłabienie, znużenie oraz fizyczne dolegliwości, zdaniem Larsena, zakorzeniona jest w ukrytej nieuświadomianej złości [9].

Zatem, ustalenie relacji ukrytej złości z czynnikami biorącymi udział w procesie radzenia sobie ze stresem wydaje się stwarzać nową perspektywę w rozumieniu tego zaburzenia.

CELE PRACY

1. Czy osoby chorujące na depresję różnią się w strategiach radzenia sobie ze stresem, w porównaniu z osobami nie prezentującymi objawów depresji?
2. Czy badane grupy (depresyjni/bez objawów depresyjnych) wykazują istotną różnicę w poziomie ukrytej złości?
3. Czy istnieje związek pomiędzy ukrytą złością a strategiami radzenia sobie u badanych w obu grupach (depresyjni/ bez objawów depresyjnych)?
4. Czy strategie radzenia sobie ze stresem w depresji, zależne są od zmiennych mających znaczenie dla powstawania objawów choroby i jej przebiegu, jak: utraty życiowe (śmierć w rodzinie, rozwód, straty materialne, utraty w sytuacji zawodowej), trudne wydarzenia życiowe w ciągu ostatniego roku, zmiany życiowe w ciągu ostatniego roku, obecność depresji w rodzinie, liczba hospitalizacji, choroby somatyczne, zabiegi chirurgiczne?

MATERIAŁ I METODA

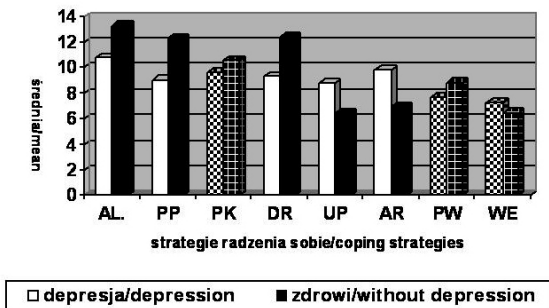
Badaniem objęto 70 osób należących do dwóch grup. Pierwszą grupę stanowili chorzy z rozpoznaniem zaburzeniem depresyjnym, hospitalizowani w Klinice Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Akademii Medycznej w Gdańsku oraz w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym im. Prof. T. Bilikiewicza w Gdańsku. Chorzy byli kwalifikowani na podstawie następujących kryteriów: rozpoznanie lekarskie, wiek, zgoda pacjenta na uczestnictwo w badaniach. Grupa chorych liczyła 35 osób; 19 kobiet i 16 mężczyzn. Badani mieścili się w przedziale wiekowym 25 – 59 lat. W przypadku rozpoznania klinicznego najliczniejszą grupę stanowiły osoby z rozpoznaniem „zespołem depresyjnym” – 54%, „zaburzenie depresyjne nawracające” – 40% i depresja w przebiegu „choroby afektywnej dwubiegunowej” (CHAD) – 6%. Grupę kontrolną stanowiły osoby bez objawów depresyjnych (35 osób), które nigdy wcześniej nie były leczone z powodu zaburzeń życia psychicznego, jak również nie korzystały z pomocy psychologicznej. Grupa ta została dobrana do grupy klinicznej pod względem płci, wieku, wykształcenia.

Podstawą do realizacji przyjętych procedur badawczych był wywiad z pacjentem. W badaniu wykorzystano również kwestionariusze: Inwentarz Reakcji Radzenia Sobie (R. H. Moos'a) i Skalę Nastrojów (LASSG). Powyższe procedury uzupełniono o dane z dokumentacji lekarskiej, a także o dane z wywiadu/ankiety własnej konstrukcji (tu: pytania dotyczące śmierci w rodzinie i zmian życiowych, które miały miejsce w ciągu ostatniego roku).

Do analizy statystycznej zastosowano dla zmiennych ilościowych, jeśli stwierdzono, że zmienna ma charakter normalny (badano za pomocą testu Lillietors'a), test t-Studenta dla prób niezależnych. W przeciwnym wypadku nieparametryczny test U Manna-Whitneya. Dla zbadania różnic pomiędzy zmiennymi, stosowano test istotności różnic dla dwóch wskaźników struktury oraz Test Najmniejszych Istotnych Różnic (NIR) dla porównania średnich między sobą. Współczynnik korelacji r-Pearsona posłużył dla określenia związku pomiędzy badanymi zmiennymi. Do wnioskowania statystycznego zastosowano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA. Weryfikacji wszystkich hipotez dokonano, przyjmując następujące poziomy istotności: $p \leq 0,05$; $p \leq 0,01$; $p \leq 0,001$.

WYNIKI

1. Różnice w strategiach radzenia sobie ze stresem w badanych grupach



Ryc. 1. Różnice w strategiach radzenia sobie w badanych grupach

Fig. 1. Differences in stress coping strategies in the research groups

Test t-Studenta dla dwóch prób niezależnych wykazał istnienie różnic w strategiach: analiza logiczna (AL), pozytywne przewartościowanie (PP), działanie w celu rozwiązania problemu (DR), unikanie poznawcze (UP) i akceptacja/rezygnacja (AR), pomiędzy badanymi grupami – depresyjni, bez objawów depresyjnych. Oznacza to, że osoby chore na depresję w obliczu stresujących wydarzeń, istotnie rzadziej ujawniają strategie analizy logicznej (AL), pozytywnego przewartościowania (PP) i działania w celu rozwiązania problemu (DR), (wszystkie z grupy konfrontacyjnych), a istotnie częściej wykorzystują strategie unikania poznawczego (UP) i akceptacji/rezygnacji (AR) (obie z grupy unikowych), w porównaniu z osobami nie prezentującymi objawów depresyjnych.

2. Różnice poziomu ukrytej złości w badanych grupach

Tab. I

Różnice w poziomie ukrytej złości w badanych grupach

Differences in the level of hidden anger in research groups

	Ukryta złość Hidden anger		t(68)	p
	M	SD		
Depresja Depression	99,25	23,04	4,49	0,0001
Bez objawów depresyjnych Without depression	78,46	14,82		

t-Studenta

Test t-Studenta dla dwóch prób niezależnych wykazał istotną różnicę w poziomie ukrytej złości pomiędzy badanymi grupami – osoby z depresją charakteryzowały się znacząco wyższym poziomem ukrytej złości w porównaniu z osobami nie prezentującymi objawów depresyjnych, ($t(68) = 4,49$; $p = 0,0001$). Oznacza to, że w życiu osób cierpiących na depresję, ukryta złość uświadamiana lub nie, w większym stopniu determinuje życie tych osób w porównaniu z osobami zdrowymi, u których również obserwujemy tego rodzaju uczucie, ale osiąga ono mniejsze wartości, co znaczyłoby, że w mniejszym stopniu przejawia się w ich codziennym życiu.

3. Związki ukrytej złości ze strategiami radzenia sobie ze stresem w badanych grupach

Tab. II

Korelacje ukrytej złości ze strategiami radzenia sobie w obu grupach

Correlation of hidden anger with stress coping strategies in research groups

Ukryta złość Hidden anger		Strategie radzenia sobie ze stresem Coping strategie							
		AL	PP	PK	DR	UP	AR	PW	WE
Depresja Depression	r	-0,12	-0,28	0,29	-0,35	0,40	0,57	-0,63	0,38
	p	0,48	0,10	0,09	0,05	0,05	0,01	0,001	0,05
Bez objawów depresji Without depression	r	0,14	0,45	0,49	-0,20	0,24	0,42	0,11	0,38
	p	0,40	0,01	0,01	0,24	0,15	0,05	0,54	0,05

r-Pearsona

W badanej grupie depresyjnej wystąpiły istotne związki pomiędzy ukrytą złością a strategiami: działanie w celu rozwiązania problemu (DR), unikanie poznawcze (UP), akceptacja/rezygnacja (AR), poszukiwanie zastępczych wzmocnień (PW) i wyładowanie emocjonalne (WE). W przypadku strategii – działanie w celu rozwiązania problemu (DR) (konfrontacyjna) i poszukiwanie zastępczych wzmocnień (PW) (unikowa), korelacja jest ujemna, co oznacza, że im wyższy poziom ukrytej złości, tym mniejsza tendencja do radzenia sobie w obliczu stresu poprzez działanie w celu rozwiązania problemu (DR) i/lub poszukiwanie zastępczych wzmocnień (PW). Natomiast w przypadku unikania poznawczego (UP), akceptacji/rezygnacji (AR) i wyładowania emocjonalnego (WE) (wszystkie z grupy unikowych), korelacja zmiennych jest dodatnia, tzn. że im wyższy poziom ukrytej złości, tym większa tendencja do uruchamiania tych strategii w obliczu stresu.

W grupie osób bez objawów depresyjnych istotne okazały się związki ukrytej złości ze strategiami: pozytywne przewartościowanie (PP), poszukiwanie kierownictwa i wsparcia (PK) (obie z grupy konfrontacyjnych) oraz akceptacja/rezygnacja (AR) i wyładowanie emocjonalne (WE) (obie z grupy unikowych). W tym przypadku wszystkie korelacje są dodatnie, co oznacza, że im wyższy poziom ukrytej złości, tym większa tendencja do stosowania powyższego repertuaru strategii radzenia sobie ze stresem.

4. Związki strategii radzenia sobie ze stresem ze zmiennymi mającymi znaczenie dla powstawania objawów i przebiegu choroby

W badanej grupie chorych na depresję, wykazano istotność różnic w stosowaniu strategii radzenia sobie w zależności od wystąpienia śmierci w rodzinie oraz zmian w sytuacji życiowej w ciągu ostatniego roku.

Tab. III

Istotność różnic strategii radzenia sobie ze stresem z wystąpieniem śmierci w rodzinie, oraz zmianami życiowymi u osób z depresją

Differences in stress coping strategies depending on the occurrence of death in a family and life changes in patients with depression

	Strategie radzenia sobie ze stresem Coping strategies					
	PP		AR		WE	
	t	p	t	p	t	p
Śmierć w rodzinie Death in a family	-0,72	0,47	0,36	0,72	-2,37	0,05
Zmiany życiowe Life changes	-2,54	0,05	2,47	0,05	2,36	0,05

t-Studenta

Z tabeli III wynika, że osoby, które doświadczyły śmierci najbliższych osiągały znacząco niższe wartości strategii o charakterze wyładowanie emocjonalne (WE) w porównaniu z osobami, które takiej utraty nie doświadczyły ($t = -2,37$; $p = 0,05$). Oznacza to, że osoby, które nie doświadczyły utraty bliskich, istotnie częściej otwarcie wyrażają przeżywane emocje w sytuacjach stresowych. Kolejne wyniki zawarte w tabeli III pokazują, że osoby, u których zaszły zmiany życiowe w ciągu ostatniego roku, miały znacząco wyższe wartości w strategii wyładowanie emocjonalne (WE) oraz strategii akceptacja/rezygnacja (AR), niższe natomiast w strategii pozytywne przewartościowanie (PP) w porównaniu do osób, w życiu których nie zaszły tego rodzaju zmiany WE – ($t = 2,36$; $p = 0,05$); AR – ($t = 2,47$; $p = 0,05$); PP – ($t = -2,54$; $p = 0,05$). Oznacza to, że w sytuacji występujących zmian życiowych osoby chorujące na depresję wykazują większą gotowość do radzenia sobie poprzez otwarte odreagowanie (WE) oraz przyjęcie rezygnacji jako rozwiązanie problemu (AR). Natomiast mniejszą mają skłonność do radzenia sobie w obliczu stresu poprzez pozytywne przewartościowanie (PP). Zmiany w sytuacji życiowej wydają się sprzyjać tendencji do otwartego wyrażania emocji przez osoby chorujące na depresję. Podobnie zmiany w sytuacji życiowej różnicują gotowość do akceptacji rezygnacji jako strategii radzenia sobie w obliczu stresu. Osoby, w których życiu wystąpiły znaczące zmiany, są gotowe akceptować rezygnację. Wystąpienie zmian w sytuacji życiowej różnicuje także gotowość do dostrzegania pozytywnych aspektów sytuacji. Gotowość ta nie jest właściwa osobom, u których nie wystąpiły takie zmiany.

OMÓWIENIE WYNIKÓW.

Wykazano istnienie różnic w sposobach radzenia sobie ze stresem pomiędzy osobami chorującymi na depresję a osobami nie prezentującymi tego rodzaju symptomów. Osoby chorujące na depresję w obliczu stresujących wydarzeń ujawniają gotowość do korzystania zarówno z konfrontacyjnych jak i unikowych strategii radzenia sobie. Częściej jednak korzystają ze strategii o charakterze unikania poznawczego (UP), akceptacji/rezygnacji (AR). Wynik ten potwierdzają obserwacje Bilingsa i Moosa, którzy badali reakcje osób depresyjnych w sytuacjach stresowych. Badania te wykazały, że osoby depresyjne w obliczu stresu najczęściej wykorzystują strategię unikową [6]. Powyższy wynik jest spójny z koncepcją oceny poznawczej Lazarusa [7]. Autor ten zakłada, że radzenie sobie zależy od pierwotnej oceny sytuacji, którą jednostka może ocenić jako: krzywda/strata, zagrożenie lub wyzwanie, a także od oceny możliwości podjęcia działania zaradczego (ocena wtórna). W zależności od znaczenia nadanego sytuacji stresowej działanie może być ukierunkowane na rozwiązanie problemu lub regulację przykrych emocji. Unikowe strategie są ukierunkowane przede wszystkim na regulację emocji, tj. redukcję lęku, gniewu, smutku. Osoby chorujące na depresję posługują się dysfunkcyjnymi schematami poznawczymi, co rzutuje na postrzeganie sytuacji stresujących jako trudniejszych do poradzenia sobie [12]. W związku z powyższym chorzy na depresję, częściej będą unikać konfrontacji z sytuacją (UP), (AR) niż poszukiwać pozytywnych stron sytuacji (PP), konfrontować się i podejmować działanie (AL), (DR), co potwierdzają badania autora.

Osoby chore na depresję w porównaniu z osobami bez objawów depresyjnych prezentują istotnie wyższy poziom ukrytej złości. Pozostająca poza kontrolą złość w grupie chorych na depresję znacznie bardziej determinuje ich zachowania niż u osób nie prezentujących tego typu objawów, u których również obserwowano tego rodzaju uczucie, choć w mniejszym nasileniu. Wynik ten koresponduje z poglądami Larsena, który uważa, że tłumiona złość może przybierać różne postacie [9]. Depresja jest jedną z nich, w której złość wyrażana jest pod postacią jej klinicznych objawów. Równocześnie przeprowadzone badania wykazały, że większość unikowych strategii stosowanych przez osoby chore na depresję pozostaje w istotnych związkach z ukrytą złością (UP), (AR), (WE). Ukryta złość determinuje większą gotowość do unikania stresujących wydarzeń. Jednocześnie obniża tendencję do rozwijania zachowań rozwiązujących problem (DR) i podobnie obniża gotowość do szukania innych źródeł satysfakcji życiowej (PW). Zdaniem Larsena ukryta złość kształtuje autodestrukcyjne schematy myślowe, których podstawą jest pesymistyczny styl rozumienia zdarzeń, personalizm w myśleniu, bezradność i beznadziejność [11]. Wydaje się, że osoby z tak ukształtowanymi przekonaniami, poddając ocenie stresujące sytuacje, częściej nadają im znaczenie straty, co w przypadku chorych na depresję będzie odpowiedzialne za częstsze wykorzystywanie unikowych strategii radzenia sobie.

Kolejne prezentowane wyniki badań wskazują, że zmienne mające znaczenie dla powstawania objawów depresji i jej przebiegu, pozostają w istotnych związkach ze strategiami radzenia sobie w obliczu stresu. Zależności dotyczą zmian życiowych, które obniżają tendencję do stosowania pozytywnego przewartościowania (PP), a podnoszą gotowość do akceptowania rezygnacji z działania (AR), jak również nasilają tendencję do otwartego wyrażania przeżywanych emocji (WE). Ta ostatnia strategia zmniejsza swoje nasilenie w przypadku utraty spowodowanej wystąpieniem śmierci w rodzinie. Utrata osoby bliskiej według Skali Wydarzeń Życiowych Holmesa i Rahe'a, jest najpoważniejszym źródłem stresu, który zdaniem wielu badaczy może być czynnikiem wyzwalającym depresję [2]. Znaczący teorii stresu i radzenia sobie uważają, że

istotną właściwością stresorów jest ich kontrolowalność, która jest bardzo ważna dla aktywności związanej z radzeniem sobie. Śmierć bliskich jest stresorem nie podlegającym kontroli przez osoby doświadczające tego rodzaju utraty. Emocje związane z utratą mogą być bardzo różne począwszy od gniewu, złości poprzez głęboki smutek i żal, do zubożenia [5]. Być może, malejąca tendencja do stosowania strategii wyładowania emocjonalnego (WE) w sytuacji utraty bliskiej osoby jest związana z tym, że osoby chore na depresję kierują swą złość na utracony obiekt, która wskutek działania pewnych procesów psychicznych, zwrócona zostaje ku sobie, a nie na zewnątrz. Potwierdzają to psychodynamiczne koncepcje depresji [12].

Wystąpienie zmian życiowych w ciągu ostatniego roku w prezentowanych badaniach potwierdziło 43% badanych z grupy depresyjnej. Zmiany życiowe, jak wykazały badania, determinują radzenie sobie. Zależność ta dotyczy mniejszej gotowości do stosowania strategii poznawczo – konfrontacyjnej pozytywne przewartościowanie (PP), częściej natomiast strategii unikowych – akceptacja/rezygnacja (AR) i wyładowanie emocjonalne (WE). W przeglądzie piśmiennictwa nie znaleziono danych jednoznacznie potwierdzających zależność strategii radzenia sobie od zmian życiowych. Natomiast salutogenetyczna koncepcja Antonowsky'ego sugeruje, że osoby chore na depresję charakteryzuje niskie poczucie koherencji (SOC), które zdaniem autora, pod wpływem większej ilości stresujących wydarzeń (np. zmian życiowych) ulega dalszym obniżeniom [4]. Niskie SOC w wymiarze poczucia zaradności u osób chorych na depresję może w kontekście stresujących wydarzeń być odpowiedzialne za postrzeganie w mniejszym stopniu dostępnych zasobów jako wystarczających do poradzenia sobie z sytuacją, co może być odpowiedzialne za tendencję do stosowania strategii unikowych.

WNIOSKI

1. Chorzy na depresję częściej unikają stresujących wydarzeń życiowych zaprzeczając problemom oraz akceptując dany stan rzeczy, a jednocześnie mniej analizują sytuację, mają trudności w znalezieniu jej pozytywnych aspektów, jak również mają mniejszą gotowość do podejmowania działań rozwiązujących problem.
2. Chorzy na depresję wykazują istotnie wyższy poziom ukrytej złości w porównaniu z osobami nie prezentującymi tego typu objawów. Pozostająca poza kontrolą złość (manifestująca się klinicznymi objawami depresji) znacznie bardziej determinuje ich zachowania.
3. Wszystkie unikowe strategie stosowane przez osoby chore na depresję pozostają w istotnych związkach z ukrytą złością. Ukryta złość wpływa na większą gotowość do unikania stresujących wydarzeń życiowych. Jednocześnie obniża też tendencję do rozwijania zachowań rozwiązujących problem oraz szukania innych źródeł satysfakcji życiowej.
4. Zmiany życiowe, które wystąpiły w życiu chorych na depresję w ciągu ostatniego roku zmniejszają gotowość do znajdowania pozytywnych aspektów sytuacji stresujących, natomiast zwiększają tendencję do wycofywania się przez rezygnację, jak również wzmagają otwarte odreagowywanie emocji. Zachowania polegające na otwartym wyrażaniu emocji zmniejszą swoje nasilenie w przypadku utraty spowodowanej wystąpieniem śmierci w rodzinie.

PIŚMIENNICTWO

1. Antonowsky A.: Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Warszawa, Fundacja IPN, 1995.
2. Allotey S.: Rola wydarzeń życiowych w chorobach afektywnych i schizofrenii, *Psychiatr. Pol.* 1989, 23, 4, s. 335.
3. Bidzińska E.: Czynniki stresowe w chorobach afektywnych. *Psychiatr. Pol.* 1984, 18, 5, 469.
4. Drat-Ruszczak K.: Osobowość narcystyczna: kiedy i jak motywuje rozbieżności Ja? [W:] Osobowość a procesy psychiczne i zachowania, red. B. Wojciszke, M Plopa ; Kraków, Oficyna Wydaw. „Impuls”, 2003, 173 –198.
5. Malhi G., Bridges P.: Postępowanie w depresji, Wrocław, Urban & Partner, 2001.
6. Heszen-Niejodek I.: Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. [W:] *Psychologia*, red. J. Strelau, t.3, Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychol., 1999, 465 – 492.
7. Larsen E.: Od gniewu do przebaczenia. Gdańsk, Gdańskie Wydaw. Psychol., 2000.
8. Lazarus R.: Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Now. Psychol.* 1986, 3/4, 1.
9. Pasikowski T.: Stres i zdrowie. Poznań, Wydaw. Fundacji Humaniora, 2000.
10. Rola J.: Depresja u dzieci. Kraków, Oficyna Wydaw. „Impuls”, 2001, 63–65.
11. Rybakowski J.: Mechanizmy patogenetyczne stresu w chorobach endogennych. *Psychiatr. Pol.* 1995, tom 29, 2, 229.
12. Sariusz-Skapska M., Czabała I. Cz., Dudek D., Zięba A.: Ocena stresujących wydarzeń życiowych i poczucie koherencji u pacjentów z chorobą afektywną jedno- i dwubiegunową. *Psychiatr. Pol.* 2003, 37, 5, 863.

E. Benedysiuk, M. Tartas

COPING MECHANISMS IN DEPRESSION

Summary

The work presented here is an attempt to describe a characteristic phenomenon which is depression in the context of mechanisms of coping with stress, conditioned by the strategy of coping relations and hidden anger. The variables of importance for creating depression and its course have been assumed as modifying factors for stress coping strategies.

The main aim of the presented work was an attempt to define tendencies in the use of stress coping strategies in patients suffering from depression while faced with stressful situations, and their connections with hidden anger, being decisive factors in the role of stress coping mechanisms. The research material was selected as a result of tests made in two groups of patients. The first group (35 people) consisted of persons suffering from depression who were qualified on the basis of clinical diagnosis contained in the patient's history and age. The placebo group consisted of healthy volunteers (35 people) who were never treated because of psychological disorders and did not use doctor's or psychologist's advice.

The statistical analyses carried out gave results which partly confirm the data present in professional publications and explain the main research problems.

Persons suffering from depression differ considerably from healthy people in their structure of stress coping strategies. They much more often activate avoidance strategies, such as cognitive avoidance (UP) and acceptance/ resignation (AR). They less often apply most part of strategies belonging to the confrontational group: logical analyses (AL), finding positive evaluation of stressful situation (PP) and action aiming at solving a problem (DR). Therefore, patients suffering from depression more often avoid stressful life situations denying problems and accepting a given state of affairs, at the same time they analyze the situation less, they have problems with finding its positive aspects as well as present less readiness to undertake problem solving actions. Patients with depression show a higher level of hidden anger as compared to 'healthy' people. Anger remaining out of control (expressed in the form of clinical symptoms of depression) determines their behavior to a much greater extent. Any avoidance strategy used by patients with depression remains in a certain relationship with hidden anger. Hidden anger has

influence on bigger readiness to avoid stressful life situations. At the same time, it lowers the degree of a tendency to develop problem solving behavior (DR) and similarly lowers readiness to look for other sources of life satisfaction (PW). The changes described in professional publications as those having importance for the creation of depression symptoms and its course, remain in a certain relationship to stress coping strategies. This correlation concerns life changes which lessen readiness to find positive aspects of stressful situations (PP) and increase readiness to withdraw through resignation (AR) as well as enhance tendency to openly react to emotions (WE). The last strategy (WE) decreases in its intensiveness in case of a loss caused by a death in the family.

Adres: mgr Elżbieta Benedysiuk
benedysiuk@wp.pl