

Obraz własnej osoby i akceptacja siebie a osiągnięte efekty terapeutyczne u pacjentów chorych psychicznie oraz somatycznie – badania porównawcze

Self-image, self-acceptance and the therapeutic effects among patients suffering from mental and physical diseases – comparative study

Krzysztof Zboralski, Piotr Gałęcki, Agata Orzechowska,
Dominika Berent, Monika Talarowska

Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Streszczenie

Cel: Celem pracy jest poznanie charakteru wzajemnych zależności występujących pomiędzy obrazem własnej osoby, a także stopniem samoakceptacji a osiąganymi efektami terapeutycznymi w grupie pacjentów leczonych z powodu zaburzeń somatycznych i psychicznych.

Materiał i metody: W badaniach uczestniczyło 97 osób, podzielonych na dwie grupy: 41 pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi (grupa pierwsza) oraz 56 osób leczonych z powodu wybranych zaburzeń somatycznych (choroby przewodu pokarmowego, choroby skóry, cukrzyca typu 1 i typu 2 - grupa druga). W badaniu wykorzystano: ankietę personalną, Test Przymiotników ACL (Adjective Check List) H.G. Gougha i A.B. Heilbruna oraz Skalę Ogólnego Wrażenia Klinicznego (Clinical Global Impression Scale, CGI).

Wyniki: Zaobserwowano statystycznie istotne zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi. Wielkość efektu terapeutycznego jest powiązana z poziomem samoakceptacji chorych oraz z pozytywnym obrazem siebie. Pacjenci o wyższym poziomie samoakceptacji osiągają większą poprawę w wyniku zastosowanego leczenia. Opisywana zależność dotyczy zarówno pacjentów somatycznie, jak i psychicznie chorych.

Wnioski: 1. Wielkość efektu terapeutycznego jest powiązana z poziomem samoakceptacji chorych i obrazem własnej osoby. 2. Pacjenci o wyższym poziomie samoakceptacji osiągają większą poprawę w ocenie zastosowanego leczenia. 3. Opisywana zależność dotyczy zarówno pacjentów somatycznie, jak i psychicznie chorych. 4. Pomiędzy chorymi z depresją i chorymi somatycznie różnice dotyczą głównie obrazu aktualnego, natomiast występuje bardzo zbliżony idealny obraz własnej osoby.

Słowa kluczowe: samoakceptacja, obraz siebie, efekt terapeutyczny, depresja, choroby somatyczne

Abstract

Aim: The aim of the study is to get to know about mutual relationships between individual self-image, level of self-acceptance and the therapeutic effects among patients who suffer from mental diseases and physical diseases.

Material and methods: The study involved 97 people, divided into two groups: 41 patients with recurrent depressive disorder (first group) and 56 people treated for selected somatic disorders (gastrointestinal diseases, skin diseases and diabetes type 1 and type 2 - the second group). The personal questionnaire, Adjective Check List by H.G. Gough and A. B. Heilbrun (ACL) and Clinical Global Impression Scale (CGI) were used in the examination.

Results: Statistically significant relationships between the analyzed variables were observed. The size of therapeutic effect is associated with the level of self-acceptance, and with positive self-image of the patients. Patients with higher levels of self-acceptance achieved greater improvement as a result of the treatment. Using this relationship applies to both patients somatically and mentally ill.

Conclusions: 1. The size of therapeutic effect is associated with the level of self-acceptance and with the self-image of the patients. 2. Patients with higher levels of self-acceptance achieved greater improvement in the assessment of the treatment. 3. Using this relationship applied to both patients somatically and mentally ill. 4. Between patients with depression and somatic illness differences mainly concerned the current image, but there was a very similar ideal self-image.

Keywords: self-acceptance, self-image, therapeutic effect, depressive disorders, somatic diseases

Wstęp

Odkąd definicja zdrowia została poszerzona o aspekt psychologiczny, badania psychologiczne w medycynie odgrywają coraz większą rolę. Zmiana w pojmowaniu zdrowia, zrozumienie w jakim stopniu fizyczne

funkcjonowanie człowieka jest zależne od czynników psychologicznych, wyznaczyło nowe tendencje i obszary badań. Współcześnie nie budzi sprzeciwu stwierdzenie, iż zmienne psychologiczne stanowią podstawę każdej pracy z pacjentem, a ich rola w przebiegu choroby, zwłaszcza

choroby przewlekłej oraz w prowadzeniu i skuteczności terapii jest ogromna [1,2]. Do najważniejszych czynników psychologicznych zaliczyć można: obraz własnej choroby, uwarunkowane emocjonalnie reakcje na chorobę oraz wyuczone sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych [3]. Obraz własnej osoby jest właściwością, która kształtuje się już w dzieciństwie i wraz z upływem czasu staje się bardziej stabilny. Można przyjąć, że jest względnie stałą właściwością jednostki [4]. Akceptacja siebie w poważnym stopniu wpływa na budowanie własnej tożsamości i kształtowanie osobowości determinując jednocześnie funkcjonowanie społeczne człowieka [5].

Czynniki psychologiczne w chorobach skóry

Wygląd zewnętrzny człowieka wpływa na to, jak postrzega on samego siebie i jak postrzegany jest przez innych. Stan skóry jest informacją nie tylko o stanie zdrowia somatycznego, ale również o zachodzących procesach psychologicznych. Ponieważ, większość chorób skóry nie jest źródłem bezpośredniego zagrożenia życia, istnieje tendencja do pomniejszania ich znaczenia i wpływu jaki wywierają na funkcjonowanie psychospołeczne jednostki [6]. Obecnie większość badaczy przyznaje, że poszukiwanie pojedynczej przyczyny schorzeń dermatologicznych jest mało użyteczne, a jedynie polietiolologiczne podejście pozwala zrozumieć problemy tej grupy pacjentów [7]. Występowanie zaburzeń psychicznych wśród pacjentów dermatologicznych jest wyższe niż w populacji ogólnej [8,9]. Według różnych autorów od 30 do 80% pacjentów gabinetów dermatologicznych ma problemy natury psychologicznej lub psychiatrycznej [10]. Znaczenie mogą mieć tu takie zmienne jak: rodzaj choroby skóry, rozległość i lokalizacja zmian skórnych, czas trwania choroby oraz zmienne demograficzne (płeć, wiek) [11,12,13]. Pojęcie „zaburzenia psychofizjologiczne” dotyczy chorób skóry, w których stres jest czynnikiem zaostrzającym. Pod wpływem stresu chorzy odczuwają potrzebę drapania, czego następstwem jest nasilenie choroby podstawowej i wtórne infekcje bakteryjne, grzybicze czy wirusowe [14]. Dodatkowo, większość chorób dermatologicznych jest widoczna dla otoczenia, co sprawia, że często znacznie upośledzają one komfort życia pacjentów oraz bywają przyczyną napiętnowania ze strony innych [15]. Obecność zmian skórnych dla wielu chorych ma istotne znaczenie estetyczne. Pacjenci często mają poczucie stygmatyzacji, ponieważ uważają swoje objawy za wstydlive. Wpływa to na ich samopoczucie oraz funkcjonowanie, powodując ograniczenie kontaktów społecznych z powodu poczucia odrzucenia ze strony innych [16,17].

Czynniki psychologiczne w chorobach układu pokarmowego

Cechy osobowości, czynniki emocjonalne i stopień odczuwanego stresu odgrywają znaczącą rolę w rozwoju

zaburzeń żołądkowo – jelitowych. Są one najczęściej wyrazem potrzeby bezpieczeństwa i obniżenia poczucia pewności siebie [18,19]. Doniesienia poświęcone psychologicznym uwarunkowaniom zaburzeń układu pokarmowego ujawniają, że niski poziom agresywności oraz tłumienie strachu są charakterystycznymi właściwościami tych pacjentów. 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. Wszystkie wymienione czynniki mogą wywoływać reakcje lękowe, których poziom u pacjentów z funkcjonalnymi zaburzeniami układu pokarmowego jest znacznie podwyższony [20,21]. Występowanie niektórych zaburzeń psychosomatycznych układu pokarmowego zazwyczaj poprzedzone jest pojawieniem się objawów zwanych „zespołem poddawania się”. Cechuje go: obniżony nastrój, poczucie beznadziejności, ograniczona zdolność do przeżywania pozytywnych emocji. Ponadto potwierdzono w tej grupie chorych skłonność do samotnego przeżywania trudności, niezdolność do odprężenia się oraz wysoki poziom egocentryzmu. Badacze zwracają uwagę na związek pomiędzy nasileniem objawów choroby a obciążającymi psychicznie okolicznościami [22,23]. Stopień zaburzenia czynności układu pokarmowego, obszar i intensywność objawów może mieć także znaczny wpływ na jakość życia tych pacjentów [24,25].

Czynniki psychologiczne w cukrzycy

Cukrzyca charakteryzuje się długim, sięgającym nawet kilkudziesięciu lat okresem trwania. Jej przebieg ma charakter dynamiczny, a sytuacja pacjenta ulega zmianie na różnych etapach choroby. Konieczność poddania się rygorom leczenia może powodować zakłócenia w realizacji życiowych planów i zmuszać do rezygnacji z wcześniej wyznaczonych celów. Cukrzyca niewątpliwie ogranicza funkcjonowanie społeczne pacjenta i obniża znacznie jakość życia [26]. Obciążenie stresem w cukrzycy, związane przede wszystkim z wymagającym dyscypliny procesem leczenia oraz ciągłym zmaganiem się ze skutkami choroby, stanowi przyczynę wyższego odsetka występowania zaburzeń psychicznych u cierpiących na nią osób w porównaniu z populacją ogólną. Do najczęściej występujących wśród cukrzyków zaliczane są zaburzenia lękowe i depresyjne (od 10 do 40% chorych z rozpoznaniem cukrzycy wykazuje objawy zaburzeń depresyjnych) [27]. Przebieg depresji u chorych na cukrzycę jest niejednokrotnie cięższy niż w populacji ogólnej [28]. Zagadnienie to jest istotne, ponieważ depresja w grupie chorych z cukrzycą może powodować zmniejszenie motywacji do leczenia oraz obniżenie skłonności pacjentów do przestrzegania zaleceń terapeutycznych, co zwrótnie pogarsza przebieg choroby podstawowej. Ponadto, zaburzenia

depresyjne mogą być przyczyną złej kontroli glikemii, mogą prowadzić do nieprzestrzegania diety, czy braku współpracy w leczeniu cukrzycy [29]. Pojawiają się także sugestie, że obecność depresji zwiększa ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 2 [30]. W literaturze wśród najważniejszych pozytywnych czynników warunkujących poziom radzenia sobie z cukrzycą wymienia się: dobre samopoczucie, wsparcie ze strony bliskich, wysoki poziom wiedzy na temat cukrzycy, niski poziom obaw i korzystny przebieg choroby [3,31].

Obraz siebie i samoakceptacja w zaburzeniach depresyjnych

Depresja definiowana jest jako stan, w którym pacjent cierpi z powodu obniżonego nastroju, utraty zainteresowań i zdolności do przeżywania radości, zmniejszenia energii, utraty motywacji do działania. Do często spotykanych objawów depresji należy także: niska samoocena i mała wiara w siebie, poczucie niższości oraz pesymizm i czarne widzenie przyszłości [32]. Zgodnie z poznawczymi teoriami etiologii depresji, źródłem obniżonego nastroju są przede wszystkim myśli oceniające nas samych negatywnie. Według poznawczej teorii depresji Becka, dla osób w depresji typowe są trudne do usunięcia przekonania dotyczące własnej niekompetencji oraz poczucie bycia „nieodpowiednim”. Nowe informacje pacjenci przetwarzają zgodnie z utartym, dysfunkcyjnym schematem poznawczym, przekształcając je w automatyczne, powtarzalne i przymusowe oceny własnej osoby. Ponadto pojawia się nadmierna generalizacja (założenie, że pojedyncze wydarzenie stanowi zapowiedź trwałych zdarzeń negatywnych), wyolbrzymianie (przecenianie negatywnych aspektów własnego doświadczenia) i personalizacja (bezpodstawne odnoszenie do siebie negatywnych doświadczeń). Myśli automatyczne pojawiają się w szczególności w trzech obszarach: aktualna ocena siebie, ocena przeszłości i przyszłości, a określane są mianem triady depresyjnej. Są one bezpośrednią przyczyną innych trudności w funkcjonowaniu np. zmniejszonej aktywności, obniżonego nastroju, trudności decyzyjnych, unikania kontaktów społecznych [33]. W ramach nurtu poznawczego powstał także model wyuczonej bezradności autorstwa Seligmmana. Opisuje on zjawisko, w którym pacjent nie dostrzega związku pomiędzy własnym wysiłkiem, podejmowanym działaniem i zdarzeniem. W miarę powtarzania się takich sytuacji zaczyna wierzyć, że jest bezradny w obliczu wydarzeń, a winy za taki stan rzeczy poszukuje w sobie. Ten sposób myślenia wpływa negatywnie na ocenę własnych możliwości poradzenia sobie w danej sytuacji, co jest źródłem poczucia bezradności i beznadziejności a w konsekwencji prowadzi do depresji [34,35,36,37].

Celem pracy jest poznanie charakteru wzajemnych zależności występujących pomiędzy obrazem własnej osoby i stopniem samoakceptacji a osiąganymi efektami

terapeutycznymi w grupie pacjentów chorych psychicznie i somatycznie.

Materiał

W badaniach uczestniczyło 97 chorych (o różnym czasie trwania choroby): 41 osób z zaburzeniami depresyjnymi nawracającymi [F 32.0-F 33.8] oraz 56 osób leczonych z powodu wybranych zaburzeń somatycznych: pacjenci z rozpoznaniem cukrzycy typu 1 i 2 (N = 15), pacjenci z rozpoznaniem łuszczyca oraz trądziku różowatego (N = 19), pacjenci z rozpoznaniem choroby refluksowej żołądka (N = 22) [32].

Prezentowane badania miały miejsce w trakcie leczenia szpitalnego pacjentów. Autorzy pracy nie ingerowali w proces diagnozy i leczenia na żadnym etapie badań. Pacjenci rozwiązywali opisane niżej testy psychologiczne indywidualnie, a skala CGI wypełniania była przez lekarzy prowadzących w momencie przyjęcia i wypisu chorego ze szpitala. Każdy z pacjentów wyrażał pisemną zgodę na udział w badaniu zgodnie z protokołem zatwierdzonym przez lokalną Komisję Bioetyki nr: RNN/40/04/KB oraz nr: RNN/117/07/KB.

W badanej grupie przeważały kobiety (N=51; 52,58%, mężczyźni, N=46; 47,42%). Wśród chorych somatycznie kobiety stanowiły 46,43% (N=26), mężczyźni 53,57% (N=30). Natomiast w grupie pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi było 25 kobiet (60,98%) i 16 mężczyzn (39,02%).

Z uwagi na fakt, że w grupie chorych somatycznie nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w zakresie zmiennych socjodemograficznych jak również w wielkości efektu terapeutycznego mierzonego za pomocą Skali CGI ostatecznie dla badań traktowano tych chorych jako jedną całość. Zatem w konsekwencji analizy prowadzono w dwóch grupach osób badanych: chorzy psychicznie (z depresją) – (GP) oraz chorzy somatycznie (GS).

Metoda

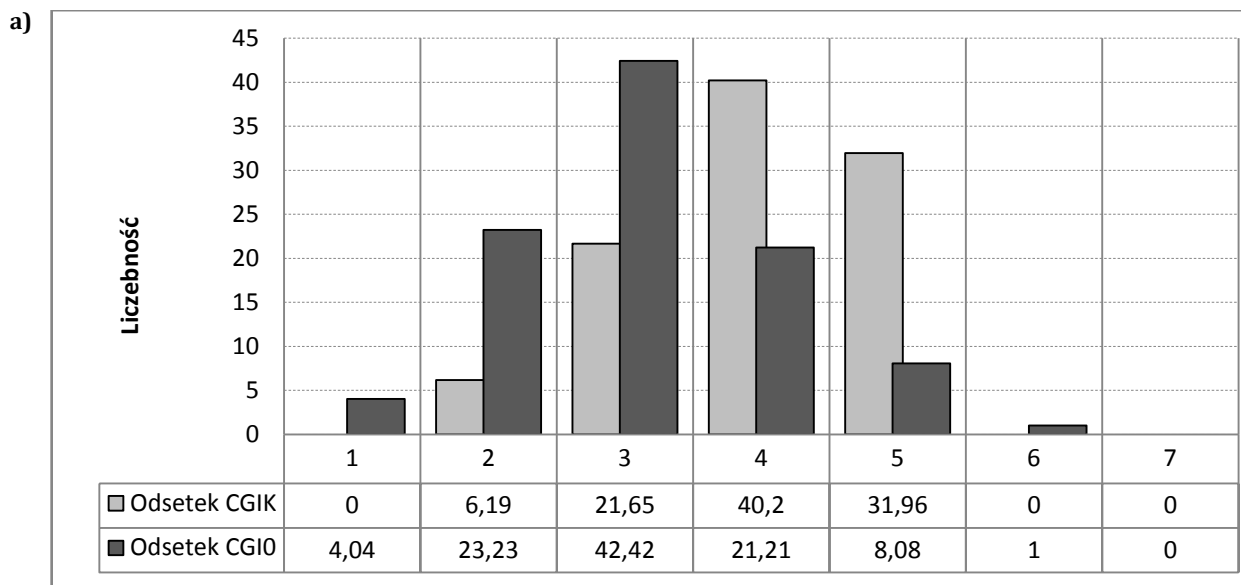
W badaniu wykorzystano następujące metody:

1. Ankieta personalna – stworzona na potrzeby badania, pozwoliła na zebranie danych demograficznych pacjentów oraz informacji dotyczących rozpoznanej choroby i jej leczenia.
2. Test Przymiotników ACL – 37 (*Adjective Check List*) H.G. Gougha i A.B. Heilbruna - (w adaptacji M. Matkowskiego) jest narzędziem do diagnozy osobowości [36,37,38,39].
3. Skala Ogólnego Wrażenia Klinicznego (*Clinical Global Impression Scale, CGI*) [40].

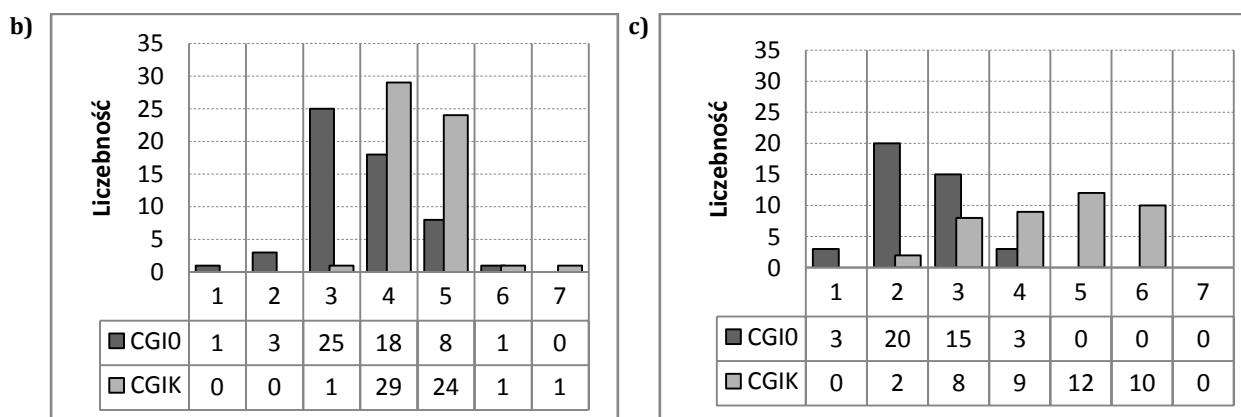
Analiza statystyczna wyników

Zastosowano metody statystyki deskrypcyjnej (wartość średnia, odchylenie standardowe, proporcje, rozkład

Ryc. 1. Rozkład liczebności badanych wg wyników uzyskanych w Skali CGI – stan przed rozpoczęciem i po zakończeniu leczenia **a)** (dla całości badanych (GS, GP), **b)** dla grupy GS oraz **c)** badanych z grupy GP



Test Wilcoxona $Z(97) = 7,721$ ($p < 0,001$)



Test Wilcoxona $Z(56) = 5,442$ ($p < 0,001$) Test Wilcoxona $Z(41) = 5,511$ ($p < 0,001$)

1. ciężko chory, 2. poważnie chory, 3. wyraźnie chory, 4. umiarkowanie chory, 5. lekko chory, 6. niemal zdrowy, 7. Zdrowy; CGI0 - Skala Ogólnego Wrażenia Klinicznego w dniu przyjęcia; CGIK - Skala Ogólnego Wrażenia Klinicznego w dniu wypisu.

zmiennych). W celu weryfikacji hipotez dotyczących Skali CGI dla zmiennych zależnych zastosowano nieparametryczny test Wilcoxona. Istotność i wielkość różnic występujących w badanej populacji oceniano za pomocą testu różnicy wartości średnich t lub (w przypadku braku spełnienia założeń normalności rozkładu) U Manna-Whitneya. W przypadku gdy liczba porównywanych grup wynosiła $n > 2$ (oraz braku spełnienia założeń normalności rozkładu lub braku homogeniczności wariancji) zastosowano test ANOVA rang Kruskala – Wallisa. Zastosowanie współczynnika korelacji rang Spearmana pozwoliło ocenić siłę współwystępowania zmiennych (R_s) oraz określić stopień podobieństwa profili ACL (R_{s-pro}) [41]. Dla oceny poziomu rozbieżności obrazów własnej osoby (mierzonych testem ACL) wykorzystano

współczynnik D^{**} Cronbacha i Glesera [39]. Jako graniczny przyjęto poziom istotności $p < 0,05$.

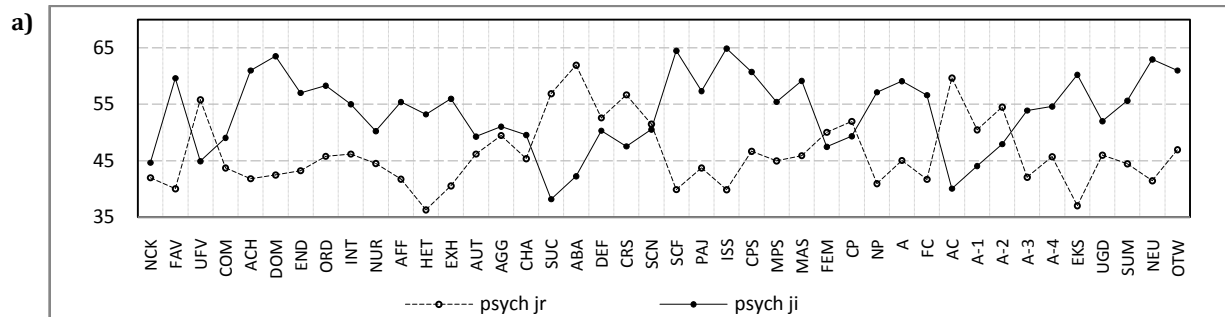
Wyniki

Rozkład liczebności badanych wg wyników uzyskanych w CGI dla całej badanej populacji jak również w odniesieniu do poszczególnych grup chorych odpowiednio podczas przyjęcia, następnie po ukończeniu leczenia przedstawia rycina 1.

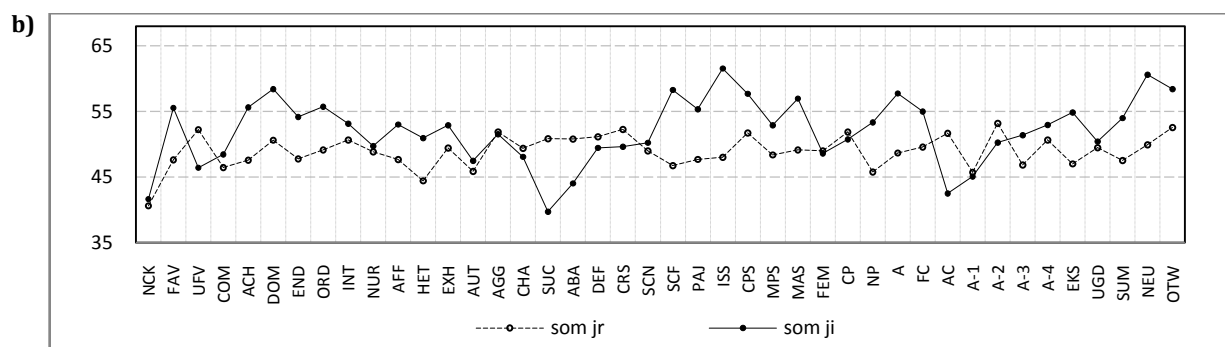
Dla wszystkich badanych osób wartość testu Wilcoxona wynosząca $Z(97) = 7,721$ okazała się statystycznie

$$D = \sqrt{\frac{\sum_{j=1}^k (x_{j1} - x_{j2})^2}{k}} \quad D - \text{wskaźnik samoakceptacji, } k - \text{liczba skal, } x_{j1} \text{ i } x_{j2} - \text{wyniki skali } j \text{ w obu profilach.}$$

Ryc. 2 (a-d). Podobieństwo profilów ACL - wartości średnie skal: 2a. w grupie GP („ja realne” i „ja idealne”), 2b. w grupie GS („ja realne” i „ja idealne”), 2c. w grupie GP, GS („ja realne”), 2d. w grupie chorych GP, GS („ja idealne”)



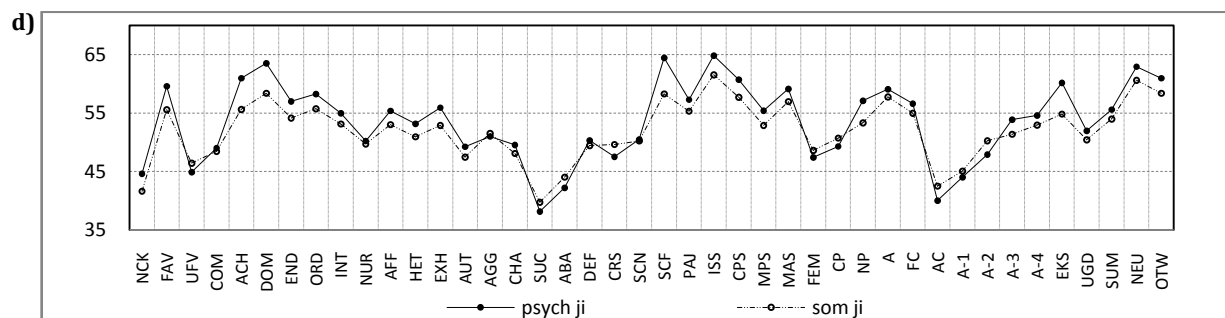
Wsp. Spearmana $R_{S-pro} = -0,65$; $p < 0,001$



Wsp. Spearmana $R_{S-pro} = -0,05$; $p = 0,761$



Wsp. Spearmana $R_{S-pro} = 0,66$; $p < 0,001$



Wsp. Spearmana $R_{S-pro} = 0,97$; $p < 0,001$

NCK – całkowita liczba zaznaczonych przymiotników, FAV – liczba zaznaczonych przymiotników pozytywnych, COM – typowość, UFV – liczba zaznaczonych przymiotników negatywnych, ACH – potrzeba osiągnięć, DOM – potrzeba dominacji, END – potrzeba wytrwałości, ORD – potrzeba porządku, INT – potrzeba rozumienia siebie i innych, NUR – potrzeba opiekowania się, AFF – potrzeba afiliacji, HET – potrzeba kontaktów heteroseksualnych, EXH – potrzeba pokazania się, AUT – potrzeba autonomii, AGG – potrzeba agresji, CHA – potrzeba zmian, SUC – potrzeba oparcia, ABA – potrzeba ponizania się, DEF – potrzeba ulegania, CRS – otwartość na pomoc, SCN – samokontrola, SCF – zaufanie do siebie, PAJ – przystosowanie osobiste, ISS – idealne Ja, CPS – osobowość twórcza, MPS – zdolności przywódcze, MAS – męskość, FEM – kobiecość, CP – rodzic Normatywny, NP – rodzic ochraniający, A – dorosły, FC – dziecko spontaniczne, AC – dziecko przystosowane, A-1 – oryginalność (+) inteligencja (-), A-2 – oryginalność (+) inteligencja (+), A-3 – oryginalność (-) inteligencja (-), A-4 – oryginalność (-) inteligencja (+), EKS – ekstrawersja, UGD – ugodowość, SUM – sumienność, NEU – neurotyczność, OTW – otwartość; jr – „ja realne”, ji – „ja idealne”, psych – grupa GP, som – grupa GS.

istotna na poziomie $p < 0,001$. Podobnie rzecz się przedstawia w grupach chorych. Dla chorych somatycznie wartość testu wyniosła $Z(56) = 5,442$ a dla grupy z zaburzeniami depresyjnymi $Z(41) = 5,511$. Obydwie wartości okazały się statystycznie istotne na poziomie $p < 0,001$. Możemy stwierdzić zatem, że w wyniku leczenia pacjentów osiągnięto pozytywny efekt terapeutyczny zarówno dla pacjentów somatycznie i psychicznie chorych.

Zastosowany test U Manna-Whitneya pozwolił stwierdzić, czy wartości Skali CGI różnicują badane grupy chorych (GP i GS) zarówno podczas przyjęcia jak również podczas wypisu. Wartość testu okazała się istotna statystycznie ($p < 0,001$) tylko podczas przyjęcia i wynosiła $Z(56, 41) = 2,351$. Wartości CGI w dniu wypisu okazały się statystycznie nieistotne dla grup chorych $Z(56, 41) = -0,600$; $p = 0,524$). W tym przypadku ocena końcowa nie różnicuje grup badanych pacjentów.

Zastosowanie ACL pozwoliło określić i porównać dla badanych grup osób średni profil osobowości (ryc. 2a-d), a także (porównując wartości testu ACL w wersji „ja realne” i „ja idealne”) określić poziom akceptacji własnej osoby (D).

W celu porównania podobieństwa wykreślonych profili ACL dla grupy chorych z depresją (ryc. 2a) oraz chorych somatycznie (ryc. 2b) zastosowano współczynnik korelacji rang Spearmana (R_{s-pro}) (Brzeziński, 1997). Otrzymane wartości wyniosły odpowiednio: $-0,65$ oraz $-0,05$. W przypadku chorych na depresję uzyskana wartość współczynnika korelacji jest dość wysoka, ujemna oraz statystycznie istotna. Wartość ujemna w tym przypadku informuje, o tym, że uzyskane profile „ja realne” i „ja idealne” są w maksymalny sposób różne (podobne o „lustrzanego odbicia”). W przypadku chorych somatycznie (ryc. 2b) wartość R_{s-pro} , która jest statystycznie nieistotna informuje nas o bardzo niskim stopniu podobieństwa wykreślonych profili. Inaczej przedstawia się sytuacja na ryc. 2c-d. W tym przypadku pomiędzy badanymi grupami pacjentów chorych na depresję i somatycznie w zakresie występuje wysokie podobieństwo wykreślonych profili dla „ja realnego” (ryc. 2c) oraz bardzo wysokie podobieństwo dla profili „ja idealnego” badanych grup pacjentów (ryc. 2d). Wartość współczynnika R_{s-pro} wynosiła odpowiednio $0,66$ i $0,97$. Wynik był statystycznie istotny.

Średnia wartość współczynnika samoakceptacji D pacjentów z chorobami somatycznymi wyniosła $79,44$, dla chorych z depresją $116,00$. Interpretacja wskaźnika jest odwrotnie proporcjonalna. Jego mniejsza wartość w grupie pacjentów somatycznych wskazuje na mniejszą rozbieżność w ocenie obrazu własnej osoby i tym samym większy stopień samoakceptacji w tej grupie chorych, w porównaniu do pacjentów depresyjnych. Różnica pomiędzy badanymi chorymi jest statystycznie istotna na poziomie $p < 0,001$. Wartość zastosowanej statystyki t dla badanych grup wyniosła $t(95) = 4,011$.

W celu stwierdzenia, czy istnieje zależność pomiędzy poziomem samoakceptacji a wartościami Skali CGI zastosowano współczynnik korelacji rang Spearmana dla wszystkich badanych oraz dla grup chorych oddzielnie. Otrzymano wyniki: całość $R_s(97) = -0,20$ ($p < 0,05$), pacjenci z chorobami somatycznymi $R_s(97) = -0,04$ ($p = 0,767$) oraz pacjenci z chorobami psychicznymi $R_s(97) = -0,19$ ($p = 0,255$).

W tabeli 1 przedstawiono wyniki zastosowanego testu różnicy wartości średniej t , porównując obydwie badane grupy chorych dla wersji testu „ja realne” oraz „ja idealne”. Z uwagi na bardzo dużą liczbę skal Testu ACL w tabeli przedstawiono jedynie te skale, których wartości t okazały się statystycznie istotne.

Wyniki zaprezentowane w tabeli nr 1 pokazuje istniejące różnice pomiędzy badanymi grupami chorych somatycznie i z depresją zarówno w przypadku „ja realnego” jak i „ja idealnego”. Charakterystyczne jest, że zdecydowanie więcej istotnych statystycznie jest różnic w przypadku „ja realnego” (aż 24 skale). Porównując profile „ja idealnego” różnice dotyczyły jedynie skal: potrzeba dominacji, potrzeba osiągnięć, potrzeba pokazania się, zaufanie do siebie, rodzic ochraniający oraz w przypadku skal osobowości – ekstrawersji. Nieco inaczej przedstawia się sytuacja biorąc pod uwagę różnice pomiędzy profilami „ja realnego” i „ja idealnego” dla badanych grup oddzielnie. Tutaj zarówno w grupie z depresją otrzymano istotne statystycznie wyniki dla prawie wszystkich badanych skal (35), natomiast w grupie chorych somatycznie ilość różnic dotyczyła nieznacznie mniejszej ilości skal (26).

Omówienie wyników

Oceniając wyniki przeprowadzonych badań można zauważyć kilka interesujących zależności. Wartości Skali CGI pokazały, że w przypadku każdej z badanych grup jak całości badanych większość pacjentów uzyskało wynik lepszy na końcu terapii i różnica ta okazała się istotna statystycznie. Zatem możemy stwierdzić, że lekarze ocenili jakość oddziaływań terapeutycznych pozytywnie (ryc. 1). Mimo, iż w ocenie CGI istniała różnica pomiędzy badanymi grupami chorych (GP i GS) w dniu przyjęcia (co może wynikać z różnicy schorzeń) to w końcowej ocenie różnica już nie była istotna statystycznie. Ten fakt skłonił badaczy do dokonania próby porównania zmiennych psychologicznych pomiędzy pacjentami tak różnych chorób. Jednocześnie, w tej grupie pacjentów stopień zbieżności między „ja realnym” oraz „ja idealnym” jest większy (ryc. 2a, 2b).

Obraz „ja idealnego” jest zbliżony u badanych w obydwu typach chorób (ryc. 2d, tabela 1). Innymi słowy, zarówno pacjenci somatyczni, jak i depresyjni mają podobne wyobrażenie „idealnego” stylu funkcjonowania psychospołecznego formułowanego w okresie trwania choroby. W omawianym przypadku różnice statystycznie

Tab. 1. Wartości testu t oraz istotność dla skal Testu Przymiotników ACL

Skale ACL	Grupa GP i GS ja realne		Grupa GP i GS ja idealne		Grupa GP ja realne i ja idealne		GrupaGS ja realne i ja idealne	
	t	p<	t	p<	t	p<	t	p<
NCK								
FAV	3,53	= 0,001			7,17	0,001	4,44	0,001
COM					2,76	= 0,007		
UFV					4,78	0,001	4,32	0,001
ACH	3,16	= 0,002	3,18	= 0,002	9,38	0,001	5,31	0,001
DOM	4,05	0,001	3,41	= 0,001	10,66	0,001	4,86	0,001
END	2,29	= 0,024			6,46	0,001	4,98	0,001
ORD					6,47	0,001	4,09	0,001
INT	2,27	= 0,025			4,12	0,001		
NUR					2,05	= 0,044		
AFF	2,89	= 0,005			5,70	0,001	3,603	0,001
HET	4,04	0,001			7,73	0,001	4,08	0,001
EXH	5,26	0,001	2,16	= 0,033	9,12	0,001	2,43	= 0,016
AUT								
AGG								
CHA	2,38	= 0,020			2,46	= 0,016		
SUC	3,14	= 0,002			8,36	0,001	6,32	0,001
ABA	5,78	0,001			9,23	0,001	4,93	0,001
DEF								
CRS	2,35	= 0,021			3,97	0,001		
SCN	3,55	= 0,001						
SCF			2,80	= 0,006	11,25	0,001	5,98	0,001
PAJ	2,12	= 0,037			6,01	0,001	4,66	0,001
ISS	3,66	0,001			9,40	0,001	6,96	0,001
CPS					6,82	0,001	3,63	0,001
MPS					5,09	0,001	2,94	= 0,004
MAS	2,18	= 0,032			6,89	0,001	4,39	0,001
FEM								
CP								
NP	2,04	= 0,044	1,99	= 0,049	6,20	0,001	4,21	0,001
A					6,72	0,001	5,81	0,001
FC					8,44	0,001	3,53	0,001
AC	3,69	0,001			7,84	0,001	5,44	0,001
A-1	2,52	= 0,014			3,01	= 0,003		
A-2					3,37	= 0,001		
A-3	2,69	= 0,008			5,46	0,001	2,75	= 0,007
A-4	2,76	= 0,007			4,35	0,001		
EKS	4,03	0,001	2,68	= 0,009	8,79	0,001	4,05	0,001
UGD					2,00	= 0,049		
SUM					6,40	0,001	4,10	0,001
NEU	3,87	0,001			8,65	0,001	7,12	0,001
OTW	3,25	0,001			7,54	0,001	3,26	0,001

NCK – całkowita liczba zaznaczonych przymiotników, FAV – liczba zaznaczonych przymiotników pozytywnych, COM – typowość, UBV – liczba zaznaczonych przymiotników negatywnych, ACH – potrzeba osiągnięć, DOM – potrzeba dominacji, END – potrzeba wytrwałości, ORD – potrzeba porządku, INT – potrzeba rozumienia siebie i innych, NUR – potrzeba opiekowania się, AFF – potrzeba afiliacji, HET – potrzeba kontaktów heteroseksualnych, EXH – potrzeba pokazania się, AUT – potrzeba autonomii, AGG – potrzeba agresji, CHA – potrzeba zmian, SUC – potrzeba oparcia, ABA – potrzeba poniżania się, DEF – potrzeba ulegania, CRS – otwartość na pomoc, SCN – samokontrola, SCF – zaufanie do siebie, PAJ – przystosowanie osobiste, ISS – idealne Ja, CPS – osobowość twórcza, MPS – zdolności przywódcze, MAS – męskość, FEM – kobiecość, CP – rodzic Normatywny, NP – rodzic ochraniający, A – dorosły, FC – dziecko spontaniczne, AC – dziecko przystosowane, A-1 – oryginalność (+) inteligencja (-), A-2 – oryginalność (+) inteligencja (+), A-3 – oryginalność (-) inteligencja (-), A-4 – oryginalność (-) inteligencja (+), EKS – ekstrawersja, UGD – ugodowość, SUM – sumienność, NEU – neurotyczność, OTW – otwartość; jr – „ja realne”, ji – „ja idealne”, psych – grupa GP, som – grupa GS.

Nie uwzględniono wyników statystycznie nieistotnych

istotne dotyczą tylko 6 skal testu ACL: potrzeby osiągnięć, potrzeby dominacji, potrzeby ekspozycji siebie, zaufania do siebie, rodzica ochraniającego oraz ekstrawersji. W każdym z wymienionych przypadków, potrzeby, które dana skala oznacza, są silniej wyrażone w grupie pacjentów depresyjnych niż somatycznych (co wskazuje na mniejszy stopień ich zaspokojenia wśród chorych z depresją). Zjawisko to może być wyrazem stosowanego przez pacjentów „psychiatrycznych” mechanizmu kompensacji. Odmienne prezentuje się obraz „ja realnego” w badanej grupie (ryc. 2c). Wyniki uzyskane w większości skal testu ACL różnicują istotnie pacjentów somatycznych i psychiatrycznych. Z przeprowadzonej analizy wynika, że mniej korzystny obraz pacjenta depresyjnego w porównaniu do chorego somatycznie. Jest to osoba: skłonna do przeżywania niepokoju i niewierząca w siebie (skala FAV), niechętnie podejmująca ryzyko, niezadowolona ze swej obecnej sytuacji, wycofująca się (skala ACH), unikająca podejmowania decyzji (skala DOM), niecierpliwa i niezdolna do długotrwałego wysiłku (skala END), mało refleksyjna (skala INT), pesymistyczna, unikająca innych (skala AFF i HET), nadmiernie hamująca własne impulsy (skala EXH), przesadnie uległa i ufna w relacjach społecznych, wymagająca oparcia i zrozumienia ze strony innych (skala CHA i SUC), samokrytyczna (skala ABA) oraz mająca skłonność do koncentrowania się na własnych problemach, ale nie wierząca, że potrafi je rozwiązać (skala CRS, SCF, PAJ, ISS, CPS). Otrzymane przez nas wyniki są zgodne z doniesieniami literatury [44,45,46,47].

Jak zaznaczaliśmy wcześniej, spójność pomiędzy realnym i idealnym obrazem siebie wyraża stopień samoakceptacji badanego. Zależność ta jest diagnostyczna dla dobrego przystosowania osobistego i społecznego oraz koreluje dodatnio z efektywnością w realizacji celów i pracowitością [48]. Można więc wysunąć wniosek, że wyższy poziom samoakceptacji jest jednym z predyktorów lepszego przystosowania do sytuacji trudnej jaką jest choroba oraz wiąże się z lepszym przestrzeganiem zaleceń lekarskich i tym samym pełniejszej współpracy pacjenta z lekarzem. W grupie pacjentów z cukrzycą stosowanie w sytuacjach trudnych strategii zorientowanych na rozwiązanie problemu i przekonanie o posiadaniu zasobów do poradzenia sobie, pozytywnie koreluje z lepszą kontrolą poziomu glukozy i lepszym ogólnym przystosowaniem do choroby oraz mniejszym nasileniem objawów zaburzeń lękowych i depresyjnych [3]. Także w literaturze dotyczącej chorób psychodermatologicznych wielu autorów podkreśla fakt, że przewlekłość tej grupy schorzeń i możliwość oszpeceń prowadzą często do obniżonej samooceny pacjentów (ma na to wpływ negatywny wizerunek własnego ciała, przekonania o własnej niskiej atrakcyjności seksualnej, a także ograniczone możliwości rozwoju zawodowego i funkcjonowania społecznego). Zjawisko to potwier-

dziły badania Welp i Gieler [49] oraz Fried i wsp. [50]. W przypadku łuszczycy Schmid-Ott i wsp. [51] wykazali, że odczuwana przez chorych niższa samoocena była związana z wystąpieniem nasilonych zmian skórnych, natomiast uczucie odrzucenia społecznego – z ich lokalizacją. Miękoś-Zydek [52] zaobserwowała w grupie 90 chorych z łuszczycą, że wraz z wiekiem pacjentów następuje stabilizacja samooceny, a poziom lęku, napięcia wewnętrznego, zarówno kobiet jak i mężczyzn wykazuje tendencje malejące. Autorka wysunęła wniosek, iż prawdopodobnie może wynikać to z doświadczenia i wiedzy zdobytej na temat choroby oraz pogodzenia się i przystosowania do jej przewlekłego charakteru.

Wnioski

1. Wielkość efektu terapeutycznego w obu grupach jest powiązana z poziomem samoakceptacji chorych i obrazem własnej osoby.
2. Pacjenci w obu badanych grupach o wyższym poziomie samoakceptacji osiągają większą poprawę w ocenie zastosowanego leczenia.
3. Istotne różnice pomiędzy chorymi z depresją i somatycznie wystąpiły głównie w obrazie aktualnym, natomiast ich obrazy idealne są podobne.

Piśmiennictwo

1. Kapłun A. Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych. Odkrywanie nowej jakości zdrowia, Łódź: Instytut Medycyny Pracy: 1997.
2. Zboralski K., Florkowski A., Talarowska – Bogusz M., Macander M., Gałęcki P. Quality of life and emotional functioning in selected psychosomatic diseases. *Postepy Hig. Med. Dosw.*, 2008; 62: 1-6.
3. Burkiewicz A. Uwarunkowania psychologiczne leczenia cukrzycy. W: Borys B., Majkiewicz M. red., *Psychologia w medycynie*, Gdańsk; AM w Gdańsku: 2006, s. 448-457.
4. Drwal R.Ł. Adaptacja kwestionariuszy osobowości. Wybrane zagadnienia i techniki. Warszawa; Wyd. Naukowe PWN: 1995, s. 93-94.
5. Chuchra M.M., Pawłowska B. Akceptacja siebie chorych na schizofrenię paranoidalną. *Bad. nad Schizofrenią*, 2002/2003 t. 4, nr 4, s.29-35.
6. Miniszewska J., Chodkiewicz J., Zalewska A. Psychodermatologia - nowe wyzwania dla psychologii. *Nowiny Psychologiczne*, 2004; 3: 21-29.
7. Papadopoulos L., Bor R. *Psychological approaches to dermatology*, London; The British Psychological Society: 1999.
8. Absolon S.M., Cottrell D., Eldridge S.M. Psychological disturbance in atopic eczema: the extent of the problem in school-aged children. *Br. J. Dermatol.*, 1997; 137: 241-245.
9. Howlett S. Emotional dysfunction, child-family relationships and childhood atopic dermatitis. *Br. J. Dermatol.*, 1999; 140: 381-384.
10. Cotterill J.A., Cunliffe W.J. Suicide in dermatological patients. *Br. J. Dermatol.*, 1997; 137: 246-250.
11. Luban – Plozza B., Pöldinger W., Kröger F., Wasilewski B. Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej, Warszawa; Wydawnictwo Lekarskie PZWL: 1995.
12. Aktan S., Özmen E., Sanli B. Psychiatric disorders in patients attending a dermatology outpatient clinic. *Dermatology*, 1998; 197: 230-234.
13. Wojas-Pelc A., Jaworek A.K. Psychodermatologia - istotny element dermatologii estetycznej. *Dermatologia Estetyczna* 2003; 5(3): 145-149.

14. Gupta M.A, Gupta A.K. The use of antidepressant drugs in dermatology. *J EADV*, 2001; 15: 512-518.
15. Hrehorów E., Reich A., Szepletowski J. Jakość życia chorych na łuszczycę: zależność od świądu, stresu i objawów depresyjnych. *Dermatol. Klin.*, 2007; 9(1): 19-23.
16. Arnold, L. *Dermatology*. W: Levenson J. L. red., *Essentials of Psychosomatic Medicine*, Washington; American Psychiatric Publishing: 2007, s. 237-260.
17. Levenson J.L. Problemy Psychiatryczne w dermatologii. Część 1. Atopowe zapalenie skóry i łuszczyca. *Psychiatria po Dyplomie*, 2008; 5(6): 77-83.
18. Adsett A. Psychosomatic medicine. *Can. J. Psychiatry*, 2006; 51(8): 547-549.
19. Bragee B., Bullington J. *Psychotherapy and Psychosomatics*. Basel, 2003; 72(4): 228-229.
20. Halpert A., Drossman D. Biopsychosocial issues in irritable bowel syndrome. *J. Clin. Gastroenterol.*, 2005; 39: 665-669.
21. Murray Ch., Flynn J., Ratcliffe L. Effect of acute physical and psychological stress on gut autonomic innervations in irritable bowel syndrome. *Gastroenterol.*, 2004; 127: 1695-1709.
22. Drossman D.A., Mc Kee D.C., Sandler R.S. Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome. A multivariate study of patients and non-patients with Irritable bowel syndrome. *Gastroenterol.*, 1998; 95: 701-708.
23. Drossman D.A., Camilleri M., Mayer E.A., Whitehead W.E. American Gastroenterological Association Technical Review on Irritable Bowel Syndrome (document approved by the Clinical Practice Committee and the AGA Governing Board). *Gastroenterol.*, 2002; 123: 2108-2131.
24. Sheridan C.L., Radmacher S.A. *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*, Warszawa; Instytut Psychologii Zdrowia PTP: 1998.
25. Kalinowska E., Tarnowski W., Banasiewicz J. Metody pomiaru jakości życia u chorych z chorobą refluksową przełyku. *Gastroenterol. Pol.*, 2005; 12(6): 531-536.
26. Krzyżkowiak W. Depresja u osób chorujących na cukrzycę. *Med. Metabol.*, 2001; 4: 54-57.
27. Anderson R.J., Freedland K.E., Clouse R.E., Lustman P.J. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 2001; 24(6): 1069-1078.
28. Harris M.D. Psychosocial aspects of diabetes with an emphasis on depression. *Curr. Diab. Rep.*, 2003; 3: 49-55.
29. Carney C. Diabetes mellitus and major depressive disorder: an overview of prevalence, complications and treatment. *Depress. Anxiety*, 1998; 7: 149-157.
30. De Groot M., Jacobson A.M., Samson J.A., Welch G. Glycemic control and major depression in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus. *J. Psychosom. Res.*, 1999; 46(5): 425-435.
31. Gentili P., Maldonato A., Grieco R., Santini A. Influence of patients' representations and beliefs about diabetes and its treatment on their adherence to therapy. *Diabetes Nutr. Metab.*, 2001; 14(3): 140-152.
32. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. Rozdział V: Zaburzenia psychiczne i zachowania., Kraków; Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”: 1994.
33. Szelińska-Lewińska J. Zaburzenia depresyjne. [W:] Borys B., Majkiewicz M. red., *Psychologia w medycynie*, Gdańsk; AM w Gdańsku: 2006, s. 231-247.
34. Sęk H. *Spółeczna psychologia kliniczna*, Warszawa; PWN: 1991.
35. Rosenhan D.L., Seligman M.E. *Psychopatologia*, Warszawa; PTP: 1994.
36. Beevers C., Wells T.T., Miller I. Predicting Response to Depression Treatment: The Role of Negative Cognition. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 2007; 75(3): 422.
37. Gunter J.D. *Examining the cognitive theory of depression using Descriptive Experience Sampling*. M.A. Las Vegas; University of Nevada: 2008.
38. Juros A., Oleś P. Struktura czynnikowa i skupieniowa Testu Przysmiotnikowego ACL H. G. Gougha i A. B. Heilbruna (Przydatność dla diagnostyki psychologicznej). W: Brzeziński J., Hornowska E. red., *Z psychometrycznych problemów diagnostyki psychologicznej*, Poznań; Wydawnictwo Naukowe UAM: 1993, s. 171-201.
39. Juczyński Z. Predyktory efektywności rehabilitacji kardiologicznej po niepowikłanym zawale serca. *Studium psychologiczne*. Lublin; Redakcja Wydawnicza KUL: 1989, s. 191-193.
40. Porzak R. Wykorzystanie testu przysmiotnikowego ACL – 37 do badania obrazu „szkoły” i „ucznia”. W: Gaś Z. red., *Szkoła i nauczyciel w percepcji uczniów*. Warszawa; IBE: 1999, s. 1-4.
41. Craig R.J. Assessing Personality and Mood With Adjective Check List Methodology: A Review. *Intern. J. Testing*, 2005; 5(3): 177.
42. Kadouri A., Corbule E., Falissard B. The improved Clinical Global Impression Scale (iCGI): development and validation in depression. *BMC Psychiatry*, 2007; 7: 7-18.
43. Brzeziński J. *Metodologia badań psychologicznych*. Warszawa; Wydawnictwo Naukowe PWN: 1997, s. 566-568.
44. Lubin B., van Whitlock R., Zuckerman M. Affect traits in differential diagnosis of anxiety, depressive, and schizophrenic disorders using the multiple affect adjective check list-revised. *Assessment*, 1998; 5(4): 309-320.
45. Franck E., de Raedt R. Self-esteem reconsidered: Unstable self-esteem outperforms level of self-esteem as vulnerability marker for depression. *Behav. Res. Ther.*, 2007; 45(7): 1531-1532.
46. Orth U., Robins R., Roberts B. Low Self-Esteem Prospectively Predicts Depression in Adolescence and Young Adulthood. *J. Pers. Soc. Psychol.*, 2008; 95(3): 695.
47. Seetel S. The impact of selected coping factors on psychological wellness: The link between family support, spirituality, self-esteem and depression. *Alliant International University*: 2007.
48. Drwal R. Test Przysmiotnikowy (ACL) H.G. Gougha i A.B. Heilbruna w badaniach samooceny i percepcji społecznej. W: Brzozowski P. red., *Adaptacja kwestionariuszy osobowości. Wybrane zagadnienia i techniki*, Warszawa; PWN: 1995, s. 67-92.
49. Welp K., Gieler U. Acne vulgaris: morphologic, endocrinologic and psychosomatic aspects. *Z. Hautkr.*, 1990; 65(12): 1139-1145.
50. Fried R.G., Friedman S., Paradis C., Hatch M., Lynfield Y., Duncan C., Shalita A. Trivial or terrible? The psychosocial impact of psoriasis. *Int. J. Dermatol.*, 1995; 34(2): 101-105.
51. Schmid-Ott G., Jaeger Kaensebeck H.W., Ott R., Lamprecht F. Dimensions of stigmatization in patients with psoriasis in a “Questionnaire on Experience with Skin Complaints”. *Dermatol.*, 1996; 193(4): 304-310.
52. Miękoś-Zydek B. Badanie czynników emocjonalnych i cech osobowości w przebiegu klinicznym łuszczycy. *Rozprawa doktorska*, Łódź; WAM: 1999.

Correspondence address

dr n. med. Monika Talarowska
 Klinika Psychiatrii Dorosłych
 ul. Aleksandrowska 159, 91-229 Łódź
 tel.: (42) 652-12-89, fax.: (42) 640-50-58
 e-mail: talarowskamonika@wp.pl