

Dynamika objawów somatycznych i psychicznych psychastenicznej postaci miażdżycy tętnic mózgowych w przebiegu leczenia hipolipemizującego

Maria B. Pecyna*

Pracownia Psychofizjologii, Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej, Warszawa

**DYNAMICS OF SOMATIC AND PSYCHIC SYMPTOMS OF PSYCHASTENIC CEREBRAL
ARTERIOSCLEROSIS AMONG ELDERLY PATIENTS UNDERGOING HIPOLIPEMIZING
TREATMENT**

From a group of patients, aged 60 and more, with a diagnosis of psychastenic cerebral arteriosclerosis, three subgroups with even distribution in sex, education, social background and inhabitancy (rural/urban) and differing stages of the illness' progress were selected. In addition, three analogous control subgroups were chosen from among healthy individuals. A two-level statistical analysis was based on standard 16 PF, MAS, TUZIG forms. It turned out that the hypolipemizing medicines have negative influence on the emotional sphere of elderly patients. The brevity of the course of neuro- and psychostenic cerebral arteriosclerosis proved to have major influence on frustration - probably because the brevity does not allow for accepting and adapting to the deficiency. The report proves the necessity of including psychotherapy in hypolipemizing treatment.

Postać psychasteniczna miażdżycy tętnic mózgowych, obok psychozy miażdżycy i otępienia umysłowego, zaliczana jest do dyskretnego zespołu charakteryzującego się labilnością psychiczną, zwiększoną aktywnością, męczliwością oraz częściami lub całkowitą utratą zainteresowań. Niekiedy stwierdza się także różnego rodzaju obsesje i stany obsesyjne (Engel i in., 1988; Hazzard, 1989; Magni i in., 1988; Steen i in., 1987).

Podstawowym problemem w rozważaniach nad znaczeniem czynników somatycznych i psychicznych w procesie leczenia hipolipemizującego jest hipoteza dotycząca istnienia wysokiej korelacji pomiędzy wzorcem emocjonalnego reagowania a szybkością przebiegu klinicznego choroby. I tak, u części chorych może ona rozwijać się bardzo szybko, zwykle w ciągu 1-3 lat, u innych znacznie wolniej, a zmiany kliniczne rozwijają się w ciągu 5-8 lat, zaś w niewielkim odsetku osób pro-

ces chorobowy trwa bardzo długo, zwykle powyżej 10 lat i często po tym okresie choroby dalej nie postępuje (Black i in., 1987; Rubinstein, 1989).

Jak dotychczas nie udało się ustalić czynników odpowiedzialnych za różny przebieg kliniczny miażdżycy tętnic mózgowych. Wiadomo, że istniejące w zespołach nerwicowych reakcje lękowe z powodu imitowania w większości zespołów organicznych znanych współczesnej medycynie, sprawiają one poważne trudności diagnostyczne i adaptacyjne. Na obecnym etapie wiedzy przyjmuje się psychasteniczne reakcje lękowe za zaburzenia czynnościowe. W grę wchodzi tu także czynniki, jak: ograniczona aktywność psychiczna i fizyczna, obniżenie poczucia własnej wartości, obniżenie progu interocepcji i swoista hipochondryzacja. Wymienione czynniki wzmaga tzw. zwrot egotyczny, jaki dokonuje się w przeżywaniu i myśleniu ludzi w wieku starszym, gdy zmniejszająca się sprawność i dolegliwości zacieśniają terytorium działania, a poczucie samotności budzi lęk i obawę o własny los (Buhler, 1961; Pecyna, 1992a i b; Pecyna, 1993).

* Korespondencję na temat artykułu można kierować pod adresem: Maria B. Pecyna, Pracownia Psychofizjologii, Wyższa Szkoła Pedagogiki Specjalnej, ul. Szczęśliwicka 40, 02-353 Warszawa.

4) grupa A a grupa C:

- w Kwestionariuszu 16PF:
 - I⁺ (wrażliwość): $t = 1.98; p.u. = .05$
 - Q₄⁺ (wysokie napięcie potrzeb i popędów): $t = 2.41; p.u. = .01$
- w Kwestionariuszu MAS:
 - P (poczucie własnej bezradności): $t = 1.98, p.u. = .05$

Na podstawie cytowanych danych statystycznych w grupach porównawczych: A-D, B-E, C-F oprócz czynników: E⁻, I⁺, Q₁⁻ ważną rolę odegrały tu czynniki C⁻, Q₄⁺ i Q₁⁻. Osoby zdrowe z grup E i F prezentują się tutaj jako bardziej zrównoważone i taktowne i mniej konserwatywne. Powyższy opis pozwala przypuszczać, że przyjmowanie leków hipolipemizujących wpływa wyraźnie negatywnie na sferę emocjonalną badanych, zaś sam staż chorowania i leczenia nie zmienia poziomu i struktury lęku.

Teoretycznie taki stan winien być odpowiedzią na zagrożenie przerastające siły jednostki, ponieważ zdaniem badanych bardzo powolny spadek zawartości substancji tłuszczowych we krwi, głównie cholesterolu w surowicy krwi i coraz bardziej zauważalne luki pamięciowe wpływają demobilizująco na samą motywację leczenia. Nadto, należy też uwzględnić fakt, że człowiek nie jest istotą przeżywającą swe problemy jednopłaszczyznowo. Dolegliwości psychiczne, to przede wszystkim trudności w podejmowaniu decyzji nawet w błahych sprawach, nieokreślone poczucie winy, skłonność do nadmiernej introspekcji, nieumiejętność zmobilizowania się, a także dolegliwości pochodzenia wyłącznie somatycznego, jak: bóle głowy, zaburzenia snu, wzmożona pobudliwość układu nerwowego oraz zaburzenia ze strony układu pokarmowego i układu oddechania.

W oparciu o analizę jakościową i ilościową odpowiedzi z Kwestionariusza MAS ogólny wykaz dolegliwości somatycznych i psychicznych z uwzględnieniem wyróżnionych sześciu grup ilustruje poniższe zestawienie:

grupy zasadnicze:	A	B	C
somatyczne	195	198	192
psychiczne	205	202	211
razem	400 (33,2%)	400 (33,2%)	403(33,6%)
grupy kontrolne:	D	E	F
somatyczne	203	221	227
psychiczne	278	292	308
razem	481 (31,4%)	513 (33,5%)	535(35,1%)

Jak wynika z powyższych zestawień opisany układ różnic w nasileniu dolegliwości somatycz-

nych i psychicznych mierzonych Kwestionariuszem MAS wydają się być niezgodne z oczekiwaniami. Hiperlipoproteidemia jest czynnikiem, który wydaje się bezpośrednio łączyć z procesem miażdżycowym i zaliczany jest w literaturze medycznej do czterech czynników zagrożenia najszerszej badanych obok nadciśnienia tętniczego, palenia papierosów i otyłości. A zatem należałoby się spodziewać więcej dolegliwości o zabarwieniu psychosomatycznym w grupach zasadniczych, które reprezentują ludzi z przewlekłą chorobą somatyczną, jaką jest miażdżycza tętnic mózgowych w przebiegu leczenia hipolipemizującego. Uzyskane wyniki przeczą temu faktowi.

W celu głębszego zrozumienia tego zjawiska, które kształtowały postawy wobec własnej choroby przeanalizowano z Kwestionariusza TLTZ IG niektóre obszary konfliktowe. Wśród dziesięciu analizowanych na szczególną uwagę zasługują następujące podskale: stosunek do siebie, stosunek do lekarza, lęki i obawy, stosunek do przyszłości oraz poczucie winy (por. tab. 1).

Szczegółowa analiza jakościowa wykazała, że przynajmniej co druga osoba badana z hiperlipoproteidemią niezależnie od rodzaju i długości przyjmowania leków hipolipemizujących nie wierzyła w skuteczność ich działania oraz w zalecenia dietetyczne. Podobne wyniki uzyskano w grupach kontrolnych, pomimo klinicznie uważanych za ludzi zdrowych. Uzyskane różnice jakościowe uzyskane z wypowiedzi badanych były statystycznie nieznamienne.

W dalszej analizie wyniki Kwestionariusza TUZ IG dostarczyły możliwości określenia obrazu samego siebie. Na ten obraz złożyły się następujące obszary konfliktowe: nieufny stosunek do siebie i lekarza, lęki i obawy, pesymistyczny stosunek do przyszłości oraz brak sprecyzowanych celów w życiu.

Próbując dokonać syntezy zaobserwowanych prawidłowości w dalszej analizie ilościowej uzyskano informacje o stopniu nasilenia głównych obszarów konfliktowych¹, oraz urazów i stanów

¹ Wskaźnik nasilenia konfliktów (WNK) obliczono według wzoru:

$$WNK = \frac{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^k O_{ij}}{\sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^n O_{ij}} \times 100$$

gdzie: max = hipotetyczne maksimum punktów,
 O = sfera konfliktowa,
 k = liczba obszarów konfliktowych,
 n = liczba osób badanych.

porności psychicznej (H^- , 06134), nerwowość, męczliwość i drażliwość (N , .5231) i brak sprecyzowanych celów w życiu (X , .4621).

Czwarty czynnik: „konwencjonalność – radykalizm” (6.89% wariancji) tworzą w największym stopniu zmienne: konwencjonalność (M^- , .7023), pewność siebie (O^- , .6105), (Q_1^+ , .5491), pesymistyczny stosunek do przyszłości ($VIII$, .4962) i lęk ukryty (L , .4209).

Piąty czynnik: „wysokie superego – racjonalizm” (3.01% wariancji) jest nasycony następującymi zmiennymi: wytrwałość, odpowiedzialność, uczuciowa stałość (G^+ , .7932), brak wrażliwości (I^- , .6429), zręczność towarzyska (N^+ , .5100), samowystarczalność (Q_2^- , .4290), lęk ukryty i (L , .4150).

Ostatni czynnik szósty nazwano „opanowanie – spokój” (6.9% wariancji) zawiera zmienne: wysoka samoocena (Q_3^+ , .5990), niskie napięcie wewnętrzne (Q_4^- , .4867) i nieufny stosunek do lekarza (IV , .4190).

Z cytowanych badań empirycznych wyłoniono sześciowymiarowy model osobowości, który zmobilizował autorkę pracy do próby odpowiedzi na następujące pytanie: w jaki sposób zmienne wyodrębnione w analizie czynnikowej są podobne do pięciu podstawowych wymiarów osobowości, które według Johna (1990, s. 72) noszą następujące nazwy: ekstrawersja, ugodowość, sumienność, stabilność emocjonalna i otwartość na doświadczenie?

Podstawowe założenia omawianego modelu zwanego też w literaturze Wielką Piątką (Goldberg, 1981; Digman, 1986; John, 1990; Costa i McCrae, 1992; Eysenck, 1992; Ostendorf, 1992; Jarmuż, 1994 i 1995; Oleś, 1994 i 1995; Marszał-Wiśniewska, 1995; Szarota, 1995) zawarte są w hipotezie leksykalnej, ponieważ powszechnie uważa się, iż najważniejsze różnice indywidualne między ludźmi zostały zakodowane w języku. Innymi słowy: u podstaw omawianej propozycji modelu leży hipoteza leksykalna odwołująca się do języka, jako źródła tworzenia koncepcji osobowości.

Odpowiadając na wyżej postawione pytanie uwzględniono analizę porównawczą, z której wynika, że:

– pierwszy czynnik z analizy czynnikowej „interakcja społeczna – napięcie” wykazuje duże podobieństwo do pierwszego wymiaru modelu Wielkiej Piątki określanego jako „ekstrawersja”. Istotną

treść tak czynnika jak i wymiaru tworzy współdziałanie, przyjacielskość, beztroskość, ekspansywność i entuzjastyczność,

– drugi czynnik „pozytywno-negatywne nastawienie do ludzi” bliski jest drugiemu wymiarowi osobowości nazwanym „ugodowość”. Wymiar i czynnik dotyczą kierunku postawy do człowieka charakteryzującej się takimi cechami, jak: ufność, dostosowanie się do danej sytuacji, altruizm, ale z drugiej strony niewytrwałość spowodowana słabością woli,

– trzeci czynnik „lęk – stabilność emocjonalna” jest dokładnym odwróceniem bieguna czwartego wymiaru określanego jako „stabilność emocjonalna”, bo charakteryzują go takie cechy, jak: mała odporność na zagrożenie, nadwrażliwość, neurotyczność, słabe ego,

– czwarty czynnik „konwencjonalność – radykalizm” wykazuje zdecydowane podobieństwo do trzeciego wymiaru określanego jako „sumienność”. Istotne treści tak czynnika, jak i wymiaru tworzą: ufność, pewność siebie, samodzielność w myśleniu, postępowość a także wytrwałość, porządek i obowiązkowość,

– piąty czynnik „wysokie superego – racjonalizm” jest bliski również piątemu wymiarowi modelu Wielkiej Piątki określanego jako „otwartość na doświadczenie”, ponieważ wyakcentowano w nich takie zmienne, jak: wytrwałość, odpowiedzialność, zaufanie do siebie, towarzyską zręczność, nienaganność, konwencjonalność, dominację, wyobraźnię i estetykę,

– ostatni czynnik szósty „opanowanie – spokój” wykazuje podobieństwo do drugiego wymiaru „ugodowość”. Zarówno drugi wymiar, jak i analizowany czynnik obejmują swym znaczeniem takie zachowania interpersonalne, jak: zaufanie, prostolinijność, altruizm, uступliwość, opanowanie, dokładność oraz wewnętrzny spokój.

Przedstawiona analiza porównawcza jest silnym argumentem na rzecz modelu Wielkiej Piątki, bowiem bez względu na samą grupę badawczą (ludzie w wieku starszym, hospitalizowani z powodu psychastenicznej postaci miażdżycy tętnic mózgowych) i zastosowaną procedurę w ramach analizy czynnikowej otrzymano właściwie analogiczne rozwiązanie. A więc można jednoznacznie stwierdzić, że model Wielkiej Piątki nie jest artefaktem procedury statystycznej, lecz realną strukturą czynników leżących u podstaw opisów osobowości człowieka.