

Beata Dutczak

AGRESYWNOSĆ OSÓB CHORYCH NA DEPRESJĘ - DONIESIENIE WSTĘPNE.

AGGRESSIVENESS IN PERSONS SUFFERING FROM DEPRESSION - PRELIMINARY REPORT.

Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego Akademii Medycznej w Gdańsku

Kierownik: prof. dr hab. n. med. L. Bidzan

### Streszczenie

Cel badań: Celem badań jest identyfikacja różnic w funkcjonowaniu emocjonalnym w zakresie nasilenia oraz struktury agresji pomiędzy osobami chorującymi na depresję a osobami nieleczonymi psychiatrycznie. Metody: W badaniach zastosowano Skalę Depresji Becka do oceny nasilenia depresji oraz Kwestionariusz "Nastroje i Humory" A. Bussa i A. Durkee w celu oceny nasilenia oraz struktury agresji. Wyniki: Wyniki testów wskazały na istnienie różnic w funkcjonowaniu emocjonalnym zarówno w zakresie nasilenia oraz struktury agresji. Osoby chorujące na depresję wykazały większe nasilenie agresji niż osoby zdrowe oraz charakteryzowały się większym nasileniem takich form agresji, jak: urazy, irytacja oraz poczucie winy, jak również mniejszym nasileniem agresji słownej. Nie stwierdzono jednak istnienia związku pomiędzy nasileniem depresji a nasileniem oraz strukturą agresji. Wnioski: Ukazane w trakcie badań różnice w zakresie nasilenia oraz struktury agresji mogą wskazywać na istotność znaczenia tej emocji w etiologii oraz ewentualnym nawrocie choroby. Identyfikacja określonych form agresji występujących u osób chorych na depresję, jak również stwierdzenie skłonności do jej tłumienia mogą być przydatne do zastosowania określonego leczenia farmakologicznego oraz wyznaczenia odpowiedniego programu psychoterapeutycznego dla tych pacjentów.

### Summary

Aim. The purpose of this research was to recognize distinctions in different types of aggression in persons suffering from depression and persons not suffering from any kind of mental disorder, and the influence of depression level on these results. Methods. Different types of aggression were measured using the Buss - Durkee Hostility Inventory (BDHI) and depression level with the use of The Beck Depression Inventory. Results. Persons suffering from depression perceived themselves as more aggressive than persons without depression symptoms. They also obtained higher level in below types of aggression: resentment, irritability, guilt feeling and lower level of verbal hostility.

Depression level was not correlated with the valuation and different types of aggression.

Conclusions. The revealed differences in the intensity and various types of aggression show that this emotion may have an important influence of etiology and potential recrudescence of this disorder. Recognition of aggression forms and spot a proneness to repress this feeling may help to choose a specific pharmacology and construct specific psychotherapy programme for persons suffering from depression.

Słowa klucze: depresja, agresja

Key words: depression, aggression

Wstęp:

Występowanie agresji u osób chorych na depresję zostało odkryte wiele lat temu, jednak powszechność tego zjawiska oraz znaczenie dla leczenia, jak również prognozy oraz mechanizmy zaangażowane w ten proces są jak dotąd mało zrozumiałe. Agresja w tym przypadku nie jest jednak tożsama z zachowaniami agresywnymi, bowiem może przyjmować różne formy: od nieświadomych skłonności agresywnych, agresji przemieszczonej, słownej, fizycznej po autoagresję [1]. Stwierdza się, że u osób chorych na depresję występuje wyższy poziom lęku przed własną agresją niż u osób zdrowych. Skutkuje to tłumieniem tej emocji, co może odgrywać znaczącą rolę w nawrotach tej choroby. Ponadto agresja może prowadzić do wielu negatywnych konsekwencji takich, jak: niskie poczucie własnej wartości, konflikty interpersonalne oraz złe przystosowanie [2].

Pomimo bogatej literatury omawiającej badany problem, istnieją duże rozbieżności w uzyskanych rezultatach badań. Chociaż nie poznany został jeszcze kierunek wpływu pomiędzy depresją a agresją, możemy lepiej zrozumieć mechanizmy symptomów depresyjnych poprzez zrozumienie ich skojarzenia z agresją [3]. Dalsze zgłębianie tej problematyki może pozwolić na odkrycie takich czynników, które są odpowiedzialne za wystąpienie depresji, co w konsekwencji pozwoli na minimalizowanie prawdopodobieństwa eskalacji tej choroby .

Celem niniejszej pracy jest ustalenie:

1. Czy osoby chore na depresję różnią się od osób nieleczonych psychiatrycznie (tzw. zdrowych) funkcjonowaniem emocjonalnym w zakresie nasilenia agresji?
2. Czy osoby chore na depresję różnią się od osób osób nieleczonych psychiatrycznie (tzw. zdrowych) funkcjonowaniem emocjonalnym w zakresie struktury agresji?
3. Czy istnieje związek pomiędzy nasileniem depresji a nasileniem oraz strukturą agresji?

Materiał:

Badania zostały przeprowadzone w Klinice Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego Akademii Medycznej w Gdańsku oraz w Wojewódzkim Szpitalu

Psychiatrycznym (im. prof. T. Bilikiewicza) w Gdańsku w okresie od czerwca 2006 r. do stycznia 2007 r. Zbadano 30 osób z rozpoznaniem depresji (wg ICD-10 F.32, F.33), w wieku od 40 do 60 roku życia, wykluczając z badania osoby chorujące na zespoły depresyjne z objawami psychotycznymi i somatycznymi, czy też z współwystępującymi innymi chorobami. Osoby te różniły się zdobytym wykształceniem: 5 osób z wykształceniem wyższym, 18 osób z wykształceniem średnim, 2 osoby z wykształceniem zawodowym oraz 5 osób z wykształceniem podstawowym. Posługując się Skalą Depresji Becka ustalono, iż w grupie klinicznej 86% osób odczuwało ciężką depresję, 7% umiarkowaną oraz 7% łagodną depresję. Dla porównania wyników przeprowadzono badania w grupie kontrolnej, która została dobrana spośród osób nieleczonych psychiatrycznie, u których nie stwierdzono występowania symptomów depresji, spełniających kryteria wieku, płci i wykształcenia.

Metoda:

W przeprowadzonym badaniu zastosowano następujące metody badawcze:

1. Skala Depresji Becka [4], która bada nasilenie afektywnych, motywacyjnych, behawioralnych, poznawczych oraz somatycznych objawów depresji, takich jak: nastrój, pesymizm, niepowodzenie, niezadowolenie, poczucie winy, potrzeba kary, nienawiść wobec siebie, samooskarżanie, impulsy samoobrony, płaczliwość, drażliwość, izolacja społeczna, niezdolność podjęcia decyzji, obraz własnego ciała, niezdolność do pracy, zaburzenia snu, męczliwość, zanik apetytu, utrata wagi, hipochondria oraz zanik libido [5, za: 6].

2. Kwestionariusz "Nastroje i Humory" A.Bussa i A.Durkee składający się ze 110 pytań oceniających nasilenie siedmiu odmian agresywności oraz dodatkowo poczucia winy. Składa się z następujących skal: atak, agresja pośrednia, irytacja, negatywizm, urazy, podejrzliwość, agresja słowna oraz poczucie winy, którym przypisano odpowiednią liczbę punktów.

Atak jest to agresja fizyczna oznaczająca skłonność do działania fizyczną przemocą przeciwko innym ludziom. Chodzi tu głównie o fizyczne atakowanie innych osób, a nie o niszczenie przedmiotów.

Agresja pośrednia to termin, pod którym rozumiemy zarówno agresję skierowaną określoną drogą na określoną osobę (złośliwe plotki, żarty), jak i agresję nieukierunkowaną (wybuchy złości przejawiające się krzykiem, biciem pięścią w stół), które nie są skierowane przeciw konkretnej osobie i stanowią nieukierunkowany i nieuporządkowany wybuch.

Skłonność do irytacji to gotowość do reagowania silnymi, agresywnymi uczuciami na najmniejszą prowokację. Typowym objawem jest złościenie się, zrzędzenie, szorstkie niegrzeczne odzywanie się, niecierpliwość, wpadanie we wściekłość, kiedy dana osoba stanie się przedmiotem żartów, zadręczanie innych, wpadanie w irytację z powodu drobnych rzeczy.

Negatywizm jest zachowaniem polegającym na przeciwstawianiu się innym osobom, zazwyczaj autorytetom. Zachowania te obejmują różne reakcje, od biernego niedostosowania się do wymagań innych osób, aż do jawnej rebelii przeciwko regułom postępowania i konwenansom. Objawem negatywizmu jest nierobienie tego, o co ktoś prosi, buntowanie się przeciwko narzuconym regułom postępowania, przeciwstawianie się poleceniom i rozkazom, niereagowanie na działanie osoby, do której żywi się złość.

Uraza to przede wszystkim gniew spowodowany złym traktowaniem (rzeczywistym lub urojonym), skłonność do domagania się czegoś oraz skarżenia się.

Podejrzliwość wyraża się w rzutowaniu własnej wrogości na otoczenie. Na podejrzliwość składają się zachowania polegające na ujawnianiu nieufności i ostrożności w stosunku do ludzi, wiara, że inni pragną nas krzywdzić, a nawet planować ataki fizyczne. Osoba podejrzliwa uważa, że ludzie obmawiają ją poza jej plecami i jest szczególnie ostrożna wobec osób, które wydają się jej bardziej przyjacielskie niż inne. Nie wierzy w prawdomówność ludzi i jest przekonana, że ma wrogów, którzy pragną ją zranić psychicznie lub fizycznie.

Agresja słowna są to zachowania agresywne, polegające na uszkodzeniu innym i ranieniu ich poprzez treść wypowiedzi, jak również przez formę i sposób wypowiedzania się. Jest to ekspresja negatywnych afektów w takich reakcjach, jak: spieranie się, wrzeszczenie, zakrzykiwanie. Treść agresywnych wypowiedzi stanowią groźby, przekleństwa oraz zjadliwa krytyka.

Poczucie winy wyraża się przeżywaniem wyrzutów sumienia nawet za drobne przewinienia. Będzie to wstydzenie się swoich myśli, ujawnianie przekonania, że ludzie, którzy źle pracują, przeżywają poczucie winy, poczucie, że prowadzi się złe życie, zajmowanie się myślami o swoich grzechach oraz o nie uzyskaniu przebaczenia za nie [7, 8].

Wyniki badań:

Różnicę w zakresie oceny nasilenia agresji pomiędzy osobami z rozpoznaniem depresji (grupa kliniczna) a osobami z grupy kontrolnej (tzw. zdrowymi) przedstawia tabela 1 (średnie wyniki ogólne kwestionariusza "Nastroje i Humory").

Tabela 1. Nasilenie agresji w grupie klinicznej oraz w grupie kontrolnej.

	Grupa kliniczna	Grupa kontrolna
Nasilenie agresji	5,27	3,80

Istotność statystyczną różnic w zakresie nasilenia agresji pomiędzy badanymi grupami sprawdzono poddając dane analizie testem t Studenta, co przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Test t równości średnich

	t	df	p	Różnica średnich	Błąd standardowy różnicy	95% przedział ufności dla różnicy średnich	
						Dolna granica	Górna granica
Nasilenie agresji	2,351	58	0,022	1,467	0,624	0,218	2,716

Na podstawie wyników zamieszczonych w tabeli 2 można stwierdzić, że badane grupy różnią się między sobą funkcjonowaniem emocjonalnym w zakresie nasilenia agresji. Osoby chorujące na depresję wykazują większe nasilenie agresji niż osoby zdrowe.

Porównanie funkcjonowania emocjonalnego w zakresie struktury (formy) agresji pomiędzy osobami z rozpoznaniem depresji a osobami nieleczonymi psychiatrycznie przedstawia tabela 3 (średnie wyniki poszczególnych form agresji zawartych w kwestionariuszu "Nastroje i Humory").

Tabela 3. Struktura agresji w grupie klinicznej oraz w grupie kontrolnej.

Struktura agresji	Nasilenie agresji w grupie klinicznej	Nasilenie agresji w grupie kontrolnej
Atak	2,33	2,47
Agresja pośrednia	3,1	2,83
Irytacja	6,23	4,93
Negatywizm	4,53	5,27
Urazy	4,43	2,47
Podejrzliwość	4,77	3,93
Agresja słowna	2,93	4,03
Poczucie winy	6,3	3,53

Istotność statystyczną różnic w zakresie struktury agresji pomiędzy badanymi grupami sprawdzono poddając dane analizie testem t Studenta, co przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Istotność różnic pomiędzy grupą kliniczną i kontrolną w zakresie struktury agresji.

Przejawy agresji	Test t równości średnich						
	t	df	Istotność	Różnica średnich	Błąd standardowy różnicy	95% przedział ufności dla różnicy średnich	
						Dolna granica	Górna granica
Atak	-0,307	58	0,760	-0,133	0,434	-1,003	0,736
Agresja pośrednia	0,480	58	0,633	0,267	0,556	-0,846	1,379
Irytacja	2,126	58	0,038	1,300	0,611	0,076	2,524
Negatywizm	-1,672	58	0,100	-0,733	0,439	-1,611	0,145
Urazy	3,020	58	0,004	1,967	0,651	0,663	3,270
Podejrzliwość	1,596	58	0,116	0,833	0,522	-0,212	1,879
Agresja słowna	-2,289	58	0,026	-1,100	0,480	-2,062	-0,138
Wina	7,395	58	0,000	2,767	0,374	2,018	3,516

Wyniki zamieszczone w tabeli 4 wykazują, że istnieje istotna statystycznie różnica między grupą kliniczną a kontrolną w funkcjonowaniu emocjonalnym w przypadku takich przejawów agresji, jak irytacja, urazy, agresja słowna oraz wina. Można zatem powiedzieć, że u osób chorych na depresję występuje istotnie większe nasilenie takich form agresji, jak irytacja, urazy oraz wina, natomiast w zakresie agresji słownej wykazują one mniejsze nasilenie niż osoby zdrowe.

Nie stwierdza się istotnych różnic międzygrupowych w zakresie takich rodzajów agresji, jak atak, agresja pośrednia, negatywizm oraz podejrzliwość.

Zbadano także, czy istnieje związek pomiędzy nasileniem depresji a nasileniem agresji posługując się współczynnikiem korelacji r-Pearsona (tabela 5).

Tabela 5. Związek między nasileniem depresji i nasileniem agresji u osób chorych na depresję

	Nasilenie agresji
Nasilenie depresji	- 0,009 ni.

ni. - wynik nieistotny statystycznie

Z powyższej tabeli wynika, że nie stwierdza się istnienia związku pomiędzy poziomem nasilenia depresji i nasileniem agresji u osób z rozpoznaniem depresji.

Dodatkowo określono związek między nasileniem depresji a strukturą agresji u osób chorych na depresję. Wyniki przedstawia tabela 6.

Tabela 6. Współczynnik korelacji (r-Pearsona) pomiędzy nasileniem depresji a strukturą agresji u osób chorych na depresję.

	Przejawy agresji							
	atak	pośrednia	irytacja	negatywizm	urazy	podejrzliwość	słowna	wina
Nasilenie depresji	0,215 ni.	-0,091 ni.	-0,075 ni.	0,044 ni.	0,166 ni.	0,014 ni.	-0,221 ni.	0,150 ni.

ni. - wynik nieistotny statystycznie

Na podstawie wyników zawartych w powyższej tabeli nie stwierdza się istnienia związku pomiędzy nasileniem depresji i różnych przejawów agresji (takich jak atak, agresja pośrednia, słowna, irytacja, urazy, podejrzliwość oraz wina).

Omówienie wyników:

Uzyskane w trakcie badań wyniki wykazały, że osoby chore na depresję wykazywały większe nasilenie agresji niż osoby zdrowe. Jest to zgodne z badaniami Mao i in. [3]. Howard podjął się próby wyjaśnienia takiej prawidłowości, stwierdzając, że depresja jako objaw nie jest czystą emocją, ale "składa się" z kilku innych, wśród których wymienia się także agresję (złość, wrogość). Pacjenci z rozpoznaniem depresji różnią się także od osób zdrowych funkcjonowaniem emocjonalnym w zakresie struktury agresji, bowiem osoby chore na depresję charakteryzowały się wyższym nasileniem takich form agresji, jak irytacja oraz urazy, a także dodatkowo większym poczuciem winy niż zdrowi. Z kolei w zakresie agresji słownej odznaczały się niższym nasileniem. Potwierdza to wyniki uzyskane przez takich badaczy, jak Snaith i Taylor, którzy podają, że osoby chore na depresję różnią się od osób zdrowych większą skłonnością do irytacji oraz większym jej nasileniem [za: 2]. Inni autorzy podają, jako specyficzną formę agresji występującą w depresji, ataki złości charakteryzujące się szybkim wzrostem intensywności oraz automatycznym pobudzeniem w reakcji na trywialną prowokację. Taka definicja jest bardzo bliska mierzonemu przeze mnie aspektowi agresji, czyli skłonności do irytacji, rozumianej jako gotowość do reagowania silnymi, agresywnymi uczuciami na najmniejszą prowokację. Natomiast większe nasilenie poczucia winy u osób chorych na depresję jest zgodne z kryteriami diagnostycznymi Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10) [9] oraz badaniami Ghatavi i in. [10] oraz O'Connor i in. [11], zakładającymi iż osoby chore na depresję charakteryzują się występowaniem nadmiernego oraz nieuzasadnionego poczucia winy, co zostało również potwierdzone przez przeprowadzone przez mnie badania.

Na zakończenie warto zwrócić uwagę na fakt, iż nieznaczna liczebność grupy badawczej spowodowana była znacznym nasileniem symptomów depresji u tych pacjentów, w tym obniżoną aktywnością, ich niską motywacją do brania udziału w badaniu, jak również ilością pytań

kwestionariusza (110 pozycji). Skala Agresji Buss-Durkee polecana jest przede wszystkim do badania pacjentów z mniej nasilonymi objawami depresyjnymi, jednak nie pozwoliłoby to na dokonanie oceny nasilenia agresywności występującej w przebiegu tej choroby. W przyszłości należy powiększyć liczebność grup, aby umożliwić dokonanie analiz wewnątrzgrupowych (np. z uwzględnieniem płci).

#### Wnioski:

1. Osoby chorujące na depresję pokazały większe nasilenie agresji niż osoby zdrowe. Charakteryzowały się także większym nasileniem takich przejawów agresji, jak: urazy, irytacja oraz poczucie winy, jak również mniejszym nasileniem agresji słownej.
2. Nie stwierdza się istnienia związku pomiędzy nasileniem depresji a nasileniem oraz formą agresji u osób z rozpoznaniem depresji.

#### Piśmiennictwo:

1. Pankiewicz P, Dudulska K, Ciwoniuk M, Nitka-Siemieńska A. Zachowania agresywne wśród pacjentów poradni zdrowia psychicznego. *Ann. UMCS*, 2006; 354, 356.
2. Painuly N, Sharan P, Mattoo SK. Relationships of anger and anger attacks with depression. A brief review. *Eur. Arch. Clin. Neurosc.* 2005; 255, 4: 215-222.
3. Mao W., Bardwell W.A., Major J.M., Dimsdale J.E. Coping Strategies, Hostility, and Depressive Symptoms: A Path Model. *Int. J. Behav. Med.* 2003; 10, 4: 331-342.
4. Beck AT, Ward C, Mendelson M. Beck Depression Inventory (BDI), *Arch. Gen. Psychiatry* 1961; 4: 561-571.
5. Craven JL, Rodin GM, Littlefield C. The Beck Depression Inventory as a screening device for major depression in renal dialysis patients. *Int. J. Psychiatry Med.* 1988; 18: 365-374
6. Radziwiłłowicz W, Szadziewska B, Sulska E. Depresja młodzieży w kontekście funkcjonowania rodziny, W: Radziwiłłowicz W, Sumika A. red. *Psychopatologia okresu dorastania. Wybrane zagadnienia.* Kraków: Oficyna Wydawnicza "Impuls"; 2006, 121-174.
7. Stanik JM, Erenbrod R. Zastosowanie Skali Agresji Buss-Durkee (SABD) w diagnostyce psychologicznej, W: Stanik J. red. *Wybrane techniki diagnostyczne w psychologii klinicznej.* Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego; 1983, 197-219.
8. Siek S. Wybrane metody badania lęku i agresywności W: Siek S. red. *Wybrane metody badania osobowości,* Warszawa: Wydawnictwo Akademii Teologii Katolickiej; 1993, 278-292.
9. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10, Kraków-Warszawa: Vesalius; 1997.



10. Ghatavi K, Nicolson R, MacDonald C, Osher S, Levitt A. Defining guilt in depression: a comparison of subjects with major depression, chronic medical illness and healthy controls. *J. Affect. Dis.* 2002, Vol. 68, 2/3, p. 307-309.

11. O'Connor L, Berry JW, Weiss J, Gilbert P. Guilt, fear, submission, and empathy in depression. *J. Affect. Dis.* 2002, 71: 1-3.

Adres do korespondencji:

mgr Beata Dutczak

ul. Srebrniki 1, 80-282 Gdansk.

tel. 0-501-138-248, e-mail: [beatadutczak@amg.gda.pl](mailto:beatadutczak@amg.gda.pl)