

Tomasz Zając

STRUKTURA AGRESJI I KONTROLA EMOCJI

U OSÓB Z ROZPOZNANIEM DEPRESJI.

STRUCTURE OF AGGRESSION AND EMOTIONAL CONTROL

IN PATIENTS WITH DIAGNOSED DEPRESSION

Instytut Psychologii Uniwersytetu Jagiellońskiego

Kierownik: prof. dr hab. Władysław Łosiak

Streszczenie

Cel: Celem badania było przyjrzenie się różnicom pomiędzy grupą osób zmagających się z depresją (n1=30) a osobami zdrowymi, które nigdy nie korzystały z pomocy psychiatrycznej (n2=30) w zakresie: agresji, gniewu, stanowiącego jej emocjonalny komponent, wrogości oraz impulsywności. Dodatkowo dokonano analizy relacji pomiędzy intensywnością objawów depresyjnych a poszczególnymi formami agresji.

Metoda: Do oceny stopnia nasilenia symptomów depresji zastosowano Skalę Depresji Becka (BDI). Do pomiaru agresji fizycznej, agresji słownej, gniewu i wrogości użyto Kwestionariusza Agresji Arnolda H. Bussa i Marka Perry'ego w wersji Amity (BPAQ). Tendencje do reagowania w sposób impulsywny zweryfikowano przy pomocy Skali Kontroli Emocji autorstwa Maggie Watson i Stevena Greera (CECS).

Wyniki: Osoby zmagające się z zaburzeniami depresyjnymi uzyskały istotnie wyższe wyniki niż grupa kontrolna w skalach gniewu i wrogości BPAQ. Zaobserwowano ponadto znaczące dodatnie korelacje pomiędzy stopniem nasilenia symptomów depresyjnych a Gniewem i Wrogością. Nie odnotowano żadnych różnic pomiędzy przebadanymi grupami w zakresie skal Agresji Fizycznej i Agresji Słownej w BPAQ oraz Skali Kontroli Emocji.

Wnioski: Wyniki uzyskane w badaniu sugerują, że cechą charakterystyczną zaburzeń depresyjnych jest większe nasilenie emocji gniewu oraz postawy wrogości. Obserwacja ta wspiera najbardziej popularne psychologiczne koncepcje jednobiegunowej choroby afektywnej, zgodnie z którymi skuteczna terapia depresji wymaga pracy nad złością oraz nieprzystosowanymi sposobami myślenia.

Summary

Objectives: The aim of this study was to examine the differences between a group of people struggling with depression (n1=30) and healthy subjects, who had never used psychiatric help (n2=30), in such areas as: aggression, anger, which is aggression's emotional component, hostility, and impulsivity. In addition, an analysis of the relationship between the intensity of depressive symptoms and the various forms of aggression was performed.

Methods: To assess severity of depressive symptoms the Beck Depression Inventory (BDI) was used. To measure physical aggression, verbal aggression, anger and hostility the Amity version of Arnold Buss and Mark Perry's Aggression Questionnaire (BPAQ) was used. The tendency to react in an impulsive way was verified using the Cortlaud Emotional Control Scale by Maggie Watson and Steven Greer (CECS).

Results: Individuals struggling with depressive disorders obtained significantly higher scores than the control group in the scales of the BPAQ's anger and hostility. Additionally, there was a significant positive correlation between severity of depressive symptoms and Anger and Hostility. There were no differences between the groups which had been tested in terms of Physical Aggression and Verbal Aggression on the BPAQ and the Cortland Emotional Control Scale (CECS).

Conclusions: The results of the study suggest that the characteristic feature of depressive disorders is more intense emotion of anger and attitude of hostility. This observation supports the most popular psychological concepts of unipolar affective disorder, according to which effective therapy of depression requires work on anger and non-adaptive styles of thinking.

Słowa kluczowe: depresja, impulsywność, agresja, gniew, wrogość

Key words: depression, impulsivity, aggression, anger, hostility

Wstęp

Depresja jest terminem bardzo często stosowanym do potocznego definiowania smutku czy pogorszonego samopoczucia. W psychiatrii omawianego pojęcia używa się jednak do opisu stanu odznaczającego się długotrwałym obniżeniem nastroju i wymagającego interwencji medycznej oraz psychoterapii. Jest zespołem doświadczeń, które dotyczą nie tylko sfery afektywnej, ale także procesów poznawczych, zachowania oraz funkcjonowania w społeczeństwie [1, 2]. Aby móc zrozumieć relację pomiędzy depresją a agresją oraz impulsywnością należy wpięrw zdefiniować wspomniane zjawiska. Zgodnie z najbardziej popularną definicją, agresja jest działaniem, którego celem jest intencjonalne dostarczenie szkodliwych bodźców innym żywym istotom, które są zmotywowane do jej uniknięcia [3]. Impulsywność z kolei można zdefiniować jako dyspozycję temperamentalną bądź akt behawioralny, którego celem jest uzyskanie natychmiastowej satysfakcji, i który jest kontynuowany z niewystarczającym uwzględnieniem kontekstu sytuacyjnego oraz możliwych konsekwencji podjętych działań. Wśród innych cech typowych dla impulsywności wyróżnia się m.in. potrzebę natychmiastowego działania, niecierpliwość, niezdolność do powstrzymania się od aktywności, brak refleksji nad zachowaniem, trudności w konfrontowaniu jego rezultatów z przeszłymi doświadczeniami oraz brak kontroli nad zachowaniem [4].

Na związek pomiędzy patologicznym, długotrwałe obniżonym nastrojem, a agresją i jej emocjonalnymi oraz poznawczymi komponentami zwrócił już uwagę perski lekarz i filozof Abu Ali al Hussein ibn Sina, zwany Awicenną. Myśliciel uważał, że zaburzenie nastroju, określane mianem „melancholii” odznacza się m.in. podejrzliwością oraz „brzydkimi myślami”. Twierdził ponadto, że w sytuacji, w której wspomniany stan współwystępuje z rozdrażnieniem, napastliwością i złośliwością, powinien być utożsamiany z „manią” [5].

Pierwszą psychologiczną koncepcją, która podkreślała związek pomiędzy depresją, a agresją była teoria psychodynamiczna. Sigmund Freud, twórca psychoanalizy, twierdził, że w ludzkiej psychice, oprócz popędu życia – libido, znajduje się ponadto pragnienie śmierci – tanatos. Jego istotną pochodną jest popęd agresji, który zostaje ukierunkowany na innych ludzi z racji tego, że chęć życia powstrzymuje autodestrukcyjne skłonności jednostki [6]. Freud uważał, że depresja jest w rzeczywistości skutkiem skierowania swoich agresywnych impulsów na zinternalizowane reprezentacje ważnych osób. Przyczyn tej formy agresji należy doszukiwać się w nieświadomej chęci ukarania najbliższych. Zgodnie z psychodynamiczną koncepcją osobowości omawiane zaburzenie nastroju jest równoznaczne z postępującym rozpadem psychiki, ponieważ wiąże się z wycofaniem destruktywnych popędów z zewnętrznego świata i obarczeniem nimi własnego ego. Zdaniem Freuda, charakterystyczną cechą melancholii, która odróżniała ją od podobnie objawiającej się żałoby, jest obecność poczucia winy wiążącego się z ambiwalentnym stosunkiem do ludzi, których wewnętrzne reprezentacje zostały nieświadomie „zaatakowane”. Bardzo zbliżony pogląd postulował Karl Abraham, który zwracał uwagę, że typowym depresyjnym symptomem jest redukcja agresywności wobec innych ludzi, poczucie pustki oraz obecność silnego gniewu [7-9].

Inną ważną psychologiczną teorią depresji, która również uwydatnia związek pomiędzy agresją a patologicznie obniżonym nastrojem jest poznawcza koncepcja wyuczonej bezradności Martina E. P. Seligmana. Zgodnie z tym podejściem, wyuczona bezradność jest stanem bierności spowodowanym doświadczeniem braku wpływu na awersyjną stymulację, co zostało potwierdzone w badaniach przeprowadzonych na zwierzętach, a później zaobserwowane u ludzi w warunkach laboratoryjnych [10, 11]. Zdaniem Seligmana zasadniczą przyczyną wszelkich deficytów u osób zmagających się z depresją jest, podobnie jak w przypadku wyuczonej bezradności, przeświadczenie o tym, że nie mają kontroli nad biegiem wydarzeń. Wśród podobieństw pomiędzy bezradnością, a omawianym zaburzeniem nastroju badacz wymienił ponadto: redukcję zachowań agresywnych, nasilenie wrogości oraz deficyt serotoniny i norepinefryny w mózgu [12]. Spostrzeżenia te wydają się być po części spójne z wyjaśnieniem zaproponowanym przez przedstawicieli nurtu psychodynamicznego.

Wyniki badań nad neurobiologicznym podłożem depresji oraz agresji wskazują, że ich typową cechą jest zaburzenie układu serotoninowego. Istnieją solidne dowody eksperymentalne wspierające indolaminową koncepcję depresji. U osób zmagających się z nią zaobserwowano m.in. istotnie mniejsze stężenie metabolitów serotoniny w płynie mózgowo-rdzeniowym, zmniejszoną liczbę receptorów dla omawianego neuroprzekaźnika w korze przedczołowej, zredukowaną aktywność serotoniny w tkankach mózgowych, a także odnotowano skuteczność leków przeciwdepresyjnych z grupy SSRI [13]. Zbliżone

obserwacje poczyniono w przypadku badań nad zachowaniami agresywnymi i impulsywnymi. Zdecydowana większość tych doniesień potwierdza, że znamienny dla agresji oraz impulsywności jest deficyt serotoninowy, podobny do tego, który występuje przy długotrwałym patologicznie obniżonym nastroju [14]. Wspomniane dane skłaniają do przypuszczeń, że charakterystycznym symptomem depresji powinien być wzrost impulsywnej formy przejawianej agresji oraz niezdolność do kontroli emocji, ponieważ obydwie charakteryzują się podobnym mechanizmem neurobiologicznym.

Mathieu d'Acremont i Martial der Linden [15] opracowując normy dla francuskiej wersji narzędzia Cognitive Emotion Regulation Questionnaire zaobserwowali, że przystosowawcze strategie poznawczej regulacji emocji, takie jak pozytywne przewartościowanie czy akceptacja, były ujemnie skorelowane z nasileniem objawów depresyjnych i przejawami braku kontroli nad zachowaniem. Co więcej, dokładnie odwrotną prawidłowość odnotowano w przypadku niewłaściwych sposobów radzenia sobie z emocjami. Procedura nie uwzględniała jednak bezpośredniego związku pomiędzy impulsywnością a symptomami depresyjnymi.

Wyniki badania przeprowadzonego przez Emmanuelle Corruble'a, Amine Benyamina, Francka Bayle'a, Brunona Fallisarda i Patricka Hardy'ego [16] na pacjentach zmagających się z depresją wykazały, że impulsywność jest zależna od stopnia nasilenia objawów choroby. Zaobserwowano bowiem, że wraz z poprawą nastroju miała miejsce redukcja impulsywności behawioralnej i poznawczej oraz dochodziło do poprawy zdolności planowania.

Beata Dutczak [17] porównując grupę kliniczną z osobami zdrowymi w zakresie różnych form agresji przy użyciu kwestionariusza Nastroje i Humory Arnolda H. Bussa i Ann Durkee zauważyła, że pacjenci depresyjni odznaczali się znacząco wyższymi wynikami w skalach irytacji, urazy i poczucia winy przy jednoczesnej redukcji agresji słownej. Korelacje pomiędzy nasileniem symptomów depresji a intensywnością poszczególnych przejawów agresji wyróżnionych we wspomnianym narzędziu okazały się nieistotne statystycznie w grupie hospitalizowanych.

Przeprowadzono także badanie eksperymentalne przy użyciu behawioralnej procedury Point Subtraction Aggression Paradigm (PSAP), którego celem był m.in. pomiar relacji pomiędzy stopniem dokuczliwości symptomów depresyjnych mierzonych przy pomocy Skali Depresji Becka, a częstotliwością działań o charakterze odwetowym w odpowiedzi na prowokację u osób zdrowych. Badani byli przeświadczeni, że biorą udział w grze komputerowej, w której rywalizują z inną osobą o pieniądze, co nie było prawdą. W losowych odstępach czasu program „odejmował” uczestnikom uzyskane przez nich punkty (które mogli potem wymienić na pieniądze), co było przez nich interpretowane jako działanie

nieistniejącego konkurenta. Jedną z opcji dostępnych w PSAP była możliwość odegrania się poprzez pozbawienie go jego punktów. Całkowita liczba takich reakcji była w rzeczywistości miarą intensywności agresji w postaci odwetu. Okazało się, że stopień nasilenia objawów depresji mierzonych przy użyciu Skali Depresji Becka znacząco dodatnio korelował z ilością reakcji odwetowych u kobiet. Relacja ta była jeszcze wyraźniejsza wówczas, gdy z analizy wykluczono itemy dotyczące somatycznych symptomów obniżonego nastroju, a pozostawiono te dotyczące emocji i przekonań. U mężczyzn nie zaobserwowano podobnych tendencji [18].

Zasadniczym celem niniejszego badania było porównanie grupy osób zmagających się z obniżonym nastrojem z odpowiednio dobraną zdrową grupą kontrolną w zakresie: agresji fizycznej, agresji słownej, emocji gniewu, postawy wrogości oraz zdolności kontroli emocji. Skorelowano także stopień nasilenia symptomów depresyjnych ze wszystkimi wspomnianymi zmiennymi u ogółu badanych, ponieważ osoby zdrowe także wykazywały pojedyncze objawy depresyjne, ale ich intensywność była niewystarczająca do stwierdzenia epizodu depresyjnego tj. 0 do 11 punktów w Skali Depresji Becka.

Materiał

Przebadano dwie grupy osób. Pierwsza grupa ($n_1=30$) składała się z 21 kobiet i 9 mężczyzn w wieku 25 – 60 lat, będących mieszkańcami Krakowa i okolic, u których wystąpił epizod depresyjny lub nawracająca postać tego zaburzenia, pozostających pod opieką lekarza psychiatry i zdiagnozowanych w oparciu o kryteria diagnostyczne wyszczególnione w klasyfikacji ICD-10: kody F32 i F33. Spośród badanych 9 osób miało wykształcenie wyższe, 10 – średnie, 11 – zawodowe. Średnia wieku wyniosła 47,1 lat ($SD=13,8$). Kryteriami wykluczającymi uczestnictwo w badaniu były: obecność objawów psychotycznych, czynne uzależnienie od substancji psychoaktywnych oraz otępienie i pozostałe zespoły psychoorganiczne. Każdy z tej grupy w przeszłości był hospitalizowany na oddziale psychiatrycznym z powodu depresji.

Grupa kontrolna ($n_2=30$) została dobrana w taki sposób, aby możliwie jak najbardziej przypominała pod względem charakterystyki grupę pierwszą, z tą różnicą, że w jej skład weszły osoby, które nigdy nie zmagaly się z chorobami afektywnymi i innymi zaburzeniami psychicznymi, zadeklarowały dobre samopoczucie i nie odczuwały potrzeby skorzystania z pomocy psychiatrycznej bądź psychologicznej. Warunkiem koniecznym do zakwalifikowania do omawianej grupy był wynik w Skali Depresji Becka nie wynoszący więcej niż 11 punktów. Grupa ta także składała się z 21 kobiet i 9 mężczyzn zamieszkujących Kraków i okolice. W tej grupie 9 osób miało wykształcenie wyższe, 13 – średnie, 8 – zawodowe. Średnia wieku również wyniosła 47,1 lat ($SD=11,8$).

Metoda

Skala Depresji Aarona T. Becka jest narzędziem stosowanym do oceny nasilenia stopnia głębokości depresji, które uwzględnia jej afektywne, motywacyjne, behawioralne, poznawcze oraz somatyczne symptomy, takie jak: smutek, poczucie porażki, niezadowolenie z siebie, męczliwość, rozdrażnienie, płaczliwość, bezsenność, unikanie kontaktów społecznych, brak zdecydowania, utrata apetytu, bezsenność, czy niechęć do kontaktów seksualnych. Wspomniana metoda składa się z 21 itemów, z których każdy zawiera 4 stwierdzenia, opisujące poszczególne objawy omawianego zaburzenia, i które są punktowane od 0 do 3. Możliwy do uzyskania wynik mieści się w przedziale od 0 do 63. Im wyższy wynik, tym głębsza depresja [19].

Kwestionariusz Agresji Arnolda H. Bussa i Marka Perry'ego w wersji Amity (BPAQ) – narzędzie służące do pomiaru agresji składające się z 29 stwierdzeń odnoszących się do jej behawioralnych, emocjonalnych i poznawczych aspektów. Badany jest proszony o przyznanie każdemu zdaniu liczbowej rangi od 1 do 5, gdzie: 1 oznacza, że zdanie zupełnie do niego nie pasuje, 2 – trochę nie pasuje, 3 – trudno stwierdzić, 4 – trochę pasuje, 5 – zupełnie pasuje. Wyniki uzyskiwane w poszczególnych wymiarach narzędzia są sumą odpowiednich rang. Im wyższy rezultat, tym większe nasilenie danej formy agresji. BPAQ składa się z następujących skal:

- Agresja Fizyczna – behawioralna zmienna agresji, oznaczająca wszelkie zachowania mające na celu zadanie bólu drugiej osobie. Wynik mieści się w przedziale od 9 do 45 punktów,
- Agresja Słowna – drugi behawioralny komponent agresji, opisujący skłonności do werbalnego upokarzania innych ludzi. Wynik mieści się w przedziale od 5 do 25 punktów,
- Gniew – emocjonalna składowa zachowań agresywnych, definiowana jako fizjologiczne pobudzenie powiązane z gotowością do wyrządzenia komuś krzywdy. Wynik mieści się w przedziale od 7 do 35 punktów.
- Wrogość – poznawczy aspekt reakcji agresywnych odzwierciedlający takie postawy, jak: zniechęcenie, poczucie niesprawiedliwości, podejrzliwość, zawiść czy zawziętość. Wynik mieści się w przedziale od 8 do 40 punktów

W badaniu przeprowadzonym na 641 kobietach i 612 mężczyznach w wieku 18 – 20 lat wykazano, że polska wersja Kwestionariusza Agresji Buss-Perry odznacza się satysfakcjonującą zgodnością wewnętrzną skal, wynoszącą odpowiednio 0,85 dla Agresji Fizycznej, 0,72 dla Agresji Słownej, 0,83 dla Gniewu i 0,77 dla Wrogości. Wskaźnik ogólny wyniósł 0,8 [20, 21].

Skala Kontroli Emocji Maggie Watson i Stevena Greera (CECS) – narzędzie służące do oceny stopnia w jakim podmiot tłumi bądź ujawnia gniew, strach oraz lęk. Składa się z 21 stwierdzeń opisujących sposoby zachowania się w sytuacjach doświadczania wspomnianych emocji, stąd metoda składa się z 3 podskal: Kontrola Gniewu, Kontrola Depresji i Kontrola Lęku. Badanie polega na przyporządkowaniu każdemu zdaniu odpowiedniej rangi od 1 do 4, gdzie: 1 oznacza, że dana osoba nigdy nie zachowuje się w określony sposób, natomiast 4 symbolizuje przeciwną tendencję. Wynik ogólny to suma wszystkich punktów i mieści się w przedziale od 21 do 84, przy czym niektóre pozycje są punktowane odwrotnie. Zgodność wewnętrzną skal CECS obliczono w oparciu o badania przeprowadzone na grupie 60 dorosłych mężczyzn i kobiet. Współczynnik alfa Cronbacha przyjął następujące wartości: 0,8 dla Kontroli Gniewu, 0,77 dla Kontroli Depresji, 0,78 dla Kontroli Lęku i 0,87 dla łącznego wyniku. Stwierdzono ponadto wyraźne, umiarkowane korelacje między podskalami. Każdy wymiar wysoko koreluje z wynikiem ogólnym (0,81 w przypadku gniewu, 0,79 w przypadku depresji i 0,89 przy lęku) [22]. Im wyższe wyniki, tym silniejsza skłonność do powstrzymywania się od ekspresji swoich przeżyć, co powinno przekładać się na redukcję impulsywności.

Analiza danych

Porównania średnich wyników uzyskanych przez osoby zdrowe oraz pacjentów z depresją w wymiarach agresji w BPAQ oraz CECS dokonano przy zastosowaniu testu t-Studenta dla prób niezależnych. Do oceny jednorodności wariancji skorzystano z testu Levene'a. Relacje pomiędzy stopniem nasilenia symptomów depresji a poszczególnymi przejawami agresji zweryfikowano poprzez skorelowanie wyników uzyskanych przez ogół osób przebadanych w BDI z rezultatami w skalach BPAQ oraz CECS. W tym celu obliczono wartość współczynnika korelacji liniowej Pearsona. Przyjęto poziom istotności $p=0,05$. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu programu Statistica 10.

Wyniki

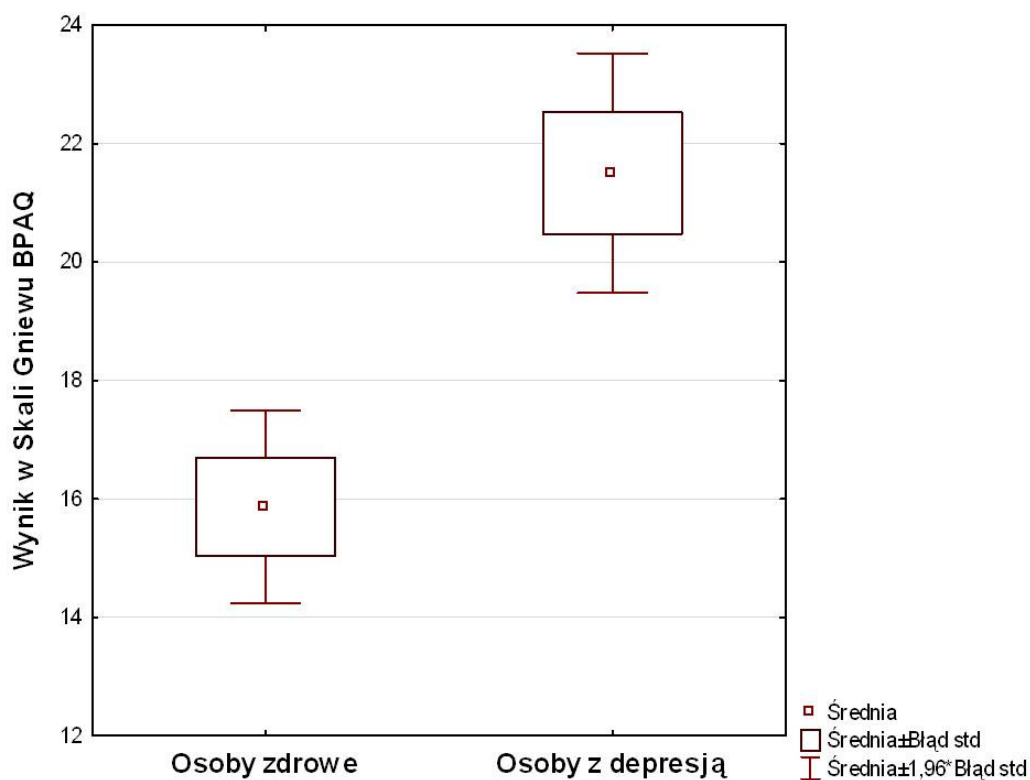
Badani zmagający się z depresją uzyskali w BDI średni wynik wynoszący 30,2, natomiast grupa kontrolna istotnie niższy mianowicie 5,1 ($t=12,62$, $p<0,0001$). Osoby depresyjne odznaczały się istotnie wyższymi wynikami w Skali Gniewu oraz Skali Wrogości kwestionariusza BPAQ (odpowiednio $t=4,26$, $p<0,0001$ i $t=4,76$, $p<0,0001$). Nieistotne statystycznie okazały się różnice w skalach Agresji Fizycznej ($t=1,24$, $p=0,21$) oraz Agresji Słownej ($t=1,21$, $p=0,23$) metody BPAQ. Tabela 1 zaprezentowana poniżej szczegółowo przedstawia porównanie wyników uzyskanych przez obydwie grupy w BPAQ.

Tabela 1. Wyniki testu t-Studenta, Testu Levene'a, średnie i odchylenia standardowe w grupie osób zdrowych oraz osób z depresją dla BPAQ.

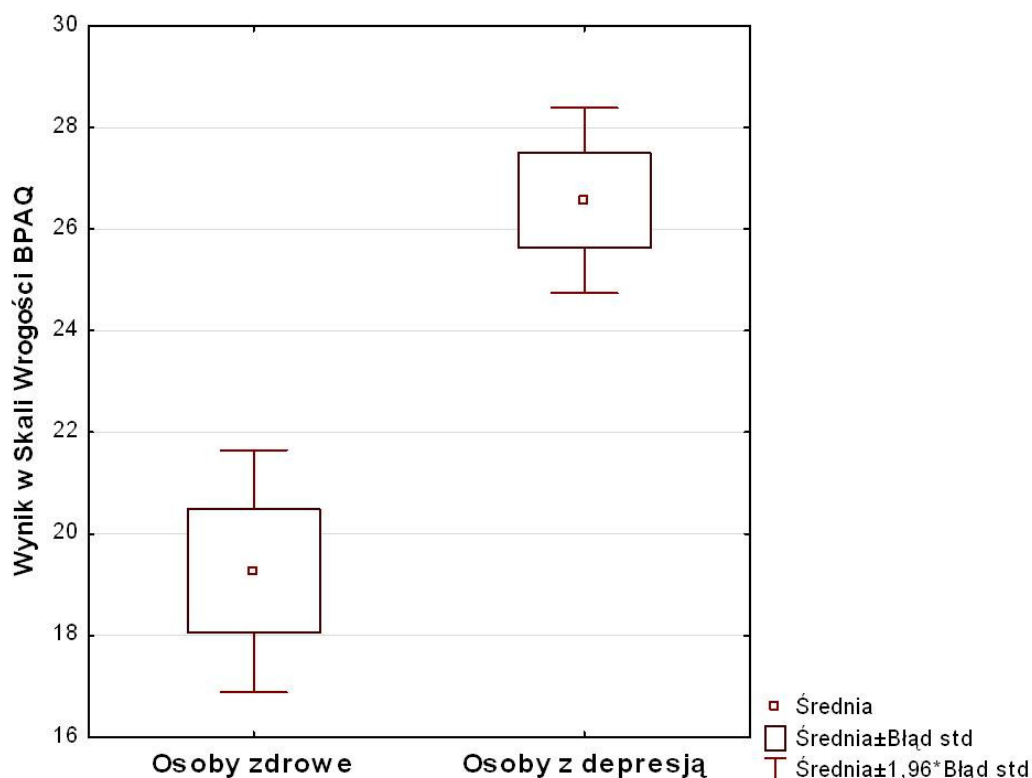
	Średnia dla osób zdrowych	SD	Średnia dla osób z depresją	SD	t	df	p	Test Levene'a F(1,58)	p Levene'a
Agresja Fizyczna	15,97	4,90	17,67	5,66	1,24	58	0,2189	2,12	0,1509
Agresja Słowna	12,83	3,68	14,13	4,58	1,21	58	0,2301	2,00	0,1624
Gniew	15,87	4,52	21,50	5,66	4,26	58	0,0001	3,30	0,0745
Wrogość	19,27	6,66	26,57	5,09	4,77	58	0,0001	2,01	0,1619

Różnice międzygrupowe w wymiarach Gniewu i Wrogości Kwestionariusza Bussa i Perry'ego zobrazowano na rycinach 1 i 2.

Rycina 1. Poziom Gniewu BPAQ w grupie osób zdrowych (n1=30) i wśród osób z depresją (n2=30), wartości średnie ± SD przy p<0,0001.



Rycina 2. Poziom Wrogości BPAQ w grupie osób zdrowych (n1=30) i wśród osób z depresją (n2=30), wartości średnie \pm SD przy $p < 0,0001$.



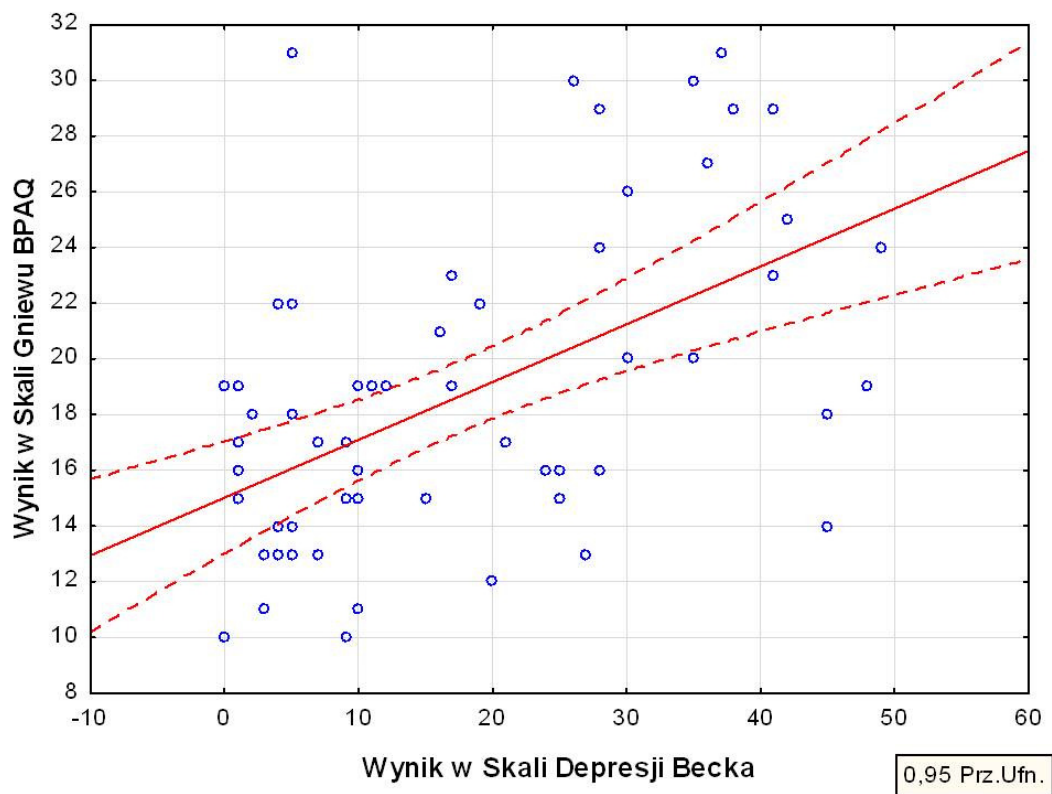
Nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic między grupami w Skali Kontroli Gniewu ($t=1,4476$, $p=0,1531$), Skali Kontroli Depresji ($t=0,0954$, $p=0,9244$) oraz Skali Kontroli Lęku ($t=1,5779$, $p=0,1200$) Kwestionariusza CECS. Wynik ogólny również okazał się nieistotny statystycznie ($t=0,9483$, $p=0,3468$). Szczegółowe porównanie wyników uzyskanych przez obydwie grupy przedstawiono w Tabeli 2.

Tabela 2. Wyniki testu t-Studenta, Testu Levene'a, średnie i odchylenia standardowe w grupie osób zdrowych oraz osób z depresją dla CECS.

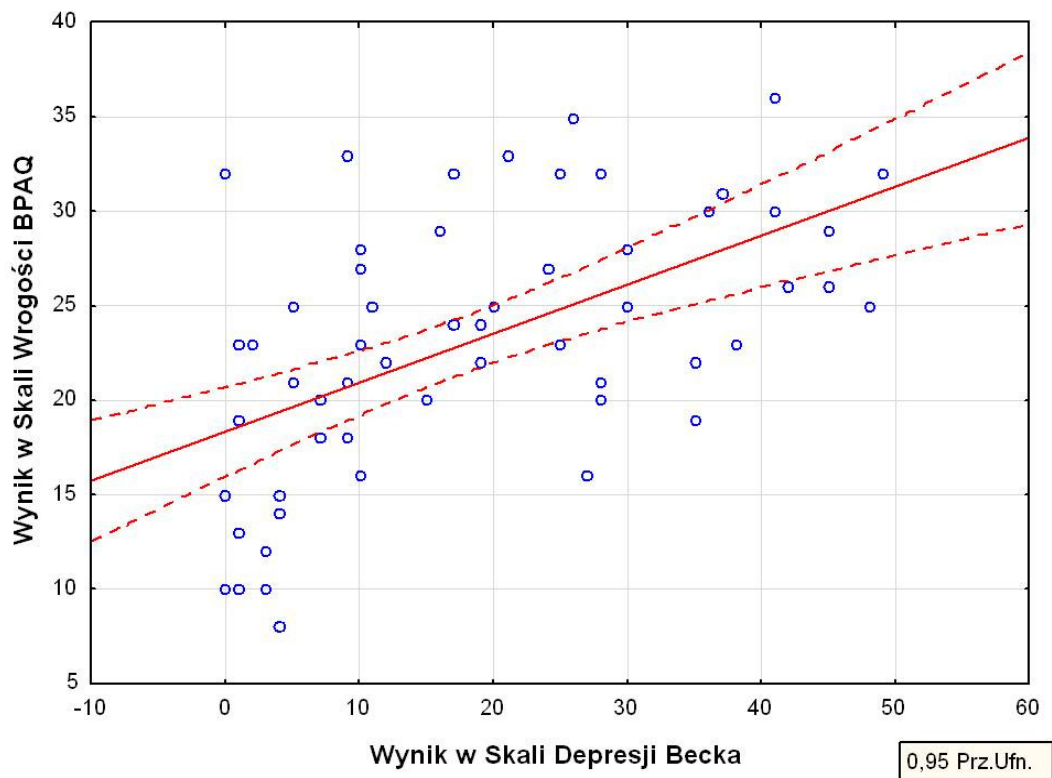
	Średnia dla osób zdrowych	SD	Średnia dla osób z depresją	SD	t	df	p	Test Levene'a F(1,58)	p Levene'a
Kontrola Gniewu	19,27	4,65	17,53	4,62	1,45	58	0,1531	0,10	0,7560
Kontrola Depresji	18,23	4,70	18,13	3,30	0,11	58	0,9244	2,21	0,1424
Kontrola Lęku	20,37	4,24	18,53	4,75	1,59	58	0,1200	0,21	0,6478
Wynik ogólny	54,43	9,59	57,27	13,26	0,95	58	0,3468	2,27	0,1369

Korelacja pomiędzy nasileniem objawów depresji zweryfikowanym przy użyciu BDI a poszczególnymi wymiarami agresji wyodrębnionymi w BPAQ u ogółu badanych okazała się istotnie pozytywna w przypadku skal Gniewu ($r=0,53$, $p < 0,0001$) oraz Wrogości ($r=0,55$, $p < 0,0001$). Oznacza to, że wraz ze wzrostem dokuczliwości objawów depresyjnych zwiększa się intensywność emocji złości i wrogiej postawy. Relację tą zaprezentowano na ryc. 3 i 4.

Rycina 3. Korelacja pomiędzy wynikami uzyskiwanymi przez ogół badanych (n=60) w BDI i Skali Gniewu BPAQ, której wartość wynosi $r=0,53$ przy $p<0,0001$.



Rycina 4. Korelacja pomiędzy wynikami uzyskiwanymi przez ogół badanych (n=60) w BDI i Skali Wrogości BPAQ, której wartość wynosi $r=0,55$ przy $p<0,0001$.



Nieistotne statystycznie korelacje zaobserwowano analizując Skalę Agresji Fizycznej ($r=0,17$, $p=0,2090$) i Skalę Agresji Słownej ($r=0,13$, $p=0,333$), a także Skalę Kontroli Gniewu ($r=0,14$, $p=0,2744$), Skalę Kontroli Depresji ($r=0,07$, $p=0,6063$), Skalę Kontroli Lęku ($r=0,1701$, $p=0,1936$) oraz wynik ogólny w CECS ($r=0,11$, $p=0,4193$). W Tabeli 3 zaprezentowano wyniki dla wspomnianych wyżej wymiarów.

Tabela 3. Wartości współczynnika korelacji liniowej Pearsona pomiędzy wynikami uzyskanymi przez ogół badanych w BDI a rezultatami w BPAQ oraz CECS.

	Średnia	SD	<i>r</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Agresja Fizyczna BPAQ	16,82	5,32	0,17	1,27	0,2085
Agresja Słowna BPAQ	13,48	4,17	0,13	0,98	0,3330
Gniew BPAQ	18,68	5,82	0,53	4,74	0,0001
Wrogość BPAQ	22,92	6,94	0,55	5,06	0,0001
Kontrola Gniewu CECS	18,40	4,68	0,14	1,10	0,2744
Kontrola Depresji CECS	18,18	4,03	0,07	0,52	0,6063
Kontrola Lęku CECS	19,45	4,56	0,17	1,32	0,1936
Wynik ogólny CECS	55,85	11,56	0,11	0,81	0,4193

Dyskusja

Wyniki uzyskane w badaniu wskazują, że w odróżnieniu od osób zdrowych charakterystyczną cechą ludzi zmagających się z zaburzeniami depresyjnymi jest większa intensywność emocji gniewu oraz postawy wrogości. Co więcej, wraz ze wzrostem nasilenia dokuczliwości objawów depresyjnych wzrasta skłonność do odczuwania złości i niechęci do innych.

Ta obserwacja zasadniczo wspiera psychodynamiczne wyjaśnienie omawianego zaburzenia afektywnego, zgodnie z którym osoba na nie cierpiąca doświadcza wewnętrznego napięcia i niepokoju, a także poczucia winy, związanego z wrogim nastawieniem do świata zewnętrznego [7, 9]. Podobnie jest w przypadku poznawczej koncepcji wyuczonej bezradności. Według tego modelu cierpiący na depresję charakteryzują się pesymistycznym stylem interpretowania informacji. Ten mało adaptacyjny sposób wyjaśniania różnych wydarzeń może przyczyniać się do większego upośledzenia funkcjonowania i dodatkowo wzmacniać uczucie gniewu. Ponadto, jak twierdzi twórca teorii – Martin Seligman, typową cechą depresji jest wrogość. Funkcjonowanie poznawcze ludzi doświadczających bezradności jest zniekształcone. Mają oni skłonność do postrzegania różnych niesprzyjających wydarzeń jako niezmiennych w czasie i mających globalny zasięg. Samych siebie uznają za pozbawionych możliwości wpływu na bieg wydarzeń. Taki sposób rozumienia siebie i rzeczywistości może być ściśle związany z wykształceniem się postawy niechęci wobec świata [12, 23].

Badani cierpiący z powodu depresji nie różnili się od osób zdrowych w zakresie jawnych form agresji (fizycznej i słownej). Nie stwierdzono istotnych statystycznie korelacji pomiędzy przejawami tych zachowań a nasileniem symptomów depresyjnych. Stoi to w sprzeczności z założeniami wspomnianych wyżej psychologicznych teorii tego zaburzenia, które postulują, że długotrwałe obniżonemu nastrojowi powinna towarzyszyć redukcja tendencji do reagowania w sposób agresywny [7, 12]. Podobne wyniki uzyskano w przypadku impulsywności. Grupa osób depresyjnych nie różniła się znacząco od grupy kontrolnej w zakresie zdolności kontroli emocji, co nie pokrywa się z przypuszczeniami płynącymi z wyników badań nad neurobiologicznym podłożem depresji i impulsywnych form agresji [4, 13, 16].

Te rozbieżności mogą wynikać z kilku powodów. Niewykluczone, że siła i częstotliwość z jakimi przejawia się agresja wśród osób cierpiących na depresję są ściśle uzależnione od kontekstu sytuacyjnego i obecności czynników ją wyzwalających np. wystąpienie prowokacji lub brak świadków. Kwestionariuszowe metody oceny stopnia nasilenia skłonności do krzywdzenia innych uniemożliwiają uwzględnienie tych zmiennych, przez co ich efektywne zastosowanie jest w znaczącym stopniu utrudnione. Co więcej, te narzędzia służą do pomiaru bardziej trwałych dyspozycji do reagowania w sposób agresywny, natomiast metody eksperymentalne (np. Point Subtraction Aggression Paradigm) pozwalają zaobserwować agresję w odwiecie „tu i teraz” i umożliwiają osobom badanym wybór pomiędzy zemstą, a nieagresywną strategią radzenia sobie z frustracją [24]. Użyteczne w dalszych badaniach może okazać się uwzględnienie dodatkowego rozróżnienia na agresywność rozumianą jako dyspozycję i na gotowość do działania w odpowiedzi na prowokację.

Należy ponadto zastanowić się nad użytecznością Skali Kontroli Emocji (CECS) przy pomiarze impulsywności. Analizując poszczególne pozycje CECS można zauważyć, że narzędzie to koncentruje się przede wszystkim na skłonnościach do werbalnego komunikowania swoich stanów afektywnych osobom z otoczenia, co niekoniecznie musi pokrywać się z definicją impulsywności, która odnosi się także do innych zachowań i procesów poznawczych. Ponadto, zdolność do kontrolowania emocji przypuszczalnie znacząco zmienia się z wiekiem, podczas, gdy przedział wiekowy osób, które wzięły udział w niniejszym badaniu był stosunkowo duży, co wynikało z niedużej liczby badanych [22].

Wyniki niniejszego badania w ograniczonym stopniu pokrywają się z wnioskami wysuniętymi przez Beatę Dutczak [17]. Podobnie zaobserwowała ona, że osoby depresyjne odznaczają się większą intensywnością tych przejawów agresji, które wiążą się z gniewem, tzn. irytacją i uraza. Również nie odnotowała ona różnic w zakresie przemocy fizycznej, czyli

ataku. Zasadnicza rozbieżność dotyczyła przede wszystkim werbalnej formy reagowania w sposób agresywny. Grupa kliniczna przebadana przez Dutczak odznaczała się niższym wynikiem w tym zakresie. Należy jednak podkreślić, że osoby, które wzięły udział w tamtym badaniu należały do węższego przedziału wiekowego, co mogło być istotnym czynnikiem kształtującym otrzymane dane.

Rezultaty przeprowadzonego badania należy interpretować ostrożnie. Procedura nie uwzględniała różnic między płciami ze względu na ograniczoną liczbę uczestników, co dodatkowo wpłynęło na duże zróżnicowanie wieku w obydwu grupach. Zastosowano narzędzie kwestionariuszowe, przez co niemożliwe było przyjrzenie się bardziej ukrytym i niebezpośrednim przejawom zachowań agresywnych, które umieszczone byłyby w bardziej naturalnym kontekście. Skoncentrowano się przede wszystkim na różnicach w sposobie przejawiania poszczególnych form zachowania agresywnego bez uwzględnienia dynamiki agresji. Wymagałoby to badań podłużnych z zastosowaniem bardziej wyrafinowanych narzędzi eksperymentalnych.

Wnioski

Osoby cierpiące z powodu zaburzeń depresyjnych odznaczają się większym nasileniem gniewu i wrogości w porównaniu z osobami zdrowymi. Wraz ze wzrostem stopnia nasilenia objawów depresyjnych zwiększa się intensywność emocji złości oraz wrogiej postawy. Uzasadnione zatem wydaje się, aby w psychoterapii omawianych zaburzeń koncentrować się na uświadamianiu klientowi przyczyn odczuwanych przykrych emocji oraz identyfikacji źródeł jego zniekształceń w postrzeganiu świata.

Relacja pomiędzy depresją a jawnymi przejawami agresji oraz impulsywności, a także ich dynamika pozostaje niewyjaśniona. Aby zgłębić to zagadnienie należy przeprowadzić dalsze badania z zastosowaniem bardziej subtelnych metod eksperymentalnych, przy uwzględnieniu dodatkowych zmiennych, takich, jak obecność frustracji i kontekst sytuacyjny. Wskazane jest ponadto wyodrębnienie tendencji agresywnych jako zmiennych o stabilnym charakterze od zachowań odwetowych „tu i teraz” podyktowanych gniewem w związku z doświadczeniem frustracji i rzeczywistej straty.

Piśmiennictwo

1. Puzyński S. Depresje i zaburzenia afektywne. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2002.
2. Hammen C. Depresja. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006.
3. Krahe B. Agresja. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005.
4. Rzewuska M. Impulsywność a samobójstwa. Farmakoter. Psychiatr. Neurol. 2005; 2: 131-142.
5. Nasierowski T. Historia zaburzeń nastroju. Psychiatria w Praktyce Klinicznej. 2007; 2: 75-86.
6. Hall C, Lindzey G, Campbell, JB. Teorie osobowości. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2006.

7. Akiskal H. Mood disorders. Historical introduction and conceptual overview. W: Kaplan H, Sadock BJ, Sadock V. red. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry 9th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. s. 1632-1637.
8. Markowitz JC, Milrod BL. Mood disorders. Intrapsychic and interpersonal aspects. W: Kaplan H, Sadock BJ, Sadock V. red. Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry 9th edition. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009. s. 1687-1689.
9. Sęk H. Psychologia zaburzeń afektywnych. W: Sęk H. red. Psychologia kliniczna. Tom II. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2005. s. 100-108.
10. Overmier B, Seligman MEP. Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *J. Comp. Physiol. Psych.* 1967; 63(1): 28-33.
11. Hiroto DS. Locus of control and learned helplessness. *J. Exp. Psychol.* 1974; 102(2): 187-193.
12. Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL. *Psychopatologia*. Poznań: Zys i S-ka Wydawnictwo; 2003.
13. Ordway AG, Klimek V, Mann JJ. Neurocircuitry of mood disorders. W: Davis KL, Charney D, Coyle JT, Nemeroff C. red. *Neuropsychopharmacology. The fifth generation of progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. s. 1051-1064.
14. Coccaro EF, Siever LJ. Pathophysiology and treatment of aggression. W: Davis KL, Charney D, Coyle JT, Nemeroff C. red. *Neuropsychopharmacology. The fifth generation of progress*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2002. s. 1709-1724.
15. D'Acremont M, Van der Linden M. How is impulsivity related to depression in adolescence? Evidence from a French validation of the cognitive emotion regulation questionnaire. *J. Adolesc.* 2007; 30(2): 271-282.
16. Corruble E, Benyamina A, Bayle F, Fallisard B, Hardy P. Understanding impulsivity in severe depression? A psychometrical contribution. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.* 2003; 27(5): 829-833.
17. Dutczak B. Agresywność osób chorych na depresję. *Doniesienia wstępne. Psychiatr Psychoter.* 2008; 4(2-3).
18. Bjork MJ, Dougherty DM, Moeller FG. A positive correlation between self-ratings of depression and laboratory measured aggression. *Psychiatry Res.* 1997; 69(1): 829-833.
19. Parnowski T, Jernajczyk W. Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne. *Psychiatr. Pol.* 1977; 11(4): 417-421.
20. Amity.pl [strona domowa w Internecie] Kwestionariusz Agresji A. Bussa i M. Perry'ego. [dostęp 1.05.2014] http://www.trening-zastepowania-agresji.com/_kosz/kwestionariusz_agresji_is-1.pdf
21. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J. Pers. Soc. Psychol.* 1992; 63(3): 452-459.
22. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2001.
23. Franken RE. *Psychologia motywacji*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2006.
24. Golomb BA, Cortez-Perez M, Jaworski BA, Mednick S, Dimsdale J. Point Subtraction Aggression Paradigm: validity of a brief schedule of use. *Violence Vict.* 2007; 22(1): 95-103.

Adres do korespondencji: mgr Tomasz Zajac, e-mail: tomasz.zajac87@gmail.com