

Agnieszka Idziak

POZIOM AGRESJI A FUNKCJONOWANIE PACJENTA Z CHOROBA NIEDOKRWIENNĄ SERCA I JEGO SYSTEMU RODZINNEGO

THE LEVEL OF AGGRESSION AND THE FUNCTIONING OF A CORONARY HEART DISEASE PATIENT AND OF HIS FAMILY SYSTEM

Institut Ekspertyz Sądowych im. prof. dra Jana Sehna w Krakowie, Zakład Psychologii Sądowej
Kierownik Zakładu: mgr Teresa Jaśkiewicz-Obydzińska

**coronary heart disease
level of aggression
family system functioning**

W artykule przedstawione zostały wyniki badań nad sposobem funkcjonowania pacjentów z chorobą niedokrwienną serca oraz ich rodzin. Autorka charakteryzuje chorobę wieńcową, psychospołeczne czynniki ryzyka prowadzące do jej rozwoju, wybrane koncepcje agresji oraz podstawowe założenia ujęcia systemowego.

Summary: Coronary heart disease is one of the biggest problems in our times. In most of the developing countries almost 30% of people die due to it yearly. Coronary heart disease does not touch only a single person. It is a psychosomatic disorder and we can say that it is disease concerning the whole family. In this article the results of research on 40 men with coronary heart disease and their wives are presented. They were subjected to psychological and psychiatric examinations, which gave information about their life situation and functioning within their families. The results of the research indicate a specific functioning of those families. Men with coronary heart disease are more aggressive and they also have aggressive wives.

Wprowadzenie

Choroby układu krążenia są jednym z największych problemów zdrowotnych naszych czasów. Pośpiech, nerwowość i nieregularny tryb życia – to cena, jaką płacą ludzie za postęp i rozwój cywilizacji. Taki sposób funkcjonowania może doprowadzić również do powstania u człowieka wielu poważnych chorób, takich jak np. choroba niedokrwienna serca. Mimo ogromnego postępu diagnostyki i leczenia, w większości rozwiniętych krajów świata choroba ta nadal jest przyczyną 30% wszystkich zgonów rocznie [1]. Jak powiedział Viktor von Weizsäcker, „to nie organ choruje, lecz człowiek jako całość”. Twierdzenie to pokazuje, jak istotną rolę w rozwoju i przebiegu wielu chorób, w tym także choroby wieńcowej, odgrywają czynniki pozamedyczne. Można do nich zaliczyć m.in.: agresywność, wzór zachowania A, działanie przewlekłego stresu, wrogość. W przypadku choroby niedokrwiennej serca, zwrócenie uwagi na znaczącą rolę czynników pozamedycznych w jej etiologii pozwoli nie

tylko lepiej zrozumieć reakcje chorego, lecz również zastosować odpowiednie działania profilaktyczne wobec osób nią zagrożonych.

Poważna choroba, taka jak choroba wieńcowa, ze względu na towarzyszący jej ból i utrudnienia życiowe jest dla pacjenta sytuacją trudną i stresującą. Wyzwała u niego często negatywne uczucia i postawy, takie jak depresja, agresja, lęk, wycofanie się z kontaktów międzyludzkich. W myśl ujęcia systemowego, choroba oddziałuje także na rodzinę pacjenta. Przeciążenie związane z opieką nad chorym, częsty brak wdzięczności z jego strony oraz konieczność modyfikacji planów życiowych w związku z chorobą w rodzinie, powodują określone reakcje jej członków. W ich opisie autorka skupiła się zwłaszcza na agresji, opisywanej w literaturze poświęconej chorobom psychosomatycznym jako zjawisku powszechnym wśród chorych i ich rodzin.

Założenia teoretyczne

1. Fizjologia i epidemiologia choroby niedokrwiennej serca

Chorobę niedokrwinną serca można najprościej scharakteryzować jako stan uszkodzenia mięśnia sercowego, spowodowany zachwianiem równowagi między wielkością przepływu wieńcowego a zapotrzebowaniem serca na tlen. Kiedy przewyższa ono możliwości dystrybucji tlenu przez naczynia wieńcowe, może dojść do zaburzenia pracy mięśnia sercowego, a w konsekwencji rozwoju choroby niedokrwiennej serca [2].

Jak już wspomniano, oprócz czynników medycznych (jak np.: otyłość, cukrzyca, podwyższony poziom cholesterolu), istotną rolę w etiologii i przebiegu choroby wieńcowej odgrywają również czynniki psychologiczne (np. osobowościowe i wzór zachowania A).

Jeśli chodzi o udział osobowości w rozwoju choroby wieńcowej, należy zaznaczyć, że nie istnieje klasyczny profil osobowości decydujący o powstawaniu i przebiegu tej choroby. Można mówić jedynie o pewnych cechach osobowości, które przy obecności innych, pozapsychologicznych czynników ryzyka, zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia tej choroby. Cechy te wyłoniono m.in. w badaniach osób z wysokim i niskim natężeniem somatycznych czynników ryzyka choroby wieńcowej. Stwierdzono, że osoby o wyższym ich natężeniu charakteryzuje: tłumienie emocji, zwłaszcza agresji i gniewu, wysoka potrzeba dominacji i osiągnięć, duże poczucie odpowiedzialności, skłonność do ciężkiej pracy, wysoka samodyscyplina oraz całkowite nastawienie na osiągnięcie celu [3].

Istotnym psychologicznym czynnikiem ryzyka zwiększającym prawdopodobieństwo wystąpienia choroby wieńcowej jest również Wzór zachowania A (WZA). Badania nad WZA wykazały, że osoby o tym wzorze zachowania 5-7 razy częściej zapadają na chorobę wieńcową niż osoby o WZB. Rozważając, na jakich aspektach opiera się zależność między Wzorem zachowania A a chorobą wieńcową, można przypuszczać, że WZA wiąże się z odmienną reakcją na stres, zarówno na poziomie psychologicznym, jak i fizjologicznym. Osoby charakteryzujące się WZA w porównaniu z osobami o WZB mają większą potrzebę dominacji, dlatego oceniają sytuacje wyzwania jako bardziej stresujące, a ich zachowanie w obliczu tych sytuacji powoduje pogłębianie się stresu oraz wypieranie i tłumienie negatywnych emocji (zwłaszcza agresji). Jednak gdy ich pragnienie dominacji w domu i pracy nie zostanie zaspokojone, mogą zareagować frustracją, która przybiera zwykle formę konfliktu lub prowadzi do wybuchu agresji. Osoby prezentujące ten wzór

zachowania, nawet gdy ulegają zawałowi serca i są poddawane rehabilitacji, starają się dominować, chcąc wyprzedzić innych pacjentów w aktywności fizycznej, bez względu na swoje możliwości i stan zdrowia [4, 5].

Wzór zachowania A był wielokrotnie podawany w wątpliwość jako niezależny czynnik ryzyka choroby wieńcowej, jednak niektóre jego elementy są bezspornie uznawane jako predysponujące do rozwoju tej choroby. Należą do nich m.in.: wrogość, cynizm, depresja, hamowany gniew, agresywność, zwiększona reaktywność na stres [6].

2. Rodzina jako system

Zgodnie z założeniami ujęcia systemowego, żadnych chorób czy zaburzeń dotyczących jednostkę nie należy rozpatrywać w oderwaniu od systemu, w którym ona żyje i funkcjonuje. Przedstawiciele tego podejścia twierdzą, że chory jest nie pojedynczy człowiek, ale cały system, a dana osoba jest jedynie „nosicielem” choroby. Systemem, który zwykle najsilniej wpływa na chorobę jednego ze swoich członków, jest rodzina. Choroba psychosomatyczna, taka jak choroba wieńcowa, jest więc wynikiem zaburzenia w funkcjonowaniu całego systemu rodzinnego, a także wpływa na ten system. Można powiedzieć, że człowiek, a ściślej jego chory narząd, „dostosowuje się” do ogólnej sytuacji panującej w rodzinie. Gdy rodzina doświadcza działania stresu przekraczającego jej możliwości przystosowawcze, może dojść do zmiany w funkcjonowaniu jednego z członków rodziny. Przedłużający się brak równowagi pogłębi chorobę jednostki, a tym samym całego systemu rodzinnego [7, 8].

3. Przegląd wybranych koncepcji agresji

Interpretując wyniki przeprowadzonych badań, autorka odwołała się do trzech klasycznych teorii agresji. Najstarsza z nich – **teoria frustracji-agresji J. Dollarda i N.E. Millera** definiuje agresję jako popęd nabyty, będący reakcją na frustrację. Druga z ich tez mówi, że „frustracja wywołuje pobudzenie do szeregu różnych zachowań, w tym do zachowania agresywnego” [9, str. 67]. Jeżeli najsilniejsze jest pobudzenie do agresji, wówczas będzie ona pierwszą reakcją, jaka wystąpi po frustracji, jeśli natomiast dominująca okaże się tendencja do odmiennych od agresji zachowań, pojawią się właśnie one, wstrzymując tym samym zachowanie agresywne. Według Dollarda i Millera głównym czynnikiem hamującym agresję jest oczekiwanie kary. Nie znosi ona jednak pobudzenia do agresji, ale powoduje zmianę formy zachowania agresywnego. Agresja otwarta przybiera wtedy formę agresji ukrytej (przejawiającej się m.in. w szerzeniu plotek, robieniu złośliwych żartów, może również mieć postać autoagresji). Koncepcja Dollarda i Millera ograniczyła się jedynie do opisu emocjonalno-motywacyjnych mechanizmów zachowania agresywnego i okazała się zbyt ogólna do wyjaśniania jego prawidłowości. W późniejszych latach powstało jednak wiele nowych teorii agresji, odwołujących się do założeń Dollarda i Millera. Jedną z nich jest **koncepcja A. H. Bussa**. Wynika z niej, że frustracja nie jest jedyną determinantą agresji. Oprócz niej istnieje wiele innych bodźców wywołujących agresję (np. atak fizyczny i werbalny, bodźce irytujące i przykre). Biorąc pod uwagę motywy zachowania agresywnego, Buss wyróżnił dwa typy agresji: gniewną i instrumentalną. Pierwsza z nich powstaje pod wpływem emocji, a jej zadaniem jest rozładowanie napięcia i szkodliwe oddziaływanie

na innych. Agresja instrumentalna jest z kolei sposobem osiągnięcia konkretnego celu, pojawia się też wtedy, gdy agresywnego zachowania wymagają normy grupowe. Mając na względzie te formy agresji, Buss przywiązuje dużą wagę do procesu uczenia się reakcji na nią za pomocą systemu nagród i kar. Niewątpliwą zasługą autora tej koncepcji jest wyjście poza sekwencję „frustracja-agresja” i uwzględnienie innych niż frustracja bodźców wywołujących agresję. Koncepcją nawiązującą do założeń Dollarda i Millera jest także **teoria agresji impulsywnej L. Berkowitza**. Autor ten rozbudował schemat „frustracja-agresja”, wprowadzając dwie dodatkowe zmienne: *gniew* oraz *interpretację sytuacji przez osobę*. Gniew jest według niego pierwotną reakcją na frustrację i tworzy wewnętrzną gotowość do zachowania agresywnego. Jednak, aby wystąpiła reakcja agresywna, konieczne jest pojawienie się w otoczeniu jednostki określonych bodźców, tzw. sygnałów wywoławczych agresji. Według Berkowitza mogą one powodować agresję uaktywniając agresywne nawyki, które nie muszą być kształtowane przez frustrację, a mogą wynikać z obserwacji agresywnego zachowania u innych i uczenia się go przez naśladowanie [10]. Koncepcja Berkowitza jest jednym z najważniejszych ujęć mechanizmów zachowania agresywnego. Jej autor zwrócił szczególną uwagę na znaczenie sytuacji, w której dochodzi do agresji, i jej roli w wyjaśnianiu genezy zachowania agresywnego.

4. Funkcjonowanie pacjentów z chorobą niedokrwienną serca i ich rodzin

Funkcjonowanie osób z chorobą wieńcową zależy od bardzo wielu czynników takich, jak: osobowość, odporność na stres, wsparcie ze strony otoczenia oraz faza i zaawansowanie choroby [11]. Z chwilą postawienia diagnozy lekarskiej ulega zmianie całe życie i dotychczasowe funkcjonowanie człowieka. Sposób oceny choroby przez pacjenta, trwałość jej oddziaływania oraz efekty leczenia są w dużej mierze zdeterminowane osobowością. Poważna i długotrwała choroba może wpłynąć jednak na wiele elementów obrazu własnego „ja” takich, jak widzenie własnych możliwości, pozycji w grupie, kompetencji zawodowych, naruszając go i doprowadzając do znacznej jego dezorganizacji.

Badania przeprowadzone wśród osób cierpiących na chorobę niedokrwienną serca wskazują, że funkcjonowanie ich zmienia się w czasie trwania choroby. We wczesnym okresie po zawale serca, około 65% chorych wykazuje zaburzenia w sferze psychospołecznej takie, jak: lęk, depresja, negacja i odizolowanie [12]. Przyczyną tego są niewątpliwie czynniki sytuacyjne, w jakich znalazł się pacjent. Osoby chore to często ludzie stosunkowo młodzi, sprawni intelektualnie, aktywni zawodowo, realizujący plany i marzenia życiowe. W pewnej chwili dotyka ich coś, co do tej pory uważali za „chorobę starości”. Zdają sobie sprawę, że w ich organizmie zaszły nieodwracalne zmiany, które będą od tej pory uciążliwe i ograniczające dotychczasową aktywność. Choroba powoduje zwykle konieczność modyfikacji niektórych celów życiowych i zawodowych, bądź zmusza do rezygnacji z nich. Nie jest to często decyzja łatwa, zwłaszcza dla osoby, która na pracy budowała poczucie własnej wartości. Nic więc dziwnego, że sytuacja choroby jest trudna i stresująca dla pacjenta oraz jego bliskich i może przyczynić się do wystąpienia negatywnych zachowań w rodzinie [13, 14]. We wczesnym okresie po zawale serca powszechny wśród pacjentów jest także emocjonalny typ sterowania zachowaniem (chwiejność nastroju, agresja, nieracjonalne pretensje i konflikty z otoczeniem). Pierwszą reakcją na chorobę jest często

agresja, przybierająca zwykle formę werbalną. Potwierdziły to badania przeprowadzone w 1999 r. przez Okifuji, Turka i Currana [za: 15]. Autorzy ci wykazali, że około 69% pacjentów cierpiących na choroby, którym towarzyszą dolegliwości bólowe, odczuwa gniew i agresję zarówno w stosunku do siebie, rodziny, jak i personelu medycznego. Gdy negatywne uczucia z wczesnego okresu choroby stają się mniej intensywne, pacjent zaczyna odczuwać radość z faktu, że przeżył. Pragnie zmienić swoje życie, aby zapobiec szybkiemu postępowi choroby. Ten stan nie trwa jednak długo, gdyż choroba zmniejsza jego umiejętność trafnej oceny aktualnej sytuacji i powoduje wzrost wymagań względem siebie. Jednak gdy chory uświadomi sobie własne ograniczenia, stopniowo traci wiarę we własne możliwości. Powracają wówczas negatywne emocje z wczesnego okresu choroby takie, jak: zawiść, przygnębienie, agresja, które pacjent kieruje zarówno do siebie, jak i bliskich, a im niższa jest jego samoocena, tym większe nasilenie tych uczuć [16].

W literaturze poświęconej problemowi chorób przewlekłych podkreśla się także ich duży wpływ na dynamikę naturalnej ewolucji systemu rodzinnego. Choroba może spowodować konsolidację istniejących wzorców relacji i zahamowanie rozwoju rodziny, gdyż zadania rozwojowe, wobec konieczności zmagania się z chorobą, schodzą zwykle na dalszy plan. Częstym skutkiem poważnej choroby, takiej jak choroba wieńcowa, jest zmiana pełnionych w rodzinie funkcji czy pojawienie się wśród członków rodziny chorego takich zachowań, jak agresja, lęk oraz zaburzenia o charakterze obsesyjno-kompulsywnym [17, 18, 19, 20, 21]. Wpływ choroby na rodzinę zależy jednak w dużym stopniu od tego, kto zachorował, jak funkcjonowała rodzina w okresie przedchorobowym i jakie są oczekiwania osoby chorej. Największą dezorganizację życia rodzinnego powoduje choroba matki. Pociąga za sobą poważne problemy dotyczące codziennego funkcjonowania, związane z trudnościami z przejściem wykonywanych przez nią czynności, oraz zakłóca klimat emocjonalny rodziny. Choroba ojca, pełniącego zwykle funkcję „głowy rodziny”, powoduje zwykle problemy finansowe i prowadzi do zachwiania poczucia bezpieczeństwa w rodzinie. Kobieta przejmuje wówczas najczęściej obowiązki partnera, zapewnia byt materialny rodzinie i decyduje o jej losach. Powoduje to zmianę układu władzy rodzinnej poprzez spadek pozycji męża, a wzrost pozycji żony. Sytuacja taka może przyczynić się do powstania negatywnych uczuć u pacjenta i obniżenia jego samooceny. Konieczność opieki nad chorym ojcem często wywołuje także protest dzieci, które potrzebują więcej uwagi niż może ofiarować im przeciążona obowiązkami matka. Choroba męża wpływa również na funkcjonowanie jego partnerki. Przeciążenie obowiązkami, częsty brak wdzięczności ze strony chorego, trudności w opiece nad nim, przyczyniają się do zaburzeń w funkcjonowaniu żony oraz mogą prowadzić do rozwoju u niej zachowań agresywnych. Potwierdziły to badania przeprowadzone przez Bunzel i jej współpracowników [22]. Prospektywne śledzenie funkcjonowania 26 małżeństw przed przeszczepem serca, a także rok i 5 lat po nim wykazało, że z powodu choroby i zabiegu ulega pogorszeniu samoocena i funkcjonowanie w rodzinie małżonki chorego. Funkcjonuje ona gorzej w zakresie ról rodzinnych, wypełniania zadań, komunikacji i zaangażowania uczuciowego w związek. Kobiety te stają się również bardziej drażliwe i agresywne, ulega też zachwianiu ich system wartości.

Jak już wspomniano, adaptacja rodziny do choroby jednego z jej członków zależy także w dużym stopniu od przedchorobowego funkcjonowania całego systemu. Rodziny, w których istnieją silne więzi między poszczególnymi osobami, łatwiej dostosowują się do sytuacji trudnej, jaką jest choroba. Natomiast w systemach rodzinnych obciążonych wieloma nie ujawnionymi problemami, choroba powoduje z reguły pogorszenie relacji

i osłabienie wzajemnych więzi. Zdarza się jednak, że w rodzinie jawnie skłóconej właśnie w sytuacji trudnej następuje poprawa atmosfery rodzinnej. Choroba może okazać się punktem krytycznym, powodującym przewartościowanie problemów, ich odsunięcie lub integrację na wyższym poziomie. Jednak niezależnie od sposobu funkcjonowania rodziny, sytuacja choroby dotyka wszystkich jej członków. Jest to moment, gdy chory traci zajmowaną dotychczas pozycję, a zmiany w strukturze rodziny nabierają trwałego charakteru.

Badania własne

Celem przeprowadzonych badań było stwierdzenie, czy istnieje związek pomiędzy poziomem agresji u osób cierpiących na chorobę wieńcową a sposobem, w jaki oceniają oni swoje małżeństwo i rodzinę. Kolejny problem badawczy dotyczył poszukiwania zależności pomiędzy agresją u jednego ze współmałżonków a funkcjonowaniem małżeństwa i rodziny w ocenie drugiego z nich. Badania stanowiły część grantu KBN, realizowanego m.in. przez Zakład Terapii Rodzin CM UJ w Krakowie. Wzięło w nich udział 40 pacjentów cierpiących na chorobę wieńcową i ich żony. Pacjentami byli mężczyźni skierowani na badanie koronarograficzne (badanie obrazujące zaawansowanie zmian miażdżycowych w naczyniach wieńcowych) z powodu objawów choroby wieńcowej, u których potwierdziło ono istnienie choroby. Parametry socjodemograficzne uczestników badania przedstawione są poniżej.

Faza rozwoju rodziny oznacza etap, na którym obecnie znajduje się rodzina.

Faza 1 – małżeństwa oczekujące narodzin pierwszego dziecka (żona w ciąży)

		PACJENCI	PROCENT	ŻONY	PROCENT
Wykształcenie	wyższe	5	12,5%	6	15%
	średnie	20	50%	22	55%
	zawodowe	8	20%	5	12,5%
	podstawowe	7	17,5%	7	17,5%
Liczba dzieci	0	2	5%	Odpowiednio jak pacjenci	
	1	9	22,5%		
	2	19	47,5%		
	3	8	20%		
	4	2	5%		
Faza rozwoju rodziny	2	2	5%	Odpowiednio jak pacjenci	
	4	9	22,5%		
	5	19	47,5%		
	6	16	40%		
Wiek	średnio w latach	59,48; SD9,48		55,33; SD9,86	

Faza 2 – rodzina z najstarszym dzieckiem w wieku 0–12 miesięcy.

Faza 3 – oznacza rodzinę z najstarszym dzieckiem w wieku 1–11 lat.

Faza 4 – rodzina z najstarszym dzieckiem w wieku 12–19 lat.

Faza 5 – małżeństwa bezdzietne lub z dorosłymi dziećmi mieszkającymi oddzielnie.

Faza 6 – rodzina, w której najstarsze wspólnie zamieszkujące dziecko przekroczyło 20 lat.

W celu weryfikacji postawionych problemów badawczych zastosowano następujące

metody:

1. Wywiad przeprowadzany z chorym oraz jego żoną,
2. Skalę Agresji Buss – Durkee (SABD),
3. Kwestionariusz do Oceny Rodziny (KOR) w polskiej adaptacji zespołu pod kierunkiem dr. A. Beauvale. Wykorzystano następujące jego podtesty: Kwestionariusz Samooceny, Diadyczny i Rodzinny. Należy zaznaczyć, że wyniki we wszystkich arkuszach i wymiarach KOR odczytuje się zgodnie z zasadą: im wyższy wynik, tym gorsze funkcjonowanie w danym wymiarze.

Omówienie i interpretacja wyników

Uzyskane wyniki pozwalają na sformułowanie następujących wniosków.

1. W grupie osób badanych, na przyjętym poziomie istotności $p \leq 0,05$, istnieją związki pomiędzy agresją a funkcjonowaniem pacjenta z chorobą wieńcową i jego systemu rodzinnego. Widoczne jest to zwłaszcza w przypadku skali agresji pośredniej, urazy i podejrzliwości. Ujmując najprościej charakter tych zależności można powiedzieć, że mężczyźni osiągający wysokie wyniki w pierwszej z nich krytycznie oceniają swoje funkcjonowanie w zakresie wypełniania zadań, pełnienia funkcji rodzinnych, komunikacji, emocjonalności, zaangażowania uczuciowego, a także w skali troski. Podobnie wysokie wyniki w skalach podejrzliwości i agresji pośredniej związane są z gorszą percepcją siebie w wymiarach pełnienia ról, emocjonalności, komunikacji, zaangażowania uczuciowego, kontroli, troski, pretensji oraz ogólnego funkcjonowania w rodzinie. Jest to zgodne ze stwierdzeniami Pleśzewskiego [11], że wskutek choroby samoocena realna pacjentów staje się coraz niższa, wzrasta natomiast ocena idealna. Powoduje to nasilenie się u nich agresji, będącej często jedną z pierwszych reakcji na wieść o chorobie. Agresja może stanowić swoistą „zasłonę” maskującą przed otoczeniem słabość i zaniżoną samoocenę chorego. Pogarsza również jego ocenę funkcjonowania własnego małżeństwa i rodziny. Zależność ta odnosi się zwłaszcza do oceny rodziny przez pacjentów kardiologicznych. Chorzy, uzyskujący więcej uwagi ze strony małżonki niż pozostałych członków systemu rodzinnego, określają relacje z nią jako bardziej pozytywne. Można więc powiedzieć, że dla pacjentów żona jest wsparciem, rodzina natomiast obciążeniem. Opisane zależności przedstawia tabela 1.

2. Żony pacjentów cierpiących na chorobę niedokrwienną serca, które charakteryzuje większe nasilenie agresji, krytycznie oceniają swoje funkcjonowanie w rodzinie. Spadek samooceny żony wiąże się z chorobą męża, która jest źródłem frustracji i, zgodnie z teorią Dollarda i Millera, może spowodować u niej rozwój zachowań agresywnych. Konieczność opieki nad partnerem i brak wdzięczności z jego strony pogłębia dodatkowo agresję kobiety oraz zaniża jej samoocenę. Nasilenie się agresji u żony chorego powoduje także jej krytyczną ocenę własnego małżeństwa i rodziny. Więcej związków istnieje jednak pomiędzy poziomem agresji u żony a jej negatywną oceną małżeństwa. Badane kobiety oceniają krytycznie większość sfer życia małżeńskiego, jak np. wypełnianie zadań, pełnienie ról małżeńskich czy komunikacja. Przyczyną tego może być brak wdzięczności oraz potrzebnego wsparcia ze strony męża. Kobieta otrzymuje je wówczas zwykle od rodziny, co z kolei wpływa na jej pozytywną ocenę relacji rodzinnych. Wszystkie uzyskane zależności obrazuje tabela 2.

3. Nasilenie się agresji u badanych mężczyzn z chorobą niedokrwienną serca pogarsza

Tabela 1

Agresja u pacjentów z ch.n.s, a ich samoocena oraz ocena funkcjonowania małżeństwa i rodziny

	UJZ	PR	KOM	EM	ZU	WN	K	SUMA	ZYCZ	TROS	PRET
Agresja fizyczna			0,365* 1,349*			0,461* 1,316*		1,351*			
Agresja psychiczna	1,319*	1,348*	0,349* 0,366* 1,451*		0,425*	0,376* 0,376*		0,370* 0,309* 1,485*	0,389*	0,390*	
Hybryda	0,354*	0,340*	0,341*					0,349*	0,361*		
Negatywność			0,366*							0,440*	
Uważa	0,332* 1,411*	0,362* 1,433*	0,306*	0,446*	0,433*		0,320* 0,370*	0,320* 1,361*		0,453*	0,496*
Podniekliwość		0,366* 1,311*		0,467* 1,349*	0,441*		0,338*	0,461*		0,420*	0,363*
Agresja słowna			0,391*								
Porzucenie winy		0,470* 0,373*	0,346*	0,308* 0,364*				0,377*	0,327*		

Poziom istotności: * $p \leq 0,05$

WZ – wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, EM – emocjonalność, ZU – zaangażowanie uczuciowe, WN – wartości i normy, K – kontrola, SUMA – ogólne funkcjonowanie, ZYCZ – życzliwość, TROS – skala troski, PRET – skala pretensji.

Wyróżnienia wyników: **Samoocena chorego**, *ocena funkcjonowania małżeństwa*, ocena funkcjonowania rodziny.

samoocenę ich żon. Kobiety, których chorzy mężowie przejawiają agresję w zachowaniu, gorzej oceniają swe funkcjonowanie w wymiarze komunikacji, emocjonalności, uważają się także za mniej życzliwe w relacjach rodzinnych. Wyjaśniając te zależności warto odwołać się do badań Bunzel i wsp. [22]. Wynika z nich, że u kobiet mających poważnie chorych mężów, w miarę postępu choroby obserwuje się obniżenie ich samooceny. Można przypuszczać, że jest to związane z brakiem wdzięczności i nasileniem się negatywnych zachowań, w tym agresji ze strony chorego partnera. Agresja u mężczyzn cierpiących na chorobę wieńcową powoduje również krytyczną ocenę małżeństwa i rodziny przez ich żony. Jest ona jednak bardziej wyrazista w przypadku oceny diady małżeńskiej przez żonę chorego. Oceny żon różnią się tu znacząco od ocen ich partnerów. Pacjenci, w przeciwieństwie do swoich żon, bardziej pozytywnie spostrzegają funkcjonowanie własnego małżeństwa niż rodziny. Wynika to z faktu, że żony otrzymują większe wsparcie ze strony rodziny w chorobie męża, pacjenci natomiast mogą liczyć głównie na pomoc żony, co uwidacznia się w ich ocenach. Uzyskane wyniki zestawiono w tabeli 3.

4. W grupie osób badanych nie stwierdzono związku pomiędzy poziomem agresji u żon

Tabela 2

Agresja u żony chorego, a jej samoocena oraz ocena funkcjonowania małżeństwa i rodziny

	WZ	PR	KOM	EM	ZU	WN	K	SUMA	ŻYCZ	TROS	PRET
Agresja krytyczna	0,400* 0,193	0,488*	0,260* 0,626* 0,306*	0,167*	0,418* 0,481*	0,646*	0,367* 0,316*	0,278* 0,623* 0,315*			0,408*
Agresja poważna					0,304*						
Wytykanie	0,462		0,142*	0,162*	0,122*	0,116*		0,387*			
Negatywność											
Samocena	0,342*	0,244* 0,124*	0,166*				0,218*	0,278* 0,114*	0,428*		0,387*
Wartość rodziny		0,417* 0,196*									

Poziom istotności: * $p \leq 0,05$;

WZ – wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, EM – emocjonalność, ZU – zaangażowanie uczuciowe, WN – wartości i normy, K – kontrola, SUMA – ogólne funkcjonowanie, ŻYCZ – życzliwość, TROS – skala troski, PRET – skala pretensji.

Wyróżnienia wyników: **Samocena chorego**, **ocena funkcjonowania małżeństwa**, ocena funkcjonowania rodziny.

Tabela 3

Agresja u męża a samoocena żony oraz jej ocena swojego funkcjonowania w małżeństwie i rodzinie

	PR	KOM	EM	ZU	WN	SUMA	ŻYCZ
Agresja krytyczna		0,451*	0,327*				0,368*
Agresja poważna	0,367	0,440* 0,317*	0,397*	0,374*	0,407* 0,330*	0,349*	0,443*
Wytykanie					0,307*		
Agresja słowna	0,398*				0,417*	0,319* 0,321*	

Poziom istotności: * $p \leq 0,05$;

WZ – wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, EM – emocjonalność, ZU – zaangażowanie uczuciowe, WN – wartości i normy, K – kontrola, SUMA – ogólne funkcjonowanie, ŻYCZ – życzliwość, TROS – skala troski, PRET – skala pretensji.

Wyróżnienia wyników: **Samocena chorego**, **ocena funkcjonowania małżeństwa**, ocena funkcjonowania rodziny.

a pogorszeniem się samooceny funkcjonowania ich partnerów w rodzinie, pojedyncze istotne statystycznie zależności mogą więc mieć charakter przypadkowy. Brak związków agresji u żon z negatywną oceną własnego funkcjonowania w rodzinie przez mężów można odnieść do opisywanej przez Stierlina i jego współpracowników [23] metafory „kruchej bryły lodu”, do której są często porównywane „rodziny psychosomatyczne”. „Powierzchnia” rodziny, gładka (chęć pokazania się innym od jak najlepszej strony, nie przyznając się do kłopotu), jest krucha i wrażliwa na napięcia w swej konstrukcji. Jednak tej „bryle lodu” grozi niebezpieczeństwo, gdyż każdy silniejszy wstrząs może spowodować, że rozsypie się ona na wiele kawałków. Członkowie rodziny bronią się przed tą sytuacją, chcąc zaprezentować się na zewnątrz od jak najlepszej strony (co nie jest jednak zgodne z rzeczywistą sytuacją panującą w rodzinie i samooceną jej członków) i zachować swój dobrostan. Chęć pokazania otoczeniu znacznie odbiegającego od rzeczywistości obrazu własnego „ja” może mieć właśnie miejsce wśród mężczyzn cierpiących na chorobę wieńcową. Agresja u badanych żon nie jest związana również z krytyczną oceną małżeństwa i rodziny przez ich partnerów. Przyczyną tego stanu może być skłonność pacjentów do jak najkorzystniejszego pokazania się otoczeniu, ocena własnej rodziny jako „nieskazitelnej” oraz agresja. Jak już wspomniano, jest ona bardzo częstym uczuciem towarzyszącym osobom cierpiącym na chorobę niedokrwinną serca. Jednak chory, sam będąc agresywny, może wyraźnie nie dostrzegać przejawów agresji ze strony swej partnerki. Wszystkie zależności przedstawia tabela 4.

Tabela 4

Agresja u żon a samoocena męża oraz jego ocena swojego funkcjonowania w małżeństwie i rodzinie

	UW	PR	KOM
Agresja pocz.		0,368*	^
Uwaga	-0,313*		
Agresja słowna			0,311*

Poziom istotności : * $p \leq 0,05$;

WZ – wypełnianie zadań, PR – pełnienie ról, KOM – komunikacja, EM – emocjonalność, ZU – zaangażowanie uczuciowe, WN – wartości i normy, K – kontrola, SUMA – ogólne funkcjonowanie, ŻYCZ – życzliwość, TROS – skala troski, PRET – skala pretensji.

Wyróżnienia wyników: **Samoocena chorego**, *ocena funkcjonowania małżeństwa*, ocena funkcjonowania rodziny.

Zakończenie

Przeprowadzone badania pozwalają stwierdzić, że choroba wieńcowa i towarzyszące jej zachowania, takie jak agresja, w znaczącym stopniu wpływają na funkcjonowanie systemu rodzinnego pacjenta. Uzyskane wyniki wskazują, jak powiązaniem i dynamicznym systemem jest rodzina oraz jak istotne jest uwzględnianie kontekstu rodzinnego w badaniach nad

psychospołecznymi uwarunkowaniami choroby wieńcowej. W świetle uzyskanych danych można także powiedzieć, że chory jest nie pojedynczy człowiek, ale system, w którym on żyje i funkcjonuje. Dlatego to w odniesieniu do systemu powinny być kierowane ewentualne oddziaływania terapeutyczne. Wyniki przeprowadzonych przez autorkę badań pokazują, że zastosowanie takich działań mogłoby pomóc „rodzinom kardiologicznym” w zmianie spostrzegania choroby i codziennym zmaganiu się z nią. Choć choroba jest zawsze trudną i obciążającą sytuacją dla całej rodziny, poszczególni jej członkowie, przy odpowiedniej motywacji, a czasem pomocy, mogą twórczo spożytkować opisane doświadczenia związane z chorobą. Jest to zadanie bardzo trudne, ale możliwe, gdy choroba traktowana jest nie tylko jako źródło cierpień i wyrzeczeń, ale także jako coś, co może rozwinąć i ubogacić system wartości oraz spostrzeżenie świata przez osobę chorą i jej system rodzinny.

Piśmiennictwo

1. Bojarska D, Górski P. Choroba niedokrwienna serca a praca zawodowa. *Kardiol. Pol.* 2000; 52: 482–486.
2. Gieć L. Choroba niedokrwienna serca: W: Kokot F, red. *Choroby wewnętrzne*. Warszawa: PZWL; s. 69–84.
3. Tylka J. Modyfikacja zachowań typu A jako podstawa prewencji pierwotnej i wtórnej choroby niedokrwiennej serca. *Przegl. Psychol.* 1999; 42 (4): 69–82.
4. Kubzansky LD, Kawachi I. Going to the heart of the matter: do neative emotions cause coronary heart disease? *J. Psychosom. Res.* 2000; 48: 323–337.
5. Wrześniewski K. Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych. W: Strelau J, red. *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; s. 493–512.
6. Wielgosz AT, Nolan RP. Biobehavioral factors in the context of ischemic cardiovascular diseases. *J. Psychosom. Res.* 2000; 48: 339–345.
7. Furgał M. Funkcjonowanie rodzin pacjentów chorych na chorobę niedokrwienną serca. Nie publikowana praca doktorska. Kraków: Zakład Terapii Rodzin CM UJ; 2001.
8. Healey JC. Family systems factors in the psychosomatic illness. *Int. J. Fam. Psychiatry*, 1983; 3(4): 181–190.
9. Kosewski M. *Agresywni przestępcy*. Warszawa: Wiedza Powszechna; 1977.
10. Mietzel G. *Wprowadzenie do psychologii*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1999.
11. Pleszewski Z. *Funkcjonowanie emocjonalne pacjentów przed i po zawale serca*. Poznań: Uniwersytet im. Adama Mickiewicza; 1977.
12. Dudek D, Zięba A, red. 2001: *Depresja w chorobie niedokrwiennej serca*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 2001.
13. Heszen–Niejodek I. Psychologiczne problemy chorych somatycznie. W: Strelau J, red. *Psychologia. Podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; s. 513–530.
14. Włodarczyk D. Wsparcie społeczne a radzenie sobie ze stresem u chorych po zawale serca. *Przegl. Psychol.* 1999; 42 (4): 95–133.
15. Łuszczyńska–Cieślak A. Psychologiczna charakterystyka pacjentów z bólami przewlekłymi. *Now. Psychol.* 2000; 3: 5–17.
16. Carmelli D, Swan GE, Rosenman RH. 1985: The relationship between wives social and psychologic status and their husbands coronary heart disease. *Am. J. Epidemiol.* 1985; 104, 107–123.
17. Bises MA. After infarct: A pilot study. *Fam. Syst. Med.* 1990; 8: 339–348.
18. Haynes SG, Eaker ED, Feinleib M. Spouse behaviour and coronary heart disease in men: Prospective results from the Framingham Study. *Am. J. Epidemiol.* 1983; 118: 1–22.

19. Steinhart MJ. Current concepts: Emotional aspects of coronary artery disease. Kalamazoo-Michigan: Upjohn; 1984.
20. Worby CM, Altrocchi J, Veach TL, Crosby R. Early identification of symptomatic post-MI families. *Fam. Syst. Med.* 1991; 9: 127–135.
21. Vitaliano PP, Russo J, Bailey SL, Young HM, McCann BS. Psychosocial factors associated with cardiovascular reactivity in older adults. *Psychosom. Med.* 1993; 55: 164–177.
22. Bunzel B, Laederach-Hoffman K, Schubert MT. Patients benefit – partners suffer? The impact of heart transplantation on the partner relationship. *Transpl. Intern.* 1999; 12 (1): 33–41.
23. Stierlin H, Rucker-Embden W, Wetzel M, Wirsching J. *Terapia rodzin*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 1999.

Adres: Instytut Ekspertyz Sądowych im. prof. dra Jana Sehna
Zakład Psychologii Sądowej
ul. Westerplatte 9
31-033 Kraków