

AKADEMIA MEDYCZNA W GDAŃSKU

**SPOSÓB KONSTRUOWANIA ŚWIATA PRZEZ
CHORYCH Z EPIZODEM DEPRESYJNYM A STYLE
RADZENIA SOBIE ZE STRESEM**

Joanna Szeliga – Lewińska

**Promotor pracy doktorskiej
prof. dr hab. n. med. Jerzy Landowski**

Gdańsk, 2008

1. WPROWADZENIE	5
1.1. Epidemiologia zespołów depresyjnych	5
1.1.1. Społeczne i personalne skutki zaburzeń depresyjnych	5
1.2. Obraz psychopatologiczny zespołów depresyjnych	6
1.3. Klasyfikacja zespołów depresyjnych	7
1.4. Patogeneza zespołów depresyjnych	8
1.4.1. Hipotezy biologiczne	9
1.4.2. Hipotezy psychologiczne	9
1.4.3. Model integrujący - hipotez predyspozycja – stres	11
1.4.3.1. Rola distresu w patogenezie zespołów depresyjnych ..	12
1.4.3.2. Predyspozycja do wystąpienia depresji	13
1.4.3.2.1. Mechanizmy biologiczne	13
1.4.3.2.2. Mechanizmy psychologiczne	13
1.5. Funkcjonowanie poznawcze pacjentów z depresją	16
1.5.1. Podstawowe założenia psychologii poznawczej	16
1.5.2. Widzenie świata przez pacjentów w okresie depresji	17
1.5.3. Samoocena, czyli postrzeganie własnego „Ja” przez pacjentów w okresie depresji	19
1.5.4. Style i strategie radzenia sobie ze stresem w okresie depresji	20
1.5.5. Funkcjonowanie poznawcze a cechy osobowości pacjentów z depresją - neurotyzm i ekstrawersja	22
1.5.6. Funkcjonowanie poznawcze pacjentów z zespołami depresyjnymi w okresie remisji	23
1.6. Rep Test jako metoda oceny funkcjonowania poznawczego .	25
1.7. Zastosowanie Rep Test-u w ocenie funkcjonowania poznawczego pacjentów z depresją	27
2. CEL	29
3. HIPOTEZY	30
4. MATERIAŁ I METODY	33
4.1. Materiał badawczy	33
4.1.1. Grupa kliniczna	33
4.1.2. Grupa kontrolna	34
5. PROCEDURA BADAWCZA	36

5.1. Narzędzia badawcze	36
5.1.1. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Trudnych - CISS	36
5.1.2. Kwestionariusz Osobowości – EPQ –R	38
5.1.3. The Role Constructs Repertory Test (Rep Test)	39
5.1.4. Metody analizy statystycznej	42
6. WYNIKI I OMÓWIENIE	44
6.1. Konstruowania świata w okresie depresji przez pacjentów z zespołami depresyjnymi nawracającymi	44
6.1.1. Porównanie z grupą kontrolną	44
6.1.2. Zależność od obrazu klinicznego, od przebiegu zaburzenia, czynników wyzwalających, płci	46
6.1.2.1. Obraz kliniczny	46
6.1.2.2. Przebieg zaburzenia	48
6.1.2.3. Czynniki wyzwalające	49
6.1.2.4. Płeć	49
6.1.3. Style radzenia sobie ze stresem	49
6.1.3.1. Powiązanie stylów radzenia sobie z parametrami opisującymi konstruowania	50
6.1.3.2. Style radzenia sobie a cechy temperamentalne - neurotyzm i ekstrawersja	51
6.1.3.2.1. Związek pomiędzy neurotyzmem i ekstrawersją a parametrami opisującymi konstruowanie świata	52
6.1.4. Zmiana w okresie remisji	52
6.1.4.1. Konstruowanie świata	52
6.1.5. Style radzenia sobie ze stresem	58
6.1.6. Poziom neurotyzmu i ekstrawersji	60
6.2. Obraz „Ja” u pacjentów z zespołami depresyjnymi nawracającymi	62
6.2.1. Porównanie z grupą kontrolną	62
6.2.1.1. Obraz „Ja” – samoocena	62
6.2.1.2. Postrzeganie „Innych”	63

6.2.2.	Zależność od obrazu klinicznego, czynników wyzwalających, od przebiegu zaburzenia, płci	64
6.2.2.1.	Obraz kliniczny	64
6.2.2.2.	Czynniki wyzwalające	64
6.2.2.3.	Przebieg zaburzenia	64
6.2.2.4.	Płeć	64
6.2.3.	Powiązanie stylów radzenia sobie ze stresem z parametrami opisującymi obraz „Ja” i obraz „Innych”	65
6.2.4.	Związek pomiędzy neurotyzmem i ekstrawersją a parametrami opisującymi obraz „Ja” i „Innych”	65
6.2.5.	Zmiana w okresie remisji	66
6.2.5.1.	Obraz „Ja” – samoocena	66
6.2.5.2.	Obraz „Innych”	67
7.	WNIOSKI	70
7.1.	Wnioski szczegółowe	70
7.2.	Dyskusja	74
7.3.	Wnioski końcowe	84
8.	STRESZCZENIE	85
9.	SUMMARY	87
10.	PIŚMIENNICTWO	89
11.	ZAŁĄCZNIKI	102
11.1.	Załącznik nr 1	102
11.2.	Załącznik nr 2	104
11.3.	Załącznik nr 3	106

1. WPROWADZENIE

1.1. Epidemiologia zespołów depresyjnych

„Przeprowadzone w ostatnim dziesięcioleciu badania na dużych, reprezentatywnych populacjach zgodnie wskazują, na szerokie rozpowszechnienie zespołów depresyjnych. Roczna chorobowość w populacji osób dorosłych oscyluje w przedziale 6–12%, wśród osób w wieku podeszłym sięga 15%. Niektórzy autorzy podają jeszcze wyższe wskaźniki. Wyniki dotyczące epidemiologii zaburzeń depresyjnych uzyskane w ramach programu „DEPRES” (*Depression Research in European Society*) pokazują, że rozpowszechnienie „dużej depresji” w 7 krajach europejskich mieści się w przedziale 3,8–9,1%, „małej depresji” od 1,5 do 3,0%, objawów depresyjnych nie spełniających kryteriów zespołu od 5,6 do 11,6%. Przytoczone dane oznaczają, że około 10% wszystkich osób dorosłych w ciągu 1 roku doznaje utrzymujących się zaburzeń nastroju typu depresyjnego, a wśród kobiet, ryzyko to wzrasta do 15%” (Wasilewski, Pużyński, 2001).

Zespoły depresyjne często mają przebieg przewlekły czy nawracający. Istotnym predyktorem nawrotu jest sam fakt doświadczenia epizodu choroby. U 27 - 30% pacjentów, bez względu na leczenie, objawy choroby utrzymują się ponad rok (Coryell, 1994). Spośród osób, które doświadczyły depresji ponownie epizod przeżyje 50-85%, a wśród grupy pacjentów, którzy wcześniej przeżyli trzy lub więcej epizodów depresji współczynnik nawrotów w czasie od 11 do 15 tygodni po wyzdrowieniu może osiągać nawet 40 % (Keller i in., 1982).

1.1.1. Społeczne i personalne skutki zaburzeń depresyjnych

Zaburzenia depresyjne są istotnym problemem zarówno personalnym jak i społeczno-ekonomicznym. Skutki depresji są dla człowieka druzgocące – nie tylko w kategoriach indywidualnego cierpienia, ale także niszczącego wpływu na pracę oraz relacje rodzinne i małżeńskie. Umiarkowana czy ciężka depresja osłabia zdolność do podejmowania pracy, wykonywania codziennych obowiązków domowych, utrzymywania właściwych relacji z rodziną. Jeśli rodzic cierpi na depresję znacznie gorzej wypełnia role rodzicielskie, co zwiększa ryzyko

rozwinęcia się depresji lub innego zaburzenia psychicznego u dzieci. Według Prognozy Światowej Organizacji Zdrowia depresja sukcesywnie wysuwa się na czołowe miejsce w grupie chorób związanych z ograniczeniem zdolności do pracy (Davies, Craig, 1999).

Wiąże się ona ze zwiększonym ryzykiem przedwczesnej śmierci. Wśród populacji chorych na depresję 15% popełnia samobójstwo (Davies, Craig, 1999). Depresja zwiększa śmiertelność z powodu schorzeń medycznych, osłabionego funkcjonowania systemu odpornościowego oraz wypadków, często utrudnia rozpoczęcie leczenia lub stosowanie się do zaleceń lekarskich (Hammen, 2006, str. 55).

„Przyglądając się tym danym nie trudno zauważyć, że zaburzenia depresyjne należą do najczęściej występujących problemów zdrowotnych, zaś biorąc pod uwagę ich rozpowszechnienie i następstwa — ranga depresji jest porównywana ze schorzeniami, którymi najczęściej zajmuje się współczesna medycyna (choroby narządu, krążenia, nowotwory)” stwierdzają Wasilewski Pużyński (2001).

1.2. Obraz psychopatologiczny zespołów depresyjnych

Jak podaje Hammen (2006) objawy depresji rozwijają się w czterech obszarach: emocji, funkcji poznawczych, zachowania oraz funkcjonowania biologicznego (fizycznego).

W obszarze emocji mamy często do czynienia z objawami takimi jak: przygnębienie, poczucie bezradności, utrata nadziei, utrata zainteresowań i odczuwania przyjemności, a także czasami drażliwość.

Objawy poznawcze rozumiane są jako zaburzenie myślenia (tendycyjność). Ludzie w depresji zazwyczaj negatywnie myślą o sobie, o swoim otoczeniu i swojej przyszłości. Są nadmiernie krytyczni wobec samych siebie. Tak bardzo ponure i samokrytyczne myśli w rzeczywistości wprowadzają ludzi w głębszą depresję lub przedłużają ten stan.

Obok tego rodzaju zniekształceń procesów poznawczych występują także zaburzenia koncentracji uwagi, podejmowania decyzji, funkcjonowania pamięci.

Objawy behawioralne to apatia, obniżona motywacja. Osoby w depresji często wycofują się z aktywności społecznej i ograniczają swoje typowe

zachowania. Może wystąpić spowolnienie psychoruchowe lub pobudzenie czy niepokój.

Objawy somatyczne to między innymi zaburzenia w zakresie popędów: brak lub nadmierny apetyt, trudności ze snem, mniejsze zainteresowanie sprawami seksualnymi (Hammen, 2006, str. 14-17), a także często pojawiające się zaburzenia innych czynności ustrojowych.

1.3. Klasyfikacja zespołów depresyjnych

„Termin „choroby afektywne” odnosi się do grup zaburzeń psychicznych o etiologii endogennej, w przebiegu których okresowo, niekiedy regularnie i cyklicznie występują zaburzenia nastroju, emocji i aktywności w postaci zespołów depresyjnych (nazwanych depresją endogenną)” (Pużyński, 1998).

„Objawy depresyjne nie są jednorodne, niektóre wydają się bardziej „biologiczne” w swym wyrazie, a inne – bardziej „psychologiczne”. W przeszłości badania koncentrowały się na podziałach na postaci: neurotyczne - psychotyczne, reaktywne – endogenne, endogenne - nieendogenne. Zakłada się, że istnieją „biologiczne” (endogenne) depresje, które pojawiają się mimo nieobecności „wyzwalaczy” stresowych, oraz depresje „psychologiczne” (egzogenne), których źródła można odnaleźć w czynnikach osobowościowych lub sytuacyjnych” (Hammen, 2006, str.26).

W Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychicznych i Zaburzeń Zachowania ICD-10 wyróżniono:

- ♦ Pojedynczy epizod depresji (F32) rozpoznawany jest, kiedy objawy depresji trwają minimum dwa tygodnie, a osoba nigdy wcześniej nie doświadczyła epizodu hipomaniaklanego czy maniakalnego. W zależności od nasilenia objawów depresyjnych wyróżnia się epizod depresji łagodny, umiarkowany i ciężki. W przypadku depresji ciężkiej mogą pojawić się także objawy psychotyczne tj. urojenia o treści depresyjnej, obarczenia winą, nihilistycznej itp. (Epizod depresji ciężki, z objawami

psychotycznymi, F32.3). W celu zaznaczenia obecności zespołu somatycznego¹ bądź jego braku można wykorzystać dodatkowy znak.

- ♦ Zaburzenia depresyjne nawracające (F33) rozpoznawane jest, kiedy pojawia się kolejny epizod depresji.
- ♦ Dystymia (F34.1) – terminem tym określa się utrzymujące się przez okres minimum dwóch lat stale nawracające obniżenie nastroju.
- ♦ Organiczne zaburzenia depresyjne (F06.32) rozpoznawane jest, kiedy obiektywnie stwierdzone jest uszkodzenie lub dysfunkcja mózgu, która nie jest spowodowana zażywaniem substancji psychoaktywnych czy innych środków, które powodują uszkodzenie mózgu. Wymagane jest obiektywne stwierdzenie związku pomiędzy uszkodzeniem mózgu a pojawieniem się depresji.

1.4. Patogeneza zespołów depresyjnych

Pierwsze opisy depresji, odpowiadające współczesnym koncepcjom depresji endogennej, zawierają prace Hipokratesa, twórcy terminu „melancholia”. Szczegółowy opis depresji (melancholii) podaje Aretajos z Kapadocji. R. Burton w Anatomii melancholii (1612) wnikliwie opisuje depresję oraz osobowość przedchorobową, która w zarysie odpowiada obecnym charakterystykom osobowości pacjentów z chorobą afektywną jednobiegunową (zaburzenia depresyjne nawracające). Autor pisze też o rodzinnym występowaniu melancholii (Pużyński, 1998). To pokazuje, że już od samego początku przyczyn depresji upatrywano w złożonym mechanizmie patogenetycznym, zarówno w czynnikach psychologicznych (osobowość) jak i biologicznych (uwarunkowanie rodzinne).

¹ **zespół somatyczny** wg. ICD-10 składa się z minimum czterech następujących objawów: 1. wyraźna utrata zainteresowań lub zadowolenia w zakresie aktywności zwykle sprawiającej przyjemność, brak reakcji emocjonalnych wobec wydarzeń i aktywności, które zwykle wywołują takie reakcje, 2. wcześniejsze niż zwykle (o 2 godziny lub więcej) poranne budzenie się, 3. nastrój silnie obniżony rano, 4. obiektywne wskaźniki wyraźnego zahamowania lub pobudzenia (zauważalne dla innych osób), 5. wyraźny spadek łaknienia, 6. spadek masy ciała (5% lub więcej w ciągu ostatniego miesiąca), wyraźny spadek libido. Zespół somatyczny w innych klasyfikacjach określany jest jako: biologiczny, witalny, melancholiczny, lub endogenomorficzny (Pużyński, Wciórka, 1993).

Depresja jest uwarunkowana wieloczynnikowo. W zakres czynników determinujących zaburzenia depresyjne wchodzi: genetyczne, biologiczne, neuroanatomiczne i psychospołeczne (środowiskowe i osobowościowe).

1.4.1. Hipotezy biologiczne

Hipoteza genetyczna podkreśla, że choroba ta występuje rodzinnie, istotnie częściej u osób blisko spokrewnionych (Pużyński, 1998).

Hipoteza monoaminergiczna wskazuje, że patogeneza depresji związana jest z okresowo pojawiającymi się zaburzeniami przewodnictwa synaptycznego w neuronach serotonergicznym i noradrenergicznym w obrębie między innymi układu limbicznego, podwzgórza i układu siatkowego (Pużyński, 1998).

Liczne badania potwierdzają występowanie podwyższonego poziomu kortyzolu u osób z depresją (Hammen, 2006, str. 80). Utrzymująca się hiperkortyzolemia miałaby być wynikiem zaburzenia mechanizmów kontrolujących czynności osi podwzgórze – przysadka-nadnercza (PNN) – tzw. osi stresu. Zaburzenia te z jednej strony predysponowałyby do wystąpienia depresji, z drugiej – podtrzymywałyby obecność objawów depresji.

1.4.2. Hipotezy psychologiczne

Istnieje wiele koncepcji psychologicznych próbujących wyjaśnić przyczynę powstawania zaburzeń depresyjnych. Z uwagi na temat niniejszej pracy zostaną omówione jedynie poznawcze koncepcje oraz hipotezy dotyczące cech osobowościowych. Hipotezy poznawcze kładą nacisk na rolę dysfunkcyjnych procesów poznawczych i negatywnych przekonań (schematów², konstruktów

² **Schematy** - są to struktury poznawcze, za pomocą których ludzie organizują swoją wiedzę o świecie według pewnych tematów. W nich zawierają się nasze myśli i uczucia. Schematy silnie wpływają na to, co z otrzymanej informacji osoba zauważa, o czym myśli i co później pamięta. Zniekształcanie danych, by były zgodne z posiadanymi schematami, powoduje, że są niewielkie szanse, że zostanie zarejestrowana jakakolwiek prawdziwie niezgodna z nimi informacja. Schemat może stać się bardziej dostępny za sprawą ostatnich myśli i doświadczeń. One mogą wzbudzić określony schemat i sprawić, że osoba będzie myślała o rzeczywistości w sposób z nim zgodny (Aronson i in., 1997, str.128-129).

osobowych³), dotyczących siebie, świata i przyszłości, a także na deficyty w zakresie rozwiązywania problemów.

Pierwszy **poznawczy model depresji** został stworzony przez **Beck'a** (1967, 1976). Wyróżnia on trzy kluczowe dla niego elementy: tzw. triadę depresyjną, błędne przetwarzanie informacji, negatywne schematy „Ja”. Triada depresyjna odnosi się do charakterystycznego myślenia, w którym dominują negatywne procesy poznawcze dotyczące własnej osoby, świata i przyszłości. Negatywne myśli są automatyczne, tzn. pojawiają się spontanicznie, bez wysiłku ze strony jednostki (Hammen, 2006, str.94). Przetwarzanie informacji jest zniekształcone w tym sensie, że dana osoba wybiórczo koncentruje się na pewnych aspektach rzeczywistości i popełnia błędy logiczne, wyciągając wnioski, zgodne z posiadanym negatywnym schematem. Negatywne schematy „Ja” są umysłowymi schematami istniejących wcześniej przekonań dotyczących samego siebie. Podobnie, jak inne schematy, determinują procesy postrzegania i interpretowania informacji zgodnie z nimi (Hammen, 2006, str. 95).

Z kolei w **modelu bezradności** zawarta jest hipoteza dotycząca indywidualnej percepcji przyczyn niemożliwych do kontrolowania rezultatów. W modelu atrybucji Abramson'a, Seligmann'a i Teasdal'ego (1978) depresja jest wiązana z tendencją do przypisywania przyczyn niepomyślnych wydarzeń własnym cechom, stałym i ogólnym. Gdy zdarzy się coś niepożądanego, osoba skłonna do depresji prawdopodobnie będzie miała przekonanie, że to ona jest odpowiedzialna za jego wystąpienie, że to wynika z jej trwałych cech charakteru i co więcej będzie przekonana, że zawsze tak będzie się działo (Hammen, 2006 , str. 96).

Abramson, Alloy, Metalsky (1989) w **modelu braku nadziei**, rozumieją brak nadziei jako brak wiary osoby, że może jej się przydarzyć coś pozytywnego w przyszłości i że zmiana w tym aspekcie nie jest możliwa. Jest to więc pewnego rodzaju proces poznawczy, który powoduje pojawienie się

³ **Konstrukt** - termin ten pochodzi z Teorii Konstruktywizmu Osobowych Kelly'ego (Kelly, 1955, 2005). W literaturze często stosowany zamiennie z terminem schemat poznawczy. Jest to sposób, w jaki pewne rzeczy są interpretowane jako będące podobne i jednocześnie różne od innych rzeczy. Najprostszy konstrukt składa się z trzech elementów, dwa z nich są do siebie podobne, a trzeci jest od nich różny. Każdy konstrukt jest dwubiegunowy, jeden biegun opisuje podobieństwo, drugi różnicę (Oleś, 2005, str.188). Każda osoba ma hierarchiczny system wewnętrznie powiązanych konstruktywów (Bannister, Mair, 1968, str.53).

depresji. Brak nadziei jest spowodowany negatywnymi wydarzeniami życiowymi, interpretowanymi odwołując się do atrybucji stałych, ogólnych, wewnętrznych (Hammen, 2006 , str. 97).

Nezu i współpracownicy (Nezu i in., 1987) proponują **model deficytów w rozwiązywaniu problemów**. Kiedy dochodzi do stresujących wydarzeń, to niewystarczające umiejętności rozwiązywania problemów są czynnikiem, który wywołuje chorobę i ją utrwała. Model ten podkreśla elementy poznawcze, które odgrywają rolę w procesie rozwiązywania problemów. Jeden z nich to taka orientacja na problemy i takie ich określenie, które powoduje, że potencjalna trudność jest definiowana lub interpretowana w sposób dysfunkcyjny. Drugi element poznawczy to trudność w tworzeniu i dokonywaniu wyboru alternatywnych rozwiązań. Osoba może nie być w stanie wyobrazić sobie skutecznych rozwiązań czy dokonać właściwych wyborów spośród różnych możliwości. Takie deficyty mogą się wywodzić zarówno z braku umiejętności, jak i z negatywnych przekonań dotyczących własnej osoby i sytuacji życiowej (Hammen, 2006 , str 97).

Hipotezy dotyczące cech osobowościowych i temperamentalnych zakładają, że cechy osobowości, między innymi zależność oraz cechy temperamentalne takie jak wyższy poziom neurotyzmu i niższy poziom ekstrawersji czy wyższy introwersji (wymiar ekstrawersja – introwersja) są czynnikami zwiększającymi ryzyko zachorowania na depresję. Badania pokazały, że ludzie dotknięci depresją są stosunkowo bardziej zależni, nawet wtedy, gdy nie odczuwają objawów choroby. Nasilenie się poczucia zależności w trakcie trwania epizodów może zapowiadać mniejsze prawdopodobieństwo wyzdrowienia lub przedłużające się powracanie do równowagi (Hammen, 2006, str.133).

1.4.3. Model integrujący – hipoteza predyspozycja – stres.

W literaturze przedmiotu z uwagi na liczne doniesienia wskazujące na mnogość czynników warunkujących depresję, zaczęto dostrzegać potrzebę stworzenia bardziej złożonego modelu depresji, który uwzględniłby udział, a nawet współdziałanie wszystkich omówionych powyżej czynników. Taki holistyczny model, podkreślający jedność psychofizyczną natury ludzkiej, wydaje

się najlepiej opisywać rzeczywistość kliniczną. Hipoteza predyspozycji – stres umożliwia stworzenie w jej ramach zintegrowanego modelu depresji, który uwzględni złożoność mechanizmu patogenetycznego, a także pozwoli wyjaśnić patomechanizm zaburzeń depresyjnych. Hipoteza predyspozycji – stres jest pomostem pomiędzy biologicznym i psychologicznym rozumieniem depresji. Zakłada ona, że choroba/zaburzenie rozwija się pod wpływem działania niespecyficznego przewlekłego stresu na specyficzną predyspozycję. Ta ostaną tworzy się w wyniku współoddziaływania czynników środowiskowych (specyficznych i niespecyficznych) wraz z genetycznymi (Landowski, 2001a).

Reakcja stresowa uruchamiana jest zarówno przez stresory psychologiczne jak i biologiczne. W ujawnieniu się zaburzeń psychicznych odgrywają decydującą rolę mechanizmy biologiczne stresu, a mechanizmy psychologiczne mają znaczenie w ich utrzymywaniu i dalszym rozwoju (Landowski, 2003).

1.4.3.1. Rola distresu w patogenezie zespołów depresyjnych

Distres (w przeciwieństwie do eustresu – stresu krótkotrwałego, który mija z chwilą rozwiązania wywołującej go sytuacji stresogennej, kształtuje nowe zachowania adaptacyjne lub/i udoskonala wcześniejsze, przyczyniając się tym samym do rozwoju jednostki) to długo utrzymujący się, nierozwiązany stres. Jest reakcją dezadaptacyjną, prowadzącą do zaburzeń funkcjonowania organizmu. Może uaktywnić predyspozycję genetyczną do wystąpienia zaburzeń psychicznych (w tym depresji) czy schorzeń somatycznych. Nadmierna i przewlekła aktywacja określonych szlaków neuronalnych w ośrodkowym układzie nerwowym może uruchamiać rozwój patogenetyczny określonych zaburzeń psychicznych (Landowski, 2003).

Dane epidemiologiczne wskazują, iż początek wielu zaburzeń psychicznych (w tym zaburzeń afektywnych) lub ich zaostrzeń poprzedzają nierozwiązywalne sytuacje stresogenne. Ten biologiczny związek pomiędzy stresem a rozwojem określonych zaburzeń stara się wytłumaczyć hipoteza predyspozycji – stresu. Zakłada ona, iż niespecyficzne distresy wywierają wpływa na kształtowanie się określonego rodzaju zaburzenia. Przekształcają one kolejno predyspozycję genetyczną w fenotypową, następnie wyzwalają początek zaburzenia oraz wpływają na dalszy przebieg i pojawienie się zaostrzeń (Landowski, 2003)

1.4.3.2. Predyspozycja do wystąpienia depresji

1.4.3.2.1. Mechanizmy biologiczne

Zaburzenia depresyjne występują rodzinnie istotnie częściej u osób blisko spokrewnionych (Pużyński, 1998), a osoby z genetycznym ryzykiem wykazują szczególną podatność na tę chorobę w sytuacji zadziałania stresora (Kendler i in., 1995).

W kontekście tych danych, depresja rozpatrywana jest, jako następstwo patofizjologicznych mechanizmów, uaktywnionych pod wpływem konfrontacji osoby z silnym, a przede wszystkim przewlekłym stresem i prowadzi do zaburzenia czynności osi stresu i ośrodkowych układów monoaminergicznych (Landowski, 2001a). Przeżycia depresyjne i funkcjonowanie chorego prowadzą do dalszego utrzymywania się distresu, podobnie jak istniejące w depresji zaburzenia biologiczne. W zespołach depresyjnych stwierdza się podobne zmiany biologiczne jak w stresie przewlekłym: długotrwała aktywacja osi PPN (podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej), osłabienie hamowania zwrotnego w obrębie tej osi, nadaktywność układu noradrenergicznego (u części chorych). Występują one szczególnie wyraźnie w depresjach z zespołem somatycznym (tzw. depresjach endogennych), w których obecność czynnika biologicznego jest znaczna (Landowski, 2001b).

1.4.3.2.2. Mechanizmy psychologiczne

Poszukując czynników kognitywnych odgrywających rolę w patogenezie zaburzeń depresyjnych, autorzy przede wszystkim koncentrują się na dezadaptacyjnych schematach i zniekształconych procesach poznawczych, zarówno tych jawnych (zwerbalizowanych) jak i ukrytych (np. Ellis, 1987, Abramson i in., 1989, Sheppard, Teasdale, 2004, Solomon, Haaga, 2005, Segal i in., 2006). Negatywne wydarzenia wchodzi w interakcję z dysfunkcjonalnymi postawami, w tym negatywnym widzeniem siebie, powodując wzrost częstości nieadaptacyjnych automatycznych myśli, a w konsekwencji - depresję.

Jedną z teorii poznawczej podatności na depresję jest **teoria dotycząca dwóch procesów (systemów) poznawczych (jawnego i ukrytego)** (Haefffel i in., 2007). Procesy te odgrywają znaczącą rolę w reakcji osoby na sytuację stresową. Proces ukryty odpowiada za emocjonalną reakcję. Jest zdeterminowany przez automatyczne schematy (konstrukty osobowe) zawarte w pamięci, pojawiające się bez wysiłku i intencji (zamiaru). Nie wymaga on dodatkowych nakładów poznawczych. Ten mechanizm dzieje się nieświadomie. Z kolei jawny system określa wysiłek, jaki wkłada osoba, aby przejąć poznawczą kontrolę. On odpowiada za to, co osoba myśli w danej sytuacji. Rodzaj interpretacji, który osoby generują, determinuje ryzyko wystąpienia depresji (Haefffel i in., 2007).

Poziom nasilenia negatywnych procesów poznawczych podczas depresji wydłuża okres jej trwania (Dent, Teasdale, 1988). Różni się on w zależności od poziomu nasilenia objawów depresyjnych, (Young i in., 1996; Coyne, Gotlib, 1983).

Podobnie do koncepcji dwóch procesów poznawczych (jawnego i ukrytego) poznawczą podatność na depresję wyjaśnia **model poznawczej podatności na depresję „cecha – stan”**. Według niego dysfunkcjonalne przekonania (postawy) składają się z dwóch kategorii: pierwszej określanej jako stan, w którym negatywne przekonania ulegają zmianie wraz z nastrojem i drugiej jako cecha, charakteryzującej się pewnymi negatywnymi przekonaniami, które są trwałe, nie zmieniają się wraz z upływem czasu i są niezależne od nastroju (Zuroff i in., 1999).

W **poznawczej teorii depresji Becka** zawarte jest twierdzenie, że negatywne przekonania dotyczące własnej niekompetencji czy poczucia straty (np. „Jestem sam na świecie”) w połączeniu z przecenianiem pewnych zjawisk (np. „Życie nie ma sensu, jeśli mam być zupełnie sam”) są czynnikami podatności wystąpienia i utrzymania się depresji. Nabywanie dysfunkcjonalnych przekonań (kluczowych założeń, kluczowych schematów poznawczych) następuje najczęściej w wyniku negatywnych doświadczeń wieku dziecięcego, jak na przykład zaniedbanie czy przemoc. Beck dzieli przekonania na dwie kategorie: odzwierciedlające przekonanie o własnej bezradności (kluczowe przekonanie to np. jestem niekompetentny) i o byciu niekochanym („Jestem inny”, „Na pewno zostanę porzucony”). W okresach niewielkiego nasilenia stresorów w życiu

dysfunkcjonalne przekonania kluczowe są utajone (latentne)⁴, ale negatywne doświadczenia przypominające okoliczności, w jakich ukształtowały się te pierwotne przekonania, mogą je z łatwością uaktywnić (Solomon, Haaga, 2005).

Wydarzenia, podobne do tych z przeszłości, które ukształtowały te kluczowe dysfunkcjonalne przekonania, są sytuacją stresową. W efekcie uaktywniają, wcześniej utajone przekonanie i prowadzą do zmiany w funkcjonowaniu poznawczym (pojawiają się myśli automatyczne, zniekształcenia poznawcze itp.), emocjonalnym (obniżony nastrój, przygnębienie, anhedonia) i behawioralnym (obniżona motywacja, zmniejszona aktywność, wycofywanie się z relacji interpersonalnych), a tym samym blokują dostęp do pozytywnych i adaptacyjnych przekonań, zachowań, doświadczeń i w efekcie prowadzą do depresji (Solomon, Haaga, 2005).

Czynnikiem predysponującym do depresji jest neurotyzm. Jest to cecha temperamentalna uwarunkowana specyficzną właściwością autonomicznego układu nerwowego, zdeterminowana genetycznie (Eysenck, 1990). Modyfikuje stan doświadczanego stresu w warunkach skrajnie wysokiej lub skrajnie niskiej stymulacji (Strelau i in, 2004). U osób z wysokim poziomem neurotyzmu obserwuje się zwiększoną wrażliwość na stres, a tym samym większe ryzyko rozwinięcia się depresji (MacWilliams i in., 2003). Dlatego też pewne osoby są wrażliwe na stres i mają skłonność do depresji w odpowiedzi na niewielki stresor, podczas gdy inni są odporni i pozostają wolni od symptomów depresyjnych, nawet po trudnym niekorzystnym zdarzeniu (Kendler, 2005). Wydaje się więc, że neurotyzm determinuje zarówno sposób, w jaki jednostka reaguje na stres (reakcja fizjologiczna), a także to, w jaki sposób zinterpretuje swój stan psychofizyczny. Pokazuje to związek pomiędzy obszarem predyspozycji psychologicznej i biologicznej.

⁴ **Określeniem utajone (latentne)** opisywane są przekonania, które wycofują się ze świadomości za każdym razem, kiedy okoliczności życiowe nie są w stanie dotknąć kluczowych przekonań pacjenta (Solomon, Haaga, 2005, str.33)

1.5. Funkcjonowanie poznawcze pacjentów z depresją

1.5.1. Podstawowe założenia psychologii poznawczej

Początek psychologii poznawczej można datować na koniec lat pięćdziesiątych. Wtedy to pojawia się pierwsza teoria, uważana za poznawczą - Teoria Konstruktywów Osobowych Georga Kelly'ego w 1955. Ta pionierska praca stworzyła i tworzy bazę do rozwoju dalszych koncepcji poznawczych (Strelau, 2000, str.79). Jej główne założenia przedstawione zostaną poniżej.

Człowiek jest aktywny, czynnie poszukuje informacji, gromadzi doświadczenia i wbudowuje je w system poznawczy. Jest on badaczem, który formułuje hipotezy, gromadzi informacje, potwierdza lub odrzuca swoje oczekiwania (Strelau, 2000, str.81). Gromadzone informacje o świecie zapisuje w strukturach poznawczych w postaci schematów (konstruktywów) poznawczych. Konstrukty wiążą się z zachowaniem (Strelau, 2000, str.80). Doświadczenie nie stanowi zbioru izolowanych danych, ale podlega ciągłemu procesowi integrowania, uogólniania (Nosal, 1990 za: Strelau, 2000, str.81). Stanowi narzędzie poznawczej kontroli nad otoczeniem i nad samym sobą, służy przewidywaniu, konstruowaniu oczekiwań, planów działania, formułowaniu aspiracji, przyczynowemu wyjaśnianiu zdarzeń, rozumieniu własnych i cudzych zachowań (Bandura, 1969, DeCharms, 1968 za: Strelau, 2000, str.81). System doświadczeń nie jest strukturą logiczną. Jest konstruowany na wiele sposobów (Łukaszewski, 1974, Reykowski, Kochańska, 1980 za: Strelau, 2000, str.81). W systemie poznawczym istnieje immanentny mechanizm afektywno - motywacyjny uruchamiający zachowanie. (Abelson, 1968 za: Strelau, 2000, str.81). Stanem normalnym u każdego człowieka jest dążenie do stałego wzbogacania struktury doświadczenia, ale też dążenie do eliminowania zbędnej (nadmiernej) różnorodności (Łukaszewski, 1984 za: Strelau, 2000, str.81). Dążenie do równowagi między zmniejszeniem różnorodności i powiększaniem zasobów informacyjnych jest podstawowym wyznacznikiem struktury ludzkiego doświadczenia (Strelau, 2000, str.81). Zdolności przystosowawcze zależą od właściwości ukształtowanego systemu - jego zawartości, struktury. Rozwijanie systemu konstruktywów w procesie konstruowania poznawczego (procesu poznawczego) jest jedną z reakcji

służących adaptacji, poprzez zwiększanie możliwości przewidywania sytuacji, a tym samym jej kontrolowania. Potrzeba kontroli i przewidywania zdarzeń jest naturalną potrzebą, wpisaną w egzystencję ludzką. Złożoność poznawcza sprzyja lepszemu przewidywaniu i przystosowaniu (Adams –Webber, 2003).

Kelly stwierdza, że sposób konstruowania świata przez osobę jest decydującą determinantą jego zdrowia (MacLeod, Williams, 1991).

1.5.2. Widzenie świata przez pacjentów w okresie depresji

Według Becka w trakcie trwania depresji zostaje wzbudzone dysfunkcjonalne przekonania kluczowe, które wywiera głęboki wpływ na funkcjonowanie poznawcze, behawioralne i emocjonalne. Jednocześnie zahamowuje dostępne wcześniej pozytywne treści poznawcze i ułatwia przywołanie negatywnych treści. Aktywizacja dysfunkcjonalnego przekonania powoduje systematyczne zaburzenia oceny codziennych doświadczeń (np. postrzegania, interpretacji i pamięci doświadczeń), tak, by były zbieżne z negatywnymi przekonaniem. Myślenie ulega procesowi systematycznych zniekształceń poznawczych, co nadaje spójny charakter doznawanym przez jednostki doświadczeniom i ukrytym negatywnym przekonaniom (Solomon, Haaga, 2005). Wyniki badań potwierdzają, że ludzie w depresji myślą bardziej negatywnie niż osoby zdrowe (Haaga i in., 1991; Segal, Ingram, 1994). Częściej wracają do przykrych wspomnień niż osoby nie cierpiące na to zaburzenie (Clark, Teasdale, 1982), krytyczniej myślą o sobie samych i nie mają nadziei na przyszłość (Blackburn, Jones, Lewin, 1986).

Przykładem zniekształceń poznawczych są: nadmierna generalizacja (niepoprawne założenie, że pojedyncze negatywne doświadczenia stanowią zdecydowaną zapowiedź trwałych doświadczeń negatywnych), myślenie dychotomiczne (interpretacja doświadczeń w kategoriach albo całkowicie pozytywnych, albo całkowicie negatywnych), wyolbrzymianie (przecenianie i zwracanie uwagi na negatywne aspekty własnych doświadczeń) oraz personalizacja (bezpodstawne odnoszenie do siebie negatywnych wydarzeń). Osoba w depresji posługuje się negatywnymi zniekształceniami poznawczymi, co prowadzi do wyciągnięcia bezpodstawnych negatywnych wniosków na temat własnego doświadczenia. Określane jest to mianem „negatywnego filtra”, a same

wnioski jako „automatyczne myśli”, uporczywe, powtarzalne i przymusowe (Solomon, Haaga, 2005).

Wyjątkowo negatywną siłę oddziaływania typowych dla depresji myśli automatycznych można zaobserwować w trzech dziedzinach doświadczenia („negatywna triada poznawcza”): własnego Ja, osobistej przyszłości, własnego świata. Uważane są za jedną z cech depresji i mogą odgrywać rolę w podtrzymywaniu depresji (Solomon, Haaga, 2005).

Te skrajnie negatywne sądy pogarszają funkcjonowanie w innych obszarach (np. brak aktywności, problemy z koncentracją, konflikty interpersonalne itp.), co z kolei jest kolejnym dowodem potwierdzającym dysfunkcjonalne przekonania i tym samym je wzmacniają.

Myślenie osób w stanie depresji ma szczególny charakter, odróżniający je od myślenia jednostek cierpiących na wszelkie inne zaburzenia. To założenie nazwano hipotezą specyfiki poznawczej. Tematy porażki czy straty są dominujące w ich myśleniu na różnych poziomach analizy – od treści myśli, uwagi i pamięci aż do interpretacji zjawisk. Badania wskazują, że tematy straty i porażki są charakterystyczne tylko dla depresji (Solomon, Haaga, 2005).

Negatywne myślenie i stan depresyjny wzajemnie na siebie wpływają, intensyfikują, a tym samym podtrzymują stan depresyjny (Teasdale, 1983). Liczba myśli negatywnych w depresji wzrasta, a z kolei wzrost intensywności tych negatywnych przekonań nasila objawy. Nastrój depresyjny zwiększa dostępność do negatywnych myśli i pamięci związanej z przykrymi doświadczeniami, faktami, zmniejsza dostęp do pozytywnych przekonań i treści poprzez ukierunkowanie procesów informacyjnych. Ten wpływ nastroju na przebieg procesów poznawczych jest dobrze udokumentowany empirycznie (Bower, 1981).

Kiedy pacjenci mają bardziej nasiloną depresję, częściej przywołują w pamięci mniej szczęśliwe zdarzenia, niż kiedy są mniej depresyjni (Teasdale, Taylor, 1981) np. zniekształcone myślenie spowodowane depresją powoduje, że pesymistycznie widzą ewentualny sukces (Teasdale, 1983).

Te negatywne, dysfunkcjonalne myśli działają na zasadzie dobrze opisanych i udokumentowanych w psychologii schematów poznawczych, którymi ludzie posługują się na co dzień. Schematy nie tylko ukierunkowują percepcję, wpływają na proces selekcji informacji, ale także wpływają na to, jak informacja zostanie

zapisana w pamięci i jak ewentualnie zostanie użyta (Aronson, 1997, str.129). Procesy poznawcze osób chorych na depresję są zdeterminowane negatywnymi schematami i negatywną wiedzą zawartą w strukturach poznawczych (Wang i in. 2006).

Depresja i związany z nią styl poznawczy wzajemnie na siebie wpływają i intensyfikują, tym samym podtrzymują trwanie depresji i zwiększają prawdopodobieństwo utrzymywania się przewlekłego stresu.

1.5.3. Samoocena, czyli postrzeganie własnego „Ja” przez pacjentów w okresie depresji

„Ja” osoby składa się z wielu konstruktów, które kształtują się w wyniku porównania z innymi oraz poprzez interpretację tego, jak ta osoba jest widziana przez innych (Walker, Winter, 2007). Schematy „Ja” są poznawczymi uogólnieniami na temat własnej osoby, wywiedzionymi z przeszłych doświadczeń. One organizują i ukierunkowują przetwarzanie informacji dotyczących „osoby”. Są wysoce dostępne i szczególnie odporne na informacje niezgodne z nimi (Markus, 1977). Schematy „Ja” są w pewnym sensie specyficzne, bowiem wszystkie napływające bodźce są oceniane wedle ich znaczenia dla „Ja” i człowiek ma skłonność do preferowania informacji potwierdzających własne schematy „Ja” (Oleś, 2005 za: Pervin, 2002, str. 236).

Badacze sugerują, że negatywne poznanie podczas depresji przeważa i odzwierciedla się w niskiej samoocenie (Hagga i in., 1991). Ludzie podatni na tę chorobę często uważają się za wybrakowanych, uznają, że okoliczności życia pokonują ich i czegoś pozbawiają. Myślą, że możliwości zmiany na lepsze są niewielkie (Solomon, Haaga, 2005). Pacjenci depresyjni mają skłonność do oskarżania siebie przez przypisywanie sobie niekorzystnych wydarzeń, oraz że skutek tych przykrych zdarzeń tkwi w ich brakach (Lawrence, Rue, 1980).

Mają oni przekonania, że wydarzenia niefortunne są pewne, a te, o których marzą z pewnością się nie pojawią (Andersen, 1990). Mają pesymistyczną postawą i brak nadziei na sukces w przyszłości (Andersen i in, 1992 Butler, Mathews, 1983). Wydaje się, że ludzie cierpiący na depresję prawie w każdym obszarze negatywnego myślenia o sobie kładą nacisk na to, co negatywne – a ten proces prawdopodobnie przyczynia się do utrwalenia i pogłębiania ich

depresyjnego nastroju. Aktywowane negatywne schematy dotyczące „Ja” stają się podstawą dezadaptacyjnych procesów poznawczych i mają tendencję do generowania negatywnych, automatycznych myśli (Gotlib, Krasnoperova, 1998). Postrzeganie samego siebie i zaufanie do własnych możliwości w znacznym stopniu determinuje sposób, w jaki osoba radzi sobie z codziennymi trudnościami.

Przegląd badań wskazuje, że postrzeganie siebie (samoocena) zależy od nasilenia zaburzeń depresyjnych. Ciężkość depresji może warunkować złożoność poznawczą (Neimeyer, 1985 za: MacLeod, Williams, 1991), a obraz „Ja” nie jest jednoznacznie negatywny, a złożony (Bieri i in. 1966, Lawrence, Rue, 1980, MacLeod, Williams, 1991, Gara i in., 1993, Woolfolk i in, 1995). Gara i in. (1993) wykazali, że pacjenci z nasilonym epizodem depresji mają więcej negatywnych reprezentacji „Ja” niż zdrowe osoby, a pod względem liczby pozytywnych reprezentacji niczym się nie różnią (Gara, 1993). Negatywny aspekt „Ja” związana jest z nasileniem epizodu depresji, w przeciwieństwie do pozytywnego, gdzie nie odkryto takiej zależności (Woolfolk i in., 1999). Osoby nie doświadczające depresji widzą siebie pozytywnie, a osoby z ciężką depresją jednoznacznie negatywnie (Chambers i in., 1986). Autorzy wyniki te poszerzają na twierdzenie, że duża liczba negatywnych schematów opisujących „Ja” jest potencjalnym utrudnieniem zdrowienia z klinicznej depresji (Woolfolk i in., 2004). Część autorów sugeruje, że pozytywne i negatywne aspekty struktury „Ja” są częściowo niezależne i mogą reprezentować różne wymiary samooceny (Woolfolk i in, 1999), inni, że są wewnątrznie powiązane (Lawrence, Rue, 1980). Autorzy sugerują, że w związku z tym, że negatywna część struktury „Ja” wiąże się z symptomami depresji, powinna być porównana z innymi cechami uważanymi za czynniki sprzyjające podatności na depresję (Woolfolk i in., 1995).

1.5.4. Styl i strategie radzenia sobie ze stresem w okresie depresji

Styl radzenia sobie to specyficzna dyspozycja człowieka, mieści się w szerszej grupie indywidualnych uwarunkowań radzenia sobie, zajmując wśród nich miejsce szczególne. W odróżnieniu bowiem od innych czynników osobowych, mających ogólny zakres oddziaływania, styl radzenia sobie odnoszony jest bezpośrednio do zachowania się w sytuacji stresowej. Uzasadnia to oczekiwanie, że jego wpływ na zachowanie będzie silniejszy, bardziej

wyrazisty w porównaniu z ogólnymi właściwościami człowieka. Styl radzenia sobie to dyspozycja do radzenia sobie w określony sposób (Heszen – Niejadek, 2004). To behawioralna i poznawcza odpowiedź na niewygodną czy trudną sytuację. Różnica pomiędzy stylem a strategiami radzenia sobie polega na tym, że styl to trwała dyspozycja podmiotu do określonego zmagania się z sytuacjami stresowymi, a strategie radzenia sobie to określone sposoby działania, jakie jednostka podejmuje w konkretnej sytuacji stresowej (Szczepaniak i in., 1996). Radzenie sobie jest świadomą odpowiedzią na zewnętrzne stresujące wydarzenia (Parker, Endler, 1992, Folkman, Lazarus, 1980).

Radzenie sobie tak jak osobowość, jest powiązana z psychopatologią i przebiegiem chorób psychicznych (Uehara i in, 1999). Strategie radzenia sobie są widziane jako odgrywające znaczącą rolę w adaptacji do stresujących wydarzeń. Wiele badań odkryło znaczący związek pomiędzy radzeniem sobie i emocjonalnym distresem (McWilliams i in, 2003).

Strategie radzenia sobie wydają się odgrywać kluczową rolę w podatności na stresory życiowe. Zawierają w sobie komponent poznawczy, emocjonalny i behawioralny.

Osoby mają charakterystyczny wzór reagowania na różnego rodzaju wydarzenia – styl, na który składają się różne strategie radzenia sobie.

Endler i Parker w 1990 wyróżnili trzy style radzenia sobie: emocjonalny, zadaniowy i unikowy (Endler, Parker, 1990, Parker, Endler, 1992).

Styl zadaniowy polega na rozwiązywaniu problemu poprzez poznawczą reinterpretację, dzięki czemu osoba minimalizuje wpływ stresu (Endler, Parker, 1990, Parker, Endler, 1992). Osoba charakteryzująca się tym stylem, aktywnie poszukuje rozwiązań, podejmuje wysiłek zmierzający do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenie lub próbę zmiany sytuacji, ma zachowany emocjonalny dystans (Szczepaniak, i in.1996).

Styl emocjonalny oznacza emocjonalną odpowiedź na sytuacje stresową. Osoba koncentruje się na sobie (Endler, Parker, 1990, Parker, Endler, 1992,) i dąży do zredukowania przykrych emocji. Może pojawić się samooskarżanie, poczucie lęku i inne negatywne emocje. Sposób ten jest jednak nie zawsze skuteczny (McWilliams i in.,2003).

Ostatnim wyróżnionym stylem jest styl skoncentrowany na unikaniu. Osoba wystrzega się myślenia, przeżywania, doświadczania sytuacji, poprzez

angażowanie się w czynności zastępcze (Szczepaniak i in., 1996), odwracanie uwagi poprzez aktywność, poszukiwanie innych ludzi (Parker, Endler 1992).

Wśród osób depresyjnych najczęściej występują strategie emocjonalne. Badania pokazują, że kobiety chore na depresję częściej stosują strategie emocjonalne, a unikowe najrzadziej. Zdrowe kobiety z kolei najczęściej zadaniowe (Tomczak – Witych, 2006). Parker i Endler odkryli negatywną korelację pomiędzy depresją a stylem zadaniowym (Parker, Endler, 1992).

1.5.5. Funkcjonowanie poznawcze a cechy osobowości pacjentów z depresją - neurotyzm i ekstrawersja

Wysoki poziom neurotyzmu cechuje chorych na depresję. W badaniach wykazano, że neurotyzm jest pozytywnym predyktorem depresji, a ekstrawersja - negatywnym (McWilliams i in., 2003). Neurotyzm wiąże się ze zwiększoną wrażliwością na stres, co może być czynnikiem usposabiającym do rozwinięcia się depresji (Bale, 2006).

Osoby z wysoką neurotycznością charakteryzują się brakiem tolerancji na działanie stresu np. na sytuacje konfliktowe. Ich układ autonomiczny wykazuje szczególnego rodzaju właściwość polegającą na tym, że emocje pojawiają się łatwo, a przy tym są silne i trwałe (Sanocki, 1978, s.148). Tak więc osoby te łatwo wzruszają się pod wpływem bodźców emocjonalnych, na nowe sytuacje i zmiany reagują podwyższonym niepokojem, są wrażliwe na cierpienie i krzywdę, a także szczęście i radość innych, łatwo jest ich zranić emocjonalnie. Krytykę biorą sobie do serca i głęboko przeżywają porażki, mają skłonność do zalegania emocji, toteż długo rozpamiętują przykre zdarzenia i mogą mieć wówczas problemy ze snem, koncentracją uwagi lub dolegliwości somatyczne. Wydarzenia trudne na długo wyprowadzają ich z równowagi, mogą mieć skłonność do kryzysów i załamań emocjonalnych, łatwo ulegają dezorganizacji pod wpływem stresu. W związku z tym, że emocje są u nich silne i trwałe, mogą preferować takie sposoby radzenia sobie ze stresem, które najpierw zmierzają do wygaszenia przykrych emocji (Oleś, 2005, s.146).

Jak wskazują badania, neurotyzm wiąże się z tendencją do ruminacji, czyli procesem poznawczym polegającym na nieustannym powracaniu i rozpamiętywaniu przykrych zdarzeń w sytuacji doświadczania stresu. Taki sposób

funkcjonowania w sytuacji trudnej jest charakterystyczny dla chorych na depresję. Dodatkowo u tych osób stwierdza się wysoki poziom dysfunkcyjnych przekonań, które zwrótnie nasilają objawy depresyjne i poczucie beznadziejności (Lam i in., 2003).

Ekstrawersja jest jednym z biegunów wymiaru osobowości, którego drugi stanowi introwersja. Osoba ekstrawertywna jest towarzyska, potrzebuje podniecia z zewnątrz, jest impulsywna, łatwo popada w gniew. Nie przejmują się niepowodzeniami, jest optymistycznie nastawiona do życia, aktywna, lubi zmiany (Sanocki, 1978, s. 150).

Można założyć, że wysoki poziom neurotyzmu warunkuje doświadczanie emocjonalnego napięcia w sytuacji trudnej i determinuje przebieg procesów poznawczych – jej interpretację, co w efekcie wpływa na podjęte próby radzenia sobie ze stresem.

1.5.6. Funkcjonowanie poznawcze pacjentów z zespołami depresyjnymi w okresie remisji

Teorie poznawcze zakładają, że depresyjne schematy poznawcze (konstrukty osobowe), dotyczące niewłaściwych przekonań na temat siebie, świata i przyszłości, utrzymują się w okresie remisji i zwiększają ryzyko nawrotu epizodu. Dowodów potwierdzających udział czynników poznawczych w patomechanizmie depresji dostarczają wyniki, wskazujące na skuteczności oddziaływań psychoterapii poznawczo-behawioralnej, które zmniejszają między innymi ryzyko nawrotów (Bothwell, Scott, 1977, Haaga i in., 1991). Wnioski z badań empirycznych dotyczące dysfunkcyjnych schematów chorych na depresję są niejednoznaczne (Parslow i in., 2006). Większość z nich bazowała na metodach kwestionariuszowych, w których okazało się, że negatywne przekonania u pacjentów w remisji często nie różniły się (Hamilton, Abramson, 1983) lub były jedynie nieco częstsze niż u osób z grupy kontrolnej (Peselow i in. 1990). Niektóre badania sugerują, że dysfunkcyjne przekonania są związane z nastrojem i pojawiają się jedynie w okresie epizodu depresji (np. Oliver, Klocek i in., 1995, Ort i in., 1998; Fava i in. 1994, Power i in., 1995). Inni autorzy potwierdzają oryginalną teorię poznawczą depresji Beck'a, że takie dysfunkcyjne postawy są względnie trwałą cechą, utrzymującą się w okresie

remisji i mogą zwiększać ryzyko nawrotu (np. Bothwell, Scott, 1997; Zuroff i in, 1999). Przekonania dysfunkcjonalne mogą być latentne w okresie remisji, dlatego ich pomiar za pomocą tradycyjnych technik samoopisowych jest niemożliwy. W związku z tym badacze szukają innych sposobów ich zbadania. Jednym z nich są odpowiednie procedury torowania np. indukowanie nastroju smutku (Segal, Ingram, 1994). Wyniki z badań, w których stosowano tą technikę pokazują, że kiedy pacjenci depresyjni zostają wprowadzeni w obniżony nastrój (przygnębienie), natychmiast powracają do dezadaptacyjnego stylu poznawczego (depresyjnego) (Segal i in, 2006).

W modelu poznawczej podatności na depresję „cecha – stan” (opisanego w podrozdziale 1.4.3.2.2.) dysfunkcjonalne przekonania (schematy) są podzielone ze względu na czas ich trwania. Schematy zależne od nastroju określane są jako stan, a te stale utrzymujące się formy jako cecha (Zuroff i in., 1999). W okresie remisji ustępują negatywne automatyczne schematy, ale nadal utrzymuje się głęboko zakorzeniony negatywny styl wyjaśniania i pewne założenia dotyczące widzenia samego siebie. Są one określane jako stale utrzymująca się formy reaktywności poznawczej, które są odpowiedzialne za nawroty choroby (Segal, i in. 2006). Sheppard i wsp. twierdzą, że za zmniejszenie się dysfunkcjonalnych przekonań odpowiedzialny jest, uruchamiany w remisji, metapoznawczy proces kontrolujący (Sheppard i in, 2004). Inni autorzy twierdzą, że w okresie remisji działają mechanizmy wypierania, które maskują negatywne, depresyjne myśli. Osoby, które charakteryzują się wysokim poziomem niepewności mają także wysokie nasilenie wypartych myśli (Luxton, Wenzlaff, 2005). Wyparte myśli w obliczu nieprzychylnych zdarzeń mogą nasilać negatywne myślenie i sprzyjać depresji. Wyniki badań potwierdzają, że wysoki poziom (duże nasilenie) chronicznie wypartych myśli jest powiązany z wzrostem symptomów depresyjnych w okresach trudnych (Rude i in, 2002).

Dlatego mimo braku dowodów nie oznacza to, iż chorzy na depresję w okresie remisji są całkowicie wolni od dysfunkcjonalnego procesu poznawczego. Haffel i współpracownicy pokazują, że pacjenci z depresją w okresie remisji charakteryzują się bardziej negatywnym stylem poznawczym, ale nie mają większego poziomu dysfunkcjonalnych przekonań w porównaniu z osobami zdrowymi (Haffel i in, 2005). Dlatego w planowaniu przyszłych badań pomocne może być wyodrębnienie dwóch aspektów poznawczego funkcjonowania - stylu

poznawczego (inaczej mówiąc specyficznego procesu konstruowania) czyli sposobu postrzegania, interpretowania a także przypominania sobie pewnych faktów oraz negatywnych (dysfunkcyjnych) przekonań (konstruktów osobowych).

1.6. Rep Test jako metoda oceny funkcjonowania poznawczego

Niezastąpionym wkładem w rozwój nauki psychologicznej i innych nauk jest opracowanie przez Kelly'ego procedury badawczej Rep Test (1955, 2005). Rep Test – Role Construct Repertory Test⁵ jest to metoda zaproponowana przez Kelly'ego i opiera się na założeniach jego Teorii Konstruktów Osobowych (Personal Construct Theory: Kelly wyróżnia jeden fundamentalny postulat i jedenaście podstawowych założeń (załącznik nr.1), (Kelly, 2005, str.32-73). Mimo iż celem Kelly'ego było wykorzystanie tej metody do celów diagnostycznych i psychoterapeutycznych, jest ona szeroko używana w badaniach psychologicznych, empirycznych, rynkowych (Jankowicz, 1987, Neimeyer, Tolliver, 2002), jest to metoda plastyczna, można ją modyfikować w zależności od celu badania (Jankowicz, 1987).

Rep Test pozwala odkryć sposób, w jaki osoba interpretuje (konstruuje) swoją rzeczywistość (swój świat). Procedura opiera się na wywołaniu konstruktów osobowych, których osoba używa do nadawania znaczenia wydarzeniom, ludziom z jakimi się styka w toku swojego życia. Kelly podkreśla znaczenie postaci znaczących w życiu człowieka, które mają istotny wpływ na kształtowanie się konstruktów. Rep Test umożliwia poznanie konstruktów jak również zrozumienie zachowania społecznego badanej osoby (Kelly, 2005 str.152). Metoda ta jest traktowana jako obiektywne narzędzie do wywoływania subiektywnego materiału (Rawlinson, 1995).

Wynikiem Rep Testu jest matryca, w której zawarte są konstrukty i opisane nimi osoby znaczące (Bannister, Mair, 1968, str. 136). Stanowi rodzaj umysłowej „mapy”, która opisuje świat. Można zbadać go pod względem złożoności i struktury (Rawlinson, 1995). Wyniki uzyskane na podstawie Rep Testu pozwalają

⁵ **Nazwa Rep Grid** jest stosowana zamiennie z Rep Test (Repertory test), bowiem stanowi ona formę Rep Testu, a procedura Rep Testu jest bardzo zbliżona do stosowanej procedury grid (Bannister, Mair, 1968, s.48)

na ich szczegółową matematyczną analizę. Ważny jest dobór odpowiednich metod statystycznych, w celu oceny relacji i związków pomiędzy otrzymanymi konstruktami (Bannister, Mair, 1968, str.52).

W metodzie Rep Grid (Rep Test) nie ma z góry założonych wymiarów (pojęć) - to badający szuka tych wymiarów, których osoba używa do nadania sensu swojemu światu poprzez analizę relacji między konstruktami. W celu weryfikacji założeń określonej teorii czy hipotezy badawczej, badający może podać gotowe konstrukty tzw. dostarczone (supplied constructs). Wtedy osoba badana za ich pomocą będzie oceniać elementy (osoby, zdarzenia, przedmioty itd.). Rep Test umożliwia takie rozróżnienie, którego nie osiągnie się stosując kwestionariusze. W metodzie kwestionariuszowej jest założenie, że pytania, twierdzenia powinny być tak samo odczytywane przez wszystkich badanych. Metoda Rep Grid jest zaprojektowana tak, aby pomóc ustalić, co podmiot rozumie poprzez daną etykietę słowną. Możliwa jest ocena indywidualnych definicji, które badany użył, odwołując się do konstruktów oraz przez określenie ilościowe wewnętrznych relacji pomiędzy konstruktami. Wtedy jest możliwe porównanie tych osobowych znaczeń albo z ich publicznym znaczeniem (relacje między konstruktami wywnioskowanymi na podstawie definicji słownikowej, czy normatywnych relacji stworzonych przez badanie grup za pomocą gridu) albo z eksperymentalnym znaczeniem. Kelly wyróżnia wspólne i indywidualne znaczenia konstruktów. Ta metoda pozwala więc badać jedne i drugie. Pozwala także odkryć możliwości powiązań między konstruktami, których podmiot nie jest świadomy, bowiem czasami relacja pomiędzy konstruktami nie musi zostać wyartykułowana przez badany podmiot. Metoda ta pozwala niebezpośrednio ocenić stopień powiązań pomiędzy dwoma lub więcej konstruktami (Bannister, Mair, 1968, str. 38-50).

Badania, w których porównywano wyniki uzyskane za pomocą pewnych modyfikacji Rep Test pokazały, że niespójność ich może wynikać z dużej wrażliwości tej metody na wszelkie niuanse, chociażby w samej treści instrukcji przekazywanej badanemu (Fransella i Bannister, 1977, Beail, 1983, Rawlinson, 1995). Nawet subtelna zmiana w ustalonej instrukcji czy procedurze wydobycia konstruktów może w istotny sposób wpłynąć na zawartość i strukturę systemu konstruktów (Neimeyer, Tolliver, 2002). Trafność, rzetelność i sposób

zastosowania Rep Gridu są dobrze zbadane i potwierdzone (Bannister, Mair, 1968, str.156-200; Fransella, Bannister, 1977).

Mimo wielu zalet, metoda ta, obecnie praktycznie nie jest wykorzystywana w klinicznych badaniach naukowych (np. dotyczących zaburzeń depresyjnych). Spowodowane jest to faktem, że procedura stosowania Rep Testu jest czasochłonna i wymaga zaangażowania, dużego wysiłku intelektualnego ze strony badanego i badającego, co w obecnym trendzie do minimalizowania czasu, ekonomizacji wydaje się być dość sporym ograniczeniem.

Możliwość opracowania wersji komputerowej może w pewnym stopniu uprościć procedurę badania (Woehr, 1997). W literaturze przedmiotu istnieją propozycje szczegółowych procedur zastosowania i sposobów dokonywania analizy za pomocą statystycznych programów komputerowych (Cromwell, Spaulding, 1979), co zachęca do jej szerokiego klinicznego zastosowania.

1.7. Zastosowanie Rep Test-u w ocenie funkcjonowania poznawczego pacjentów z depresją

Koncepcje, odwołujące się do procesów poznawczych i ich wpływu na sposób przeżywania, reagowania i dostosowywania się do otoczenia osoby, odgrywają wiodącą rolę w poszukiwaniu patomechanizmu zespołów depresyjnych. Nie odcinają się od biologicznego uwarunkowania depresji i wpływu stresu zarówno na jej wystąpienie, jak i kolejne nawroty.

Mimo iż dotychczas przeprowadzono wiele badań weryfikujących modele i koncepcje poznawcze depresji, nie uzyskano jednoznacznych wniosków. Sprzeczność wyników dotycząca złożoności „Ja” i obrazu świata osób chorych na depresję wiąże się często z faktem, że nie zawsze badano grupy kliniczne (Chambers i in. 1986, Lawrence, Rue, 1980, Gara, 1993) i stosowano różne metody pomiaru (Gara i in. 1993, Woolfolk i in., 2004, MacLeod Williams, 1991). Krytykowano także fakt, że badający często skupiali się w swoich badaniach tylko na procesach poznawczych, a nie uwzględniali wpływu środowiska (Hammen, 2006, str.107).

Wydaje się, że dzięki swej plastyczności metoda Rep Grid (Rep Test) może pomóc rozwiązać opisywane w literaturze metodologiczne i konceptualne trudności. Bowiem jest to metoda eksperymentalna pozwalająca na weryfikację

istniejących modeli teoretycznych zaburzeń depresyjnych. Uwzględnia wielowymiarową i dynamiczną naturę człowieka oraz symbolikę języka, którym się posługuje i pojęcia poznawcze. Ważne jest to szczególnie dla poznawczego rozumienia zaburzeń depresyjnych, gdyż język jest wyrazem procesów poznawczych, które są mediatorem ludzkiego zachowania. Metoda ta umożliwia poznanie zarówno konstruktów osobowych opisujących obraz świata (widzenie siebie i innych) jak procesu jego konstruowania (inaczej mówiąc opisanie procesu poznawczego) charakterystycznego dla osoby czy homogenicznej grupy.

Rep Test poszerza możliwości tradycyjnych pomiarów przy użyciu kwestionariuszy. Większość badań dotyczące poznania i emocji jest prowadzona w ten sposób, że są one dostarczane przez badającego. Natomiast w metodzie Rep Test wymiary są tworzone na bazie wywołanych konstruktów przez badanego bądź na podstawie konstruktów dostarczonych przez badającego, w zależności od celu. Dlatego zastosowanie metody Rep Test, minimalizuje zarzut co, do nomotetycznych technik samoopisowych. Teoria Konstruktów Osobowych i związana z nią metoda Rep Test dostarczają innowacyjnego podejścia do badania depresji (Rowe, 1978). Rep Test (Rep Grid) wraz z innymi klinicznymi informacjami umożliwia wielowymiarowe podejście do pojęcia „Ja” i mechanizmów sposobów radzenia sobie (Böker et al., 2000). Idee dotyczące self („Ja”) mają swoje źródło w teorii konstruktów (MacLeod Williams, 1991) i wydaje się, że tam też należałoby szukać odpowiedzi i przede wszystkim wykorzystując metodę Rep Grid

Metoda Rep Grid dzięki swej plastyczności może zostać także wykorzystana jako metoda torowania (dostarczenie odpowiednich elementów czy konstruktów) w celu wydobywania latentnych przekonań w okresie remisji. Dodatkowym atutem tej metody jest możliwość wykorzystania jej w monitorowaniu przebiegu procesu psychoterapii, bowiem Rep Grid pozwala opisać zmiany, jakie zachodzą w funkcjonowaniu poznawczo-emocjonalnym pacjenta (Rowe, 1971).

2. CEL

Postawiono następujące cele badawcze:

- ◆ Opis specyfiki obrazu świata (obrazu „Ja” i obrazu „Innych”) pacjentów z zaburzeniem depresyjnym nawracającym w okresie epizodu depresji.
- ◆ Określenie sposobu konstruowania świata przez pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi w okresie epizodu depresji.
- ◆ Określenie związku pomiędzy obrazem świata i jego konstruowaniem a obrazem klinicznym epizodu depresyjnego, przebiegiem dotyczącym zaburzenia, czynnikami go wywołującymi i płcią.
- ◆ Określenie związku pomiędzy obrazem świata i sposobem jego konstruowania a stylem radzenia sobie w sytuacjach trudnych u pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi.
- ◆ Określenie związku pomiędzy obrazem świata i sposobem jego konstruowania a cechami temperamentalnymi u pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi.

3. HIPOTEZY

Postawiono następujące hipotezy:

1. Obraz świata (obraz „Ja”, obraz „Innych”)

Pacjenci z rozpoznaniem zaburzenia depresyjnego nawracającego w okresie epizodu depresji:

- 1.1. Tworzą bardziej negatywny i mniej zróżnicowany obraz świata („Ja”, „Innych”) w porównaniu z osobami zdrowymi.
- 1.2. Postrzegają siebie jako odmiennych od „Innych” w porównaniu z grupą osób zdrowych.

Ponadto:

- 1.3. W okresie remisji ich obraz świata ulega zmianie, zbliżając się do charakterystycznego dla osób zdrowych.

2. Konstruowanie obrazu świata

Pacjenci cierpiący na zaburzenie depresyjne nawracające w okresie epizodu depresji:

- 2.1. W porównaniu z osobami zdrowymi opisują świat przy pomocy mniejszej liczby konstruktów
- 2.2. Konstruują świat w sposób uproszczony w porównaniu z osobami zdrowymi.
- 2.3. Tworzą obraz świata w sposób bardziej niespójny pod względem poznawczo - emocjonalnym w porównaniu z osobami zdrowymi.
- 2.4. Używają głównie konstrukty o znaczeniu emocjonalnym, wywołując przy opisywaniu świata głównie ich biegun negatywny.
- 2.5. W okresie remisji konstruują obraz świata bardziej złożony i stosują bardziej spójne pod względem emocjonalnym konstrukty, a przy opisie świata wywołują częściej ich biegun pozytywny.

3. Różnice pomiędzy podgrupami klinicznymi wyróżnionymi ze względu na odmienny obraz kliniczny, czynniki wyzwalające, przebieg zaburzenia oraz płeć.

3.1. Obraz świata

- 3.1.1. Obraz świata pacjentów z zaburzeniem depresyjnym nawracającym z zespołem somatycznym będzie różnił się od obrazu świata pacjentów z zaburzeniem depresyjnym nawracającym bez zespołu somatycznego.
- 3.1.2. Obraz świata pacjentów z epizodem depresyjnym będzie zależał od ich przekonania o istnieniu związku pomiędzy stresem a wystąpieniem tego epizodu.
- 3.1.3. Na obraz świata pacjentów z epizodem depresyjnym będzie miała wpływ liczba dotychczas przebytych epizodów.
- 3.1.4. Obraz świata pacjentów z epizodem depresyjnym nawracającym będzie warunkowany ich płcią.

3.2. Konstruowanie obrazu świata

- 3.2.1. Proces konstruowania obrazu świata przez pacjentów z zaburzeniem depresyjnym nawracającym z zespołem somatycznym będzie różnił się od procesu konstruowania obrazu świata przez pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi bez zespołu somatycznego.
- 3.2.2. Proces konstruowania obrazu świata przez pacjentów z epizodem depresyjnym będzie zależał od ich przekonania o istnieniu związku pomiędzy stresem a wystąpieniem tego epizodu.
- 3.2.3. Na proces konstruowania obrazu świata przez pacjentów z epizodem depresyjnym będzie miała wpływ liczba dotychczas przebytych epizodów.
- 3.2.4. Proces konstruowania obrazu świata przez pacjentów z epizodem depresyjnym będzie warunkowany ich płcią.

4. Style radzenia sobie ze stresem

- 4.1. Pacjenci cierpiący na zaburzenie depresyjne nawracające będą wybierali częściej strategie składające się na styl emocjonalny, a rzadziej na styl zadaniowy w porównaniu z osobami zdrowymi.
- 4.2. W okresie zdrowienia pacjenci nadal będą stosowali częściej strategie emocjonalne, a rzadziej zadaniowe w porównaniu z osobami zdrowymi

5. Cechy temperamentalne

- 5.1. Pacjenci z zaburzeniem depresyjnym nawracającym charakteryzują się wyższym poziomem neurotyzmu i niższym poziomem ekstrawersji w porównaniu z osobami zdrowymi.
- 5.2. W okresie remisji poziom cech temperamentalnych nie ulega zmianie.

6. Związek pomiędzy parametrami opisującymi obraz świata i proces konstruowania a stylami radzenia sobie i cechami temperamentalnymi

- 6.1. Pewne cechy charakteryzujące obraz świata pacjentów z zaburzeniem depresyjnym nawracającym będą wiązały się z emocjonalnym stylem radzenia sobie i neurotyzmem.
- 6.2. Pewne cechy charakteryzujące proces konstruowania świata pacjentów z zaburzeniem depresyjnym nawracającym będą wiązały się z emocjonalnym stylem radzenia sobie i neurotyzmem.
- 6.3. W grupie pacjentów z zaburzeniem depresyjnym nawracającym istnieje związek pomiędzy nasileniem neurotyzmu a przewagą stylu emocjonalnego.

4. MATERIAŁ I METODY

4.1. Materiał badawczy

4.1.1. Grupa kliniczna

Grupę kliniczną rekrutowano spośród pacjentów z Kliniki Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Akademii Medycznej w Gdańsku. Zbadano 52 osoby (tab.1) z aktualnym rozpoznaniem: epizod depresji umiarkowany w przebiegu zaburzenia depresyjnego nawracającego (F33.1). Rozpoznanie stawiał lekarz prowadzący (specjalista z zakresu psychiatrii). Diagnoza weryfikowana była przez Ordynatora Oddziału, na którym przebywał pacjent i omawiana na konferencji z Kierownikiem Kliniki. Dopiero w przypadku jednomyślności tych trzech kompetentnych osób, pacjent był klasyfikowany do grupy. Do oceny stanu psychicznego i diagnozy zastosowano wytyczne zawarte w obecnie obowiązującej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania ICD-10 (Pużyński, Wciórka, 1993).

Kryteria włączenia do grupy:

- ♦ rozpoznanie epizodu depresji umiarkowanego w przebiegu zaburzenia depresyjnego nawracającego (F33.1)
- ♦ co najmniej 1 epizod przebyty w przeszłości, nie więcej jednak niż 4
- ♦ wiek 25-60
- ♦ wykształcenie minimum średnie

Kryteria wykluczenia

- ♦ jakiegokolwiek dane sugerujące obecność zaburzenia afektywnego dwubiegunowego
- ♦ współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych (schizofrenia, zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości, zaburzenia organiczne, uzależnienie)
- ♦ wcześniej przebyte epizody psychotyczne
- ♦ współwystępowanie chorób somatycznych

Badanie wykonano w pierwszych dniach hospitalizacji.

Grupa kliniczna dodatkowo została podzielona na dwie podgrupy ze względu na obecność objawów somatycznych lub ich brak. Klasyfikacji dokonywał psychiatra na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Zaburzeń Psychiczych i Zaburzeń Zachowania ICD-10. U 25 osób rozpoznano zaburzenia depresyjne nawracające, obecnie epizod depresji umiarkowany bez objawów somatycznych (F33.10), a u 27 osób rozpoznano epizod depresji umiarkowany z objawami somatycznymi (F33.11).

Grupa kliniczną podzielono na dwie podgrupy ze względu na liczbę przebytych epizodów. W pierwszej podgrupie znalazło się 28 osób, które doświadczyły drugiego epizodu, w drugiej - 24 osoby, które doświadczyły minimum trzech epizodów. Średnia liczba epizodów wyniosła 2,7.

Wyodrębniono także wśród grupy depresji dwie podgrupy na podstawie subiektywnie ocenionej przez badanego sytuacji stresowej, która poprzedzała epizod depresji. Informacje na ten temat zebrano podczas pierwszego spotkania z badanym, w trakcie wywiadu klinicznego. Uzyskano dwie podgrupy: grupa bez wyraźnej sytuacji stresowej (BS - 14 osób) i grupa z obecną sytuacją stresową (SS - 38 osób). Badani z grupy SS podali następujące sytuacje stresowe: zdrada (2 osoby), rozwód (2 osoby), śmierć dziecka (2 osoby), śmierć męża (1 osoba), śmierć bliskiej osoby, ale nie z rodziny (2 osoby), choroba bliskiej osoby (3 osoby), konflikty w rodzinie (13 osób), strata pracy (5 osób), konflikty wynikające z nadmiaru obowiązku, bądź niepewności, co do własnej przyszłości w pracy (8 osób).

Trzydzieści osób z grupy klinicznej zostało poddane ponownemu badaniu po ustąpieniu objawów depresyjnych. Średni czas remisji wynosił 6,5 miesiąca, średnia liczba epizodów w tej grupie wyniosła 2,54. Stan psychiczny badanych oceniany był przez lekarza psychiatrę.

4.1.2. Grupa kontrolna

Grupa kontrolna stanowiła 50 osób zdrowych pod względem psychicznym i fizycznym (tab.1).

Kryteria włączenia do grupy:

- ♦ subiektywne poczucie komfortu psychicznego
- ♦ wiek 25-60 lat
- ♦ wykształcenie minimum średnie

Kryteria wykluczenia

- ♦ brak aktualnie i w przeszłości zaburzeń psychicznych
- ♦ brak przewlekłych chorób somatycznych

**Tabela 1. Rozkład danych socjodemograficznych
w grupie klinicznej i kontrolnej**

	Płeć (liczebność)		Wiek (średnia)
	kobiety	mężczyźni	
Grupa kontrolna	33	17	35,42
Grupa kliniczna	40	12	44,61

5. PROCEDURA BADAWCZA

Procedura badawcza polegała na zbadaniu pacjentów z rozpoznaniem epizodu depresji umiarkowanej w przebiegu zaburzeń depresyjnych nawracających (grupa kliniczna), jak również osób zdrowych, rekrutujących się spośród studentów, pracowników akademickich, szpitalnych (grupa kontrolna) za pomocą wybranych metod. Badani zostali zapoznani z celem badania i wyrazili zgodę na udział. Dane zostały zebrane w trakcie trzykrotnego spotkania. Każde ze spotkań trwało 2h. Na pierwszym spotkaniu przeprowadzany był wywiad kliniczny (ankieta na temat danych socjodemograficznych, liczby epizodów, subiektywnych odczuć dotyczących napotykanymi trudności w życiu codziennym). Następnie badani wypełniali kwestionariusze – Kwestionariusz Stylów Radzenia Sobie z Sytuacją Trudną (polską adaptację Coping Inventory for Stressful Situations – CISS) (Endler’a i Parker’a, 1990 za: Szczepaniak, Strelau, Wrześniewski, 1996), polską wersję skróconego Kwestionariusza Osobowości (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ - R) (Eysenck, Eysenck, 1964 za: Sanocki, 1978). Na drugim i trzecim spotkaniu badani wykonywali Repertory Test Kelly’ego (1955, 2005).

Ostatni krok polegał na telefonicznym bądź listownym powiadomieniu pacjentów o ponownym terminie badania. Wybrano jedynie te osoby, które nie doświadczały w danym momencie objawów depresyjnych i lekarz psychiatra zdiagnozował u nich, zgodnie z wytycznymi zawartymi w ICD-10, Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie remisja (F33.4). Rozpoznanie weryfikował Kierownik Kliniki. W ten sposób utworzono trzecią grupę – grupę remisji. Badani zostali poddani tej samej procedurze jak w pierwszym etapie.

5.1. Narzędzia badawcze

5.1.1. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Trudnych - CISS

W celu określenia stylu radzenia sobie zastosowano Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Trudnych (polską wersję Coping Inventory for Stressful Situations, CISS), zaadaptowaną do polskich warunków (Szczepaniak,

Strelau, Wrześniewski, 1996). Wybór tej metody spośród szerokiej liczby proponowanych metod, podyktowany był faktem, że wobec niektórych podnoszone są zastrzeżenia natury metodycznej, a wobec kwestionariusza CISS została zastosowana szeroka ewaluacja i udoskonalony proces pomiaru. Jest on odporny na zakłócenia, ma doskonałą wewnętrzną zgodność, a także stabilność wyników, określoną za pomocą metody test – retest, co dostarcza potwierdzenia dla trafności mierzonych pojęć (McWilliams i in., 2003). Normalizacja i walidacja tego testu został sprawdzony na licznych próbach zarówno wśród studentów, jak i grup psychiatrycznych (w tym pacjentów z depresją) (Enderl, Praker, 1992).

Kwestionariusz CISS mierzy trzy czynniki – styl zadaniowy (the task oriented style), emocjonalny (the emotional style) i unikowy (the avoidance style). Na styl składają się różnego rodzaju strategie, które osoba stosuje w obliczu trudnych wydarzeń. Badacze sugerują, aby skalę mierzącą styl unikowy podzielić na dwie podskale: poszukiwanie wsparcia społecznego (social diversion) i unikanie (distraction oriented) (McWilliams, 2003; Cohan in, 2006). Z uwagi iż w niniejszym badaniu opisywana była grupa chorych na depresję i wyniki badań z użyciem tej metody jednoznacznie wskazują, że styl emocjonalny jest typowy dla tych osób, styl unikowy analizowany była w całości. Dodatkowo za całościowym potraktowaniem tej skali przemawiają wyniki z badania McWilliamsa i współpracowników, w których oceniana była wartość psychometryczna właściwości CISS w klinicznej grupie, które wskazują na dużą trafność dla stylu zadaniowego i emocjonalnego, a w przypadku unikowego - nie (McWilliams i in, 2003).

Kwestionariusz CISS składa się z 48 pozycji. Dla każdego stylu przypisanych jest 16 pozycji. Badany ma zadanie przeczytać po kolei każde z stwierdzeń, opisujące spotykane wśród ludzi zachowania służące do poradzenia sobie z sytuacją stresującą (strategie radzenia sobie). Następnie przy każdej pozycji zaznacza na skali od 1 do 5, jak bardzo angażuje się w daną czynność, kiedy jest konfrontowany z wydarzeniem stresującym. Przy czym 1 - oznacza nigdy, 2 –bardzo rzadko, 3- czasami, 4-często, 5- bardzo często. Badany opowiada o swoich zwyczajach reagowania na sytuacje trudne. Wynikiem są trzy liczby odpowiadające trzem stylom, obliczone na podstawie dodania poszczególnych wyników z pozycji przypisanych danemu testowi. Maksymalna

wynik w zakresie danego stylu to 80, a minimalny to 16. Im wyższy wynik w danym stylu, tym badany częściej stosuje strategie wkomponowane w niego.

5.1.2. Kwestionariusza Osobowości – EPQ - R

Skrócona wersja Kwestionariusza Osobowości (polskiej wersji Eysenck Personality Inventory, EPQ) zawiera 12 pytań: 6 pytań do wymiaru neurotyzmu (N) i 6 pytań do wymiaru ekstrawersji (E). Pytania wchodzące w skład tej wersji zostały wybrane na podstawie badań empirycznych. Starano się, aby w tworzonej skali w każdym z 6 pytań czynniki niższego rzędu były reprezentowane w równym stopniu. W ten sposób wzrosła zdolność do bardziej wszechstronnego pomiaru badanych wymiarów. Brakiem wielu wcześniejszych kwestionariuszy ekstrawersji było ograniczenie pytań jedynie służących do mierzenia tzw. towarzyskości. W ten sposób dokonywano bardzo jednostronnych pomiarów ekstrawersji, co odbijało się niekorzystnie na wartościach osiąganych w ten sposób rezultatów (Sanocki, 1978). Krótsza wersja Kwestionariusza Eysenck'a (EPQ-R) jedynie nieznacznie różni się trafnością i rzetelnością w porównaniu z dłuższą (23 pozycje) (Birley, i in., 2006, Wray i in., 2007). Także obydwie skale skrócone posiadają zadowalająco wysokie współczynniki korelacji ze skalami pełnymi ($E= 0,816$, $N= 0,792$ dla ogółu osób normalnych). Dane te mogą stanowić wystarczające uzasadnienie dla posługiwania się wersją skróconą EPQ zamiast wersji pełnej.

Skala ekstrawersji i neurotyzmu zawierają po 6 pozycji, na które badany odpowiada „Tak” lub „Nie”. Odpowiedź zgodnie z kluczem jest zawsze odpowiedź „Tak”, którą liczymy jak 1 punkt. W ten sposób maksymalny wynik w każdej ze skal może wynosić 6 punktów. W naszym badaniu zmieniliśmy punktację, poprzez dodanie odpowiedzi „trudno powiedzieć”. Badany mógł udzielić trzech odpowiedzi „Tak”, „?” (czyli „Trudno powiedzieć”) oraz „Nie”. Za odpowiedź twierdzącą przyznawane są 2 punkty, za „Trudno powiedzieć” 1 punkt, za „Nie” 0 punktu. W ten sposób maksymalny wynik zarówno dla skali neurotyzmu jak i ekstrawersji to 12 (Sanocki, 1978).

5.1.3. The Role Constructs Repertory Test (Rep Test)

Jest to metoda empiryczna zaproponowana przez Georga Kelly'ego (Kelly, 1955, 2005), której trafność, rzetelność i sposoby stosowania zostały dobrze udokumentowane w literaturze (Bannister, Mair, 1968, str. 156-200, Fransella, Bannister, 1977).

Rep Test jest to instrument służący do wydobycia konstruktów osobowych. Kelly wyjaśnia termin konstrukt jako sposób, w jaki dwie rzeczy są konstruowane, jako podobne do siebie i zarazem odmienne od innych (Kelly, 2005, str.74). Innymi słowy są to dwubiegunowe schematy poznawcze, które tworzy osoba porównując napotymane sytuacje, zjawiska, przedmioty, a także siebie czy innych ludzi. Następnie tak powstałe schematy, człowiek wykorzystuje do zrozumienia i przewidywania zdarzeń w swoim życiu. Tak więc, człowiek nadaje znaczenie światu, poprzez spontaniczne spostrzeganie podobieństw i różnic (Fransella, Bannister, 1977). Dlatego konstrukty są dwubiegunowe (Kelly, 2005, str.74). Konstrukt jest interpretacją sytuacji (Kelly, 2005, str.77), sposobem tworzenia świata (Kelly, 2005, s.7). Konstrukty osobowe służą do nadawania znaczenia swoim doświadczeniom i antycypowania przyszłości. Ten indywidualny proces nadawania znaczenia jest istotny w zrozumieniu człowieka (Raskin, 2004).

Rep Test pierwotnie został zaprojektowany jako kliniczny test, nakierowany na konstrukty dotyczące ról społecznych (np. rodzicielskie, zawodowe). Tego rodzaju konstrukty są szczególnie ważne w praktyce klinicznej, pozwalają zrozumieć psychospołeczne funkcjonowanie osoby. Rep Test mówi o podmiotowych relacjach z poszczególnymi osobami, z życia osobistego (Kelly, 2005, s.152), mówi o tym, jak osoba widzi i porządkuje świat (Neimeyer i in, 2005).

Wszystkie formy Repertory Grid muszą spełniać następujące warunki:

- ♦ zawierać elementy (np. ludzi, sytuacje, przedmioty), które osoba będzie opisywała,
- ♦ pewną grupę konstruktów – wydobytych (badany je wywołuje) lub dostarczonych (badający podaje gotowe konstrukty),

- ♦ instrukcję dotyczącą oszacowania, oceny, uporządkowania tych elementów wzdłuż wymiarów utworzonych z konstruktów (Neimeyer i in, 2005).

Wydobyte konstrukty są bardziej złożone i znaczące niż dostarczone (Walker, Winter, 2007).

W niniejszym badaniu, w celu wywołania konstruktów osobowych, wykorzystano najbardziej znaną i najczęściej stosowaną formę grid - Rep Test, opartą na **procedurze różnic** (The difference method). W ponad 90% badań dotyczących konstruktów personalnych użyto tej metody (Walker, Winter, 2007; Neimeyer i in, 1990 za: Neimeyer i in, 2005). Technika różnic polega na tym, że badający podaje trzy element (np. ojciec; szef; osoba, która odniosła sukces) i następnie pyta badanego: „Pod jakim względem dwie z tych trzech osób są podobne a zarazem odmienne od trzeciej?”. W ten sposób najpierw otrzymuje się cechę mówiącą o podobieństwie (np. konsekwentny), która określana jest jako biegun wynurzony (emergent pole), następnie cechę mówiącą o przeciwieństwie (np. niekonsekwentny) - biegun wynikający (implicite pole). Te dwa bieguny tworzą konstrukt (konsekwentny – niekonsekwentny), czyli wymiar wzdłuż, którego badany będzie oceniał każdy z elementów (np.osoby) (Neimeyer i in., 2005). Wywołane bieguny mogą mieć charakter obojętny emocjonalnie (neutralny) np. student – profesor, lub emocjonalny np. wrogi – przyjazny. W przypadku biegunów emocjonalnych można dodatkowo określić znak – pozytywny lub negatywny.

W niniejszym badaniu elementy zostały określone na podstawie **listy osób znaczących** (Role Title List) zaproponowanej przez Kelly’ego (załącznik nr.2; Kelly, 1955 za: Fransella, Bannister, 1977, str. 25). W świetle wyników badań ta lista osób znaczących Kelly’ego jest bardziej stabilna, mimo upływu czasu niż np. lista znajomych (Mistos, 1958 za: Fransella, Bannister, 1977). Procedura badania polega na tym, że badany słucha listy ról tytułowych (np. matka, przyjaciel, osoba, którą znasz osobiście i jest szczęśliwa) zaprezentowanej przez badającego i jest proszony o podanie imienia lub innego określenia, które odpowiada osobie przypisanej do danej roli tytułowej. Badający zapisuje te określenia na arkuszu z matrycą (Kelly, 2005, str.153). Kolejnym krokiem jest łączenie wybranych osób z listy w trzy – elementowe zbiory (triady) i następnie badający pyta się - pod jakim względem dwie z tych trzech osób są do siebie podobne, a zarazem odmienne

(jest to technika różnic, opisana wyżej). Przydział osób do triad jest wcześniej zaplanowany przez badającego. W niniejszym badaniu wybrano sposób, który zaproponował Kelly – **minimalny kontekst** (The Minimum Context Card Form) (załącznik nr.3; Kelly, 2005, str.: 199 -200). Liczba triad wynosi 22, stąd badany może wywołać 22 dwubiegunowe konstrukty. Kompletny protokół (matryca) zawiera w kolumnach etykiety osób przypisanych przez badanego podanym rolom, a w rzędach zapisane są wywołane, dwubiegunowe konstrukty. Następnie każda z tych osób znaczących (zapisana na osobnych kartkach) jest opisywana na 22 jedenastopunktowych skalach (ranga od 1 -11). Bieguny skal to bieguny konstruktów wywołanych przez badanego. Dodatkowo badani mogą opisać na tych skalach element „osoba idealna”. Dodanie elementu „osoba idealna” pozwala na określenie samooceny badanych, poprzez ukazanie rozbieżności pomiędzy tym, jak badany widzi „osobę idealną” a jak siebie, a także jak „Innych”.

Uzyskane w ten sposób dane są poddawane analizie statystycznej. Jej zastosowanie jest w głównej mierze uzależnione od celu badania.

W niniejszej pracy określono i poddano analizie:

- za pomocą statystyk opisowych (liczebności):

- ♦ ogólna liczba konstruktów wywołanych przez badanego w trakcie porównywania osób znaczących;
- ♦ odsetek konstruktów o charakterze emocjonalnym i obojętnym emocjonalnie (neutralnym);
- ♦ odsetek konstruktów emocjonalnych, których biegun negatywny był wywołany jako pierwszy;
- ♦ odsetek konstruktów o charakterze emocjonalnym pozytywnym, których biegun pozytywny był wywołany, jako pierwszy;

Parametry, opisujące złożoność konstruowanego obrazu świata, uzyskane za pomocą analizy czynnikowej metodą składowych głównych, przy użyciu rotacji Varimax i tą ekstrakcją przeprowadzono do uzyskania wyniku nie przekraczającego wartości zmienności własnej równej 1

- ♦ liczba czynników, odpowiadająca liczbie nadrzędnych schematów poznawczych;
- ♦ liczba konstruktów zawartych w pierwszym czynniku;
- ♦ %wariancji pierwszego czynnika, który świadczy o zróżnicowaniu ocen;

- ♦ niespójność (dysonans) poznawczo - emocjonalny w obrębie I – szego czynnika mierzony odsetkiem konstruktów, których biegun emocjonalny negatywny koreluje istotnie statystycznie dodatnio z czynnikiem I, z którym dodatnio korelują bieguny dodatnie większości konstruktów.

Macierz odległości euklidesowych, uzyskana z modułu analizy skupień programu Statistica 7 pomiędzy określonymi osobami, posłużyła do określenia następujących parametrów:

- ♦ obraz „Ja” - samoocena
 - „Ja – osoba idealna” - średnia wartość odległości euklidesowych, mierzonej w wymiarach określonych wszystkimi konstruktami, pomiędzy oceną siebie a oceną „osoby idealnej”.
 - „Ja – Inni” - średnia wartość odległości euklidesowych pomiędzy oceną siebie a oceną „Innych” na wszystkich wymiarach konstruktów;
- ♦ obraz „Innych”
 - średnia wartość odległości euklidesowych pomiędzy ocenami wszystkich osób (poza sobą) a „osobą idealną”
 - oraz wariancja tych wartości.

5.1.4. Metody analizy statystycznej

Do przeprowadzenia analiz statystycznych wykorzystano pakiet statystyczny Statistica 7.

Do porównania analizowanych grup pod względem przedstawionych powyżej parametrów wykorzystano testy nieparametryczne, bowiem porównywane parametry nie zawsze miały rozkład normalny i liczebność w analizowanych grupach była różna. Test U Manna–Whitneya jest najmocniejszym testem nieparametrycznym stąd jego zastosowanie w przypadku porównywania wyodrębnionych grup. Test Wilcoxon zastosowano do porównania tej samej grupy klinicznej, która badana była najpierw w trakcie trwania epizodu, a następnie w okresie remisji.

Celem poznania wzajemnych relacji pomiędzy wyodrębnionymi parametrami w poszczególnych grupach zastosowano korelację rang Spearmana.

Wyniki uznano za istotne statystycznie, kiedy ich wartość mieściła się w obszarze wyznaczonym przez poziom istotności $p < 0.05$.

Analiza czynnikowa i analiza skupień wykorzystana została do opisu parametrów wyodrębnionych w metodzie Rep Test.

6. WYNIKI I OMÓWIENIE

6.1. Konstruowanie świata w okresie depresji przez pacjentów z zespołami depresyjnymi nawracającymi

6.1.1. Porównanie z grupą kontrolną

Liczba konstruktów, wywołana przez badanych podczas porównywania osób znaczących, była istotnie statystycznie mniejsza w grupie pacjentów z epizodem depresji w porównaniu z grupą osób zdrowych (test U Manna–Whitneya: $z=3.83$, $p<0.05$; tab.2.). Może to wskazywać na obniżoną aktywność poznawczą czy zubożony repertuar środków służących do opisu ludzi, występujący u pacjentów z epizodem depresji. Opisując ludzi stosowali oni istotnie częściej niż osoby zdrowe (test U Manna–Whitneya: $z=2,54$, $p<0.05$) konstrukty o zabarwieniu emocjonalnym. Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic pod względem częstości wywołanego bieguną konstruktów.

**Tabela 2. Charakterystyka tworzonych w Rep Test konstruktów
w grupach: depresji i kontrolnej**

Konstrukty:	Grupa depresji N = 52 mediana (zakres)	Grupa kontrolna N = 50 mediana (zakres)	Wartość p*
<u>liczba ogólna</u>	17	19	p<0.05
w tym:	(9 – 22)	(6 – 22)	
% o zabarwieniu emocjonalnym	100 (55- 100)	93,4 (39 – 96)	p<0.05
w tym:			
% z wywołanym biegunem emocjonalnie pozytywnym	70,3 (30,8 – 100)	72,2 (30,8 – 100)	p>0.05
% z wywołanym biegunem emocjonalnie negatywnym	25,4 (0 – 57)	19 (0- 45)	p>0.05

*** Test U Manna-Whitneya**

Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy grupą kliniczną a kontrolną w zakresie większości parametrów opisujących złożoność konstruowanego przez nich świata. Liczba wyodrębnionych czynników, będących w pewnym stopniu określonymi matematycznie (analiza czynnikowa) nadrzędnymi schematami poznawczymi, w obu grupach była podobna i wahała się w zakresie od 1 do 7. Obie grupy nie różniły się również pod względem liczby konstruktów tworzących czynnik I (korelujących istotnie z nim), czyli go określających, jak i procentem wariacji, wyjaśniającej czynnik I. Grupy różniły się istotnie statystycznie (Test U Manna-Whitneya: $z = 2,42$, $p < 0.05$) pod względem niezgodności konstruktów opisujących czynnik I (tab.3), mierzonych

odsetkiem konstruktów, których biegun emocjonalny negatywny koreluje istotnie statystycznie dodatnio z czynnikiem I, z którym dodatnio korelują bieguny dodatnie większości konstruktów.

Tabela 3. Parametry określające złożoność konstruowanego w Rep Test obrazu świata w grupach: depresji i kontrolnej

Parametry analizy czynnikowej:	Grupa depresji N = 52 Mediana (zakres)	Grupa kontrolna N = 50 Mediana (zakres)	Wartość p*
liczba czynników	4 (1 - 7)	3 (1 - 7)	p>0.05
<u>Czynnik I:</u> % wariacji	50,1 (22,8 - 88,4)	55,2 (28,5 - 83,8)	p>0.05
liczba konstruktów	8 (2-19)	8 (1-20)	p>0,05
% konstruktów niezgodnych pod względem wartości	0 (0-48) ** 9,5	0 (0-38) ** 2,6	p<0.05

* Test U Manna-Whitneya, ** M - średnia

6.1.2. Zależność od obrazu klinicznego, od przebiegu zaburzenia, czynników wyzwalających, płci

6.1.2.1. Obraz kliniczny

Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami (Test U Manna-Whitneya), wyróżnionymi ze względu na obecność lub brak zespołu

somatycznego w obrazie klinicznym, pod względem wywołanych konstruktów jak i parametrów opisujących konstruowanie świata. Można przyjąć, że bez względu na odmiennosc w obrazie klinicznym badani w czasie epizodu depresji pacjenci w podobny sposób konstruują świat (tab.4; tab.5.).

Tabela 4. Charakterystyka tworzonych w Rep Test konstruktów w grupach: depresji z zespołem somatycznym i bez zespołu somatycznego

Konstrukty:	Grupa depresji z zespołem somatycznym N = 27 mediana (zakres)	Grupa depresji bez zespołu somatycznego N = 25 mediana (zakres)	wartość p*
<u>liczba ogólna</u>	17	17	p>0.05
w tym:	(10 – 22)	(9 – 21)	
% o zabarwieniu emocjonalnym	100	100	p>0.05
w tym:	(59 - 100)	(51 - 100)	
% z wywołanym biegunem emocjonalnie pozytywnym	66,7	73,3	p>0.05
	(30 – 100)	(42,9 – 100)	
% z wywołanym biegunem emocjonalnie negatywnym	28,6	23,5	p>0.05
	(0 – 42,9)	(0 – 57,1)	

* Test U Manna-Whitneya

Tabela 5. Parametry określające złożoność konstruowanego w Rep Test obrazu świata w grupach: depresji z zespołem somatycznym i bez zespołu somatycznego

Parametry analizy czynnikowej:	Grupa depresji z zespołem somatycznym N=27 Mediana (zakres)	Grupa kontrolna bez zespołu somatycznego N= 25 mediana (zakres)	wartość p*
liczba czynników	3 (1,00-6,00)	4 (1,00-7,00)	p>0.05
<u>Czynnik I</u>			
% wariacji	44,3 (22,8-88,4)	53,2 (28,3 – 83)	p>0.05
liczba konstruktów	7 (2-16)	9 (3-19)	p>0.05
% konstruktów niezgodnych pod względem wartości	6,3 (0-33)	0 (0 – 48)	p>0.05

* Test U Manna-Whitneya

6.1.2.2. Przebieg zaburzenia

Grupa kliniczna została podzielona na dwie podgrupy ze względu na liczbę przebytych epizodów. Pierwszą podgrupę stanowili chorzy, którzy doświadczyli dwóch epizodów (N=28) a drugą chorzy z minimum trzema epizodami, a

maksymalnie pięcioma (N= 24). Nie wykazano (U Manna – Whitneya) istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami klinicznymi, wyodrębnionymi na podstawie liczby przeżytych epizodów w zakresie wyróżnionych konstruktów, jak i parametrów charakteryzujących konstruowanie obrazu świata.

6.1.2.3. Czynniki wyzwalające

Wyróżniono dwie podgrupy pod względem sytuacji stresowej poprzedzającej zachorowanie: BS (bez sytuacji stresowej), SS (z sytuacją stresową). Nie stwierdzono (Test U Manna-Whitneya) żadnych istotnych statystycznie różnic w analizowanych parametrach.

6.1.2.4. Płeć

Nie stwierdzono (Test U Manna-Whitneya) istotnych statystycznie różnic w grupie depresji pomiędzy kobietami a mężczyznami w zakresie wywołanych konstruktów za pomocą Rep Testu, jak również w zakresie parametrów opisujących sposób konstruowania obrazu świata. Podobnie w grupie kontrolnej nie stwierdzono różnic w zakresie tych zmiennych pomiędzy kobietami i mężczyznami.

6.1.3. Style radzenia sobie ze stresem

Grupa depresji różniła się istotnie statystycznie od grupy kontrolnej pod względem stylu emocjonalnego (Test U Manna-Whitneya: $z=7.79$, $p < 0.05$) jak i zadaniowego (Test U Manna-Whitneya: $z=7.11$, $p < 0.05$). Pacjenci z zaburzeniem depresyjnym nawracającym wybierali częściej strategie składające się na styl emocjonalny, a rzadziej składające się na styl zadaniowy. Odwrotna tendencja wystąpiła w grupie kontrolnej, gdzie respondenci częściej wybierali strategie ze stylu zadaniowego, a rzadziej ze stylu emocjonalnego. Nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami w zakresie stylu unikowego. Ten styl wybierany był najrzadziej przez badanych z obu grup (tab.6).

**Tabela 6. Charakterystyka stylów radzenia sobie
w grupach: depresji i kontrolnej**

Style radzenia sobie ze stresem:	Grupa depresji N = 52 Mediana (zakres)	Grupa kontrolna N = 50 mediana (zakres)	wartość p*
Emocjonalny	57 (32-69)	38,5 (25-54)	p<0.05
Zadaniowy	46 (20-65)	60,5 (46 -71)	p<0.05
Unikowy	37 (21-56)	34,5 (17-59)	p>0.05

* Test U Manna-Whitneya

6.1.3.1. Powiązanie stylów radzenia sobie z parametrami opisującymi obraz świata i proces konstruowania

Analiza korelacyjna Spearmana nie wykazała istotnego statystycznie związku pomiędzy stylami radzenia sobie a parametrami opisującymi obraz świata w grupie klinicznej. Styl radzenia sobie wydaje się być czynnikiem niezależnym od sposobu tworzenia świata przez chorych na depresję.

Z kolei w grupie kontrolnej wykazano istotną korelację pomiędzy odsetkiem konstruktów emocjonalnych, których biegun negatywny został wywołany a stylem emocjonalnym ($r=0,29$, $p<0.05$) oraz negatywną korelację pomiędzy stylem emocjonalnym i liczbą konstruktów emocjonalnych, których biegun pozytywny został wywołany ($r= - 0.73$, $p<0.05$). Można powiedzieć, iż w grupie

kontrolnej osoby częściej stosujące strategie emocjonalne w Rep Teście częściej wywołują biegun negatywny tworzonych przez siebie konstruktów.

6.1.3.2. Style radzenia sobie a cechy temperamentalne - neurotyzm i ekstrawersja

Grupa depresji różniła się istotnie statystycznie od grupy kontrolnej pod względem nasilenia cech temperamentalnych - neurotyzmu ($z=6.90$, $p<0.05$) i ekstrawersji (Test U Manna-Whitneya: $z=5.20$, $p<0.05$). Osoby z tej grupy cechowały się wyższym poziomem neurotyzmu i niższym poziomem ekstrawersji w porównaniu z grupą kontrolną (tab.7).

Analiza korelacyjna Spearmana wykazała, że w grupie depresji styl emocjonalny wiązał się z neurotyzmem ($r=0,28$, $p<0.05$). Im osoba charakteryzowała się wyższym poziomem neurotyzmu, tym częściej wybierała strategie ze stylu emocjonalnego. Takiego związku nie wykazano w grupie kontrolnej.

Tabela 7. Charakterystyka cech temperamentalnych w grupach: depresji i kontrolnej

Cechy temperamentalne:	Grupa depresji N = 52 Mediana (zakres)	Grupa kontrolna N = 50 mediana (zakres)	Wartość p*
Neurotyzm	10 (0-12)	4 (0-12)	p<0.05
Ekstrawersja	3 (0-12)	8 (0-12)	p<0.05

* Test U Manna -Whitneya

6.1.3.2.1. Związek pomiędzy neurotyzmem i ekstrawersją a parametrami opisującymi obraz świata i proces konstruowania

W oparciu o analizę korelacyjną Spearmana stwierdzono, że w grupie depresji wyższy poziom neurotyzmu wiązał się istotnie statystycznie z częstszym wywoływaniem bieguna negatywnego konstruktów emocjonalnych ($r = 0,32$, $p < 0,05$) i z rzadszym biegunem pozytywnym (korelacja negatywna $r = -0,29$). W grupie kontrolnej nasilenie neurotyzmu nie wiązało się istotnie statystycznie z żadnym z wyodrębnionych parametrów opisujących strukturę obrazu świata.

6.1.4. Zmiana w okresie remisji

6.1.4.1. Konstruowanie świata

Pod względem liczby wywołanych konstruktów pacjenci z epizodem depresyjnym (mediana 17; zakres 9–22) nie różnili się od pacjentów w okresie remisji (mediana 16; zakres 12–21). Wynik taki uzyskano zarówno porównując testem nieparametrycznym dla prób niezależnych (Test U Manna-Whitneya) 52 osobową grupę pacjentów z epizodem depresyjnym z 13 osobową grupą pacjentów w okresie remisji, jak i testem dla prób zależnych (Test Wilcoxon) zastosowanym wobec 13 osobowej grupy pacjentów, badanej w trakcie epizodu depresyjnego, a potem w okresie remisji. Podobnie jak grupa chorych z epizodem depresyjnym, pacjenci w okresie remisji różnili się istotnie statystycznie od grupy kontrolnej (19 zakres 6-22) (Test U Manna-Whitneya: $z=2,22$, $p < 0,05$) (ryc.1).

W okresie remisji utrzymywała się obniżona aktywność poznawcza i uboższy repertuar środków do opisu świata, które stwierdzono w trakcie trwania epizodu depresji w porównaniu z osobami z grupy kontrolnej.

Stwierdzono, że pacjenci z epizodem depresyjnym różnili się od pacjentów w okresie remisji pod względem liczby konstruktów emocjonalnych, z wywołanym jako pierwszy biegunem pozytywnym (Test U Manna-Whitneya: $z = 2,09$, $p < 0,05$) jak i negatywnym (Test U Manna-Whitneya: $z=2,67$, $p < 0,05$). W oparciu o Test Wilcoxon, którym porównywano 13 osobową grupę pacjentów, badaną w okresie epizodu depresyjnego i w okresie remisji, nie wykazano istotnej

statystycznej różnicy w zakresie tych dwóch parametrów. Odmienne od pacjentów z epizodem depresyjnym, pacjenci w okresie remisji w porównaniu z osobami zdrowymi do opisu świata stosowali wyraźnie większy odsetek konstruktów emocjonalnych, z wywołanym biegunem pozytywnym (Test U Manna-Whitneya: $z=1,99$, $p<0.05$) i mniejszy z biegunem negatywnym (Test U Manna-Whitneya: $z=2,04$, $p<0.05$). Grupa remisji miała najwyższy odsetek konstruktów emocjonalnych z wywołanym jako pierwszy pozytywnym biegunem (Me = 91,7; zakres 53,3-100) w porównaniu z grupą depresji (Me =70,3; zakres 30,8-100) i grupą kontrolną (Me=72,2; zakres 30,8-100) (ryc.2) i najmniejszy odsetek konstruktów emocjonalnych z wywołanym jako pierwszy biegunem negatywnym (Me=8,3; zakres 0-36,8) w porównaniu z grupą kontrolną (Me=19, zakres 0-45) i grupą depresji, która ma najwięcej tego rodzaju konstruktów (Me = 25,4 zakres 0-57) (ryc.3), ale mniej niż konstruktów emocjonalnych z wywołanym biegunem pozytywnym. Generalnie w procesie konstruowania świata wszystkie badane osoby stosowały przede wszystkim biegun pozytywny konstruktów emocjonalnych.

Pod względem odsetka konstruktów o zabarwieniu emocjonalnym pacjenci z epizodem depresyjnym (mediana 100; zakres 55-100) nie różnili się od pacjentów w okresie remisji (mediana 100; zakres 69-100). Wynik taki uzyskano zarówno porównując Testem U Manna-Whitneya 52 osobową grupę pacjentów z epizodem depresyjnym z 13 osobową grupą pacjentów w okresie remisji, jak i Testem Wilcoxoną zastosowanym wobec 13 osobowej grupy pacjentów, badanej w trakcie epizodu depresyjnego, a potem w okresie remisji. Podobnie jak grupa chorych z epizodem depresyjnym, pacjenci w okresie remisji różnili się istotnie statystycznie od grupy kontrolnej (mediana 93,4 zakres: 39-96) (Test U Manna-Whitneya: $z=2,64$ $p<0.05$), (ryc.4).

Pod względem odsetka niezgodnych konstruktów opisujących czynnik I, mierzonych odsetkiem konstruktów, których biegun emocjonalny negatywny koreluje istotnie statystycznie dodatnio z czynnikiem I, z którym dodatnio korelują bieguny dodatnie, pacjenci z epizodem depresyjnym (średnia 9,5; mediana 0; zakres 0-48) nie różnili się od osób z grupy remisji (średni 11,3; mediana 10; zakres 0-40). Wynik taki uzyskano w oparciu o Test U Manna-Whitneya porównujący 52 osobową grupę pacjentów w okresie epizodu depresyjnego z 13 osobową grupą pacjentów w remisji. Z kolei Test Wilcoxoną

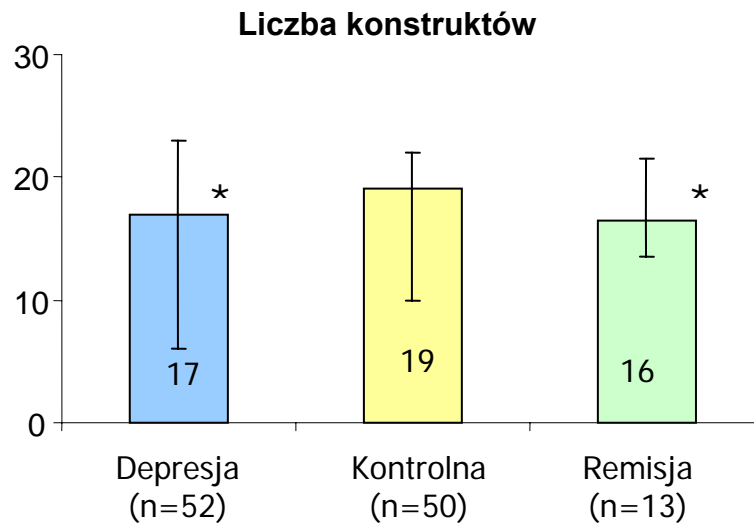
wykazał istotną statystycznie różnicę pomiędzy tą samą 13 osobową grupą pacjentów, badanych najpierw w okresie depresji, a potem w okresie remisji (Test Wilcoxon: $z=2,13$, $p<0.05$). W okresie remisji była większy odsetek niezgodnych konstruktów (większy dysonans poznawczo-emocjonalny) opisujących czynnik I w obrazie świata. Podobnie jak osoby z epizodem depresyjnym, osoby z grupy remisji różniły się istotnie statystycznie od grupy kontrolnej pod względem niezgodnych konstruktów opisujących czynnik I (Test U Manna-Whitneya $z=2,44$, $p<0.05$) (ryc.5)

W oparciu o Test U Manna-Whitneya porównując 52 osobową grupę pacjentów z epizodem depresyjnym (mediana wynosi 50,1; zakres: 22,8-88,4). z 13 osobową grupą remisji (mediana wynosi 52,4; zakres: 38,6-81,9) nie wykazano istotnych statystycznie różnic pod względem odsetka wariancji, opisującej czynniki I. Z kolei Test Wilcoxon, w którym porównywano 13 osobową grupę pacjentów w okresie epizodu depresyjnego i w czasie remisji wykazał, że była istotna statystycznie różnica w zakresie %wariancji pierwszego czynnika (Test Wilcoxon $z= 2,62$, $p<0,05$). Podobnie jak grupa pacjentów z epizodem depresyjnym, grupa remisji nie różniła się istotnie statystycznie od grupy kontrolnej (mediana 55,2; zakres 28,5-83,8) (ryc.6.).

Pod względem parametrów opisujących proces konstruowania obrazu świata takich jak liczba czynników, liczba konstruktów korelujących istotnie z czynnikiem I pacjenci z epizodem depresyjnym nie różnią się od grupy pacjentów w remisji. Wyniki takie uzyskano zarówno porównując Testem U Manna-Whitneya 52 osobową grupę pacjentów z epizodem depresyjnym z 13 osobową grupą pacjentów w remisji, jak i Testem Wilcoxon, zastosowanym do 13 osobowej grupy pacjentów w okresie trwania epizodu depresji a potem w remisji. Liczba wyodrębnionych czynników, czyli nadrzędnych schematów poznawczych, w obu grupach była podobna i wahała się w zakresie od 1 do 7. Podobnie jak pacjenci z epizodem depresyjnym, osoby w remisji nie różniły się istotnie statystycznie od grupy osób zdrowych.

Pacjenci z zaburzeniem depresyjnym nawracającym zarówno w okresie trwania epizodu, jak i remisji wykazali tendencję do bardziej emocjonalnego spostrzegania świata. W okresie remisji ujawnili skłonność do opisywania świata za pomocą wykraczającego ponad normę odsetka bieguna pozytywnego konstruktów emocjonalnych.

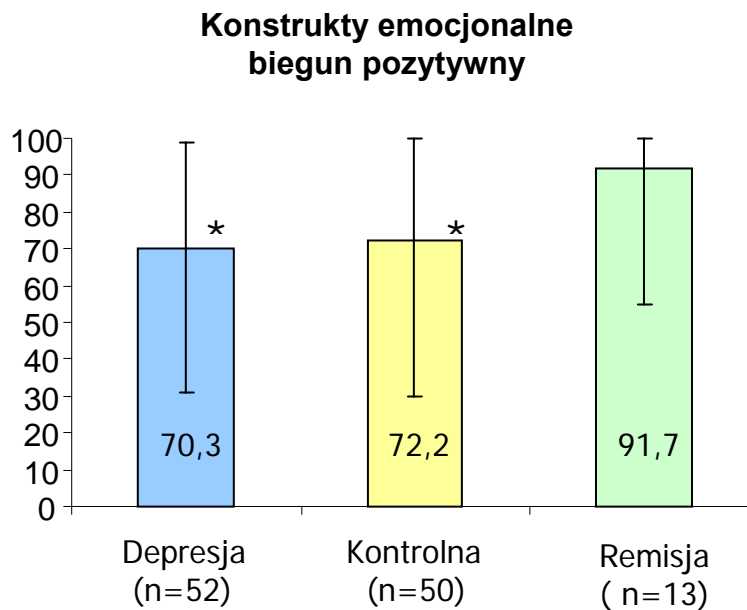
Ryc.1. Porównanie grup: kontrolnej, depresji, remisji pod względem liczby wywołanych konstruktów. Mediana i zakres.



Test U Manna – Whitneya

* $p < 0,05$ w porównaniu z grupą kontrolną

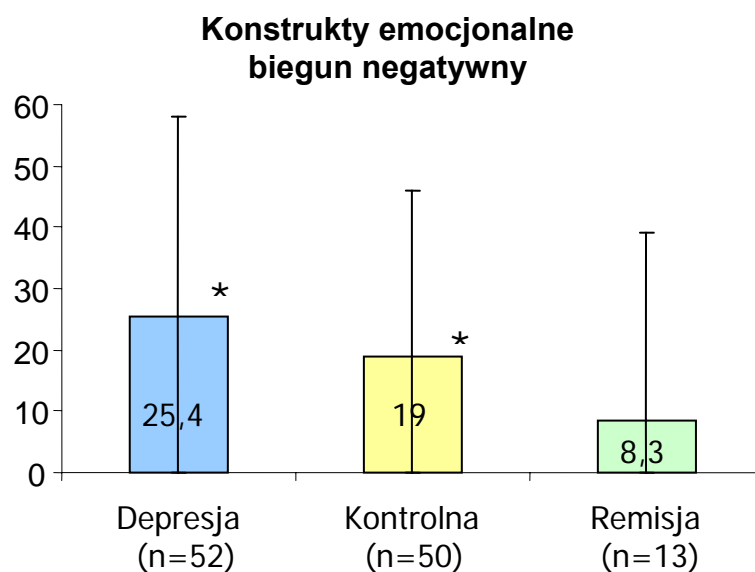
Ryc.2. Porównanie grup: remisji, depresji i kontrolnej pod względem odsetka konstruktów emocjonalnych z wywołanym biegunem pozytywnym. Mediana i zakres.



Test U Manna-Whitneya

* $p < 0,05$ porównaniu z grupą w remisji

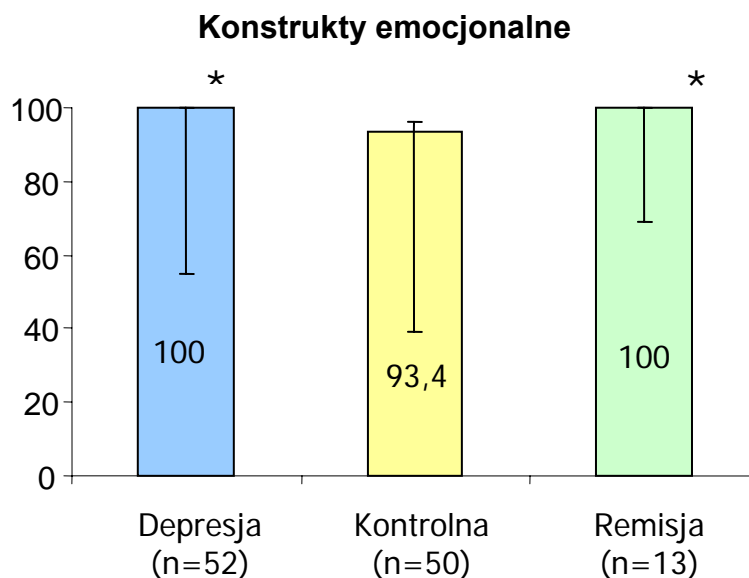
Ryc.3. Porównanie grup remisji, depresji i kontrolnej pod względem odsetka konstruktyw emocjonalnych z wywołanym biegunem negatywnym. Mediana i zakres.



Test U Manna-Whitneya

* $p < 0,05$ w porównaniu z grupą w remisji

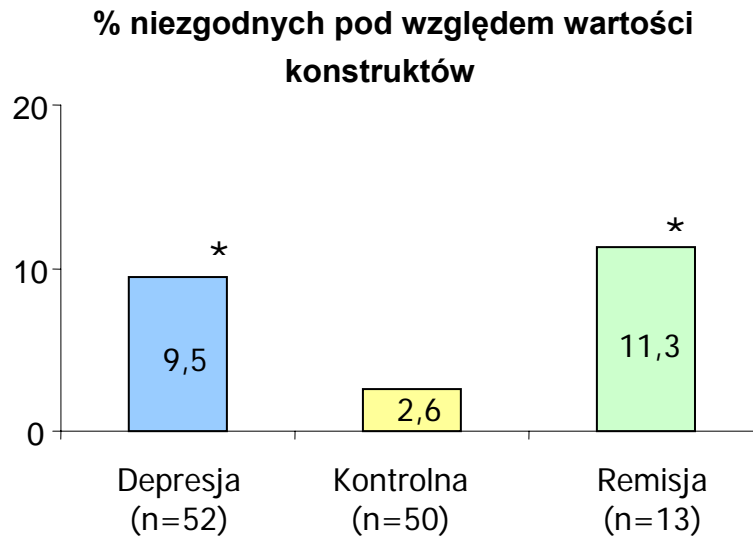
Ryc.4. Porównanie grup: kontrolnej, remisji, depresji pod względem odsetka konstruktyw emocjonalnych. Mediana i zakres.



Test U Manna-Whitneya

* $p < 0,05$ w porównaniu z grupą kontrolną

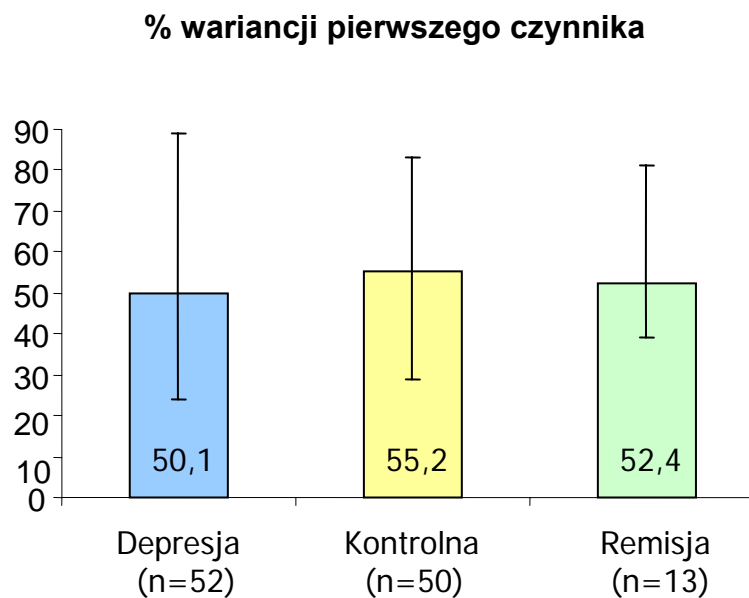
Ryc.5. Porównanie grup: depresji, remisji i kontrolnej w zakresie %niezgodnych pod względem wartości konstruktów w pierwszym czynniku. Średnia.



Test U Manna–Whitneya

* $p < 0,05$ w porównaniu z grupą kontrolną

Ryc.6. Porównanie grup: depresji, remisji i kontrolnej pod względem odsetka wariacji pierwszego czynnika. Mediana i zakres.



*Test U Manna-Whitneya

6.1.5. Style radzenia sobie ze stresem

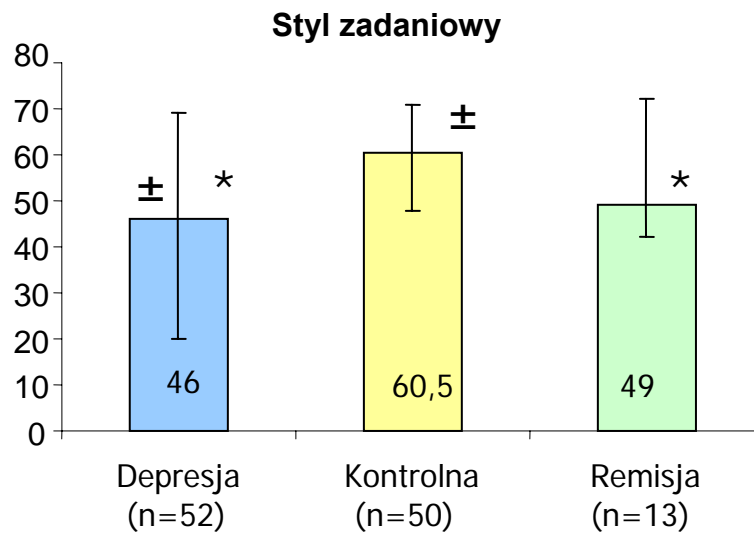
Porównując te trzy grupy - depresji, kontrolną i remisji pod względem charakteryzujących je stylów radzenia sobie ze stresem, okazała się, że pacjenci z zaburzeniem depresyjnym nawracającym zarówno w okresie trwania epizodu choroby, jak i w okresie remisji cechowali się emocjonalnym stylem radzenia sobie, a osoby zdrowe zadaniowym. Mimo, iż w okresie remisji pacjenci istotnie statystycznie rzadziej wybierali strategie, składające się na emocjonalny styl radzenia sobie (Test U Manna-Whitneya: $z= 2,80$, $p<0.05$) i częściej strategie składające się na styl zadaniowy (Test U Manna-Whitneya: $z=2,41$, $p<0.05$) w porównaniu z okresem trwania epizodu depresji, to nadal różnili się istotnie statystycznie od grupy kontrolnej pod względem stylu radzenia sobie – emocjonalnego (Test U Manna-Whitneya: $z=-3,62$, $p<0.05$) oraz zadaniowego (Test U Manna-Whitneya: $z=3,05$, $p<0.05$). Takiej różnicy nie stwierdzono pomiędzy badanymi grupami w zakresie stylu unikowego.

Podobnie istotną statystycznie różnicę uzyskano w zakresie stylów radzenia sobie, które występowały w wyodrębnionej 13-osobowej grupie pacjentów po przeżyciu epizodu depresji i w okresie remisji (Test Wilcoxon). Grupy te różniły się w zakresie stylu zadaniowego ($z= 3,06$, $p<0.01$) oraz styl emocjonalnego ($z=3,06$, $p<0.01$), nie było różnicy istotnej statystycznie w zakresie stylu unikowego.

W okresie remisji chorzy wybierali rzadziej strategie ze stylu emocjonalnego, ale nadal był on dominującym sposobem radzenia sobie.

Analiza średnich wyników (mediany) w tych trzech grupach wykazała, że strategie, składające się na styl zadaniowy były najczęściej wybierane przez osoby zdrowe (mediana 60,5; zakres 46-71), istotnie rzadziej przez grupę pacjentów w okresie remisji (mediana 49, zakres 42-74), a najrzadziej przez grupę w depresji (mediana 46; zakres 20-65) (ryc.7). Z kolei styl emocjonalny był najczęściej wybierany przez grupę w depresji (mediana 57; zakres 37-62), istotnie rzadziej przez grupę w remisji (mediana 51; zakres 32-62), a najrzadziej przez grupę kontrolną (mediana 38,5; zakres 25-54) (ryc.8).

Ryc.7. Porównanie grup depresji, remisji i kontrolnej pod względem stylu zadaniowego. Mediana i zakres.

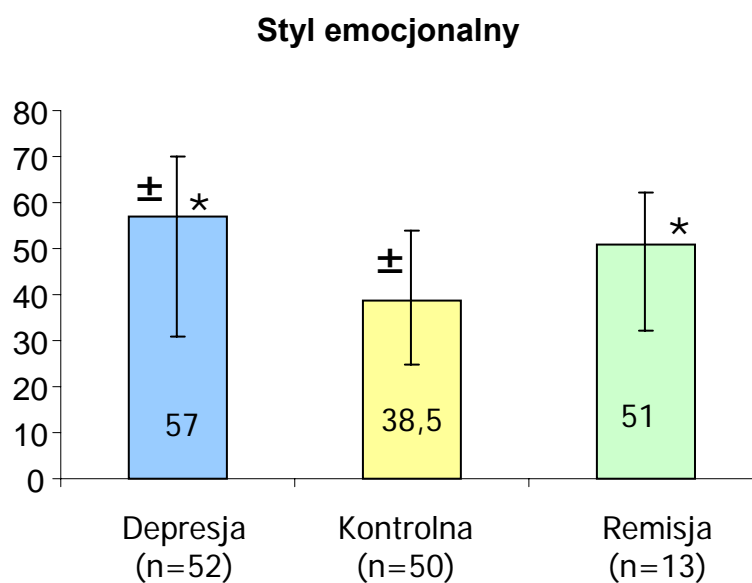


Test U Manna–Whitneya

* $p < 0.05$ w porównaniu z grupą kontrolną

± $p < 0.05$ w porównaniu z grupą w remisji

Ryc.8. Porównanie grup depresji, remisji i kontrolnej pod względem stylu emocjonalnego. Mediana i zakres.



Test U Manna–Whitneya

* $p < 0.05$ w porównaniu z grupą kontrolną

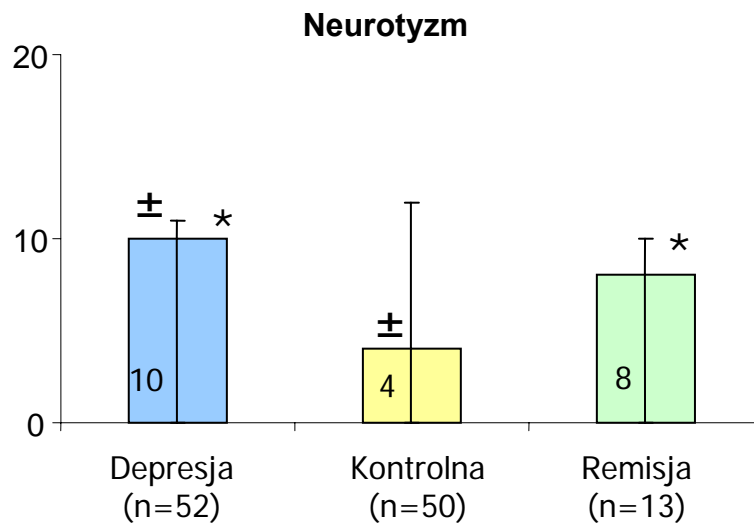
± $p < 0,05$ w porównaniu z grupą w remisji

6.1.6. Poziom neurotyzmu i ekstrawersji

Grupa pacjentów w remisji wykazała istotnie statystycznie niższy poziom nasilenia neurotyzmu w porównaniu z grupą w okresie depresji (Test U Manna-Whitneya: $z=2,78$, $p<0.05$), ale nadal był on wyższy niż w grupie kontrolnej (test U Manna-Whitneya: $z=3,67$, $p<0.05$). W przypadku ekstrawersji nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy pomiędzy osobami z grupy depresji a remisji. Poziom ekstrawersji nie zmienił się w okresie remisji i był on istotnie statystycznie niższy niż w grupie osób zdrowych (Test U Manna-Whitneya: $z=3,41$, $p<0.05$). Podobnie istotną statystycznie różnicę uzyskano w zakresie tych cech temperamentalnych w wyodrębnionej 13-osobowej grupie pacjentów po przeżyciu epizodu depresji i w okresie remisji. Grupy te różniły się w zakresie neurotyzmu (Test Wilcoxon: $z=2,52$, $p<0.01$), a nie różniły się w zakresie ekstrawersji.

Osoby zdrowe charakteryzowały się najniższym poziomem neurotyzmu (mediana 4; zakres 0-12) i najwyższym poziomem ekstrawersji (Me = 8, zakres 0-10), z kolei pacjenci z zaburzeniem depresyjnym w okresie trwania epizodu charakteryzowali się najwyższym poziomem neurotyzmu (mediana 10; zakres 0-12) i najniższym poziomem ekstrawersji (mediana 3; zakres 0-12). Pacjenci w okresie remisji osiągnęli pośrednie wyniki w obu cechach temperamentalnych, w zakresie neurotyzmu (mediana 8; zakres: 0,00-10,00) (ryc.9), a w zakresie ekstrawersji (mediana 4; zakres 2-12) (ryc.10). W okresie remisji poziom neurotyzmu zmniejszył się, ale nadal pozostawał on istotnie wyższy niż w grupie kontrolnej, a poziom ekstrawersji utrzymywał się na tym samym poziomie, jak w trakcie trwania epizodu depresji i był istotnie statystycznie niższy niż w grupie osób zdrowych.

Ryc. 9. Porównanie grup: kontrolnej, remisji, depresji pod względem poziomu neurotyzmu. Mediana i zakres.

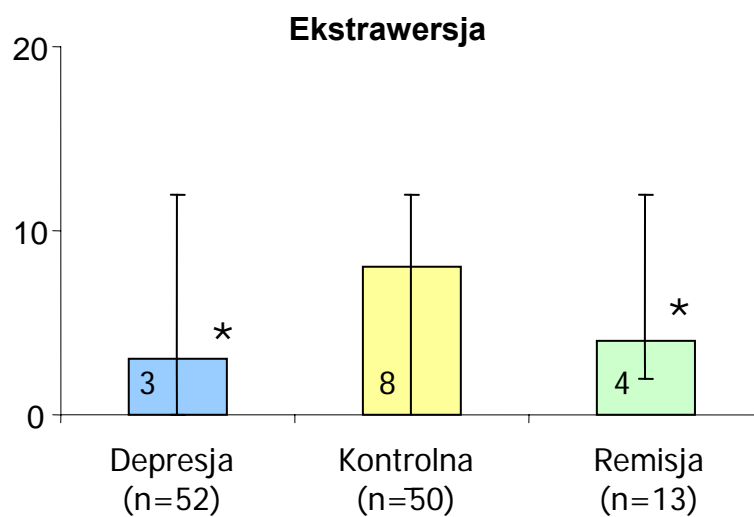


Test U Manna–Whitneya

* $p < 0.05$ w porównaniu z grupą kontrolną

± $p < 0.05$ w porównaniu z grupą w remisji

Ryc. 10. Porównanie grup: kontrolnej, remisji, depresji pod względem poziomu ekstrawersji. Wartość mediany i zakres.



Test U Manna–Whitneya

* $p < 0.05$ w porównaniu z grupą kontrolną

6.2. Obraz „Ja” u pacjentów z zespołami depresyjnymi nawracającymi

6.2.1. Porównanie z grupą kontrolną

6.2.1.1. Obraz „Ja” – samoocena

Miarą podobieństwa siebie („Ja”) do „osoby idealnej” oraz „Innych” była wartość odległości euklidesowej (obliczonej we wszystkich wymiarach utworzonych przez konstrukty) pomiędzy ocenami „Ja” i odpowiednio: osoby idealnej oraz wszystkich innych osób (średnia wartość). Wyniki przedstawia tabela 8.

Osoby z grupy depresji oceniały siebie bardziej negatywnie niż osoby z grupy kontrolnej (większa odległość od „osoby idealnej” w przestrzeni wielowymiarowej, utworzonej ze wszystkich konstruktów), (Test U Manna–Whitneya: $z = 4,51$, $p < 0,05$);. Postrzegają siebie jako odmiennych od „Innych” (średnia odległość w przestrzeni wielowymiarowej pomiędzy „Ja” a „Inni”), (Test U Manna–Whitneya: $z = 2,52$, $p < 0,05$).

Pacjenci cierpiący na zaburzenie depresyjne nawracające charakteryzowali się niższą samooceną w porównaniu z osobami zdrowymi.

Tabela 8. Parametry określające obraz „Ja” (Rep Test) w grupach: depresji i kontrolnej

	Grupa depresji N = 52 Mediana (zakres)	Grupa kontrolna N = 50 Mediana (zakres)	wartość p*
Odległości euklidesowe:			
Ja – osoba idealna: wartości średniej	16,5 (0 -31,6)	11,2 (1-20)	p<0.05
Ja – inni: wartości średniej	17,7 (11,8-29,5)	16,1 (9,2–23,3)	p<0.05

* Test U Manna-Whitneya

6.2.1.2. Postrzeganie „Innych”

Obraz „Innych”, mierzony wartością średniej odległości euklidesowych pomiędzy wszystkimi ocenami osób (z wyjątkiem siebie) a „osobą idealną” (tab.9.), nie różnicowały w sposób istotny statystycznie grup: osób z epizodem depresyjnym i osób zdrowych (Test U Manna-Whitneya: $z = 0.57$, $p > 0.05$). Oznacza to, że badane osoby z epizodem depresji nie oceniają „Innych” bardziej negatywnie niż osoby zdrowe. Istotna różnica dotyczyły wartości wariancji: w grupie osób z epizodem depresji była istotnie statystycznie niższa w porównaniu z grupą kontrolną (Test U Manna-Whitneya: $z = 1.76$, $p < 0.05$), (tab.9). Oznacza to, że osoby z depresją postrzegały otaczający świat („Innych”) w sposób mniej zróżnicowany, schematyczny.

Tabela 9. Parametry określające obraz „innych” (RepTest) w grupach: depresji i kontrolnej. Mediana i zakres.

Odległość euklidesowa od obrazu osoby idealnej:	Grupa depresji N = 52 Mediana (zakres)	Grupa kontrolna N = 50 Mediana (zakres)	wartość p*
Wartości średniej	16,5 (7,7-23,7)	17,24 (9,4-25,1)	$p > 0.05$
Wartości wariancji	59,2 (6,5-227,4)	79,5 (21,7-465,1)	$p < 0.05$

Test U Manna-Whitneya

6.2.2. Zależność od obrazu klinicznego, czynników wyzwalających, od przebiegu zaburzenia, płci

6.2.2.1. Obraz kliniczny

Zastosowany test U Manna-Whitneya do porównania dwóch podgrup klinicznych, wyodrębnionych ze względu na odmienny obraz kliniczny – obecność lub brak zespołu somatycznego, nie wykazał różnic istotnych statystycznie w zakresie parametrów opisujących obraz „Ja” i obraz „Innych”. Obraz kliniczny nie determinował sposobu, w jaki pacjenci z zaburzeniem depresyjnym postrzegali siebie i „Innych”.

6.2.2.2. Czynniki wyzwalające

Pacjenci z podgrupy, wyodrębnionej ze względu na obecność sytuacji stresowej, poprzedzającej wystąpienie epizodu depresji (SS) nie różnili się w sposób istotny statystycznie od pacjentów z podgrupy, bez sytuacji stresowej (BS) w widzeniu siebie i „Innych”. Zastosowany Test U Manna-Whitneya nie wykazał istotnych statystycznie różnic pomiędzy tymi podgrupami.

6.2.2.3. Przebieg zaburzenia

Na podstawie Testu U Manna-Whitneya nie stwierdzono żadnych istotnych statystycznie różnic w obrazie „Ja” pomiędzy podgrupami, wyróżnionymi ze względu na liczbę przebytych epizodów. Nie stwierdzono także różnic między nimi w zakresie parametrów określających sposób postrzegania „Innych”.

6.2.2.4. Płeć

Test Manna-Whitneya nie wykazał żadnych istotnie statystycznie różnic w zakresie parametrów opisujących obraz „Ja” jak również w zakresie parametrów opisujących obraz „Innych” pomiędzy kobietami i mężczyznami z grupy klinicznej. Podobnie w grupie kontrolnej płeć nie wiązała się z widzeniem siebie i „Innych”.

Zarówno kobiety jak i mężczyźni z grupy depresji cechowali się niską samooceną i mało zróżnicowanym obrazem „Innych” .

6.2.3. Powiązanie stylów radzenia sobie ze stresem z parametrami opisującymi obraz „Ja” i obraz „Innych”

Na podstawie analizy korelacyjnej porządku rang Spearmana nie stwierdzono żadnego istotnie statystycznie związku pomiędzy parametrami opisującymi obraz „Ja” i obraz „Innych” a stylami radzenia sobie zarówno w grupie depresji jak i kontrolnej.

6.2.4. Związek pomiędzy neurotyzmem i ekstrawersją a parametrami opisującymi obraz „Ja” i „Innych”

Analiza korelacyjna porządku rang Spearmana wykazała istotny statystycznie związek pomiędzy poszczególnymi parametrami obrazu „Ja” a cechami temperamentalnymi: neurotyzmem i ekstrawersją. W grupie depresji stwierdzono pozytywną korelację między rozbieżnością w zakresie struktury „Ja” („Ja - osoba idealna”) a poziomem neurotyzmu ($r=0,28$, $p<0.05$). Niższej samoocenie odpowiadał wyższy poziom neurotyzmu. Odwrotnie w przypadku ekstrawersji: niższej samoocenie odpowiadał niższy poziom ekstrawersji („Ja – osoba idealna” a ekstrawersja $r= - 0,34$, $p<0.05$). Ekstrawersja wiązała się także z poczuciem własnej odmienności. Stwierdzono negatywną korelację pomiędzy poziomem ekstrawersji a parametrem „Ja – Inni” (średnia) ($r= -0,30$, $p<0.05$). Czyli im bardziej osoba postrzegała siebie jako różną od innych, tym miała niższy poziom ekstrawersji.

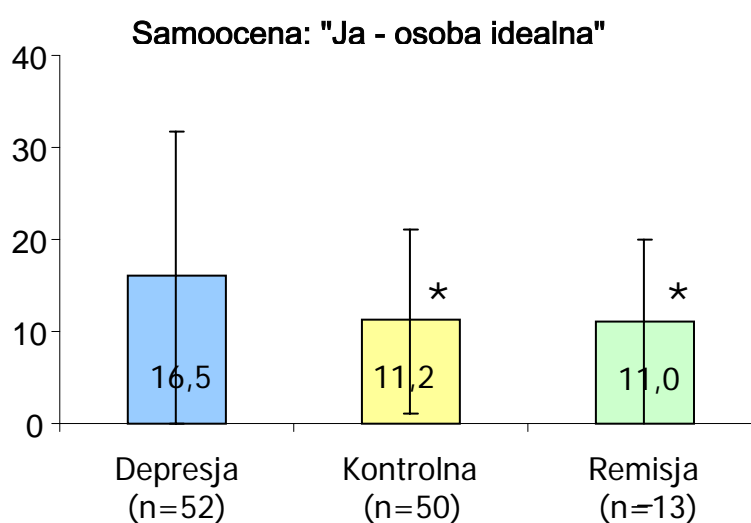
W grupie kontrolnej, podobnie jak w grupie depresji, poziom neurotyzmu był pozytywnie skorelowany z „Ja - osoba idealna” ($r=0,35$, $p<0.05$) - im wyższy poziom neurotyzmu, tym większa rozbieżność w zakresie struktury „Ja”, czyli osoba ocenia siebie bardziej negatywnie. Nie stwierdzono żadnych istotnych statystycznie korelacji pomiędzy parametrami określającymi „innych” a cechami temperamentalnymi.

6.2.5. Zmiana w okresie remisji

6.2.5.1. Obraz „Ja” – samoocena

Średnia odległości euklidesowych obrazu „Ja” od „osoby idealnej” oraz pomiędzy „Ja” a „Inni”, w przestrzeni wielowymiarowej, utworzonej ze wszystkich konstruktów była mniejsza w grupie pacjentów w okresie remisji w porównaniu z okresem epizodu depresji. W okresie remisji pacjenci z zaburzeniem depresyjnym charakteryzowali się wyższą samooceną tzn. postrzegali siebie bardziej pozytywnie (Test U Manna-Whitneya: $z=2,67$, $p<0.05$) (ryc.11) i opisywali jako bardziej podobnych do „Innych” osób (Test U Manna-Whitneya: $z=2,42$, $p<0.05$) (ryc.12). Podobny rezultat uzyskano w oparciu o Test Wilcoxa porównujący 13 osobową grupę pacjentów w okresie epizodu depresyjnego z okresem remisji („Ja” a „osoba idealna” $z=2,66$, $p<0.05$ i „Ja” a „Inni” $z=2,41$, $p<0.05$). W efekcie obraz „Ja” pacjentów w okresie remisji był zbliżony do obrazu „Ja” osób z populacji zdrowej, o czym świadczy brak istotnych statystycznie różnic pomiędzy tymi grupami w zakresie parametrów opisujących samoocenę.

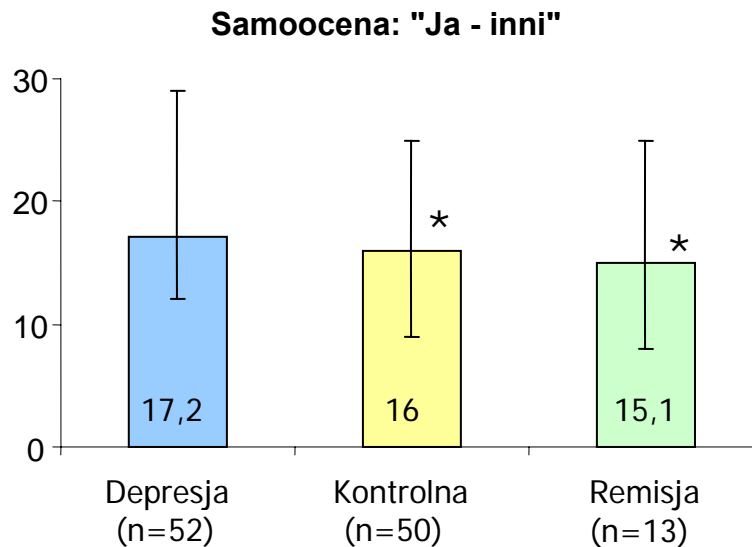
Ryc. 11. Porównanie grup: depresji, kontrolnej, remisji w zakresie parametru „Ja - osoba idealna” (samoocena). Mediana i zakres.



Test U Manna-Whitneya

* $p<0.05$ w porównaniu z grupą depresji

Ryc.12. Porównanie grup: depresji, remisji i kontrolnej w zakresie parametru „Ja – Inni” (samoocena)



Test U Manna-Whitneya

* $p < 0.05$ w porównaniu z grupą depresji

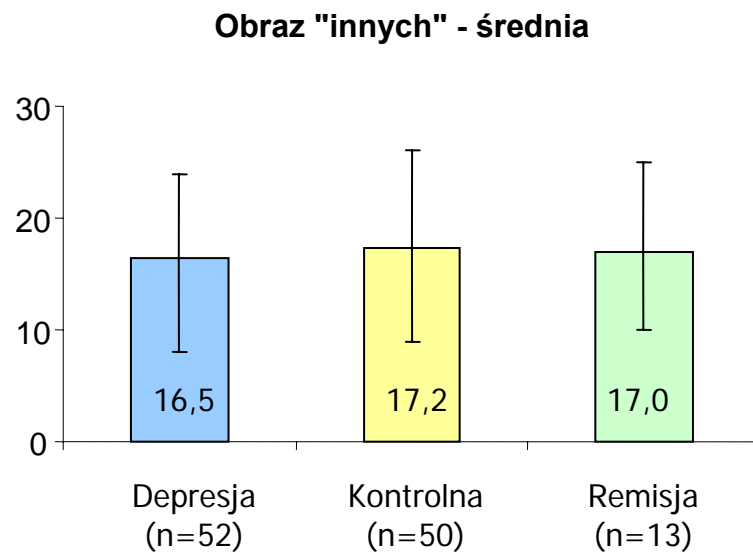
6.2.5.2. Obraz „Innych”

Obraz „Innych”, mierzony wartością średniej odległości euklidesowych pomiędzy wszystkimi ocenami osób (z wyjątkiem siebie) a „osobą idealną” nie różnicował w sposób istotny statystycznie grupy: pacjentów w okresie epizodu depresji i w remisji (ryc.13). Podobnie postrzegają „Innych” jak osoby zdrowe. Wynik taki uzyskano zarówno porównując Testem U Manna-Whitneya 52 osobową grupę pacjentów z epizodem depresyjnym z 13 osobową grupą pacjentów w okresie remisji, jak również stosując Test Wilcoxon’a wobec 13 osobowej grupy pacjentów w okresie epizodu depresyjnego i remisji.

Pod względem wariacji odległości euklidesowych pomiędzy wszystkimi ocenami osób (z wyjątkiem siebie) a „osobą idealną” pacjenci w okresie remisji różnili się istotnie statystycznie od pacjentów podczas epizodu depresyjnego. Wynik taki uzyskano zarówno porównując Testem U Manna-Whitneya 52 osobową grupę pacjentów z epizodem depresyjnym z 13 osobową grupą pacjentów w okresie remisji ($z=2,34$, $p < 0.05$), jak również stosując Test

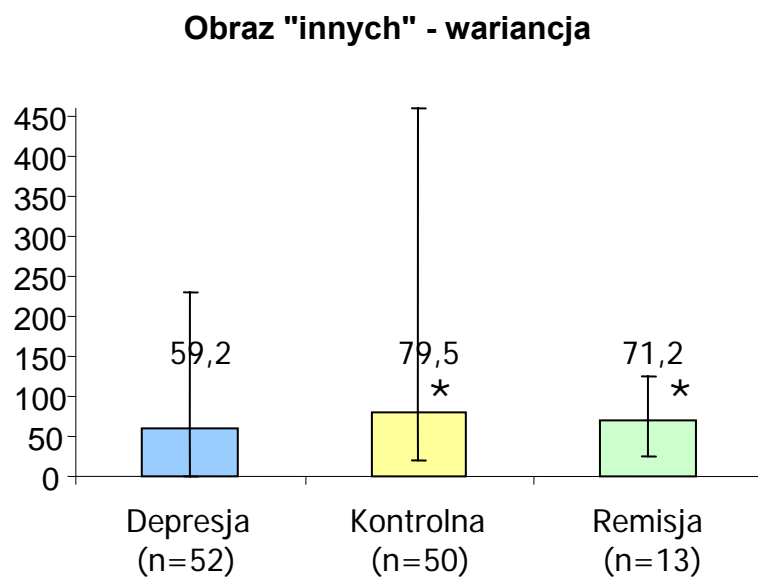
Wilcoxon wobec 13 osobowej grupy pacjentów w okresie epizodu depresyjnego i remisji ($z=2,19$, $p<0.05$). Pacjenci w okresie remisji, odmiennie niż w okresie epizodu depresyjnego, nie różnili się od grupy osób zdrowych. W większym stopniu zaczęli różnicować oceny „Innych” (ryc.14).

Ryc. 13. Porównanie grup: depresji, remisji i kontrolnej w zakresie parametru odległość euklidesowa „innych” od obrazu osoby idealnej (średnia). Mediana i zakres.



*Test U Manna–Whitneya

Ryc. 14. Porównanie grup: depresji, remisji i kontrolnej w zakresie parametru odległość euklidesowa „Innych” od obrazu osoby idealnej (wariancja)



Test U Manna–Whitneya

* $p < 0,05$ w porównaniu z grupą depresji

7. WNIOSKI

7.1. Wnioski szczegółowe

1. Obraz świata (obraz „Ja”, obraz „Innych”).

Hipoteza 1.1. została potwierdzona częściowo. Pacjenci z zaburzeniem depresyjnym nawracającym w porównaniu z osobami zdrowymi cechowali się bardziej negatywnym obrazem „Ja”, a „Innych” jedynie postrzegali w sposób mniej zróżnicowany, schematyczny. Nie potwierdzono, że pacjenci z zaburzeniem depresyjnym nawracającym siebie widzą w sposób bardziej uproszczony, a „Innych” bardziej negatywnie.

Zarówno hipoteza 1.2. jak i 1.3. zostały potwierdzone. Pacjenci z zaburzeniem depresyjnym nawracającym mają przekonanie o większej odmienności od „Innych”. W okresie zdrowienia obraz świata (widzenie siebie i „Innych”) ulega zmianie i staje się podobne do obrazu świata osób zdrowych.

2. Konstruowanie obrazu świata

Wyniki potwierdziły hipotezę 2.1. Pacjenci z zaburzeniem depresyjnym nawracającym konstruowali świat stosując mniejszą liczbę konstruktów czyli charakteryzowali się uboższym repertuarem środków do opisu siebie i „Innych”.

Hipoteza 2.2 nie została potwierdzona. Pacjenci cierpiący na zaburzenie depresyjne nawracające konstruowali świat w podobny sposób jak osoby zdrowe. Konstruowany przez nich obraz świata zawierał podobną liczbę czynników (nadrzędnych schematów poznawczych), podobną liczbę konstruktów opisujących I-szy czynnik jak i podobny odsetek wariancji wyjaśniającej czynnik I-szy. W zakresie tych parametrów nie można przyjąć hipotezy o większym uproszczeniu konstruowanego obrazu świata.

Hipoteza 2.3 została potwierdzona. Pacjenci z zaburzeniem depresyjnym nawracającym konstruowali obraz świata stosując częściej konstrukty niespójne pod względem znaczenia emocjonalnego w porównaniu z osobami zdrowymi, co oznacza, że w stworzonym przez nich obrazie świata istniał znaczny dysonans emocjonalno – poznawczy.

Hipoteza 2.4. została potwierdzona jedynie częściowo. Pacjenci z depresją nawracającą konstruowali świat, stosując istotnie częściej konstrukty o znaczeniu

emocjonalnym w porównaniu z osobami zdrowymi. Nie stwierdzono natomiast istotniejszej liczby konstruktów emocjonalnych, których wywołany był biegun negatywny.

Hipoteza 2.5. również została potwierdzona częściowo. W okresie remisji pacjenci z depresją nawracającą nie konstruują obraz świata w sposób bardziej złożony - używają podobne liczby: konstruktów, nadrzędnych schematów poznawczych (czynników), konstruktów zawartych w I-szym nadrzędnym schemacie poznawczym i nadal utrzymywał się dysonans poznawczo – emocjonalny pomiędzy konstruktami zawartymi w I-szym czynniku i podobny odsetek wariacji wyjaśniającej I-szy czynnik jak w okresie epizodu depresyjnego. Potwierdzono, że do opisu świata stosowali znacznie wyższy odsetek konstruktów emocjonalnych, z wywołanym biegunem pozytywnym.

3. Różnice pomiędzy podgrupami klinicznymi wyróżnionymi ze względu na odmienny obraz kliniczny, przebieg zaburzenia, czynniki wyzwalające oraz płeć.

3.1. Obraz świata

Żadna z postawionych hipotez (3.1.1, 3.1.2., 3.1.1.3., 3.1.4) nie została potwierdzona.

Obraz świata (obraz „Ja” i „Inni”) pacjentów z zaburzeniem depresyjnym nawracającym z zespołem somatycznym nie różnił się istotnie statystycznie od obrazu świata pacjentów z zaburzeniem depresyjnym nawracającym bez zespołu somatycznego.

Obraz świata pacjentów z zaburzeniem depresyjnym nawracającym nie zależał od ich przekonania, o istnieniu związku pomiędzy stresem a wystąpieniem tego epizodu.

Na obraz świata pacjentów z zaburzeniem depresyjnym nawracającym nie miała wpływu liczba dotychczas przebytych epizodów depresyjnych.

Obraz świata pacjentów z epizodem depresyjnym nie był warunkowany ich płcią.

3.2. Konstruowanie obrazu świata

Podobnie jak w przypadku hipotez dotyczących obrazu świata, hipotezy dotyczące konstruowania obrazu świata nie zostały potwierdzone (3.2.1, 3.2.2, 3.2.3, 3.2.4)

Proces konstruowania obrazu świata przez pacjentów z zaburzeniem depresyjnym nawracającym z zespołem somatycznym nie różnił się w sposób istotny statystycznie od procesu konstruowania obrazu świata przez pacjentów z zaburzeniem depresyjnym nawracającym bez zespołu somatycznego.

Proces konstruowania obrazu świata przez pacjentów z zaburzeniem depresyjnym nawracającym nie zależał od ich przekonania, o istnieniu związku pomiędzy stresem a wystąpieniem tego epizodu.

Na proces konstruowania obrazu świata przez pacjentów z zaburzeniem depresyjnym nawracającym nie miała wpływu liczba dotychczas przebytych epizodów.

Proces konstruowania obrazu świata przez pacjentów z zaburzeniem depresyjnym nawracającym nie był warunkowany ich płcią.

4. Style radzenia sobie ze stresem

Obie hipotezy (4.1, 4.2) dotyczące stylu radzenia sobie ze stresem zostały potwierdzone. Pacjenci z zaburzeniem depresyjnym nawracającym charakteryzowali się emocjonalnym stylem radzenia sobie. W okresie remisji tendencja do wybierania strategii emocjonalnych zmniejszyła się w porównaniu z okresem trwania choroby, ale nadal była wyższa, niż w grupie osób zdrowych. W okresie remisji pacjenci częściej stosowali strategię zadaniową, ale istotnie rzadziej niż osoby zdrowe.

5. Cechy temperamentalne

Potwierdzono hipotezę 5.1. i 5.2. Poziom neurotyzmu był istotnie statystycznie wyższy w grupie pacjentów cierpiących na zaburzenie depresyjne nawracające, który uległ zmianie w okresie remisji, jednak nadal był istotnie wyższy w porównaniu z osobami zdrowymi. Poziom ekstrawersji w grupie pacjentów był zdecydowanie niższy, niż wśród osób zdrowych i w okresie zdrowienia utrzymywał się na tym samym poziomie.

6. Związek pomiędzy parametrami opisującymi obraz świata i proces konstruowania a stylami radzenia sobie i cechami temperamentalnymi

Hipotezy 6.1. została potwierdzona częściowo. W grupie pacjentów z zaburzeniem depresyjnym nawracającym wykazano związek pomiędzy nasileniem neurotyzmu, a pewnymi parametrami opisującymi obraz świata („Ja – osoba idealna”). Im wyższy poziom neurotyzmu, tym bardziej negatywny wizerunek siebie mieli pacjenci.

Podobnie hipoteza 6.2. została potwierdzona częściowo. W grupie pacjentów z zaburzeniem depresyjnym nawracającym wykazano związek pomiędzy parametrami opisującymi sposób konstruowania świata (konstruktami emocjonalnymi z wywołanym biegunem pozytywnym i negatywnym).

W grupie pacjentów cierpiących na zaburzenie depresyjne nawracające nie potwierdzono istotnego statystycznie związku pomiędzy parametrami opisującymi obraz świata i proces konstruowania a emocjonalnym stylem radzenia sobie.

Hipoteza 6.3. została potwierdzona. Stwierdzono istotny statystycznie związek pomiędzy neurotyzmem a stylem emocjonalnym – im wyższy poziom neurotyzmu tym większa skłonność do wybierania emocjonalnych strategii radzenia sobie.

7.2. Dyskusja

1. Obraz świata

W świetle uzyskanych wyników można przyjąć, że obraz świata osób chorych na depresję jest odmienny od obrazu świata osób zdrowych. W trakcie trwania epizodu choroby pacjenci z zaburzeniem depresyjnym nawracającym mają niską samoocenę. W stosunku do „Innych” są mniej krytyczni niż do siebie, ale ich opisy są schematyczne, mało zróżnicowane. Poczucie odmienności i negatywne widzenie siebie mogą wzmacniać objawy kliniczne takie jak: spadek motywacji, anhedonia, tendencję do wycofywania się z relacji z innymi. „Rozbieżności między idealną a realną koncepcją siebie przypisuje się rolę motywacyjną lub wiąże się z nią kwestię przystosowania człowieka” (Rogers, 2002 za: Oleś,). Jak pokazuje Higgins (1996) „Ja idealne” to koncepcja formułowana wokół pytania: „jaka chciałabym być”, „jaki chciałbym być”? Zawiera pożądane standardy idealne, które mogą być formułowane z perspektywy osobistej lub „cudzej” – zinternalizowanych standardów kogoś znaczącego. Niezależnie od tego, czy „Ja idealne” jest budowane z perspektywy własnej czy zewnętrznej, to efekt rozbieżności w systemie „Ja” jest ten sam. Łączy się z negatywnymi uczuciami takimi jak: smutek, niezadowolenie, poczucie zawodu, straty, poczuciem niespełnienia ideałów – stanami emocjonalnymi z kręgu charakterystycznymi dla depresji (Higgins, 1996). Posiadanie spójnej koncepcji siebie, wewnętrznej integracji umożliwia przewidywanie zachowania w zmieniających się warunkach (Swann, 1987). Dzięki temu osoba ma przeświadczenie o przewidywalności własnego zachowania, potrafi określić, na co ją stać, jakie zadania jest w stanie podjąć i wykonać, jakie obciążenia znieść (Swann, 1987).

W okresie remisji dochodzi do zbliżenia tych dwóch aspektów „Ja”. Kiedy objawy kliniczne depresji ustępują pacjenci pozytywniej zaczynają postrzegać siebie, czują się podobni do „Innych”, a ich opisy są bardziej zróżnicowane. Generalnie ich obraz świata, w tym widzenie siebie i „Innych” jest podobne do obrazu świata tworzonego przez osoby zdrowe. Interpretacja tych wyników wymaga dalszej weryfikacji, z uwagi na małą liczebność grupy remisji.

Niniejsze wyniki potwierdzają badania cytowane w literaturze przedmiotu. Osoby chore na depresję cechują się większym dystansem pomiędzy „Ja realnym”

a „Ja idealnym” i ujawniają skłonność do widzenia siebie jako różnych od „Innych” (Lowrenc, Rue, 1971, Space, Cromwell, 1980, Hewstone i in., 1981). Większość badań przeprowadzonych w okresie remisji nie wykryła niskiej samooceny (Luxton i in, 2006).

Space, Cromwell (1980) pokazali, że dysonans poznawczy – emocjonalny ma miejsce w obrazie „Ja” osób z zaburzeniem depresyjnym. Negatywna wartość „Ja” okazała się niska, osoby chore na depresję ujawniły tendencję do widzenia siebie w sposób negatywny na wymiarach pewnych konstruktów, a zarazem pozytywnie na wymiarach innych konstruktów, w ramach tego samego czynnika. W przypadku takiego zróżnicowania osoba nigdy nie może być pewna siebie (Space, Cromwell, 1980). Podobnie wyniki swoje interpretują Lawrence i Rue (1971) przypuszczając, że stworzony przez badanych obraz nie był jednoznacznie negatywny i ta niejednoznaczność może mieć odzwierciedlenie w niepewności co do samego siebie (Lawrence, Rue, 1971). W badaniu wykorzystującym samoopis, osoby z umiarkowaną depresją przywoływały w opisie siebie zarówno tzw. „depresyjne” przymiotniki (np. ponury) jak i „niedepresyjne” (np. zorganizowany, lojalny) (Kuiper, Derry, 1982). W innym badaniu, wykorzystującym też samopis, osoby z grupy depresyjnej i osoby podatne miały podobną niezgodność w systemie schematów opisujących „Ja”. Według autorów względnie słaba konsolidacja depresyjnych i niedepresyjnych schematów „Ja” może być powiązana zarówno z etiologią jak i podtrzymywaniem depresji (MacDonald i in, 1985).

2. Konstruowanie

Uzyskane wyniki pokazały, że konstruowany przez osoby chore na zaburzenie depresyjne nawracające obraz świata wykazuje nieco większą złożoność poznawczą niż osób zdrowych, ale różnica nie miała charakteru istotnego statystycznie.

W badaniach, z zastosowaniem metody Rep Grid, cytowanych w literaturze, wyniki dotyczące złożoności obrazu świata u chorych z zaburzeniami depresyjnym są niejednoznaczne. Sheehan (1981) w swoim badaniu pokazał, że chorzy na depresję charakteryzują się mniejszą złożonością mierzoną za pomocą wariancji pierwszego czynnika. Bieri i wsp (1966) wykazali, że chorzy na depresję umiarkowaną mają bardziej złożony obraz samych siebie niż grupa

kontrolna. Jednak w innych badaniach, w których stosowano standardową procedurę tak jak Sheehan nie odkryto mniejszej złożoności w grupie chorych na depresję (Ashworth i in., 1982). Podobnie Lawrence i Rue w swoim badaniu nie uzyskali wyniku świadczącego o większym uproszczeniu obrazu świata (Lawrenc, Rue, 1971). W badaniu Chambers i wsp. (1986) przeprowadzonym na studentach charakteryzujących się nastrojem depresyjnym z użyciem Rep grid, okazało się, że osoby z umiarkowaną depresją mają w odróżnieniu od osób nie-depresyjnych zdezorganizowany system konstruktów, z ciężkim epizodem depresji – widzą siebie negatywnie, a z umiarkowanym w sposób zróżnicowany (Chambers i in., 1986). Podobnie sugeruje Neimeyer (1985), że to ciężkość depresji może determinować złożoność poznawczą (Neimeyer, 1985 za: MacLeod, Williams, 1991).

Jak wskazują uzyskane wyniki, mimo podobnej złożoności obrazu świata do osób zdrowych, pacjenci z zaburzeniem depresyjnym nawracającym bardziej schematycznie postrzegają „Innych”, a do konstruowania obrazu świata stosują mniejszą liczbę konstruktów, która utrzymuje się w okresie remisji. Kelly sądził, że liczba konstruktów, stosowanych do opisu świata, jest wskaźnikiem kompulsywności bądź nadmiernej rozwlekłości (Kelly, 1955, 2005, str.163). Wydaje się, że jest to przejawem pewnej sztywności, charakterystycznej dla tej grupy chorych i może świadczyć o oporze w tworzeniu nowych wymiarów, wzbogacaniu ich, co utrudnia proces przystosowania się do zmieniających się warunków zewnętrznych. Być może za taki sposób konstruowania obrazu świata przez chorych na depresję w okresie remisji jest odpowiedzialne zjawisko tzw. slot movement. Osoba jedynie zmienia biegun w ocenie świata i w ten sposób nie musi wzbogacać swojego systemu konstruktów. „Depresja może się wiązać ze zmianą bieguna w kierunku negatywnym. Stąd slot movement może być wyrazem klinicznie obserwowanej sztywności wśród chorych na zaburzenia depresyjne” (Space, Cromwell, 1980).

Wyniki niniejszego badania wskazują, że pacjenci z zaburzeniem depresyjnym nawracającym wywołali istotnie większy odsetek konstruktów o znaczeniu emocjonalnym, który utrzymuje się w okresie remisji. Natomiast, wbrew hipotetycznym założeniom, odsetek konstruktów, z wywołanym biegunem pozytywnym i odsetek konstruktów, z wywołanym biegunem negatywnym, przez tę grupę chorych był podobny, jak wśród osób zdrowych. Przy czym pacjenci

używają stosunkowo większy odsetek konstruktów emocjonalnych, z biegunem negatywnym do opisu świata, głównie siebie.

Wydaje się, że w okresie depresji dochodzi do większego chaosu na skutek zwiększonej liczby konstruktów emocjonalnych z biegunem negatywnym, co potwierdza zwiększony dysonans emocjonalno – poznawczy, określony przez odsetek niezgodnych konstruktów, zawartych w czynniku I. Prawdopodobnie pacjenci próbują sobie poradzić z tą niezgodnością poprzez usztywnianie ocen w opisie świata.

W przeciwieństwie do obrazu świata (obrazu „Ja” i „Innych”), który w okresie zdrowienia upodabnia się do takiego, jaki posiadają osoby zdrowe, proces konstruowania nadal jest odmienny. Kiedy ustępują objawy kliniczne depresji, pacjenci konstruują obraz świata stosując przede wszystkim konstrukty o znaczeniu emocjonalnym, przy czym używają głównie ich biegun pozytywny. Ten sposób konstruowania obrazu świata przez pacjentów w remisji, wyróżnia ich spośród dwóch pozostałych grup – depresji i zdrowych. Prawdopodobnie takie skrajnie pozytywne postrzeganie siebie i „Innych”, jest mechanizm pomagający poradzić sobie z niepewnością i lękiem przed kolejnym nawrotem choroby. Co więcej, w okresie remisji nadal utrzymuje się duży dysonans poznawczo - emocjonalny, co można traktować jako czynnik ryzyka nawrotu. Można się spodziewać, że w sytuacji zadziałania stresora, pojawia się chaos, bowiem do świadomości zaczynają docierać negatywne przekonania na własny temat, zostaje uruchomiona tendencja do konstruowania obrazu świata, w sposób charakterystyczny, jak podczas trwania epizodu choroby. Mniejsza liczba konstruktów używanych do opisu świata, przy podobnej liczbie czynników, jak u osób zdrowych, a jednocześnie wzrost niezgodności powoduje niejednoznaczność, a tym samym niepewność. W związku z tym nasila się napięcie, co zwiększa ryzyko choroby. Doświadczenie stresu zmniejsza potrzebne poznawcze źródła do tłumienia niepożądanych, negatywnych myśli, co prowadzi do pojawienia się tych niepożądanych przekonań. I w ten sposób mogą one predysponować do zachorowania na depresję (Luxton i in., 2006, Rude i in., 2006). Pacjenci w okresie remisji charakteryzują się wyższym poziomem wypartych myśli (thought suppression) (Wenzlaff, Bates, 1998, Wenzlaff i in., 2002), które pozwalają im chronić swoją wrażliwość emocjonalną i podtrzymywać dobre samopoczucie w okresie bez objawów depresji (Luxton i in.,

2006). Osoby, które charakteryzują się wysokim poziomem niepewności, mają także wysokie nasilenie wypartych myśli (Luxton, Wenzlaff, 2005). Pozytywny aspekt „Ja” w okresie remisji służy, jako bufor przeciw szkodliwemu wpływowi negatywnych zdarzeń w życiu (Ingram, Slater, Atkinson, Scott, 1990). Z kolei niepewność może podważać ten bufor i przyczyniać się do zapadania na depresję w obliczu trudnych wydarzeń. Roberts i Monroe (1994) twierdzą, że to nie przekonanie o własnej wartości jest prognostykiem depresji, tylko posiadanie niewielkiej liczby stałych lub pochodzących z zewnątrz źródeł wspierających samoocenę, jak również niska samoocena pojawiająca się na skutek trudnych wydarzeń czy posiadanie niestabilnego, chwiejnego poczucia własnej wartości (Roberts, Monroe, 1994).

Segal i in (2006) pokazują, że czynnikiem odpowiedzialnym za nawroty w depresji są utrzymujące się formy reaktywności psychologicznej u pacjentów w okresie remisji. Pewne z nich dominują podczas trwania epizodu, a inne trwają także w okresie zdrowienia (Segal i in., 2006). W świetle uzyskanych danych, taką utrzymującą się formą reaktywności poznawczej jest dysonans emocjonalno – poznawczy w obrazie świata.

Wyniki, z niniejszego badania mogą pomóc zrozumieć, dlaczego w okresie remisji nie stwierdzono dysfunkcyjnych przekonań czy depresyjnych schematów poznawczych (Silverman i in., 1984, Blackburn, Smith, 1985, Haaga i in., 1991, Segal, Ingram, 1994). Bowiem wskazują, że w okresie remisji prawdopodobnie uruchamiany jest metapoznawczy system kontrolujący (Sheppard i in. 2004), przez innych autorów określany, jako „poznawczy proces kontrolujący, który maskuje, dysfunkcyjne przekonania (Segal i in., 2006), konstrukty osobowe, schematy poznawcze.

Przedstawione w niniejszej pracy wnioski, opierające się na badaniach porównujących grupę depresji z grupą remisji, powinny być traktowane z ostrożnością, z uwagi na wspomnianą wcześniej małą liczebność tej grupy.

3. Style radzenia sobie i cechy temperamentalne

Pacjenci z zaburzeniem depresyjnym nawracającym stosują przede wszystkim strategie emocjonalne w sytuacjach trudnych i ta tendencja utrzymuje się w okresie zdrowienia.

Emocjonalny styl radzenia sobie wydaje się być czynnikiem niezależnym od sposobu tworzenia świata przez chorych na depresję, podobnie jak styl zadaniowy w grupie osób zdrowych. Powołując się na te wyniki można stwierdzić, że prawdopodobnie styl, który jest charakterystyczny dla danej osoby, ujawnia się automatycznie w odpowiedzi na sytuację trudną, natomiast strategie składające się na pozostałe dwa style są zależne od aktualnego stanu psycho- fizycznego badanego i specyfiki sytuacji. Bowiem odkryto związek pomiędzy stylem emocjonalnym a odsetkiem konstruktów o znaczeniu emocjonalnym pozytywnym i negatywnym w grupie osób zdrowych. Im więcej konstruktów emocjonalnie negatywnych posiada osoba w obrazie świata, tym większa tendencja do stosowania strategii emocjonalnych. To stwierdzenie nadal pozostaje w warstwie hipotetycznej, bowiem nie stwierdzono zależności pomiędzy obrazem świata a stylem zadaniowym czy unikowym w grupie chorych na depresję.

Wniosek z niniejszego badania jest zbieżny z założeniem Becka i wynikami badań przeprowadzonych za pomocą technik samoopisowych. Osoby chore na depresję mają tendencje do interpretowania dwuznacznych zdarzeń w negatywny sposób i ta postawa w interpretowaniu może odgrywać rolę w podtrzymywaniu depresji (Beck, 1976 za: Mogg i in, 2006).

Ta grupa chorych charakteryzuje się także wysokim poziomem neurotyzmu i niskim poziomem ekstrawersji. Te cechy temperamentalne utrzymują się na tym samym poziomie bez względu na obecność objawów klinicznych bądź ich barku.

Prawdopodobnie na ukształtowanie się stylu emocjonalnego wśród pacjentów z zaburzeniem depresyjnym nawracającym miał wpływ neurotyzm, bowiem istnieje zależność pomiędzy stylem emocjonalnym a neurotyzmem. Potwierdzają to wyniki w literaturze przedmiotu (Klonowicz, Cieślak, 2004, Uehara i in, 1999). Cechy temperamentalne traktowane są jako czynniki modyfikujące stan doświadczanego stresu w warunkach skrajnie wysokiej lub niskiej stymulacji. Temperament człowieka jest obecny, zanim pojawi się stresor czy stan stresu. Możemy więc oczekiwać, że cechy temperamentalne będą wpływały modyfikująco na wszelkie zjawiska związane ze stresem (Strealu i in., 2004).

Neurotyzm w świetle niniejszych danych wiąże się także z negatywnym obrazem „Ja”, co jest zgodne z doniesieniami w literaturze (Walker, Winter, 2007) oraz z wywołanym biegunem konstruktów o znaczeniu emocjonalnym

negatywnym i pozytywnym. Im wyższy poziom neurotyzmu, tym więcej w obrazie świata konstruktów emocjonalnych negatywnych, a mniej konstruktów emocjonalnych pozytywnych. Wśród osób zdrowych nie stwierdzono związku pomiędzy neurotyzmem a obrazem świata, czy stylem radzenia sobie. Hammen (1991), podkreśla, że osoby doświadczające depresji poprzez swoją chorobę i związane z nią zachowanie generują życiowe stresory, które wzmagają objawy depresyjne (Hammen, 1991) i że zdarzenia stresowe w relacjach interpersonalnych, określane jako zależne (Hammen, 1991, Dudek, 2001). To podkreśla udział osobowości i sposobów radzenia sobie w odczuwaniu stresu przez tę grupę chorych. Wydaje się, że te czynniki mogą utrudniać proces zdrowienia, bowiem, jak przekonują Hollahan i wsp. (2005) istnieje dwukierunkowa zależność pomiędzy stresem a chorobą. Choroba powoduje pojawienie się emocjonalnego distresu produkującego nowe stresory (Hollahan i in, 2005). Depresja może stanowić stres psychologiczny, gdyż „zmiany zachodzące w życiu osoby związane z chorobą stanowią istotne źródło doświadczeń negatywnych” (Dudek, 2001) a jednocześnie biologiczny. Bowiem, jak pokazuje Landowski, jej skutki biologiczne są podobne do stresu przewlekłego (Landowski, 2001a). Mechanizmy biologiczne depresji przypominają stres przewlekły, podtrzymywane i wzmacniane są czynnikami psychologicznymi, które współtworzą zespół depresyjny bądź z niego wynikają. Niska samoocena, utrata kontroli z poczuciem bezradności i beznadziejności, zaburzenia funkcji biologicznych są same w sobie silnym stresorem, jak i powodują, że drobne wydarzenia stają się silnymi i przewlekłymi czynnikami stresującymi (Landowski, 2001a). Dlatego istotnym czynnikiem mającym udział w patomechanizmie depresji są indywidualne zdolności osoby do poradzenia sobie z tą sytuacją. Strategie radzenia sobie odgrywają rolę w zróżnicowanej indywidualnej podatności na stresory życiowe (Hollahan i in., 2005). O specyficzności tych sposobów radzenia w depresji piszą Benedysiuk i Tartas (2006) - „zmienne mające znaczenie dla powstawania objawów depresji i jej przebiegu, pozostają w istotnych związkach ze strategiami radzenia sobie w obliczu stresu. Zmiany życiowe obniżają tendencję do stosowania pozytywnego przewartościowania, a podnoszą gotowość do akceptowania rezygnacji z działania (Benedysiuk, Tartas, 2006). W wyborze strategii radzenia sobie odgrywa rolę neurotyczność. „Osoby o wysokim poziomie neurotyczności najczęściej

wybierają emocjonalne strategie radzenia sobie ze stresem, zwłaszcza obwinianie się, gniew, ucieczkę natomiast relatywnie rzadko wykorzystują strategie problemową” (Klonowicz, Cieślak, 2004). „Neurotyczność jest silnym ujemnym predykatorem dobrostanu, wiąże się z ujemnym bilansem emocjonalnym i niższym zadowoleniem z terażniejszości. Osoby o wyższym poziomie neurotyczności wybierają częściej emocjonalne i unikowe radzenie sobie, rzadziej zadaniowe” (Klonowicz, Cieślak, 2004).

Jak pokazują badania neurotyzm uwarunkowany jest polimorfizmem genu 5HTT-LPR i stanowi element pośredni pomiędzy tym genem a depresją (Munafò i in., 2006), a także przewiduje wystąpienie stresujących wydarzeń i jakość relacji interpersonalnych (Kendler, Gardner, Perscott, 2003). W świetle naszych wyników i doniesień z literatury można założyć, że jednym z czynników pośredniczących pomiędzy neurotyzmem, uwarunkowanym genetycznie, a epizodem depresji jest emocjonalny styl radzenia sobie oraz cechy obrazu świata (niepewność i negatywne widzenia siebie oraz dysonans emocjonalno – poznawczy tzw. poznawcza reaktywność).

Jednak trudno jest jednoznacznie mówić o roli przyczynowej pomiędzy neurotyzmem a emocjonalnym stylem radzenia sobie i obrazem świata. Bowiem mimo iż, „w literaturze dominuje pogląd, że neurotyczność jest względnie stałą dyspozycją i że istnieje przyczynowa relacja między neurotycznością a negatywnymi skutkami odczuwania stresu. Współcześnie coraz częściej zaczyna się postrzegać ten związek, jako zależność dwukierunkową” (Doyle, Slaven, 2004). Jeśli przyjmiemy, że mamy do czynienia z dwukierunkową zależnością, to opisywane zjawisko kindlingu (rozniecania, sensytyzacji) w literaturze nie musiałoby być, traktowane jako przeciwne do poznawczych czy środowiskowych modeli wyjaśniających relację pomiędzy stresem a depresją. Kindling opisuje istnienia mechanizmu biologicznego, który pod wpływem powtarzających się sytuacji stresowych powoduje stopniowe uwrażliwienie centralnego układu nerwowego, co w efekcie prowadzi do samoistnego wyzwalania się epizodów depresji, bez udziału czynników zewnętrznych (Posta, 1990 za: Rybakowski, 1995). Jak pokazuje Keller, (1983) predykatorem nawrotu depresji jest już fakt, że osoba przeszła jeden epizod (Keller i in., 1983).

4. Związek obrazu świata i procesu konstruowania z obrazem klinicznym, przebiegiem zaburzenia, czynnikami wyzwalającymi oraz płcią

Obraz świata („Ja” i „Inni”) pacjentów z zaburzeniem depresyjnym nawracającym w zależności od obrazu klinicznego nie zmienia się. Można przypuszczać, że bez względu na obecność bądź brak zespołu somatycznego sposób widzenia i konstruowania obrazu świata pozostaje taki sam. Prawdopodobnie mechanizm odpowiedzialny za różnice w objawach klinicznych nie wiąże się z poznawczym funkcjonowaniem chorych, ale prawdopodobnie z różnicami na poziomie biologicznym i tym samym zależy od ciężkości epizodu choroby. Interpretację tę trzeba przyjąć z pewną ostrożnością z uwagi, iż liczebność grup była mała.

Podobnie wygląda sytuacja w przypadku podgrup klinicznych wyodrębnionych ze względu na obecność stresora przed wystąpieniem epizodu choroby w subiektywnym odczuciu pacjentów. Obecność sytuacji stresowej poprzedzającej epizod i jej brak w grupie pacjentów z zaburzeniem depresyjnym nawracającym nie miała wpływu na obraz świata i sposób jego tworzenia. Jest to sprzeczne z danymi w literaturze, gdzie podkreśla się znaczenie siły stresogennej stresora w początkowych epizodach depresji i że przy kolejnych epizodach już nie ma znaczenia (Bocketing i in., 2006). Wniosek ten jest obarczony pewną słabością, bowiem grupy nie były równoliczne, a sytuacje stresowe nie były oceniane za pomocą żadnego narzędzia psychometrycznego. Być może osoby doświadczające przewlekłego stresu czy codziennych kłopotów życiowych, nie wiązały z nimi swoich swojego stanu psychofizycznego, bowiem trwały od zawsze. Pogłębianie wiedzy w tym obszarze wydaje się istotne z punktu rozważań dotyczących czynników ryzyka nawrotów w depresji.

W przypadku porównania podgrup klinicznych, wyodrębnionych ze względu na liczbę epizodów, nie stwierdza się między nimi różnic w zakresie obrazu świata czy procesu konstruowania. Interpretacja ta ma pewne ograniczenia bowiem do pierwszej podgrupy zakwalifikowano osoby z dwoma epizodami, a do drugiej z maksymalnie z 5 epizodami (przy czym w tej grupie przeważała liczba osób z 3 epizodami).

Płeć wśród osób z zaburzeniem depresyjnym nawracającym nie determinuje funkcjonowania poznawczego. Z uwagi na różnicę w zakresie liczebności (40 kobiet i 12 mężczyzn) wniosek ten nadal pozostaje w warstwie hipotetycznej.

Utrzymujący się dysonans poznawczo – emocjonalny, zmniejszona liczba konstruktów opisujących świat i ich przeważający emocjonalny charakter, przy dominującym emocjonalnym stylu radzenia sobie stanowią niebezpieczeństwo wystąpienia kolejnego nawrotu.

Analizując uzyskane wyniki w świetle oddziaływań terapeutycznych, wydaje się, że istotny jest wniosek pokazujący, że nie ma różnic w sposobie funkcjonowania poznawczego, w zakresie badanych elementów, pomiędzy grupami wyróżnionymi ze względu na obraz kliniczny, przebieg zaburzenia, czynniki wyzwalające czy płeć. Pokazuje to, że formy oddziaływań psychoterapeutycznych powinny koncentrować się na elementach poznawczych. Ważne jest przede wszystkim zmniejszenie niepokoju i niepewności, wynikających między innymi z możliwych nawrotów choroby, wprowadzenie elementów psychoedukacji celem przywrócenia poczucia kontroli nad swoim życiem i zmniejszenia poczucia niepewności. Zakładając udział osobowości w generowaniu stresu, wydaje się, że istotnym elementem jest pokazanie pacjentom ich udziału w tym procesie, poprzez odwoływanie się z jednej strony do tego, w jaki sposób konstruują swoją rzeczywistość, a z drugiej jakie sposoby radzenia sobie wybierają. Ważnym aspektem jest przeanalizowanie poznawczego mechanizmu kontrolującego występującego w okresie remisji.

Podsumowując, w odróżnieniu od osób zdrowych, u pacjentów z depresją nawracającą przeważa emocjonalny i niespójne widzenia świata, a jednocześnie ograniczone i mniej zróżnicowane konstruowanie. Zarówno widzenie świata jak i sposób konstruowania nie wiążą się z emocjonalnym stylem radzenia sobie – dyspozycją osobowościową, ale prawdopodobnie wiążą się z emocjonalnymi strategiami radzenia sobie, konkretnymi działaniami, podejmowanymi w obliczu zdarzeń trudnych. Emocjonalny styl radzenia sobie powoduje trudności z konstruktywnym poradeniem sobie ze stresem. U podłoża zarówno poznawczego funkcjonowania jak i emocjonalnego stylu leży cecha osobowości - neurotyzm. Ta dyspozycja rozumiana jest jako personalna predyspozycja do zachorowania na depresję.

7.3. Wnioski końcowe

1. W czasie trwania epizodu depresji negatywny obraz świata (obraz „Ja”) i schematyczne widzenie „Innych” przez pacjentów z depresją nawracającą w okresie remisji ulegają zmianie, zbliżając się do stwierdzanych u osób zdrowych.
2. Odmienne od osób zdrowych konstruowanie świata w czasie epizodu depresji, wyrażające się mniejszą liczbą konstruktów opisujących świat, częstszym stosowaniem konstruktów emocjonalnych, oraz cechami dysonansu poznawczo – emocjonalnego, utrzymuje się w okresie remisji.
3. Obraz świata i proces jego konstruowania przez osoby z zaburzeniem depresyjnym nawracającym nie wiąże się w istotny sposób z obrazem klinicznym epizodu depresji, przebiegiem zaburzenia i płcią.
4. Charakterystyczny dla osób z zaburzeniem depresyjnym nawracającym emocjonalny styl radzenia sobie ze stresem nie wykazuje istotnego związku z wymienionymi powyżej sposobami konstruowania świata i jego cechami.
5. Neurotyzm wydaje się być czynnikiem warunkującym zarówno sposób konstruowania obrazu świata, jak i wybór emocjonalnych strategii radzenia sobie przez osoby z zaburzeniem depresyjnym nawracającym.

8. STRESZCZENIE

Patogeneza depresji ma charakter wieloczynnikowy (czynniki biologiczne, środowiskowe i psychologiczne). Złożoność jej mechanizmu patogenetycznego najlepiej przedstawia hipoteza predyspozycji – stres. Modele poznawcze depresji opisują mechanizmy psychologiczne, które wraz z czynnikami biologicznymi prowadzą do ujawnienia się i utrzymywania epizodów depresji. Zakładają one, że sposób konstruowania obrazu świata (widzenie siebie i „Innych”) przez pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi jest odmienny od osób zdrowych, podtrzymuje objawy choroby i w pewnym stopniu utrzymuje się w okresie remisji. Obraz świata odgrywa rolę w procesie nadawania znaczenia stresorom. Dysfunkcje w tym zakresie powodują, że sytuacja postrzegana jest jako pozostająca poza kontrolą, co prowadzi do wyboru niewłaściwych strategii radzenia sobie ze stresem. Dochodzi do sytuacji stresu przewlekłego (distresu) i wystąpienia depresji, a następnie jej utrzymywania się. Wybór niewłaściwych strategii radzenia sobie ze stresem wydają się zależeć od zbyt ograniczonych w tym zakresie możliwości jednostki, a mianowicie emocjonalnego stylu radzenia sobie. Prawdopodobnie u podłoża dysfunkcyjnego spostrzegania i konstruowania świata, jak i stylu emocjonalnego leży predyspozycja psychiczna – neurotyzm.

Głównym celem niniejszego badania był opis obrazu świata (obrazu „Ja” i obrazu „Innych”) i sposobu jego konstruowania przez pacjentów cierpiących na zaburzenia depresyjne nawracające w porównaniu z osobami zdrowymi, jak i pacjentami w okresie remisji. Określenie związku pomiędzy parametrami opisującymi obraz świata i sposób jego konstruowania a stylem radzenia sobie w sytuacjach trudnych oraz cechami temperamentalnymi.

Grupa kliniczna liczyła 52 pacjentów, z aktualnym rozpoznaniem – epizod depresji umiarkowany w przebiegu zaburzeń depresyjnych nawracających (ICD-10, F33.1), rekrutowanych z Kliniki Chorób Psychiczych i Zaburzeń Nerwicowych Akademii Medycznej w Gdańsku. 13 pacjentów, z tej grupy klinicznej, zostało zbadanych ponownie, w okresie ustąpienia objawów klinicznych (grupa remisji). Grupę kontrolną stanowiło 50 osób z populacji ogólnej.

Procedura badawcza opierała się na wywiadzie klinicznym, dwóch metodach kwestionariuszowych: polskiej adaptacji CISS i polskiej wersji EPQ oraz metody eksperymentalnej - Repertory Test.

Do przeprowadzenia analiz statystycznych wykorzystano pakiet statystyczny Statistica 7. Analiza czynnikowa i analiza skupień wykorzystana została do opisu parametrów wyodrębnionych w metodzie Rep Test. W celu porównania grup wykorzystano testy nieparametryczne: Test U Manna – Whitneya oraz Test Wilcozona. Do poznania relacji pomiędzy wyodrębnionymi parametrami w poszczególnych grupach zastosowano korelację rang Spearmana.

Na podstawie analizy wyników uzyskano następujące wnioski.

Pacjenci z zaburzeniem depresyjnym nawracającym charakteryzują się mniejszą aktywnością poznawczą i mają uboższy repertuar środków do opisu świata. Konstruują świat w sposób emocjonalny. W ich obrazie świata zaznacza się większy dysonans poznawczo – emocjonalny, bowiem do opisu siebie i „Innych” używają sprzecznych pod względem znaczenia emocjonalnego biegunów konstruktów.

Pacjenci z zaburzeniem depresyjnym nawracającym charakteryzują się niską samooceną, postrzegają siebie w sposób negatywny i odmienny od „Innych”. To widzenie ulega poprawie w okresie remisji.

Charakterystyczny dla tej grupy chorych wysoki poziom neurotyzmu i emocjonalny styl radzenia sobie ze stresem utrzymuje się w okresie remisji.

Neurotyzm jest cechą warunkującą obraz świata i sposób jego konstruowania, a także emocjonalny styl radzenia sobie.

Utrzymujące się w remisji dysfunkcjonalne funkcjonowanie poznawcze (uboższe i emocjonalne widzenie świata, dysonans poznawczo-emocjonalny w konstruowanym obrazie świata), emocjonalny styl radzenia sobie ze stresem oraz wysoki poziom neurotyzmu wydają się być czynnikami podatności wystąpienia kolejnego epizodu depresji.

9. SUMMARY

The pathogenesis of depression is multifactorial (it involves biological, environmental and psychological factors). The complexity of its pathogenetical mechanism is comprehensively described by the predisposition – stress hypothesis. The cognitive models of depression refer to psychological mechanisms which together with the biological factors cause the appearance and persistence of depressive episodes. According to these models, patients suffering from recurrent depression create their structure of the world (the way of perceiving themselves and others) in specific way, which supports the symptoms. This characteristic way of building the structure of the world plays an important role in the process of ascribing significance to stressors. Disturbances concerning this process cause perceiving the situation as being beyond control what subsequently leads to choosing dysfunctional strategies of coping with stress. This dysfunction causes chronic stress (distress) and depression, furthermore it supports depressive symptoms. Choosing the dysfunctional strategy of coping with stress seems to depend on limited capabilities of a person in this area, that is emotional style of coping. What presumably underlies the dysfunctional way of perceiving and creating the structure of the world as well as the emotional style is the psychic predisposition – neuroticism.

The main objective of this study was to describe the structure of the world (the way of perceiving “self” and “others”) and the way of creating it by the patients suffering from recurrent depression in comparison to healthy control and to patients in remission. Determining the relationship between parameters describing the structure of the world, the way of creating it and the style of coping with difficult situations as well as temperamental features.

The clinical group included 52 patients with an episode of moderate depression in course of recurrent depressive disorder (ICD-10, F33.1). the patients were recruited from The Department of Psychiatry of Medical University of Gdansk. 13 of them were examined after the symptoms resolved (remission group). The control group included 50 subjects from the general population.

The research procedure was based on clinical interview, two questionnaire methods: Polish adaptation of CISS, Polish version of EPQ as well as the experimental method – Repertory Test.

For statistical analyses Statistica package 7 was applied. Factorial and cluster analysis were used to describe parameters derived from Rep Test. Nonparametric tests: Mann-Whitney test (U) and Wilcoxon Test were applied in order to compare examined groups. Spearman's rank correlation was used to describe relations between distinguished parameters in particular groups.

The analysis of results leads to following conclusions.

Characteristic for the patients with recurrent depressive disorder is lower cognitive activity and limited repertory of means for describing the world. They create their structure of the world in emotional way. Their structure of the world is characterized by greater cognitive – emotional dissonance, since they use contradictory, in terms of emotions, poles of constructs for describing themselves and others.

Patients suffering from recurrent depression have low self-esteem, because they perceive themselves in negative way and as different from “others”, This manner of perceiving improves in remission phase.

Considerably high level of neuroticism and the emotional style of coping with stress, characteristic for this group, is present also in remission.

Neuroticism is the feature which determines the structure of the world, the way of creating it and the emotional style of coping.

Cognitive dysfunction maintained in the remission phase (poor and emotional way of perceiving the world, cognitive – emotional dissonance in created structure of the world), the emotional style of coping with stress and high level of neuroticism seem to be the susceptibility factors for subsequent depressive episode.

10. PIŚMIENNICTWO

Abramson L., Y., Metalsky G. I., Alloy L., B., (1989), Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychol Rev*, 96, 358–372.

Adams-Webber J., R., (2003), Cognitive Complexity and Confidence In Evaluating Self. *Journal of Constructivist Psychology*, 16, 273-279.

Andersen S., M., Spielman L., A., Bargh J., A., (1992), Future – event schemas and certainty about the future: Automaticity in depressives future-event predictions. *J Pers Soc Psychol*, 63, 711-723.

Andersen S., M., (1990), The inevitability of future suffering: The role of depressive predicitive certainty in depression. *Soc Cogn*, 8, 203-228.

Aronson E., Wilson T., D., Akert R., M., (1997), *Psychologia społeczna. Serce i umysł*. Poznań, Wydawnictwo Zysk i S-ka.

Ashworth C., M., Blackburn I., M., McPherson F., M., (1982), The performance of depressed and manic patients on some repertory grid measure: A cross-sectional study. *Br J Med Psychol.*, 55, 247-255.

Bannister D., Mair J., M., M., (1968), *The Evaluation of Personal Constructs*. London and New York, Academic Press.

Bale T., L., (2006), Stress sensitivity and the development of affective disorders. *Horm Behav*, 50, 529-533.

Beail N., (1983), Equivalence of grid forms: A case of report. *Br J Med Psychol*, 57, 193-195.

Benedysiuk E., Tartas M., (2006), Mechanizmy radzenia sobie ze stresem w depresji. *Ann Acad Med. Gedan*, 36, 9-19.

Bieri J., Atkins A., L., Briar S., Learman R., L., Miller H., Tripoldi T., (1966), *Clinical and Social Judgment: The Discrimination of Behavioural Information*. New York, Wiley.

Birley A., J., Gillespie N., A., Heath A., C., Sullivan P., F., Boomsma D., I., Martin N., G., (2006), Heritability and nineteen-year stability of long and short EPQ-R, Neuroticism scales. *Personality and Individual Differences*, 40, 737-747.

Blackburn I., M., Smith P., (1985), A test of cognitive vulnerability in individuals prone to depression. *Br J Clin Psychol*, 24, 61-62.

Blackburn I. M. Jones S., Lewin R J. P (1986), Cognitive style in depression: *Br J Clin Psychol*, 24, 241-251.

Bocketing C., L., H., Spinhoven P., Koeter M., W., J., Wouters L., F., Schene A., H., (2006), Prediction of Recurrence in Recurrent Depression and the Influence of Consecutive Episodes on Vulnerability for Depression: A 2-year Prospective Study *J Clin Psychiatry*, 67, 5,747-755.

Böker H., Hell D., Budischewski K., Eppel A., Härtling F., Rinnert H., von Schmeling F., Will H., Schoeneich F., Northoff G., (2000), Personality and object relations in patients with affective disorders: idiographic research by means of the repertory grid technique. *J Affect Disord*, 60,1,53-59.

Bothwell R., Scott J., (1977), The influence of cognitive variables on recovery in depressed inpatients. *J Affect Disord*, 43, 207-212.

Bower G., H., (1981), Mood and memory, *Am Psychol*, 36, 129-148.

Butler A., C., Chapman J., E., Forman E. M., Beck A., T. (2006). The empirical status of cognitive - behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*, 26, 1, 17-31.

Butler, G., Mathews A., (1983), Cognitive processes in anxiety. *Adv Behav Res Ther*, 5, 51-62.

Chambers W., V., Trinh M., V., Parsley L., (1986), Depression and logical consistency of personal constructs. *Soc Pers Res*, 14, 2, 203-206.

Clark D., M., Teasdale J., D. (1982), Diurnal variation in clinical depression and accessibility of memories of positive and negative experiences. *J Abnorm Psychol*, 91, 87-95.

Cohan S., L., Jang K., L., Stein M., B., (2006), Confirmatory Factor Analysis of a Short Form of The Coping Inventory for Stressful Situations. *J Clin Psychol*, 62, 273-283.

Coryell W., Winokur G., Shea T., Maser J., D., Endicott J., Akiskal H., S., (1994), Long-term stability of depressive subtypes. *Am J Psychiatry*, 151, 199-204.

Coyen J., C., Gotlib J., H., (1983), The role of cognition in depression. A critical appraisal. *Psychol Bull*, 94, 472-505.

Cromwell R., L., Spaulding W., D., A., (1979), A microprocesor – based psychopathology laboratory: Why bother? *Behaviour Research Methods Instruments* 11, 241-242.

Davies T., Craig T., K., J., (1999), (red.), *ABC zdrowia psychicznego*. Gdańsk: Medical Press.

Dent J., Teasdale J., D., (1988), Negative cognition and the persistence of depression. *J Abnorm Psychol*, 97, 29-34.

Doyle Ch., Slaven G., (2004), Związek między negatywną afektywnością a niekorzystnymi reakcjami na stresory [w]: Strealu J., (red.), *Osobowość a ekstremalny stres*. Gdańsk: GWP, 141-166.

Dudek D., (2001), Stres a depresja – ujęcie psychologiczne. Dyskusje o depresji, 17, 6-7.

Ellis A., (1987), A sadly neglected cognitive element in depression: A reply to Ellis. *Cogn Ther Res*, 11, 1, 147-151.

Endler N., S., Parker J., D., A., (1990), Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *J Pers Soc Psychol*, 58, 844-854.

Endler N., S., Parker J., D., A., (1992), Interactionism revisited : reflections on the continuing crisis in the personality area. *Eur J Pers*, 6, 177-198.

Epting F., R., Neimeyer R., A., (1984), *Personal Meanings of Death. "Application of Personal Construct Theory to Clinical Practice"* Levittown: Taylor & Francis Group.

Eysenck H., J., (1990), Genetic and Environmental Contributions to Individual Differences: The Three Major Dimension of Personality. *J Pers*, 58,1, 245-261.

Fava M., Bless E., Otto M., W., Pava J., A., Rosenbaum J., F., (1994), Dysfunctional attitudes in major depression. Changes with pharmacotherapy. *J Nev Ment Dis*, 182 (1), 45-49.

Folkman S., Lazarus R., S., (1980), An analysis of coping in a middle-aged community sample. *J Health Soc Behav*, 21, 219-239.

Fransella F., Bannister D., (1977), *A Manual for Repertory Grid Technique*. London, New York, san Francisco: Academic Press.

Gara M., A. Woolfolk R., L., Cohen B., D., Goldston R., B., Allen, L., A, Novolany, J., (1993), The perception of self and other in major depression. *J Abnorm Psychol*, 102, 93-100.

Gotlib I. H., Krasnoperova, E., (1998), Biased information processing as a vulnerability factor for depression. *Behav Ther*, 29, 603–617.

Haaga D., Dyck M., Ernst D., (1991), Empirical status of cognitive therapy of depression. *Psychol Bull*, 110, 215-236.

Haffel G., J., Abramson L., Y., Voelz Z., R., Metalsky G., I., Halberstadt L., Dykman B., M., Donovan P., Hogan M., E., Hankin B., L., Alloy L., B., (2005), Negative cognitive styles, dysfunctional attitudes, and the remitted depression paradigm: a search for the elusive cognitive vulnerability to depression factor among remitted depressives. *Emotion*, 5, 3, 343-348.

Haefel G., J., Abramson L., Y., Brazy, P., Shah J., Teachman B., Nosek B., (2007), Explicit and implicit cognition: A preliminary test of a dual-process theory of cognitive vulnerability. *Behav Res Ther*, 45, 1155-1167.

Hamilton E. W., Abramson L., Y., (1983), Cognitive patterns and major depressive disorder: A longitudinal study in a hospital setting. *J Abnorm Psychol*, 92, 173- 184.

Hammen C., (1991), Generation of stress In the course of unipolar depression. *J Abnorm Psychol*, 100, 555-561.

Hammen C., (2006). *Depresja. modele kliniczne i terapeutyczne*. Gdańsk, GWP.

Heszen – Niejodek I., (2004), Styl radzenia sobie ze stresem jako indywidualna zmienna wpływająca na funkcjonowanie w sytuacji stresowej. [w:], Strealu J., (red), *Osobowość a ekstremalny stres*. Gdańsk: GWP, 238-263.

Hewstone M., Hooper D., Miller K., (1981), Psychological Change in Neurotic Depression: A Repertory grid and Personal Construct Theory Approach. *Br J Psychiatry*, 139, 47-51.

Higgins, E., T. (1996) the „Self-digest”: Self-knowledge serving self-regulatory functions. *J Pers Soc Psychol*, 71, 1062-1083.

Holahan Ch., J., Moos R., H., Holahan C., K., Brennan P., L., Shutte K., K., (2005), Stress Generation, Avoidance Coping, and Depressive Symptoms: A 10-Year Model. *J Consult Clin Psychol*, 73(4), 658-666.

Ingram R., E., Slater M., A., Atkinson J., H., Scott W., (1990), Positive automatic cognition in major affective disorder. *Psychological Assessment. J Consult Clin Psychol*, 2, 209-211.

Jankowicz A., D., (1987). Whatever Became of George Kelly?. *Applications and Implications. Am Psychol*, 82,5, 481-487.

Keller M., B., Klerman G., L., Lavori P., W., Fawcett J., A., Coryell W., Endicott J., (1982), Treatment received by depressed patients. *J Am Med Assoc*, 248, 1848-1855.

Kelly G., A., (2005), *The Psychology of Personal Constructs, Volume one: Theory and personality*. London and New York: Routledge Taylor & Francis Group.

Kendler K., S., Kessler R., C., Neale M., C., Heath A., C., Eaves L., J., (1995), The prediction of major depression in women: Toward an integrated etiologic model. *Am J Psychiatry*, 150, 1139-1148.

Kendler K., S., Gardner C., O., Prescott C., A., (2003), Personality and the experience of environmental adversity. *Psychol Med.*, 33, 7, 1193-202.

Kendler K., S., Kuhn J., W., Vittum J., Prescott C., A., Riley B., (2005), The interaction of stressful life events and a serotonin transporter polymorphism in the prediction of episodes of major depression: A replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 5, 529-535.

Klonowicz, T. Cieślak R. (2004), Neurotyczność i radzenie sobie ze stresem w sytuacji zagrożenia, [w:] Strealu J., (red), Osobowość a ekstremalny stres. Gdańsk: GWP, 281-296.

Kuiper N., A., Derry P., A., (1982), Depressed and nondepressed content self-reference in mild depressives. *J Pers*, 50,1, 67-80.

Lam, D., Smith, N., Checkley S., Rijdsdijk F., Sham P., (2003), Effect of neuroticism, response style and information processing on depression severity in a clinically depressed sample. *Psychol Med*, 33, 3, 469-479.

Landowski J., (2001a), Depresja jako przewlekły stres. *Dyskusje o Depresji*, 17, 2-6.

Landowski J., (2001b), Zespoły depresyjne – przewlekła aktywacja układu stresu., [w:] Dudek D., Zięba A., (red.), *Depresja w chorobie niedokrwiennej*, Kraków, Biblioteka Psychiatrii Polskiej, 25-35.

Landowski J., (2003). Stres a zaburzenia psychiczne. *Przew Lek*, 6,3, 80-85.

Landowski J., Rudnik E., (2005), Depresja atypowa. *Psychiatria*, 2, 3, 154-160.

Lawrence G., S., Rue L., C. (1980), Personal Construct among Depressed Patients. *J Nerv Ment Dis* , 168, N.3, 150-158.

Luxton D., D., Ingram R., E., Wenzlaff R., M., (2006), Uncertain self-esteem and future thinking in depression vulnerability. *J Soc Clin Psychol*, 25 (8), 840-854.

Luxton D., D., Wenzlaff R., M., (2005), Self-esteem uncertainty and depression vulnerability. *Cognition Emotion*, 19, 4, 611–622.

Markus H., (1977), Self-schemata and processing information about the self. *J Pers Soc Psychol*, 35, 63-78.

McDonald M., R., Kuiper N., A., Olinger L., J., (1985), Vulnerability to depression, mild depression, and degree of self-schema consolidation. *Motivation Emotion*, 9,4, 369-379.

McWilliams L., A., Cox B., J., Enns M., W., (2003), Use of the Coping Inventory for Stressful Situations in a clinically depressed sample: factor structure, personality correlates, and prediction of distress. *J Clin Psychol.*, 59, 1371–1385.

MacLeod A., K., Williams J., M., G., (1991), Moderate levels of chronic mood disturbance are associated with increased cognitive complexity about the self. *Br J Med Psychol*, 64, 179-188.

Mogg K., Bradbury K., E., Bradley B., P., (2006), Interpretation of ambiguous information in clinical depression. *Behav Res Ther*, 44, 1411-1419.

Monroe S., M., Simons A., D., (1991), Diathesis –stress theories in the context of life – stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychol Bull*, 110, 406-425.

Munafò M., R., Clark T., G., Roberts K., H., Johnstone E., C., (2006), Neuroticism Mediates the Association of the Serotonin Transporter Gene with Lifetime Major Depression *Neuropsychobiology*, 53,1-8.

Neimeyer G., J., Tolliver R., (2002), The effects of construct examples on the content and structure of personal construct systems. *Journal of Constructivist Psychology*, 15,127–138.

Neimeyer, G., J., Bosman, J., Z., Saferstein J., (2005), The effects of elicitation techniques on Repertory Grid outcomes: difference, opposite, and contrast methods. *Journal of Constructivist psychology*, 18, 237-252.

Ohrt T., Thorell L., H., Sjodin I., d’Elia G., (1998), Are dysfunctional attitudes in depressive disorder trait or state dependent? *Act Psychiatr Scand* , 97,4, 419-422.

Oleś P., K., (2005), Wprowadzenie do psychologii osobowości. Warszawa Wydawnictwo Naukowe „Scholar”.

Oliver J., M., Klocek J., Wells A. (1995). Depressed and anxious moods mediate relations among perceived socialization, self-focused attention and dysfunctional attitudes, *Journal Of Clinical Psychology*, 51, 726-739.

Parker J., D., Endler N., S., (1992), Coping with coping assessment: a critical review. *Eur J Pers*, 6, 321-344.

Parslow A., Christensen H., Griffiths K., M., Groves Ch., (2006), The Warpy Thoughts Scale: a New 20-Item Instrument to Measure Dysfunctional Attitudes. *Cognitive Behaviour Therapy* 35,2, 106-116.

Peselow E., D., Robins C., Block P., Barouche, F., Fieve, R., R., (1990), Dysfunctional attitudes in depressed patients before and after clinical treatment and in normal control subjects. *Am J Psychiatry*, 147, 439 – 444.

Power M., J., Duggan C., F., Lee A. S., Murray R., M. (1995), Dysfunctional attitudes in depressed and recovered depressed patients and their first-degree relatives. *Psychol Med*, 25 (1), 87-93.

Pużyński S., (1998), Choroby afektywne. [w:] Bilikiewicz A. (red.), (1998), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 267-282.

Pużyński S., Wciórka J., (1993), Klasyfikacja Zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Kraków-Warszawa Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.

Raskin J., D., (2001), The Modern, the Postmodern, and George Kelly's Personal Construct Psychology. *Am Psychol*, 56, 4, 368-370.

Rawlinson J., (1995), Some reflections on the use of repertory grid technique In studies of nurses and social workers . Journal of Advanced Nursing, 21, 334-339.

Roberts J., E., Monroe S., M., (1994), A multidimensional model of self-esteem in depression. Clinical Psychology Review, 14, 161-181.

Rowe D., (1971), Poor Prognosis in a Case of Depression as Predicted by the Repertory Grid. Br J Psychiatry, 118, 297-300.

Rowe D., (1978), Estimate of change in a depressive patients. Br J Psychiatry, 115, 1199-1200.

Rude S., S., Wenzlaff R., M., Gibbs B., Vane J., Whitney T., (2002), Negative processing biases predict subsequent depressive symptoms. Cognition Emotion, 16, 423-440.

Rybakowski J., (1995), Mechanizm patogenetyczny stresu w chorobach endogennych. Psychiatria Polska, XXIX, 2, 229-242.

Sanocki W., (1978), Kwestionariusze osobowości w psychologii. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe

Segal Z., V., Ingram R., E., (1994), Mood priming and construct activation in tests of cognitive vulnerability to unipolar depression. Clin Psychol Rev, 14, 663-695.

Segal Z., V., Kennedy S., Gemar M., Hood K., Pedersen R., Buis T. ,(2006), Cognitive Reactivity to Sad Mood Provocation and the Prediction of Depressive Relapse. Arch Gen Psychiatry, 63, 749-756.

Sheehan M., J., (1981), Constructs and conflict in depression. Br J Psychol, 72, 197-209.

Sheppard L., C., Teasdale J., D., (2004), How Does Dysfunctional Thinking Decrease During Recovery From Major Depression? *J Abnorm Psychol*, 113,1, 64-71.

Silverman J., S., Silverman J., A., Eardley D., A., (1984), Do maladaptive attitudes cause depression? *Arch Gen Psychiatry* 41, 28-30.

Solomon A., Haaga D., A., (2005). Teoria i terapia poznawcza depresji [w:] Beck A.,T., Reinecke M., A., Clark D., A. (red.), (2005), *Psychoterapia poznawcza w teorii i praktyce*. Gdańsk: GWP, str. 25-47.

Space L., G., Cromwell R., L., (1980), Personal constructs among depressed patients. *J Nerv Ment Dis*, 168, 3, 150-158.

Strelau J., (2000), (red.), *Psychologia tom1. Podręcznik akademicki*. Gdańsk, GWP.

Strelau J., Zawadzki B., Oniszczenko W., Sobolewski A., Pawłowski P., (2004), Temperament i style radzenia sobie ze stresem jako moderatory zespołu stresowego pourazowego w następstwie przeżytej katastrofy. [w:] Strelau J., (red), *Osobowość a ekstremalny stres*. Gdańsk, GWP, 48-64.

Swann W., B., (1987), Identity negotiation: When two roads meet. *J Pers Soc Psychol*, 53, 1038-1051.

Szczepaniak P., Strelau J., Wrześniewski K., (1996), Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera. *Przeg Psychol*, 1,187-210.

Teasdale J., D., (1983), Change in cognition during depression – psychopathological implications: discussion paper. *J Roc Soc Med*,76,12,1038-1044.

Teasdale J., D., Taylor R., (1981), Induced mood and accessibility of memories: An effect of mood state or of induction procedure, *Br J ClinPsychol*, 20,1, 39-48.

Tomczak – Witych A., (2006), Strategie pacjentek depresyjnych radzenia sobie ze stresem. *Psychiatr Pol*, 40,3,491-502.

Uehara T., Sakado K., Sakado M., Sato T., Someya T., (1999), Relationship between Stress Coping and Personalisty In Patients with Major Depressive Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68, 26-30.

Walker B., M., Winter D., A., (2007), The Elaboration of Personal Construct Theory. *Ann Rev Psychol*, 58, 453-477.

Wang C., E, Brennen T., Holte A., (2006), Automatic and Effortful Processing of Self-Statements in Depression. *Cogn Behav Ther*, 35, 2, 117–124.

Wasilewski D., Puzyński S., (2001), Ogólnopolska kampania informacyjna. Lecz depresję. Depresja jest chorobą. Lecz depresję. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej*, 1,1, 19-24.

Wenzlaff R., M., Bates D., E., (1998), Unmasking a cognitive vulnerability to depression: how lapses in mental control reveal depressive thinking. *J Pers Soc Psychol*, 75, 75, 1559-1571.

Wenzlaff R., M., Rude S., S., West L., M., (2002), Cognitive vulnerability to depression: The role of thought suppression: Attentional bias and depression risk. *Cognition Emotion*, 16, 533-548.

Woehr D., J., Miller M., J., Lane J., A., S., (1997), The development and evaluation of a computer-administered measure of cognitive complexity. *Personality and Individual Differences* 25, 1037-1049.

Woolfolk R., L., Novalany J., Gara M., A., Allen L., A., Polino M., (1995), Self-complexity, self-evaluation, and depression: an examination of form and content within the self-schema, *J Pers Soc Psychol*, 68, 6, 1108-1120.

Woolfolk R., L., Gara M., A., Ambrose T., K., Williams J., E., Allen L., A., Sherri L, I., Beaver J., D., (1999), Self – Complexity and the Persistence of Depression. *J Nerv Ment Dis*, 187, 393-399.

Woolfolk R., Gara M., A., Lesley A., A., Beaver J., D., (2004), Self-complexity: an assessment of construct validity. *J Soc Clin Psychol*, 23,4, 463-469.

Wray N., R., Birley A., J., Sullivan P.,F., Visscher P.,M., Martin N., G., (2007), Genetic and phenotypic stability of measures of neuroticism over 22 years. *Twin Research & Human Genetics*, 10,5, 695- 702.

Young M., A., Fogg L., F., Scheftner W., Fawcett J., Akiskal H, Maser J., (1996), Stable trait components of hopelessness: Baseline and sensitive depression. *J Abnorm Psychol*, 105, 155-165.

Zuroff, D., C., Blatt S., J., Sanislow C., A., Bondi C., M., Pilkonis P., A., (1999), Vulnerability to depression: Reexamining state dependence and relative stability. *J Abnorm Psychol*, 108, 76 -89.

11. ZAŁĄCZNIKI

11.1. Załącznik nr 1

Personal Construct Psychology (PCP), jeden fundamentalny postulat i 11 założeń (corollaries) według Georga Kelly'ego (Kelly, 1955, 2005).

Podstawowy postulat brzmi: procesy psychologiczne (poznawcze) jednostki przebiegają po drogach wyznaczonych przez sposób, w jaki ona antycypuje zdarzenia.

1. Założenie dotyczące tworzenia konstruktów – osoba antycypuje zdarzenia przez tworzenie ich odzwierciedleń. W ten sposób tworzy system konstruktów. Tworzenie oznacza dawanie interpretacji.
2. Założenie dotyczące indywidualizacji – osoby różnią się między sobą swoimi konstrukcjami wydarzeń.
3. Założenie dotyczące organizacji – każdy posiada charakterystyczny dla siebie system konstruktów zawierający uporządkowane relacje pomiędzy konstruktami, w celu polepszenia antycypowania zjawisk. Różne konstrukty mogą powodować niewspółbrzmiające przewidywania, co jest wtedy podstawą konfliktu.
4. Założenie o dychotomizacji - system konstruktów jest utworzony ze skończonej liczby dychotomicznych konstruktów.
5. Założenie dotyczące wyboru - osoba wybiera z dychotomicznych konstruktów ten, który pozwala jej lepiej przewidywać antycypowane zdarzenia. W ten sposób zwiększa możliwość poszerzenia i definiowania własnego systemu. Wybór polega na odwołaniu się do jednego z biegunów dychotomicznych konstruktów. Konstrukty zbudowane są na skalach. Stąd możliwe jest stopniowanie danego określenia.
6. Założenie dotyczące zakresu konstruktów – konstrukt jest dostosowany do określonego zakresu zdarzeń.
7. Założenie dotyczące doświadczenia – system konstruktów osoby zmienia się wraz z tym, jak osoba sukcesywnie tworzy odzwierciedlenia wydarzeń. Osoba tworzy nowe przekonanie po tym, jak spotka ją nagle, niespodziewane

zdarzenie. Przekonanie na temat wydarzenia jest hipotezą, którą weryfikuje w obliczu wydarzeń.

8. Założenie dotyczące zmienności - zmienność systemu konstruktów jest ograniczona liczbą przepuszczalnych konstruktów wewnątrz zakresu stosowalności. System może ulegać zmianie, w zależności od posiadanych przepuszczalnych kontraktów. dotyczące fragmentaryzmu – osoba może stosować zróżnicowane przekonania należące do subsytemów, które są niezgodne między sobą.
9. Założenie dotyczące fragmentaryzmu – osoba może stosować zróżnicowane przekonania należące do subsytemów, które są niezgodne między sobą.
10. Założenie dotyczące podobieństwa między osobami – w takim zakresie, w jakim osoba stosuje przekonania, które są podobne do stosowanych przez inną osobę, to w takim zakresie procesy psychologiczne tych osób są podobne.
11. Założenie dotyczące roli społecznej – w takim stopniu, w jakim osoba zawiera w swoim systemie konstruktów, system konstruktów innej osoby, może ona odgrywać rolę społeczną w odniesieniu do tej osoby (Kelly, 1955, str 32-73).

11.2. Załącznik nr 2

Lista osób znaczących (Role Title List) według Role Construct Repertory Test Georga Kelly'ego (Kelly, 1955, 2005).

Instrukcja: Tutaj jest kilka tytułów, określonych osób, które pełnią rolę w twoim życiu. Zadaniem twoim jest podanie imienia, lub innego określenia, które najlepiej pasuje do tego określenia

1. Ja
2. Matka (lub osoba pełniąca jej rolę)
3. Ojciec (lub osoba pełniąca jego rolę)
4. Brat najbliższy wiekiem, jeśli nie masz brata, może to być osoba, o zbliżonym wieku do Ciebie, którą traktowałeś/aś w dzieciństwie (w okresie szkoły podstawowej) jak brata
5. Siostra najbliższa wiekiem, jeśli nie masz siostry, może to być osoba, o zbliżonym wieku do Ciebie, którą traktowałeś/aś w dzieciństwie (w okresie szkoły podstawowej) jak siostrę.
6. Żona/mąż lub partnerka/partner
7. Była partnerka/partner
8. Najbliższy przyjaciel, tej samej płci, co ty
9. Dawny bliski przyjaciel, tej samej płci, na którym się zawiodłeś
10. Ksiądz, (z którym możesz porozmawiać na temat religii)
11. Lekarz
12. Sąsiad, którego najlepiej znasz
13. Osoba odrzucająca, z którą masz bliski kontakt, a która wydaje Ci się, że Cię nie lubi z jakiś, niezrozumiałych dla Ciebie powodów
14. Osoba potrzebująca, która wydaje Ci się, że najbardziej potrzebuje pomocy, której najbardziej Ci żal
15. Osoba zagrażająca, w towarzystwie, której czujesz się najbardziej niekomfortowo
16. Osoba atrakcyjna, którą ostatnio poznałeś/aś i którą chciałbyś/abyś poznać lepiej
17. Nauczyciel akceptujący,

18. Nauczyciel odrzucający,
19. Twój zwierzchnik (szef itp.), pod kierunkiem którego pracowałeś/aś w okresie dużego stresu
20. Osoba z sukcesem osobistym, którą znasz osobiście, która osiągnęła największy sukces
21. Osoba szczęśliwa, którą znasz osobiście, którą uważasz za szczęśliwą
22. Osoba moralna, którą znasz osobiście, którą postrzegasz jako zasady wysoce etyczną (moralną)

(Kelly, 1955, za: Fransella, Bannister, 1977, str.25)

11.3. Załącznik nr 3

The Minimum Context Card Form (Kelly, 1955, 2005).

1. Grupa wartości - Value Sort
Porównanie osoby szczęśliwej z osobami, która odniosła sukces i moralna
2. Grupa Autorytetów - Authority Sort
Porównanie dwóch nauczycieli i szefa
3. Grupa „Wartościowość” - Valency Sort
Osoba współczująca, odrzucająca, oraz osoba atrakcyjna
4. Grupa Intymna (Bliska) - Intimacy Sort
Porównanie obecnej partnerki, z przeszłą i przyjacielem
5. Grupa Rodzinna - Family Sort
Ojciec, matka i brat
6. Grupa Siostrzana - Sister Sort
Porównanie siostry, akceptowanego nauczyciela i osoby szczęśliwej
7. Matczyna Grupa - Mother Sort
Porównanie matki z osobą bliską, która zawiodła oraz z nauczycielem, który miał duży wpływ
8. Ojcowska Grupa - Father Sort
Porównanie ojca z szefem i osobą, która odniosła sukces
9. Bratnia Grupa - Brother Sort
Porównanie brata z osobą odrzucającą, i odrzucającym nauczycielem,
10. Siostrzana Grupa - Sister Sort
Porównanie jej z osobą odrzucającą i odrzucającym nauczycielem.
11. Życzliwa Grupa – Kindliness Sort
Porównanie siostry z osobą etyczną i potrzebującą naszej opieki
12. Wroga Grupa – Threat Sort
Porównanie brata z osobą zagrażającą i z byłym partnerem
13. Małżeńska Grupa - Spouse Sort
Porównanie małżonka z zagrażającą i szczęśliwą osobą
14. Bliska Grupa - Mating Sort I
Porównanie matki z małżonkiem i byłym partnerem
15. Bliska Grupa II - Mating Sort II

- Porównanie ojca z małżonkiem i byłym partnerem
16. Koleżeńska Grupa - Companionship Sort
Porównanie kolegi, byłego małżonka i ex-partnera
17. Grupa Rodzeństwo - Sibiling Sort
Porównanie siebie z bratem i siostrą
18. Grupa Osiągnięć - Achievement Sort
Porównanie szefa z osobą, która odniosła sukces, oraz z osobą moralną,
19. Rodzicielska Grupa - Parental Preference Sort
Porównanie matki, z ojcem i osobą zagrażającą
20. Grupa Potrzeb - Need Sort
Porównanie siebie z osobą atrakcyjną i wymagającą pomocy
21. Grupa Kompensacyjna - Compensatory Sort
Porównanie siebie z osobą odrzucającą i wymagającą naszej pomocy
22. Grupa Tożsamość - Identification Sort
Porównanie siebie z małżonkiem i kolegą (Kelly, 1955, 2005, str.199-200)