

## Dynamika objawów depresyjnych u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca, poddanych zabiegom przezskórnej angioplastyki wieńcowej

### The evolution of depressive symptoms in coronary artery disease patients after successful coronary angioplasty

Dominika Dudek, Marcin Siwek, Wojciech Datka,  
Andrzej Wróbel, Andrzej Zięba

Klinika Psychiatrii Dorosłych CM UJ  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Zięba

#### Summary

**Aim.** The aim of the study was to investigate the spectrum and course of depressive symptoms in cardiac ischemic disease (CAD) patients before and after successful coronary angioplasty (PCI) in one year follow-up.

**Method.** 227 patients with CAD selected for PTCA were enrolled. 156 patients with full clinical and angiographic success and without restenosis within 4 weeks after the intervention were included in further analysis. Patients' status was assessed four times (one day before and at 1, 6 and 12 months after the intervention), with Beck's Depression Inventory (BDI), Rosenberg's Self-Esteem Scale (RS), Beck's Hopelessness Scale (HS), Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ).

**Results.** Mild and moderate depressive disorders with the prevalence of non-specific somatic symptoms were observed one day before PTCA in 75 (48%) patients. One month after the PCI, depressive symptoms persisted in 33 subjects. Moreover in the group of patients who were free of depressive symptoms a day before PTCA, twelve patients (15%) developed depressive symptomatology. Depressive symptoms and depressive disorders of thinking (especially hopelessness) recognized 4 weeks after PTCA had a tendency to persist at 6 and 12 months. The tendency was associated with more severe affective-cognitive and somatic symptoms of the depressive syndrome, more frequent negative automatic thoughts and stronger hopelessness detected at the beginning of the study.

**Conclusions.** The results of the study suggest that successful PCI is not a sufficient determinant for the improvement of depressive symptoms. Diagnosis of depression in CAD patients needs special attention, because of a tendency to persist.

*Słowa kluczowe:* depresja, choroba niedokrwienna serca, przezskórna angioplastyka wieńcowa  
*Key words:* depression, coronary artery disease, coronary angioplasty

Zaburzenia depresyjne towarzyszące chorobie niedokrwiennej serca (ChNS) stanowią istotny problem kliniczny zarówno ze względu na ich częste występowanie,

jak i poważne skutki zdrowotne, jakie ze sobą niosą. Potwierdzono związek depresji z ryzykiem wystąpienia, i niepomyślnego przebiegu, CHNS oraz zawału serca [1, 2]. Udowodniono również, że u pacjentów leczonych z powodu choroby wieńcowej częściej niż w populacji ogólnej pojawia się zespół depresyjny [3, 4]. Powiązania depresji z chorobą niedokrwienną serca to nie tylko koincydencja, ale udowodnione, wielokierunkowe mechanizmy psychologiczne (izolacja, sieć społeczna), behawioralne (tryb życia, współpraca w zakresie leczenia) i patofizjologiczne (hiperstymulacja osi stresu, aktywacja adrenergiczna, zmieniona aktywność układu autonomicznego, zaburzenia czynności krwinek płytkowych, zmiany w układzie immunologicznym) [5]. Współistnienie obu schorzeń wiąże się ze zwiększonym ryzykiem poważnych epizodów sercowych, większą liczbą zgłaszanych dolegliwości, dłuższym pozostawianiem w roli chorego, mniejszą sprawnością fizyczną [4, 6–9]. Mimo tak istotnych implikacji klinicznych zaburzenia depresyjne u pacjentów z chorobą niedokrwienną serca są zbyt rzadko prawidłowo rozpoznawane i adekwatnie leczone. Jak wynika z badań, lekarze prawidłowo diagnozują jedynie 25% zespołów depresyjnych, współistniejących z chorobą niedokrwienną serca [10]. Przyczyniają się do tego prawdopodobnie łagodne nasilenie depresji i dominacja objawów somatycznych, skłaniające lekarzy do przypisywania winy za złe samopoczucie raczej stanowi fizycznemu pacjentowi i zażywany lekom [11]. Powyższa sytuacja implikuje konieczność badań mających na celu poznanie ewentualnych swoistych cech obrazu zaburzeń depresyjnych wstępujących w przebiegu choroby niedokrwiennej serca.

W związku z tym, celem prezentowanej pracy była ocena symptomatologii depresyjnej oraz jej dynamiki w przebiegu rocznej obserwacji u pacjentów z ChNS poddanych zabiegowi przezskórnej angioplastyki wieńcowej.

### **Metodyka i procedura przeprowadzonych badań**

Do badania włączano chorych z objawową chorobą niedokrwienną serca, zakwalifikowanych do planowego zabiegu angioplastyki wieńcowej (PCI – angioplastyka balonowa, angioplastyka połączona z implantacją stentu, aterektomia) i hospitalizowanych w II Klinice Kardiologii CM UJ. Warunkiem dalszej analizy danych było uzyskanie pełnego efektu klinicznego i angiograficznego, a także brak nawrotu niedokrwienia mięśnia sercowego w ciągu 4 tygodni od zabiegu. Zabiegi były wykonywane w Pracowni Hemodynamiki według ogólnie przyjętych zasad. Zadaniem operatora było dążenie do uzyskania optymalnego wyniku zabiegu, który zdefiniowano jako zwężenie końcowe oceniane w angiografii ilościowej < 30% ściany naczyń, bez dużego stopnia rozwarstwienia naczyń, z napływem obwodowym TIMI 3. Za optymalny wynik implantacji stentu uznawano zwężenie końcowe < 20%. Za skuteczny klinicznie zabieg angioplastyki uznawano zabieg skuteczny angiograficznie, który zakończył się bez dużych powikłań (śmierć, zawał serca, pilna rewaskularyzacja chirurgiczna) i w wyniku którego uzyskano zmniejszenie nasilenia dolegliwości klinicznych. Zabiegi przeprowadzano jedno- lub kilkietapowo podczas tej samej hospitalizacji. Chorzy, którzy mieli w wywiadzie poprzedni zabieg angioplastyki wieńcowej lub pomostowania tętnic wieńcowych, nie byli włączani do badania.

Przed zabiegiem oraz 4 tygodnie po zabiegu kardiolog oceniał stan wydolności wieńcowej na podstawie czynnościowej klasyfikacji dławicy piersiowej wg Kanaadyjskiego Towarzystwa Kardiologicznego (CCS) oraz rezerwy wieńcowej w teście wysiłkowym. Warunkiem włączenia pacjenta do badań było uzyskanie całkowitej czynnościowej rewaskularyzacji serca [12].

Ocena stanu psychicznego była dokonywana czterokrotnie, za pomocą: Inwentarza Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI) z uwzględnieniem podskali afektywno-poznawczej (BDI13) i somatycznej (BDI14-21), Skali Samooceny Rosenberga (RS), Kwestionariusza Myśli Automatycznych (Automatic Thoughts Questionnaire – ATQ), Skali Beznadziejności (Hopelessness Scale – HS) [13–16]. Badania przeprowadzano w osobnym pomieszczeniu (dyżurka lekarska lub pielęgniarska), indywidualnie, po uzyskaniu zgody pacjenta oraz w porozumieniu z prowadzącym lekarzem kardiologiem.

Pierwsze badanie odbyło się dzień przed planowanym zabiegiem PCI (badanie pierwsze). Kolejne badania odbywały się po 1 (badanie drugie), 6 (badanie trzecie) i 12 (badanie czwarte) miesiącach. W tym samym terminie pacjenci mieli zapewnioną kontrolną wizytę u kardiologa, co umożliwiało osobie prowadzącej badania uzyskanie aktualnych informacji na temat stanu somatycznego i prowadzonego leczenia.

Jako kryterium pozwalające na stwierdzenie obecności symptomatyki depresyjnej przyjęto, obok badania klinicznego, wynik BDI > 11 punktów. Jest to wartość zawyżona w stosunku do zaleceń stosowanych w badaniach psychiatrycznych (większość autorów przyjmuje, iż wynik > 9 punktów oznacza obecność depresji [17]), wydaje się jednakże, że w celu zwiększenia rzetelności metody w przypadku badań chorych ze współistniejącą chorobą somatyczną dla stwierdzenia zaburzeń depresyjnych uzasadnione jest przyjęcie wyższego progu punktacji w BDI. Takie podejście stosowane jest przez wielu innych autorów [18–21] i wynika z faktu, że objawy choroby somatycznej mogą powodować fałszywie dodatnie wyniki, zwłaszcza w podpunktach opisujących dolegliwości fizyczne.

Statystycznego opracowania wyników dokonano na podstawie porównania średnich wyników pomiarów. Przy analizie statystycznej posłużono się, w zależności od występowania rozkładu normalnego, testem t dla prób zależnych lub/i testami nieparametrycznymi (test U Manna–Whitneya dla prób niezależnych, test kolejności par Wilcozona dla prób niezależnych). Wykonanie wyżej wymienionych procedur zostało poprzedzone przeprowadzeniem analizy wariancji (ANOVA). W przypadku porównywania cech o charakterze jakościowym, został wykonany test Chi<sup>2</sup> z poprawką Yatesa. Związki korelacyjne pomiędzy badanymi zmiennymi badane były metodą korelacji Pearsona lub, w przypadku braku rozkładu normalnego, korelacji rang Spearmana [22–25].

## Wyniki

### Dane demograficzne

Do pierwszego badania początkowo zakwalifikowano 227 osób, z czego roczną obserwacją objęto grupę 156 pacjentów. Pozostałych 71 chorych zostało wyłączonych

z dalszej analizy z powodu: suboptymalnego wyniku PCI ( $n = 31$ ), hospitalizacji z innych, pozakardiologicznych, przyczyn w ciągu rocznej obserwacji ( $n = 14$ ) lub niezgłoszenia się do kolejnych badań ( $n = 26$ ).

W badanej grupie 156 osób średni wiek wynosił  $55,05 \pm 8,25$  roku. Przebadano 135 mężczyzn (86,5%) i 21 (13,5%) kobiet. 115 chorych (73,7%) w przeszłości przeżyło zawał mięśnia sercowego. Spośród czynników ryzyka choroby niedokrwiennej serca u 108 pacjentów (69%) występowała hiperlipidemia, 97 osób (62%) miało rozpoznane nadciśnienie, a 19 (12%) osób cukrzycę II typu. Aż 70 osób (45%) objętych badaniem paliło papierosy.

Zabieg angioplastyki u 126 (81%) pacjentów przeprowadzono jako jednorazową procedurę, u 27 (17%) w dwóch, a u 3 (2%) w trzech etapach. U 78 pacjentów (50%) angioplastyka obejmowała jedno naczynie, u 72 (46%) dwa, u 6 zaś osób (4%) trzy naczynia.

Pacjenci po zabiegu PCI byli leczeni farmakologicznie następującymi preparatami: aspiryna (ACS, 95% osób), tiklopidyna lub klopidoogrel (90%), statyny (62%), nitraty (24%); u chorych z nadciśnieniem tętniczym lub obniżoną frakcją wyrzutową lewej komory stosowano beta-adrenolityk (65%) i/lub inhibitor enzymu konwertującego (68% osób).

#### Nasilenie i dynamika objawów depresyjnych w przebiegu rocznej obserwacji

W całej grupie ( $n = 156$ ) w badaniu pierwszym nie stwierdzono istotnej korelacji pomiędzy nasileniem objawów depresyjnych, mierzonych za pomocą BDI, a nasileniem objawów choroby wieńcowej zgodnie z klasyfikacją CCS (BDI vs CCS:  $r = 0,27$ ,  $p = \text{NS}$ ). W przededniu zabiegu średnia wartość BDI ( $\text{BDI}_1$ ) wynosiła  $13,3 \pm 8,0$ . Po miesiącu nastąpiła istotna poprawa w zakresie nasilenia objawów depresyjnych ( $\text{BDI}_2 = 9,5 \pm 8,0$ ,  $\text{BDI}_1$  vs  $\text{BDI}_2$ ;  $p < 0,01$ ). Jednakże w badaniu po 6 miesiącach zaobserwowano ponowne istotne nasilenie objawów depresji ( $\text{BDI}_3 = 11,5 \pm 8,89$ ;  $\text{BDI}_2$  vs  $\text{BDI}_3$ ;  $p < 0,05$ ). Tendencja taka utrzymywała się po roku od zabiegu PCI ( $\text{BDI}_4 = 12,26 \pm 9,32$ ;  $\text{BDI}_3$  vs  $\text{BDI}_4$ ;  $p < 0,05$ ).

Stwierdzenie występowania objawów depresyjnych w pierwszym i drugim badaniu było podstawą wyodrębnienia grup i podgrup pacjentów poddanych dalszym analizom. Spośród 156 osób w pierwszym badaniu, u 75 pacjentów – 48% (grupa I), stwierdzono występowanie objawów depresyjnych (wynik  $\text{BDI} > 11$ ), natomiast 81 osób (52%) (grupa II) było wolnych od takich symptomów. W badaniu drugim, objawy depresyjne stwierdzono u 45 badanych (29%), z tego u 33 osób objawy depresji utrzymywały się od czasu pierwszego badania (grupa Ia), a u 12 osób pojawiły się dopiero w badaniu drugim (grupa IIa). Wśród 111 pacjentów (71%) bez cech depresji w drugim badaniu było 69, u których objawów depresji nie stwierdzono już w pierwszym badaniu (grupa IIb), i 42 pacjentów, u których objawy zaburzeń nastroju ustąpiły po zabiegu (grupa Ib).

Dla całej grupy I w badaniu pierwszym średnia BDI wyniosła  $20,16 \pm 5,69$  punktów, w tym  $\text{BDI}_{13} = 9,77 \pm 4,6$  oraz  $\text{BDI}_{14-21} = 10,38 \pm 3,0$ , co wskazuje na umiarkowane nasilenie objawów depresyjnych, z przewagą skarg somatycznych. Stwierdzono ponadto występowanie depresyjnych zaburzeń myślenia w postaci negatywnych myśli automatycznych (ATQ =  $64,12 \pm 14,30$ ), niskiej samooceny (RS =  $70,44 \pm 14,58$ ) i poczucia beznadziejności (HS =  $9,76 \pm 4,56$ ). Powyższe wyniki w przebiegu rocznej obserwacji różniły się w sposób istotny od wyników uzyskanych w grupie II (tabela 1).

**Tabela 1. Średnie i odchylenia standardowe punktacji w skalach: BDI, RS, HS i ATQ, w grupie I i II, w kolejnych badaniach, oraz ich porównanie pomiędzy grupami (test U Manna-Whitneya)**

	Badanie 1		Badanie 2		Badanie 3		Badanie 4	
	Średnia	p	Średnia	p	Średnia	p	Średnia	p
BDI I II	20,2±5,7 7,0±3,2	<0,001	13,1±9,0 6,1±5,1	<0,001	16,5±9,0 6,9±5,8	<0,001	15,6±7,9 9,2±9,5	<0,001
RS I II	70,4±14,6 85,0±10,6	<0,001	74,4±16,8 75,2±19,2	NS	67,9±17,1 82,5±12,4	<0,001	69,1±17,4 77,9±19,2	<0,01
HS I II	9,8±4,6 4,3±2,8	<0,001	8,8±5,6 4,1±3,6	<0,001	9,2±5,1 4,0±3,3	<0,001	13,4±12,9 5,6±4,9	<0,001
ATQ I II	64,1±14,3 49,3±12,5	<0,001	55,8±19,4 46,3±18,0	<0,01	59,2±18,4 46,8±11,9	<0,001	57,2±19,1 53,0±17,0	NS

W całej grupie I oraz w podgrupie Ib po miesiącu nastąpiła istotna poprawa w zakresie nasilenia objawów depresyjnych mierzonych za pomocą BDI. Jednakże w badaniu po 6 miesiącach nasilenie to było większe i wykazywało tendencję do utrzymywania się po kolejnych 6 miesiącach. W grupie Ia objawy depresyjne miały charakter przewlekły i były stwierdzane w badaniach drugim, trzecim i czwartym, wykazując niewielką, nieistotną statystycznie tendencję do poprawy (tabela 2).

**Tabela 2. Dynamika zmian punktacji BDI, RS, HS i ATQ w obrębie poszczególnych grup i podgrup w przebiegu rocznej obserwacji (test Wilcoxon)**

	Badanie			Badanie		
	1 vs 2	2 vs 3	3 vs 4	1 vs 2	2 vs 3	3 vs 4
	Grupa I			Grupa II		
BDI	<0,001	<0,01	NS	<0,001	NS	<0,05
RS	<0,05	<0,001	NS	<0,001	<0,01	<0,05
HS	<0,05	NS	<0,01	NS	NS	<0,01
ATQ	<0,01	<0,05	NS	NS	NS	<0,01
	Grupa Ia			Grupa IIa		
BDI	NS	NS	NS	<0,001	<0,05	NS
RS	NS	NS	NS	<0,05	<0,01	<0,05
HS	<0,05	NS	<0,05	NS	<0,01	<0,01
ATQ	NS	NS	NS	<0,01	<0,001	<0,05
	Grupa Ib			Grupa IIb		
BDI	<0,001	<0,001	NS	<0,01	<0,01	NS
RS	<0,001	<0,001	NS	<0,001	NS	NS
HS	<0,001	NS	<0,01	NS	NS	NS
ATQ	<0,001	<0,01	NS	<0,01	<0,001	<0,05

We wszystkich czterech badaniach objawy depresyjne były w sposób istotny statystycznie bardziej nasilone w podgrupie Ia w porównaniu z podgrupą Ib (tabela 3).

**Tabela 3. Średnie i odchylenia standardowe punktacji w skalach: BDI, RS, HS i ATQ, w grupie Ia i Ib, w kolejnych badaniach, oraz ich porównanie pomiędzy grupami (test U Manna–Whitneya)**

	Badanie 1		Badanie 2		Badanie 3		Badanie 4	
	Średnia	p	Średnia	p	Średnia	p	Średnia	p
BDI Ia Ib	22,5±5,8 18,3±4,9	<0,001	21,4±7,1 6,6±3,1	<0,001	21,1±6,8 12,9±8,9	<0,001	20,0±5,4 12,1±7,9	<0,001
RS Ia Ib	67,2±16,8 73,0±1,2	NS	62,8±18,2 83,6±7,5	<0,001	58,1±16,2 75,6±13,5	<0,001	61,6±19,1 74,9±13,4	<0,001
HS Ia Ib	11,7±4,7 8,2±3,9	<0,001	12,7±3,8 5,7±4,7	<0,001	12,2±4,8 6,9±4,1	<0,001	19,1±17,2 8,9±4,8	<0,001
ATQ Ia Ib	68,1±15,9 61,0±12,2	<0,05	68,4±20,6 46,0±10,7	<0,001	67,9±21,9 52,4±11,4	<0,001	62,7±21,7 52,9±15,8	<0,05

Przed PCI średnia samoocena pacjentów (RS) wynosiła w podgrupach Ia i Ib odpowiednio  $67,18 \pm 16,78$  i  $73,0 \pm 12,19$ . Podgrupy te nie różniły się od siebie w sposób istotny. W badaniach drugim, trzecim i czwartym stwierdzono istotne różnice samooceny pomiędzy podgrupami Ia i Ib (tabela 3). W podgrupie Ia samoocena miała tendencję do nieznacznego pogarszania się, natomiast w podgrupie Ib nastąpiła wyraźna poprawa samooceny po miesiącu od zabiegu (tabela 2).

W pierwszym badaniu w całej grupie pacjentów z objawami depresyjnymi oraz w podgrupach Ia i Ib stwierdzono wysokie wartości HS. Wyniki uzyskane w HS różnicowały podgrupy Ia i Ib we wszystkich czterech badaniach (tabela 3). W badaniu drugim w podgrupie Ib nastąpiło zmniejszenie poczucia beznadziejności. Takiego zjawiska nie zaobserwowano w podgrupie Ia. W kolejnych badaniach w obu podgrupach stwierdzono zwiększenie punktacji w HS, co było szczególnie widoczne w podgrupie Ia (tabela 2).

W ciągu całego okresu obserwacji średnia częstość negatywnych myśli automatycznych, mierzona za pomocą ATQ, była istotnie większa w podgrupie Ia w porównaniu z podgrupą Ib (tabela 3). Obniżenie wartości ATQ w podgrupie Ia zaobserwowano jedynie w czwartym badaniu. Natomiast w podgrupie Ib po miesiącu od zabiegu nastąpiło istotne zmniejszenie częstości negatywnych myśli automatycznych, z ich nieznacznym wzrostem w dalszej obserwacji ( $p < 0,05$ ), (tabela 2).

Dynamikę objawów i depresyjnych zaburzeń myślenia przeanalizowano również w grupie osób, u których przed PCI nie stwierdzono objawów depresyjnych. Jakkolwiek w całej grupie II oraz podgrupie IIB wyniki uzyskane w Inwentarzu Depresji Becka w ciągu rocznej obserwacji miały nieznaczną, nieistotną statystycznie tenden-

cję wzrostową, to nie osiągnęły wartości stwierdzanych u osób depresyjnych. Istotne zwiększenie wyników BDI nastąpiło po miesiącu od czasu zabiegu w podgrupie IIa. W kolejnych badaniach u 12 pacjentów nie nastąpiła istotna poprawa w zakresie objawów depresyjnych. We wszystkich czterech badaniach wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami IIa i IIb (tabela 4).

Tabela 4. Średnie i odchylenia standardowe punktacji w skalach: BDI, RS, HS i ATQ, w grupie IIa i IIb, w kolejnych badaniach, oraz ich porównanie pomiędzy grupami (test U, Manna–Whitneya)

	Badanie 1		Badanie 2		Badanie 3		Badanie 4	
	Średnia	p	Średnia	p	Średnia	p	Średnia	p
BDI IIa IIb	10,0±0,7 6,5±3,2	<0,001	15,8±3,7 4,5±3,1	<0,001	9,3±9,1 6,5±5,1	NS	15,0±3,2 8,2±9,9	<0,05
RS IIa IIb	82,5±11,9 85,5±10,3	NS	68,0±16,4 76,5±19,5	NS	86,7±2,6 81,8±13,2	NS	70,3±24,3 79,2±18,0	NS
HS IIa IIb	5,5±3,8 4,0±2,6	NS	7,8±3,0 3,5±3,3	<0,001	2,0±1,5 4,3±3,4	<0,05	6,5±5,6 5,5±4,7	NS
ATQ IIa IIb	60,8±12,6 47,3±11,4	<0,001	75,3±17,0 41,2±12,7	<0,001	43,0±14,6 47,4±11,3	NS	60,3±1,8 51,8±9,2	NS

W pierwszym badaniu w podgrupach IIa i IIb samoocena była wysoka i nie różnicowała podgrup (tabela 4). W kolejnych badaniach w grupie II i podgrupie IIb utrzymywały się wysokie wartości RS, natomiast w podgrupie IIa w badaniu po miesiącu od zabiegu angioplastyki wieńcowej średnia samoocena była nieco obniżona i na podobnym poziomie utrzymywała się w kolejnych badaniach (tabela 2).

W badaniu pierwszym poczucie beznadziejności (HS) utrzymywało się na poziomie podobnym do stwierdanego w innych polskich badaniach w populacji osób zdrowych i nie różnicowało podgrupy IIa i IIb (tabela 4). Niewielki, nieistotny statystycznie, wzrost wyników HS w całej grupie II oraz w podgrupie IIb stwierdzono po roku obserwacji. Natomiast w podgrupie IIa miesiąc po zabiegu zaobserwowano istotne zwiększenie się poczucia beznadziejności. W kolejnych badaniach poczucie beznadziejności osiągało mniejsze nasilenie i w czwartym badaniu było podobne jak w podgrupie IIb. Wynik uzyskany w HS w podgrupie IIa w badaniu czwartym różnił się od otrzymanego w badaniu pierwszym i zmniejszył się w stosunku do badania drugiego (tabela 2).

W pierwszym badaniu częstość występowania negatywnych myśli automatycznych stwierdzana w ATQ była istotnie statystycznie większa w podgrupie IIa w porównaniu z podgrupą IIb (tabela 4). W kolejnych badaniach zarówno w całej grupie II, jak i w podgrupie IIb wyniki uzyskane w ATQ utrzymywały się na podobnym poziomie. Natomiast w podgrupie IIa po miesiącu od zabiegu angioplastyki wieńcowej nastąpił

znaczny wzrost częstości negatywnych myśli automatycznych. Z kolei w badaniu trzecim i czwartym obserwowano ich stopniowy, systematyczny spadek do wartości podobnej jak w badaniu pierwszym (tabela 2).

### Dyskusja i wnioski

Jak wynika z powyższego badania, przeprowadzenie skutecznego zabiegu udrożnienia naczyń wieńcowych metodą przezskórnej angioplastyki nie gwarantuje poprawy stanu psychicznego i ustąpienia objawów depresyjnych.

Miesiąc po zabiegu angioplastyki wieńcowej, spośród 75 osób, u których wyjściowo stwierdzono objawy depresyjne, u 42 (56%) nastąpiła poprawa, natomiast u 33 (44%) utrzymywały się zaburzenia depresyjne. Próba wyodrębnienia cech mogących wiązać się z tendencją do utrzymywania się zaburzeń nastroju, pokazała, że osoby te już w pierwszym badaniu były głębiej depresyjne, z większym nasileniem zarówno objawów afektywno-poznawczych, jak i somatycznych. Ponadto przed zabiegiem angioplastyki wieńcowej stwierdzono u nich większą częstość negatywnych myśli automatycznych oraz większe poczucie beznadziejności. Co ciekawe, spośród 81 pacjentów wyjściowo bez depresji, u 12 osób (15%) objawy depresyjne pojawiły się miesiąc po zabiegu angioplastyki. Okazało się, że w tej grupie już w pierwszym badaniu nasilenie objawów w BDI oraz częstości negatywnych myśli automatycznych, jakkolwiek mieszczące się w granicach wartości jak u osób zdrowych, było większe niż u pozostałych 69 pacjentów. Podobnie, na wyjściowe nasilenie objawów zwrócili uwagę Hance i wsp. [26]. W ich badaniu pacjenci z chorobą niedokrwienną serca i dużą depresją, u których w dalszej obserwacji nastąpiła poprawa, mieli wyjściowo niższe wyniki w Inwentarzu Depresji Becka w porównaniu z osobami bez remisji.

Należy podkreślić iż, jak wynika z prezentowanej pracy, objawy depresyjne u części pacjentów z rozpoznaniem ChNS mają tendencję do utrzymywania się po roku obserwacji. U osób, u których miesiąc po zabiegu angioplastyki wieńcowej występowały objawy depresyjne (grupy Ia i IIa), takie same objawy można było stwierdzić również po pół roku i roku obserwacji. Taki chroniczny przebieg zaburzeń nie wynika z pogorszenia się przebiegu choroby niedokrwiennej serca, gdyż stan naczyń wieńcowych w analizowanej grupie był stabilny. Podobnie stan przewlekły epizodów depresyjnych u pacjentów po zawale mięśnia sercowego opisali inni autorzy [27–29].

Zjawisko to można tłumaczyć odnosząc się do modelu poznawczego zaburzeń depresyjnych. Mechanizm wystąpienia i utrzymywania się objawów depresyjnych jest tu opisywany przez pryzmat zależności między poznawczą podatnością na depresję a trudnymi sytuacjami życiowymi, jak na przykład choroba somatyczna czy zabieg, które mogą ową podatność ujawnić. Model ten zakłada również, że raz uaktywnione dysfunkcjonalne przekonania i schematy poznawcze zaczynają dominować w systemie myślenia, przyczyniając się do utrwalania objawów depresji [30].

Uzyskane wyniki wskazują na potrzebę baczego monitorowania objawów zaburzeń nastroju u pacjentów kardiologicznych, zwłaszcza w przypadku, gdy są one bardziej nasilone i towarzyszą im depresyjne zmiany stylu myślenia, istnieje bowiem ryzyko, że takie objawy będą miały tendencję do utrwalania się i zaostrzania, ze wszystkimi

negatywnymi konsekwencjami współistnienia depresji i choroby wieńcowej. Samo skuteczne leczenie kardiologiczne nie jest wystarczające do uzyskania poprawy stanu psychicznego u wszystkich chorych.

### **Динамика депрессивных симптомов у пациентов с ишемической болезнью сердца, подвергнутых вмешательствам чрезкожной коронарной ангиопластики**

#### **Содержание**

**Задание.** Заданием работы была оценка депрессивной симптоматики и ее динамики в течение годичного наблюдения пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС), подвергнутых хирургическому вмешательству чрезкожной ангиопластики (КА).

**Метод.** В исследование включено 227 больных с симптомами болезни ИБС, выбранных на плановую операцию КА. Годичное наблюдение проведено у 156 пациентов с оптимальным результатом КА и без рецидива ИБС в течение 4 недель со времени проведенного вмешательства. Исследование психического состояния проведено 4 раза: день перед хирургическим вмешательством, а потом после 1, 6 и 12 месяцев. В исследовании использованы следующие пособия: Инвентарь депрессии Бека, Шкала самооценки Розенберга, Глоссарий автоматических мыслей.

**Результаты.** В исследованной группе больных во время чрезкожной ангиопластики депрессивные симптомы легкой или средней степени и доминанция нехарактерных симптомов соматического характера, присутствовали у 48% больных. У 44% больных эти симптомы присутствовали в течение месяца со времени КА. Кроме того, у 15% лиц без депрессии при первом обследовании через месяц после КА появились депрессивные симптомы. После 6 и 12 месяцев от КА обнаружены присутствующие симптомы депрессии и черты депрессивного мышления, а особенно чувства безнадежности. Лица, у которых депрессивные нарушения имели тенденцию к закреплению, уже при первом обследовании находились в состоянии глубокой депрессии с большим усилением аффективно-познавательных и соматических симптомов.

**Выводы.** Полученные данные указывают на обстоятельство, что проведение эффективного вмешательства чрезкожной коронарной ангиопластики не гарантирует улучшение психического состояния и указывают на необходимость прослеживания нарушений настроения и депрессивных черт мышления у кардиологических пациентов, особенно в тех случаях, когда они более тяжелые.

### **Dynamik der Depressionssymptome bei Patienten mit Herzischämie nach perkutaner Koronarangioplastik**

#### **Zusammenfassung**

**Ziel.** Das Ziel der Studie war die Beurteilung der depressiven Symptomatologie und ihrer Dynamik bei Patienten mit Herzischämie (CHNS) nach einer transkutaner Koronarangioplastik (PCL) nach einem Jahr Beobachtung.

**Methode.** An der Studie nahmen 227 Kranke mit CHNS - Krankheit mit vollen Symptomen teil, die zum geplanten operativen Eingriff qualifiziert wurden. An einer jährlichen Beobachtung nahmen 156 Personen mit dem optimalen PCI-Ergebnis teil, ohne Herzischämie - Rückfall vier Wochen nach dem operativen Eingriff. Die Studie an dem psychischen Zustand wurde viermal durchgeführt: einen Tag vor PCI, und 1, 6 und 12 Monate nach PCI. Es wurden dabei angewandt: Depressionsinventar von Beck, Skala zur Selbstbeurteilung von Rosenberg, Skala Hoffnungslosigkeit, Fragebogen automatischer Gedanken.

**Ergebnisse.** In der untersuchten Gruppe traten einen Tag vor PCI die Depressionssymptome von leichter oder mäßiger Intensität und mit Vorherrschen der nicht charakteristischen somatischen Symptome bei 48% der Kranken auf. Bei 44% der Patienten blieben diese Symptome noch einen Monat nach PCI erhalten. Außerdem erschienen die Depressionssymptome bei 15% der Personen ohne Depression einen Monat nach dem operativen Eingriff. Nach 6 und 12 Monaten nach PCI

wurde das Erhalten der Depressionssymptome und des depressiven Denkens, besonders das Gefühl der Hoffnungslosigkeit festgestellt. Die Personen, bei denen die depressiven Störungen eine Tendenz zum Erhalten hatten, waren schon bei der ersten Untersuchung tiefer depressiv, mit größerer Intensität sowohl der affektiv-kognitiven als auch der somatischen Symptomen.

**Schlussfolgerungen.** Die Angaben weisen darauf hin, dass der erfolgreiche PCI-Eingriff die Verbesserung der psychischen Gesundheit nicht garantiert. Sie weisen auf die Notwendigkeit vom ständigen Monitoring der Stimmungsstörungen und der depressiven Eigenschaften im Denken bei kardiologischen Patienten hin, besonders wenn sie intensiver sind.

### **La dynamique des symptômes dépressifs des patients souffrant de l'insuffisance cardiaque ischémique après l'angioplastie coronaire**

#### **Résumé**

**Objectif.** Cet article vise à analyser la dynamique des symptômes dépressifs des patients souffrant de l'insuffisance cardiaque ischémique (ICI) après l'angioplastie coronaire (AC).

**Méthode.** On examine 227 patients souffrant d'ICI, qualifiés à l'AC. Après cette angioplastie avec succès et sans la réstenose après 4 semaines de l'opération on observe 156 patients durant la période d'un an. Ces patients sont examinés quatre fois : un jour avant l'AC et après un mois, six et douze mois après l'AC avec: version polonaise de SF-36, Beck Depression Inventory (BDI), Rosenberg Self-Esteem Scale (RS), Beck Hopelessness Scale (HS), Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ).

**Résultats.** Les symptômes dépressifs légers et modérés et avec la suprématie des symptômes somatiques non spécifiques sont notés chez 48% de patients un jour avec l'AC. Les mêmes symptômes persistent encore chez 44% de patients durant un mois après l'AC. De plus chez 15 % de patients sans les symptômes dépressifs pendant le premier examen on observe ces symptômes un mois après. Après six et douze mois on constate encore des symptômes dépressifs persistants, des pensées dépressives (surtout le sentiment de désespérance). Chez les personnes qui ont eu les symptômes dépressifs pendant le premier examen on observe la persistance de ces symptômes et l'intensité plus forte des symptômes affectifs et cognitifs ainsi que somatiques.

**Conclusions.** Ces résultats indiquent que l'AC ne garantie pas d'amélioration de l'état psychique des patients souffrant d'ICI et qu'il faut bien examiner les troubles dépressifs et de l'humeur, surtout dans les cas où ils sont plus intenses.

#### **Piśmiennictwo**

1. Glassman AH, Shapiro PA. *Depression and the course of coronary artery disease*. Am. J. Psychiatry 1998; 155: 4–11.
2. Zellweger MJ, Ostewalder RH, Langewitz W, Pfisterer ME. *Coronary artery disease and depression*. Eur. Heart J. 2004; 25: 3–9.
3. Anda RF, Williamson D, Jones D. *Depressed affect, hopelessness, and the risk of ischemic heart disease in a cohort of US adults*. Epidemiol. 1993; 4: 285–294.
4. Pratt LA, Ford DE, Crum RM, Armenian HK, Gallo JJ, Eaton WW. *Depression, psychotropic medication, and risk of myocardial infarction: prospective data from Baltimore ECA follow-up*. Circul. 1996; 94: 3123–3129.
5. Wysocki H. *Patomechanizmy łączące depresję z chorobą niedokrwienną serca*. W: Dudek D, Zięba A, red. *Depresja w chorobie niedokrwienną serca*. Biblioteka Psychiatrii Polskiej. Kraków: Komitet Redakcyjno-Wydawniczy PTP; 2001, s. 59–65.
6. Weeke A. *Causes of death in manic-depressives*. W: Schou M, Stromgren E red. *Origin, prevention and treatment of affective disorders*. London: Academic Press; 1979, s. 289–299.
7. Tsuang MT, Woolson RF, Fleming JA. *Premature death in schizophrenia and affective disorders: an analysis of survival curves and variables affecting the shortened survival*. Arch. Gen. Psychiatry 1980; 37: 979–983.

8. Sharma R, Markar HR. *Mortality in affective disorder*. J. Affect. Disord. 1994; 31: 91–96.
9. Vestergaard P, Aagaard J. *Five-year mortality in lithium treated manic-depressive patients*. J. Affect. Disord. 1991; 21: 33–38.
10. Carney RM, Rich MW, Tevelde A, Saini J, Clark K, Jaffe AS. *Major depressive disorder in coronary artery disease*. Am. J. Cardiol. 1987; 60: 1273–1275.
11. Frasure-Smith N, Lesperance F, Talajic M. *Depression following myocardial infarction: impact on 6 month survival*. JAMA 1993; 270: 1819–1825.
12. Campeau L. Letter: *Grading of angina pectoris*. Circul. 1976; 54 (3): 522–523.
13. Beck AT, Weissman A, Lester T, Trexler L. *The measurement of pessimism: The Hopelessness Scale*. J. Consult. Clin. Psychol. 1974; 42: 861–865.
14. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. *An inventory for measuring depression*. Arch. Gen. Psychiatry 1961; 4: 561–571.
15. Rosenberg M. *The measurement of self-esteem. Society and adolescent selfimage*. Princeton: University Press; 1965.
16. Hollon SD, Kendall PC. *Cognitive self-statements in depression: Development of an Automatic Thoughts Questionnaire*. Cogn. Ther. Res. 1980; 4: 383–395.
17. Beck AT, Steer RA. *Beck Inventory Manual*. The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Co, 1993.
18. Nielsen AC, Williams TA. *Depression in ambulatory medical patients*. Arch. Gen. Psychiatry 1980; 37: 999–1004.
19. Piotrowicz R. *Komentarz do artykułu JL. Januzzi, RC Pasternak: Depresja, wrogość i izolacja społeczna pacjentów z chorobą wieńcową*. Kardiol. Dypl. 2002; 1 (5): 16–17.
20. Wojnar M, Araszkiwicz A, Latkowski B, Nawcka-Pawlarczyk D, Urbański R. *Badanie rozpoznawcze zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów zgłaszających się do lekarzy rodzinnych – doniesienie wstępne*. Lęk Depr. 2001; 6 (1): 23–36.
21. Podolec P i in. *Krakowski program Kardio-Depresja – występowanie depresji i zaburzeń lękowych u pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi*. Informacja ustna w trakcie posiedzenia naukowego „Epidemiologia depresji u pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi”. Kraków, 22.03.2004.
22. Armitage P. *Metody statystyczne w badaniach medycznych*. Warszawa: PZWL; 1978.
23. Brzeziński J. *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa: PWN; 1996.
24. Ferguson GA, Takane Y. *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*. Warszawa: PWN; 1997.
25. Gore S. *Statystyka w praktyce lekarskiej*. Warszawa: PWN; 1997.
26. Hance M, Carney RM, Freedland KE, Skala J. *Depression in patients with coronary heart disease. A 12-month follow-up*. Gen. Hosp. Psychiatry 1996; 18: 61–65.
27. Schleifer SJ, Macari-Hinson MM, Coyle DA, Slater WR, Kahn M, Gorlin R, Zucker HD. *The nature and course of depression following myocardial infarction*. Arch. Intern. Med. 1989; 149: 1785–1789.
28. Stern JJ, Pascale L, Ackerman A. *Life adjustment post myocardial infarction: determining predictive variables*. Arch. Intern. Med. 1977; 137: 1680–1685.
29. Travella JI, Forrester AW, Schultz SK, Robinson RG. *Depression following myocardial infarction: a one year longitudinal study*. Int. J. Psychiatry Med. 1994; 24 (supl. 4): 357–369.
30. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford; 1979.

Adres: Dominika Dudek  
Oddział Leczenia Depresji  
Klinika Psychiatrii Dorosłych CM UJ  
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a

Otrzymano: 16.08.2006  
Zrecenzowano: 14.09.2006  
Przyjęto do druku: 06.10.2006