



Poziom agresywności i specyficznych zachowań agresywnych u chorych z zaburzeniami czynnościowymi układu pokarmowego

Assessment of aggression and specific aggressive behaviors in patients with functional disorders of the digestive system

MAGDALENA AGNIESZKA WRZESIŃSKA, JOANNA GRZYB, JÓZEF KOCUR

Z: 1. Zakładu Rehabilitacji Psychospołecznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
2. Zakładu Psychopatologii i Psychologii Klinicznej Uniwersytetu Łódzkiego

STRESZCZENIE

Cel. Ocena poziomu agresywności, kontroli i kierunku agresji oraz specyficznych zachowań agresywnych w grupie pacjentów z rozpoznaniem dyspepsji czynnościowej i zespołu jelita nadwrażliwego.

Metoda. Badaniami objęto 50 osób (31 kobiet i 19 mężczyzn w wieku 18–58 lat, średnio: 37,7 lat) z rozpoznaniem dyspepsji czynnościowej i zespołu jelita nadwrażliwego. W badaniach wykorzystano „Inwentarz psychologiczny syndromu agresji” (IPSA).

Wyniki. Chorzy z rozpoznaniem dyspepsji czynnościowej i zespołu jelita nadwrażliwego charakteryzowali się niskim nasileniem agresywności. Między badanymi grupami wykazano istotną różnicę poziomu kontroli zachowań agresywnych – wysoki u chorych z dyspepsją czynnościową, natomiast przeciętny u chorych z zespołem jelita nadwrażliwego ($U = 198,00; p < 0,05$). Nie stwierdzono istotnych różnic poziomu badanych zachowań agresywnych zależnych od rozpoznania klinicznego. Badane grupy wykazywały niski poziom samoagresji, agresji ukrytej i agresji skierowanej na zewnątrz.

Wnioski. Chorzy z zaburzeniami funkcjonalnymi przewodu pokarmowego charakteryzują się niskim nasileniem agresywności. Poziom kontroli zachowań agresywnych różnicuje pacjentów z rozpoznaniem dyspepsji czynnościowej i zespołu jelita nadwrażliwego.

SUMMARY

Objectives. To assess the level of aggressiveness, aggression control and direction, as well as specific aggressive behaviors in patients diagnosed with functional dyspepsia or irritable bowel syndrome.

Method. Participants in the study were 50 patients (19 men and 31 women, mean age 37.7 years) diagnosed with either functional dyspepsia or the irritable bowel syndrome. They were examined using the Psychological Inventory of Aggression Syndrome (IPSA).

Results. In both groups of patients, with functional dyspepsia (FD) and irritable bowel syndrome (IBS), aggressiveness intensity was low. A significant intergroup difference was found as regards aggressive behavior control – high in FD patients and average in those with IBS ($U = 198,00; p < 0,05$). No significant relationship was noted between the intensity of aggressive behaviors studied and the patient's clinical diagnosis. In both groups the levels of self-aggression, latent aggression and outward aggression were low.

Conclusions. Patients with functional disorders of the digestive system are characterized by a low aggression intensity. The level of aggressive behavior control differentiated between patients diagnosed with functional dyspepsia and those with irritable bowel syndrome.

Słowa kluczowe: agresja / zaburzenia czynnościowe układu pokarmowego

Key words: aggression / functional disorders of digestive system

Zaburzenia czynnościowe układu pokarmowego definiowane są jako zespół szczególnych zmian klinicznych z zakresu przewodu pokarmowego, u podłoża których nie stwierdza się organicznych i biochemicznych nieprawidłowości [1]. Obecnie najczęściej diagnozowanymi zaburzeniami funkcjonalnymi górnego i dolnego odcinka układu pokarmowego są dyspepsja czynnościowa i zespół jelita nadwrażliwego [2]. Według klasyfikacji ICD-10 schorzenia te zaliczane są do grupy zaburzeń nerwicowych, związanych ze stresem i pod postacią somatyczną [3]. Obecnie przyjmuje się, że istotne znaczenie w etiopatogenezie czynnościowych zaburzeń układu pokarmowego odgrywają czynniki psychologiczne [4, 5, 6].

Występowanie niektórych zaburzeń psychosomatycznych układu pokarmowego może być poprzedzone występowaniem objawów zwanych zespołem poddawania się. Charakterystyczne cechy tego zespołu to: obniżony nastrój, poczu-

cie beznadziejności, ograniczona skłonność do przeżywania pozytywnych emocji. Potwierdzono również skłonność tych pacjentów do samotnego przeżywania trudności, niezdolność do odprężenia, wysoki poziom egocentryzmu [7, 8, 9].

Badania wykazały, że przejawianie zachowań agresywnych może być jednym ze sposobów rozładowania odczuwanego stanu napięcia i przykrości wywołanych chwilowym stanem pobudzenia fizjologicznego lub trwałą skłonnością do pośpiechu oraz rywalizacji [10, 11, 12]. Podejmowanie działań agresywnych może stanowić również skuteczną metodę potwierdzenia lub zwiększenia poczucia własnej kontroli czy pozycji społecznej. Poza tym zachowania agresywne, głównie o charakterze instrumentalnym, mogą pomagać w pokonywaniu barier i osiąganiu zamierzonych celów [10, 13, 14].

Doniesienia poświęcone psychologicznym uwarunkowaniom zaburzeń układu pokarmowego ujawniają, że niski

poziom agresywności oraz tłumienie strachu są charakterystycznymi właściwościami tych pacjentów [7, 8, 9]. Inne zjawiska, które można przypisać tej grupie chorych – to m.in. tłumienie urazów wczesnodziecięcych, brak wsparcia ze strony bliskich oraz traktowanie problemów zdrowotnych w kategorii zagrożenia [7, 9]. Wszystkie wymienione czynniki mogą wywoływać reakcje lękowe, których poziom jest u pacjentów z funkcjonalnymi zaburzeniami układu pokarmowego podwyższony [15, 16, 17].

CEL

Analiza prac poświęconych psychologicznym i psychosomatycznym aspektom czynnościowych zaburzeń układu pokarmowego skłoniła nas do podjęcia próby oceny poziomu agresywności, kontroli i kierunku agresji oraz specyficznych zachowań agresywnych w grupie pacjentów z rozpoznaniem dyspepsji czynnościowej i zespołu jelita nadwrażliwego. Przed przystąpieniem do badań przyjęto następujące założenia.

1. Pacjenci z zaburzeniami czynnościowymi górnego i dolnego odcinka przewodu pokarmowego wykazują niski poziom agresywności.
2. Pacjentów z rozpoznaniem dyspepsji czynnościowej i zespołu jelita nadwrażliwego charakteryzuje wysoki poziom kontroli zachowań agresywnych.
3. Dla chorych z zaburzeniami funkcjonalnymi układu pokarmowego charakterystyczne jest niskie nasilenie wskaźników samoagresji, agresji ukrytej i skierowanej na zewnątrz.

BADANE OSOBY

Badaniami objęto 50 osób (31 kobiet i 19 mężczyzn w wieku 18–58 lat; średnio – 37,7 lat). Jedną grupę stanowili chorzy z rozpoznaniem dyspepsji czynnościowej (15 kobiet i 10 mężczyzn w wieku 18–50 lat – średnio 35,3 lat). Drugą grupę tworzyły osoby z rozpoznaniem zespołu jelita nadwrażliwego (16 kobiet i 9 mężczyzn w wieku 20–58 lat – średnio 41,6 lat).

Wszyscy pacjenci byli hospitalizowani w Klinice Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Łodzi, gdzie zostali poddani diag-

nostyce potwierdzającej występowanie omawianych zaburzeń oraz wykluczającej współwystępowanie innych chorób. W badaniach uczestniczyły osoby pełnoletnie, po wyrażeniu zgody. Na przeprowadzenie badań wyraziła zgodę tere-nowa Komisja Bioetyki.

METODA

W badaniach wykorzystano Inwentarz psychologicznego syndromu agresji (IPSA) [18]. Kwestionariusz posiada zadowalające właściwości psychometryczne. Rzetelność testu sprawdzono metodą estymacji stabilności, a trafność – metodą trafności diagnostycznej. Normalizacja testu umożliwia opracowanie norm wyrażonych w skali stenowej dla kobiet i mężczyzn.

Inwentarz psychologicznego syndromu agresji umożliwia charakterystykę ogólnego poziomu agresji (WO). Na podstawie opisu nasilenia poszczególnych kategorii zachowań agresywnych dokonano analizy poziomu kontroli agresji (skala K) i skłonności do działań odwetowych (skala O). Kolejnym etapem analizy wyników była ocena preferencji w zakresie poszczególnych kategorii zachowań agresywnych, tj. samoagresji emocjonalnej (skala I), samoagresji fizycznej (skala II), wrogości wobec otoczenia (skala III), nieuświadomionych skłonności agresywnych (skala IV), agresji przemieszczonej (skala V), agresji pośredniej (skala VI), agresji słownej (skala VII), agresji fizycznej (skala VIII). Na zakończenie wskazano również preferowany kierunek agresji, opierając się na układzie trzech wskaźników tj. samoagresji (suma wyników surowych skal I i II), agresji ukrytej (suma wyników skal III i IV) oraz agresji skierowanej na zewnątrz (suma skal V, VI, VII i VIII).

W analizie statystycznej w celu oceny istotności różnic pomiędzy badanymi grupami wykorzystano test U Manna-Whitneya.

WYNIKI

Ogólny poziom agresywności u badanych chorych z rozpoznaniem dyspepsji czynnościowej i zespołu jelita nadwrażliwego kształtował na niskim poziomie (tabl. 1). Pomiedzy badanymi grupami wykazano istotne różnice w zakresie kon-

Tablica 1. Ocena poziomu agresywności, kontroli zachowań agresywnych i skłonności do działań odwetowych w zależności od rozpoznania klinicznego

Table 1. Aggressiveness, aggressive behaviors control, and tendency to retaliatory actions in relation to clinical diagnosis

Badana zmienna	Badana grupa	Liczba badanych	Rozpiętość	Średnia	Odchylenie standardowe	Test*	
						U	p
Poziom agresywności (WO)	Dyspepsja czynnościowa	25	1–7	3,84	1,86	250,00	ns
	Zespół jelita nadwrażliwego	25	1–7	4,40	1,73		
	Ogółem	50	1–7	4,12	1,80		
Kontrola zachowań agresywnych (K)	Dyspepsja czynnościowa	25	3–10	7,50	2,10	198,00	<0,05
	Zespół jelita nadwrażliwego	25	1–10	5,92	2,56		
	Ogółem	50	1–10	6,72	2,45		
Skłonność do działań odwetowych (O)	Dyspepsja czynnościowa	25	3–10	5,20	1,75	301,50	ns
	Zespół jelita nadwrażliwego	25	3–10	5,40	1,80		
	Ogółem	50	3–10	5,30	1,76		

* Test U Manna-Whitneya; ns związek nieistotny

Tablica 2. Analiza kierunku agresji w zależności od rozpoznania klinicznego
 Table 2. Relationship between direction of aggression and the patients' clinical diagnosis

Wskaźnik	Badana grupa	Liczba badanych	Rozpiętość	Średnia	Odchylenie standardowe	Test*	
						U	p
Wskaźnik samoagresji	Dyspepsja czynnościowa	25	2–8	4,40	1,38	281,00	ns
	Zespół jelita nadwrażliwego	25	2–9	4,28	1,74		
	Ogółem	50	2–9	4,34	1,56		
Wskaźnik agresji ukrytej	Dyspepsja czynnościowa	25	1–8	4,24	1,71	300,00	ns
	Zespół jelita nadwrażliwego	25	2–8	4,20	1,84		
	Ogółem	50	1–8	4,22	1,76		
Wskaźnik agresji skierowanej na zewnątrz	Dyspepsja czynnościowa	25	1–7	4,20	1,78	298,00	ns
	Zespół jelita nadwrażliwego	25	1–8	4,80	1,82		
	Ogółem	50	1–8	4,50	1,81		

* Test U Manna-Whitneya; ns związek nieistotny

troli zachowań agresywnych ($U=198,00$; $p<0,05$). Chorzy z dyspepsją czynnościową wykazywali wysokie nasilenie tej cechy, natomiast poziom przeciętny zaobserwowano wśród chorych z zespołem jelita nadwrażliwego. Skłonność do działań odwetowych nie różnicowała chorych z porównywanymi zaburzeniami funkcjonalnymi układu pokarmowego

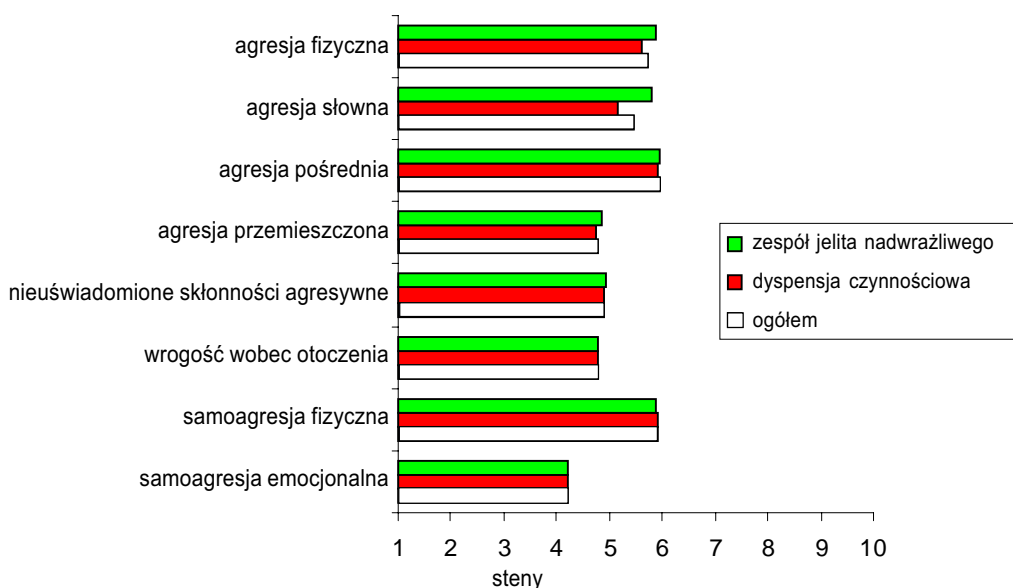
W odniesieniu do wskaźników określających kierunek agresji, tj. wskaźnik samoagresji, agresji ukrytej i agresji skierowanej na zewnątrz, nie stwierdzono istotnych różnic w ich poziomie w zależności od rozpoznania klinicznego. Zarówno chorzy z dyspepsją czynnościową, jak i zespołem jelita nadwrażliwego wykazywali niskie nasilenie wymienionych wskaźników (tablica 2).

Analiza statystyczna średnich wyników znormalizowanych ujawniła brak istotnych różnic pomiędzy badanymi grupami pod względem nasilenia określonych zachowań agresywnych. Chorzy z dyspepsją czynnościową i zespołem jelita nadwrażliwego wykazywali niski poziom samoagresji emocjonalnej, wrogości wobec otoczenia, nieświadomych skłonności agresywnych i agresji przemieszczonej.

W pozostałych kategoriach zachowań agresywnych, tj. samoagresji fizycznej, agresji pośredniej, agresji słownej, agresji fizycznej, chorzy z obu grup nie różnili się w sposób istotny, a nasilenie tych skłonności było na poziomie przeciętnym (rys. 1).

OMÓWIENIE

W pracy dokonano analizy poziomu agresywności, kierunku i kontroli agresji oraz specyficznych zachowań agresywnych wśród osób z rozpoznaniem dyspepsji czynnościowej oraz zespołu jelita nadwrażliwego. Chorzy z zaburzeniami zarówno górnego, jak i dolnego odcinka układu pokarmowego charakteryzowali się niskim nasileniem ogólnego poziomu agresywności, określanego jako naturalna skłonność do działań agresywnych [18]. Poza tym osoby z obu grup ujawniły niskie poziomy badanych wskaźników tj. samoagresji, agresji ukrytej i agresji skierowanej na zewnątrz. Niskie nasilenie skłonności do działań



Rysunek 1. Analiza poziomu określonych zachowań agresywnych w zależności od rozpoznania klinicznego.
 Fig. 1. Intensity of selected aggressive behaviors in relation to clinical diagnosis.

agresywnych oraz wszystkich wymienionych wyżej kierunków agresji mogą wskazywać na tendencje badanych do hamowania reakcji agresywnych. Wyniki te potwierdzają przyjęte wstępnie założenie wskazujące, że niski poziom agresywności charakteryzuje chorych z zaburzeniami czynnościowymi układu pokarmowego [7, 8, 19].

W procesie tłumienia agresji przez badanych chorych rolę mogą odgrywać m.in. zdolności empatyczne chorych [13, 14]. Przyjmowanie cudzej perspektywy jest zmienną poznawczą, która umożliwi dostosowanie własnej aktywności, sposobu spostrzegania poglądów oraz motywacji do zachowań innych ludzi. Poza tym osoby o wysokim poziomie skłonności empatycznych rzadziej reagują agresją na prowokację oraz rzadziej informują o własnych zachowaniach agresywnych [14]. Kolejnym ważnym czynnikiem wykazującym związek z procesem hamowania agresywności jest poczucie własnej wartości. Badania empiryczne potwierdzają, że osoby o wysokim poczuciu własnej samooceny są bardziej skłonne do zachowań agresywnych, zwłaszcza w stosunku do negatywnej informacji zwrotnej czy prowokacji [14].

W zakresie kontroli zachowań agresywnych obserwuje się statystycznie istotne różnice w zależności od rozpoznania klinicznego. Wysoki poziom tej zmiennej ujawnił się u pacjentów z dyspepsją czynnościową, natomiast pacjenci z rozpoznaniem zespołu jelita nadwrażliwego wykazywali w tym zakresie poziom przeciętny. Na tej podstawie można przypuszczać, że pacjenci z dyspepsją czynnościową w porównaniu do chorych z zespołem jelita nadwrażliwego mogą charakteryzować się większą zdolnością kontroli i hamowania własnej agresywności i panowania nad negatywnymi impulsami [18, 20].

Nasilenie specyficznych zachowań agresywnych nie różnicuje chorych z rozpoznaniem dyspepsji czynnościowej i zespołu jelita nadwrażliwego. Analiza średnich wyników znormalizowanych ujawniła jednak w obu grupach najwyższy poziom agresji pośredniej i samoagresji fizycznej. Na podstawie tych wyników można wysnuć hipotezę, że badani chorzy z zaburzeniami czynnościowymi zlokalizowanymi w obrębie układu pokarmowego mogą wykazywać zwiększoną skłonność do przejawiania agresji z uniknięciem bezpośredniej konfrontacji z osobą jej doświadczającej. Przykłady agresji pośredniej to zachowania oskarżycielskie, wysmiewanie poglądów czy nadmierne krytykowanie innych osób, itp. Natomiast przewaga tendencji do kierowania fizycznej agresji wobec własnej osoby skłania do przypuszczeń, że badani chorzy mogą wykazywać zwiększoną skłonność do samouszkodzeń, zadawania sobie bólu fizycznego lub podejmowania prób samobójczych [18, 20].

WNIOSKI

1. Chorzy z rozpoznaniem dyspepsji czynnościowej i zespołu jelita nadwrażliwego charakteryzują się niskim nasileniem agresywności, samoagresji, agresji ukrytej i skierowanej na zewnątrz.

2. Poziom kontroli zachowań agresywnych różnicuje pacjentów z rozpoznaniem dyspepsji czynnościowej i zespołu jelita nadwrażliwego. Wysoki poziom kontroli zachowań agresywnych stwierdzono u chorych z dyspepsją czynnościową, natomiast poziom przeciętny wśród pacjentów z zespołem jelita nadwrażliwego.

PIŚMIENNICTWO

1. Drossman D. Psychosocial factors are linked to functional gastrointestinal disorders: a population based nested case-control study. *Am J Gastroenterol.* 2004; 99: 350–357.
2. Drossman DA. The functional gastrointestinal disorders and the Rome III Process. *Gastroenterol.* 2006; 130: 1377–1390.
3. Międzynarodowa Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych. Kraków: Vesalius; 2007.
4. Drossman DA. Psychococial factors are linked to functional gastroitenstinal disorders: a population based nested case-control study. *Am J Gastroenterol.* 2004; 99: 350–357.
5. Tack J, Talley NJ, Camilleri M, Holtman G, Hu P, Malagelda JR, Stanghellini V. Functional gastroduodenal disorders. *Gastroenterol* 2006; 130:1466–1479.
6. Longstreth GF, Thompson WG, Chey WD, Houghton LA, Mearin F, Spiller RC. Functional bowel disorders. *Gastroenterol* 2006; 130:1480–1491.
7. Łazowski J. Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy. Warszawa: PZWL; 1985.
8. Sarna A, Polak K. Wpływ obrazu samego siebie na etiopatogenezę własnej choroby. W: Skłodowski H. red. *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożeń i wyzwań cywilizacyjnych współczesnego świata.* Łódź: WUŁ; 1996. s 143–146.
9. Dropowa K, Boczoń-Kapica R. Niekorzystne zdarzenia życiowe a nawroty wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. W: Skłodowski H. red. *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożeń i wyzwań cywilizacyjnych współczesnego świata.* Łódź: WUŁ; 1996. s 270–273.
10. Wrześniewski K. Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych. W: Strelau J. red. *Psychologia. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej.* Gdańsk: GWP; 2000. s 493–512.
11. Majchrzyk Z. *Nieletni, młodociani i dorośli sprawcy zabójstw.* Warszawa: IPiN; 2001.
12. Wojciszke B. Relacje interpersonalne. W: Strelau J. red. *Psychologia. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej.* Gdańsk: GWP; 2000. s 144–186.
13. Kenrick DT, Neuberg SL, Cialdini RB. *Psychologia społeczna.* Gdańsk: GWP; 2002.
14. Krahe B. *Agresja.* Gdańsk: GWP; 2005.
15. Halpert A, Drossman D. Biopsychosocial issues in irritable bowel syndrome. *J Clin Gastroenterol* 2005; 39: 665–669.
16. Tack J, Lee KJ. Pathophysiology of functional dyspepsia. *J Clin Gastroenterol* 2005; 39: 211–216.
17. Murray Ch, Flynn J, Ratcliffe L. Effect of acute physical and psychological stress on gut autonomic innervations in irritable bowel syndrome. *Gastroenterol* 2004; 127: 695–1709.
18. Goluch R. *Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji I.P.S.A.* W: Dębski W. red. *Profilaktyka psychologiczna w wojsku – materiały pomocnicze.* Warszawa: MON; 1998. s. 7–46.
19. Bennett EJ, Evans P, Scott AM. Psychological and sex features of delayed gut transit in functional gastrointestinal disorders. *Gut* 2000; 46: 83–87.
20. Gaś ZB. *Inwentarz Psychologiczny Syndromu Agresji.* *Przegl. Psycholog* 1988; 23: 143–154.

Nadesłano: 13.11.2007. Zrecenzowano: 20.12.2007. Przyjęto: 08.02.2008

Adres: Dr Magdalena Wrześcińska, Pl. gen. J. Hallera 1, 90-647 Łódź, tel. 042-639-33-24, e-mail: m.wrzesinska@achilles.wam.lodz.pl