

OBRAZ SIEBIE CHORYCH NA REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW¹

Małgorzata A. Basińska

Instytut Psychologii

Akademia Bydgoska im. Kazimierza Wielkiego

SELF-CONCEPT OF RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS

Summary. The goal of the presented research was to quest of the psychological profiles – real self-concept and ideal self-concept – of patients with rheumatoid arthritis (RA).

Method: Test of Adjectives ACL by Gough and by Heilbrun.

Sample: 110 rheumatoid arthritis patients and 110 healthy people.

Final findings: The real self-concept of women patients with rheumatoid arthritis in comparison with the traits of healthy women is characterized by avoids conflict and confrontations and they perceive others as superior and more efficient.

The real self-concept of men patients with rheumatoid arthritis in comparison with the traits of healthy men is characterized by conscientious, focused on tasks at hand and orderly.

The ideal self-concept of women patients with rheumatoid arthritis in comparison with the traits of healthy women is characterized by tend to become more open in the social interactions and to become more satisfied with their own lives and more self-reliant. The ideal self-concept of men patients with rheumatoid arthritis in comparison with the healthy men is characterized to be more moderate and to have more ability to resignation. Patients with RA demonstrate a specific trait that is based on gender: women have a greater tendency to behave like patients with the Type C behavior and men have a greater tendency to behave like patients with the Type A behavior.

Wprowadzenie

Obraz siebie można określić jako zespół informacji i wyobrażeń na temat swoich właściwości fizycznych i psychicznych, obecnych, przeszłych i przyszłych, który ma charakter względnie stały; jest on odrębny od obrazów siebie innych osób, a jednocześnie określa się niejako na ich tle i w kontakcie z nimi (Dymek, 1997).

¹ Praca częściowo finansowana z funduszu KBN -3PO5D000522.

Adres do korespondencji: Instytut Psychologii, 85-867 Bydgoszcz, ul. Staffa 1,
e-mail: malbas@inetrria.pl

Obraz siebie człowieka, a także jego zachowanie, myśli i przekonania, jego motywacja i osobiste cele mają wpływ na funkcjonowanie, w tym: na stan i poczucie zdrowia (Petersom, 1992; Kofta, Doliński, 2000). Myśli i wyobrażenia pełnią istotną rolę w podtrzymywaniu lub eliminowaniu zachowań mających związek ze stanem zdrowia (Sheridan, 1998). Przekonanie o swojej bezsilności i bezradności, na przykład, sprzyja rozwojowi chorób nowotworowych (Simonton, 1989; Chojnacka-Szawłowska, 1994; Sheridan, 1998). Przekonanie zaś, że nikt tak dobrze nie wykonana danego zadania, jak ja, stanowi element wzoru zachowania A i sprzyja rozwojowi różnych chorób, choć przede wszystkim chorób układu krążenia (Wrześniewski, 1993, 2000; Dolińska-Zygmunt, 1996).

Charakterystyczny obraz siebie cechuje chorych z nadciśnieniem tętniczym i chorobą wrzodową. U tych pacjentów wyodrębniono, na podstawie analizy wyników testu ACL Gougha i Heilbruna, tzw. zespół psychosomatyczny, który odróżnia ich znamienne od ludzi zdrowych i od pacjentów z nerwicami. Tworzą go: silna postawa obronna, tendencja do autokrytycyzmu, duża samokontrola, zaufanie do siebie oraz silna potrzeba osiągnięć, wytrwałości, porządku i dominacji oraz potrzeba rozumienia siebie i innych, opiekowania się innymi i afiliacji (Łazowski, 1982).

Reumatoidalne zapalenie stawów (r.z.s.) należy do przewlekłych, układowych chorób tkanek łącznej. Postępujący proces zapalny w błonie maziowej stawów, zwykle prowadzi do zniszczenia tkanek stawowych i ich usztywnienia, czego skutkiem jest ograniczenie sprawności fizycznej chorego (Zimmermann-Górska, 1998). Pod względem nozologicznym r.z.s. zalicza się do chorób autoimmunopatycznych, gdyż system immunologiczny osoby atakuje jej własne stawy.

Wystąpienie r.z.s. jest skutkiem konfiguracji wielu czynników. Wśród przyczyn wymienia się: czynniki genetyczne, czynniki immunologiczne oraz inne, wśród których bierze się pod uwagę: infekcje wirusowe, bakteryjne, a także uwarunkowania psychologiczne. W związku z tym do reumatoidalnego zapalenia stawów można podejść na różne sposoby. Jednym z nich jest model psychosomatyczny (Lublan-Plozza, 1995), według którego stres i jego interakcja z systemem immunologicznym pełnią ważną rolę w etiologii i rozwoju choroby (Walker, 1999). Często początek choroby współwystępuje ze stresami o podłożu biologicznym lub emocjonalnym. Podkreśla się także znaczenie osobowości, jako czynnika współdeterminującego ogólną podatność lub wrażliwość na stres, która dla osób chorujących na różne choroby psychosomatyczne okazuje się często charakterystyczna (Jelonkiewicz, 1991; Person, 1999). Udział czynników psychologicznych oraz ich jakość w etiologii i przebiegu reumatoidalnego zapalenia stawów nie są jednoznacznie rozpoznane. Badania prowadzone przez G. Solomona (1990) pokazują, że można być obciążonym chorobą i nie chorować, o ile jest się zdrowym emocjonalnie. Badania (Mausch, 1995, 2000) pokazują, że pewne właściwości osobowościowe, na przykład zewnątrzsterowność, wysoki lęk-cecha, nastrój depresyjny, niskie poczucie koherencji, styl radzenia sobie z problemami skoncentrowany na emocjach oraz wzór zachowania A przyczyniają się do osłabienia biologicznej zdolności do obrony organizmu, co wyraża się w spadku odpowiedzi komórkowej i sprzyja rozwojowi infekcji i chorób immunopatycznych.

Istnieją liczne dowody na to, że przebieg wielu chorób, w których układ immunologiczny odgrywa istotną rolę, uzależniony jest od cech osobowości pacjenta (Mausch, 2000; Jelonkiewicz, 1991). Można wyróżnić cztery drogi fizjologiczne, przez które osobowość ułatwia zachorowanie. Jedną z nich, w chorobach wynikających z immunopatii jest pobudzenie osi podwzgórze – przysadka – kora nadnerczy (zwanej inaczej „ochraniaj się – wycofaj się”). Jest ono powiązane

z takimi emocjami, jak poczucie straty, depresja, poczucie bycia przygniecionym przez zagrożenia i niemożności poradzenia sobie z nim oraz ze stanem, który można by nazwać stresem chronicznym (Carter, 1998). Uaktywnia takie hormony jak adrenokortykotropinę (ACTH) i kortykosterydy. Badania (Pervin, 1997; Segerstrom, 1998; Jung, 1999) wskazują, iż wysoka aktywność na tej osi obniża aktywność komórek układu odpornościowego. Taki sposób reagowania emocjonalnego jest opisywany w literaturze (Dolińska-Zygmunt, 1996) jako wzór zachowania C-WZC – i jest traktowany jako czynnik ułatwiający zachorowanie na choroby wynikające z autoagresji.

Jedną z przyczyn wystąpienia reumatoidalnego zapalenia stawów są właśnie nieprawidłowości w funkcjonowaniu osi podwzgórze – przysadka – kora nadnerczy, o czym wnioskujemy ze specyfiki pracy układu odpornościowego [badania przeciwciał klasy IgG u chorych na r.z.s. w porównaniu z innymi chorymi pozwalają w sposób jednoznaczny stwierdzić istnienie pewnych czynników (RF – *rheumatoid factor*), dla tej grupy chorych specyficznych (Bonagura, 1999)].

Dotychczas przeprowadzone badania psychologiczne osób chorujących na r.z.s. dotyczyły różnych zagadnień. W zakresie obrazu siebie dokonano próby wyodrębnienia czynników, które opisywałyby i zarazem różnicowały chorych na reumatoidalne zapalenie stawów. Są to: duch walki, postawa akceptacji i umiejętność przewartościowania – na biegunie pozytywnym oraz smutek z powodu straty wartości życiowych i skłonność do powściągnięcia protestu – na biegunie negatywnym (Persson, 1996).

Poczucie własnej skuteczności jako jeden z wymiarów obrazu siebie pełni bardzo istotną rolę terapeutyczną w r.z.s., wpływając korzystnie na stan zdrowia i zmniejszając aktywność choroby (Smarr, 1997). Poczucie beznadziejności zaś jest jednym z kluczowych czynników powiązanych z rozwojem destabilizacji stanu zdrowia i wzrostem aktywności choroby w r.z.s. (Parker, 1988; Schoenfeld-Smith, 1996). Przekonanie o uleczalności choroby sprzyja lepszemu funkcjonowaniu, a przekonanie o złym rokowaniu zarówno u chorych na r.z.s., jak i w innych chorobach wiąże się z gorszym funkcjonowaniem psychospołecznym (Scharloo, 1998).

W literaturze medycznej występuje ogólny opis obrazu siebie chorych na reumatoidalne zapalenie stawów, zgodnie z którym są to osoby wykazujące znaczną wyrozumiałość, spokojne, ofiarne, u których altruizm jest połączony z przedsiębiorczością i witalnością. Przed zachorowaniem raczej nie przywiązywały uwagi do swego samopoczucia. Zdaje się, że ta wyrozumiałość wiąże się z tłumieniem agresji (Lublan-Plozza, 1995). Jednak nie wszystkie wyniki badań potwierdzają taką charakterystykę chorych na r.z.s. Według niektórych badaczy stan psychiczny tej grupy chorych nie charakteryzuje się żadnymi specyficznymi problemami i jest podobny do stanu psychicznego innych chorych (Wolfe, 1999).

Problem badawczy. Celem prezentowanych badań było poszukiwanie psychologicznego obrazu osób chorujących na reumatoidalne zapalenie stawów. Postawiono w związku z tym następujące pytania badawcze:

1. Jaka jest specyfika realnego obrazu siebie u kobiet i mężczyzn chorujących na reumatoidalne zapalenie stawów w porównaniu z osobami zdrowymi?
2. Jaka jest specyfika idealnego obrazu siebie u kobiet i mężczyzn chorujących na reumatoidalne zapalenie stawów w porównaniu z osobami zdrowymi?

Metoda

Pomiar. Do opisu obrazu siebie zastosowano Test Przymiotników – ACL (Gough, Heilbrun, 1980). Jak wskazują dotychczasowe badania różnice w osobowości pacjentów z różnymi chorobami psychosomatycznymi dają się dobrze wykrywać właśnie tym testem. Istnieje możliwość wykorzystania tych wyników i ich porównania z wynikami innych chorych, zbadanych właśnie Testem Przymiotników (Łazowski, 1982, 1985).

Osoba badana ma wybrać z listy te z przymiotników, które jej zdaniem najlepiej ją charakteryzują. Uzyskujemy w ten sposób realną ocenę osoby badanej dokonaną przez nią samą. Zmieniając instrukcję i prosząc o wybór tych przymiotników, które charakteryzują, jaką chciałaby być, uzyskujemy idealny obraz siebie badanego.

Najnowsza wersja testu zawiera 37 skal i została zaadaptowana do warunków polskich przez A. Jurosa i P. Olesia (1993). Tak jak wersja wcześniejsza zawiera ona 15 skal potrzeb opartych na koncepcji potrzeb psychicznych H. J. Murraya. Pięć skal opartych jest na analizie transakcyjnej E. Berne'a. Nazwy tych skal pochodzą od nazw elementów osobowości wyróżnionych przez autora. Ostatnie cztery skale, zawarte w nowej wersji testu, wywodzą się z koncepcji oryginalności i inteligencji G. Welsha i opisują cztery typy ludzi wyodrębnione przez autora w oparciu o dwa wymiary osobowości: oryginalność i inteligencję (Gough, Heilbrun, 1980). Poniżej przedstawiono pięć zasadniczych grup w profilu i skale, które się na nie składają:

I. Skale modus operandi

1. Liczba przymiotników użytych w teście (Nck).
2. Liczba użytych pozytywnych przymiotników (Fav).
3. Liczba użytych negatywnych przymiotników (Unfav).
4. Typowość (Com).

II. Skale potrzeb

5. Potrzeba osiągnięć (Ach).
6. Potrzeba dominacji (Dom).
7. Potrzeba wytrwałości (End).
8. Potrzeba porządku (Ord).
9. Potrzeba rozumienia siebie i innych (Int).
10. Potrzeba opieki nad innymi (Nur).
11. Potrzeba afiliacji (Aff).
12. Potrzeba kontaktów heteroseksualnych (Het).
13. Potrzeba ujawniania się (Exh).
14. Potrzeba autonomii (Aut).
15. Potrzeba agresji (Agg).
16. Potrzeba zmiany (Cha).
17. Potrzeba wsparcia ze strony innych (Suc).

18. Potrzeba poniżenia się (Aba).
19. Potrzeba podporządkowania się (Def).

III. Skale tematyczne

20. Gotowość na poradę i pomoc innych ludzi (Crs).
21. Samokontrola (Scn).
22. Zaufanie do siebie (Scf).
23. Przystosowanie osobiste (Pad).
24. Skala idealnego obrazu siebie (Iss).
25. Skala osobowości twórczej (Cps).
26. Skala zdolności przywódczych (Mls).
27. Skala męskości (Mas).
28. Skala kobiecości (Fem).

IV. Skale analizy transakcyjnej

29. Krytyczny Rodzic (CP).
30. Wychowawczy Rodzic (NP).
31. Dorosły (D).
32. Wolne Dziecko (FC).
33. Adoptowane Dziecko (AC).

V. Skale oryginalności – inteligencji

34. Wysoka oryginalność, niska inteligencja (A-1).
35. Wysoka oryginalność, wysoka inteligencja (A-2).
36. Niska oryginalność, niska inteligencja (A-3).
37. Niska oryginalność, wysoka inteligencja (A-4).

Otrzymane wyniki wyrażone są w jednostkach tenowych, gdzie średnia wynosi 50, a odchylenie standardowe 10. Jako niskie traktuje się wyniki w przedziale od 10 do 30 tenów, jako wysokie powyżej 70 tenów. Pozostałe wyniki, tzn. od 30 do 70 tenów, interpretuje się jako przeciętne.

Test ten posiada szerokie spektrum badawcze: umożliwia badanie aktywnych dynamizmów osobowościowych, na co pozwalają skale potrzeb, stwarza możliwość badania ogólnych cech osobowościowych, na co pozwalają skale tematyczne oraz ułatwia badanie interakcyjnych właściwości osobowości dzięki skalom opartym o analizę transakcyjną; łącznie – pozwala na szerokie opisanie obrazu siebie.

Drugim zastosowanym narzędziem była ankieta, która miała na celu zebranie podstawowych informacji na temat osoby chorej: jej sytuacji rodzinnej i zawodowej oraz jej stanu zdrowia (te dane są wykorzystywane w innych publikacjach). Była przeprowadzana według opracowanego schematu. Została sporządzona w oparciu o literaturę medyczną przez autorkę pracy.

Analizy porównawcze wyników średnich pomiędzy grupą osób chorych i grupą osób zdrowych wykonano przy zastosowaniu testu statystycznego t-Studenta dla prób niezależnych (Ferguson, 1997).

Badane osoby. Przebadano 110 osób chorych na reumatoidalne zapalenie stawów i tyle samo osób zdrowych. W tym, zgodnie z proporcjami występowania choroby w populacji kobiet i mężczyzn (około 3,5:1), przebadano 80 kobiet i 30 mężczyzn. Średnia wieku dla kobiet i mężczyzn z r.z.s. wynosiła 47 lat (+/- odchylenie standardowe – SD – 8 lat). Badano wyłącznie osoby będące na etapie wczesnej (od 18 do 40 roku życia) i średniej (od 40 do 65 roku życia) dorosłości (Gunther, 1994). Nie badano osób powyżej 65 roku życia, czyli będących na etapie późnej dorosłości, ze względu na to, iż przeprowadzone dotychczas badania wyraźnie i jednoznacznie wskazują na to, że zmiana wieku wpływa modyfikująco na funkcjonowanie psychiczne.

Badania zostały przeprowadzone indywidualnie wśród pacjentów oddziału reumatologicznego.

Wyniki

Test Przymiotników Gougha i Heilbruna daje duże możliwości interpretacyjne, jednak ze względu na to, by zachować pewną przejrzystość prezentowanych wyników ograniczono się do analizy samych skal, a zrezygnowano z analizy czynników II stopnia.

Analiza skal zostanie przedstawiona w następującej formie:

- porównanie obrazów realnych w grupie kobiet,
- porównanie obrazów realnych w grupie mężczyzn,
- porównanie obrazów idealnych w grupie kobiet,
- porównanie obrazów idealnych w grupie mężczyzn.

Realny obraz siebie w grupie kobiet. W zakresie realnego obrazu siebie ujawniły się różnice istotne statystycznie pomiędzy grupą kobiet chorych na r.z.s. a grupą kobiet zdrowych w zakresie następujących skal (tabela 1):

- 1) w skalach potrzeb: kontakty heteroseksualne (Het; $t=-3,188$; $p=,0017$), potrzeba agresji (Agg; $t=-2,162$; $p=,032$), wsparcie ze strony innych (Suc; $t=2,282$; $p=,024$), ponížanie się (Aba; $t= 2,237$; $p=,027$);
- 2) w skalach analizy transakcyjnej w skali Wolnego Dziecka (FC; $t=-2,298$; $p=,023$).

Wszystkie istotne zmienne mają rozkład normalny i wariancję jednorodną.

Tabela 1. Średnie wyniki w skalach testu ACL istotnie różnicujących – obraz realny pomiędzy kobietami chorymi i zdrowymi

ACL Ja realne	R.z.s. – kobiety		Zdrowi – kobiety		t	p
	M	SD	M	SD		
Het	43,43	7,856	47,15	6,950	-3,188	,0017
Agg	44,47	7,937	47,21	8,191	-2,162	,032
Suc	56,03	8,379	53,14	7,721	2,282	,024
Aba	56,67	9,461	53,56	8,195	2,237	,027
FC	42,33	7,806	45,09	7,437	-2,298	,023

Otrzymane wyniki oznaczają, że kobiety chore na r.z.s. w porównaniu z kobietami zdrowymi są:

- mniej skłonne szukać towarzystwa i czerpać emocjonalną satysfakcję z interakcji społecznych (Het);
- bardziej skłonne postrzegać innych ludzi jako silniejszych i skuteczniejszych, więc starają się zabiegać o ich poparcie, wsparcie i sympatię (Suc);
- bardziej skłonne raczej nie wchodzić w relacje raniące innych, wolą unikać konfliktów i konfrontacji, podporządkowując się życzeniom i wymaganiom innych (Agg, Aba);
- bardziej skłonne czuć się gorsze od innych i niedostatecznie mocne, by poradzić sobie z wymaganiami i kłopotami życiowymi (Suc, Aba);
- częściej postrzegane przez innych jako zdolne do wyrzeczeń, a w swoich reakcjach ostrożne i umiarkowane (FC).

Realny obraz siebie w grupie mężczyzn. W zakresie realnego obrazu siebie ujawniły się różnice istotne statystycznie pomiędzy grupą mężczyzn chorych na r.z.s. a grupą mężczyzn zdrowych w zakresie następujących skal (tabela 2):

- 1) w skalach modus operandi: typowość (Com; $t=2,443$; $p=,018$);
- 2) w skalach potrzeb: potrzeba osiągnięć (Ach; $t= 2,904$; $p=,005$), potrzeba dominacji (Dom; $t= 2,231$; $p=,030$), potrzeba wytrwałości (End; $t= 2,530$; $p=,014$), potrzeba porządku (Ord; $t= 2,712$; $p=,009$);
- 3) w skalach tematycznych: skala zdolności przywódczych (Mls; $t= 2,208$; $p= ,031$);
- 4) w skalach analizy transakcyjnej: Dorosły (A; $t= 2,499$; $p=,015$).

Wszystkie istotne zmienne mają rozkład normalny i wariancję jednorodną.

Tabela 2. Średnie wyniki w skalach testu ACL istotnie różnicujących – obraz realny pomiędzy mężczyznami chorymi i zdrowymi

ACL Ja realne	R.z.s. – mężczyźni		Zdrowi – mężczyźni		t	p
	M	SD	M	SD		
Com	42,23	6,826	38,07	6,379	2,443	,018
Ach	52,23	6,836	46,67	7,967	2,904	,005
Dom	51,43	8,943	46,57	7,921	2,231	,030
End	56,33	7,712	50,67	9,542	2,530	,014
Ord	57,90	8,438	51,23	10,494	2,712	,009
Mls	49,50	7,114	44,80	9,238	2,208	,031
A	51,57	9,035	45,37	10,152	2,499	,015

Otrzymane wyniki oznaczają, że mężczyźni chorzy na r.z.s. w porównaniu z mężczyznami zdrowymi są:

- bardziej uporządkowani w działaniu, zwracający dużą uwagę na organizację i planowanie (Ord, Mls);
- bardziej pracowici, sumienni, o silnym poczuciu obowiązku, wytrwali, ukierunkowani na realizację obowiązku ze względu na potrzebę życia zgodnie z wysokimi i społecznie akceptowanymi standardami (Ach, End, Mls);

- łatwiej znoszący wszelkie przeciwności i zmiany (Ord, Com);
- raczej osobami kontrolującymi w relacjach społecznych i wywierającymi silny wpływ na innych (Dom, MIs);
- mniej skłonni do przeciwstawiania się w sposób nieprawidłowy w relacjach, mniej spontaniczni, wewnątrznie zdyscyplinowani (Com, A).

Interpretacja

Realny obraz siebie chorych na r.z.s. przedstawia się następująco:

1. Jest podobny do obrazu psychologicznego chorych na inne choroby psychosomatyczne w zakresie:

- a) stosunku do obowiązków i zadań życiowych, nacechowany dużym poczuciem odpowiedzialności, sumiennością i wytrwałością – podobny do WZA i zespołu psychosomatycznego – to podobieństwo występuje w grupie mężczyzn;
- b) stosunku do ludzi, nacechowany zdecydowaniem i skłonnością do wywierania nacisku – podobny do WZA – to podobieństwo występuje w grupie mężczyzn;
- c) stosunku do ludzi, nacechowany skłonnością do podporządkowywania się innym i przyjmowania postawy wyrzeczenia oraz unikania konfliktów i konfrontacji – podobny do WZC – to podobieństwo występuje w grupie kobiet.

2. Cechami specyficznymi w obrazie psychologicznym chorych na r.z.s. wydaje się być jego zróżnicowanie ze względu na płeć. Ten wynik współbrzmi z dotychczasowymi rezultatami badań medycznych, według których fenotyp r.z.s. jest różny w zależności od płci. Mężczyźni częściej niż kobiety, gdy chorują mają gorszą prognozę, częściej występuje u nich **faktor reumatyczny** (RF) i częściej mają zaatakowane duże lub osiowe stawy, które prezentują większe i wcześniejsze zniszczenia stawów widoczne w obrazie radiologicznym:

- a) w relacjach społecznych kobiety charakteryzuje większe podobieństwo do WZC;
- b) w zakresie stosunku do zadań i w relacjach społecznych mężczyzn cechuje podobieństwo do WZA.

Idealny obraz siebie w grupie kobiet

W zakresie idealnego obrazu siebie ujawniły się różnice istotne statystycznie pomiędzy grupą kobiet chorych na r.z.s. a grupą kobiet zdrowych w zakresie następujących skal (tabela 3):

- 1) w skalach potrzeb: w skali afiliacji (Aff; $t= 1,996$; $p= .047$), w skali poniżania się (Aba; $t= 2,214$; $p= .028$);
- 2) w skalach tematycznych: gotowość na poradę i pomoc innych (Crs; $t= -2,527$; $p= .013$), idealny obraz siebie (Iss; $t= -2,236$; $p= .027$), osobowość twórcza (Cps; $t= -2,913$; $p= .004$);
- 3) w skalach analizy transakcyjnej: Krytyczny Rodzic (CP; $t= -3,084$; $p= .002$) i Wychowawczy Rodzic (NP; $t= 2,435$; $p= .016$.);

- 4) w skalach oryginalności-inteligencji w skali A3 ($t=2,772$; $p=,006$) – niska oryginalność – niska inteligencja.

Wszystkie istotne zmienne, za wyjątkiem skali A3, mają rozkład normalny i wariancję jednorodną.

Tabela 3. Średnie wyniki w skalach testu ACL istotnie różnicujących – obraz idealny pomiędzy kobietami chorymi i zdrowymi

ACL Ja idealne	R.z.s. – kobiety		Zdrowi – kobiety		t	p
	M	SD	M	SD		
Aff	52,61	9,019	49,54	10,457	1,996	,047
Suc	44,80	7,107	42,65	7,220	1,908	,058
Aba	46,80	7,153	44,42	6,530	2,214	,028
Crs	42,84	7,991	46,26	9,194	-2,527	,013
Iss	65,72	7,690	68,46	7,912	-2,236	,027
Cps	54,52	7,947	58,03	7,364	-2,913	,004
CP	46,21	6,721	49,36	6,266	-3,084	,002
NP	57,38	6,135	54,84	7,123	2,435	,016
A3	57,59	8,643	53,36	10,695	2,772	,006

Otrzymane wyniki oznaczają, że kobiety chore na r.z.s. chciałyby istotnie częściej niż kobiety zdrowe:

- unikać konfliktów, raczej nie przeciwstawiać się innym ludziom, lecz spełniać ich życzenia, a dla siebie mało wymagać (Aba, CP);
- cieszyć się ze swego miejsca w życiu i respektować pełnione role niewiele żądając od życia dla siebie (A3, Crs, Cps);
- podtrzymywać pozytywne relacje z innymi, częściej przebywać z ludźmi i lepiej się do nich adaptować, a mniej się ich bać i mniej zdręzczać się znaczeniem relacji (Aff, NP, CP);
- nie być tak bardzo skupione na sobie (Iss).

Idealny obraz siebie w grupie mężczyzn

W zakresie idealnego obrazu siebie ujawniły się różnice istotne statystycznie pomiędzy grupą mężczyzn chorych na r.z.s. a grupą mężczyzn zdrowych tylko w zakresie jednej skali analizy transakcyjnej: Wolne Dziecko (FC; $t=-2,219$; $p=,030$; tabela 4).

Otrzymane wyniki oznaczają, że mężczyźni chorzy na r.z.s. chcieliby istotnie częściej niż mężczyźni zdrowi być umiarkowani w swoich reakcjach i zdolni do wyrzeczeń. W pewnym sensie przyjmują postawę rezygnacyjną w stosunku do przyjemności życiowych.

Tabela 4. Średnie wyniki w skalach testu ACL istotnie różnicujących – obraz idealny pomiędzy mężczyznami chorymi i zdrowymi

ACL Ja idealne	R.z.s. – mężczyźni		Zdrowi – mężczyźni		t	p
	M	SD	M	SD		
FC	51,50	5,770	54,80	5,750	-2,219	,030

Interpretacja

Obraz psychologiczny chorych na r.z.s. w zakresie dążeń i tendencji do zmian prezentuje się następująco:

1. Jest podobny do obrazu psychologicznego chorych na inne choroby psychosomatyczne w zakresie:
 - a) dążenia do utrzymania w relacjach postawy zależności, podporządkowania i zważania bardziej na potrzeby innych niż na swoje – podobny do WZC – to podobieństwo występuje u kobiet;
 - b) potrzeb odpowiedzialnych za relacje (potrzeba opiekowania się innymi i afiliacji), będących częścią zespołu psychosomatycznego – występuje u kobiet chorych na r.z.s.; ten dynamizm wydaje się pozytywny, gdyż badania (Carter, 1998) pokazują, że lepiej funkcjonuje układ odpornościowy u osób nawiązujących pozytywne relacje z innymi.
2. Nie jest podobny do obrazu psychologicznego chorych na inne choroby psychosomatyczne w zakresie tendencji do wyraźnego zmniejszenia u kobiet, a nieznacznego u mężczyzn chorych na r.z.s. centralnych potrzeb zespołu psychosomatycznego (osiągnięć, porządku, dominacji i wytrwałości).
3. Cechami specyficznymi w obrazie psychologicznym chorych na r.z.s. wydaje się być różnicowanie go ze względu na płeć:
 - a) w relacjach społecznych kobiety charakteryzuje silne dążenie do utrzymania postawy podporządkowania się innym, zależności oraz skłonności do wyrzeczeń i unikania konfrontacji, są to cechy właściwe dla WZC, jest jednak widoczna chęć zmiany w zakresie tego stylu zachowania; w obrazie idealnym ujawnia się dążenie do zwiększenia innej niż podporządkowana, postawy wobec ludzi.
 - b) u mężczyzn obserwuje się raczej cechy właściwe dla WZA z elementem WZC.

Podsumowanie

Obraz psychologiczny chorych na r.z.s. w zakresie **realnego obrazu siebie** charakteryzuje się następującymi cechami:

1. Kobiety chore w porównaniu ze zdrowymi:
 - Są mniej skłonne szukać towarzystwa (Het).
 - Wolą unikać konfliktów i konfrontacji (Agg).
 - Chcą niewiele wymagać dla siebie (Suc, Aba, FC).

2. Mężczyźni chorzy w porównaniu ze zdrowymi:
 - Są lepiej przystosowani (Com).
 - Mają większe natężenie potrzeb związanych z osiąganiem celów i dążeniami (Dom, Ach, Ord, End).
 - Mają większe zdolności przywódcze (MIs) i są bardziej dojrzałi (A).
 Obraz psychologiczny chorych na r.z.s. w zakresie idealnego obrazu siebie charakteryzuje się następującymi cechami:
3. Kobiety chore w porównaniu ze zdrowymi chciałyby:
 - Mieć bliskie i opiekuńcze relacje z innymi ludźmi (Aff, NP, CP).
 - Być zadowolone ze swego życia (A3, CRS, CPS).
 - Niewiele wymagać dla siebie (Iss, Aba).
4. Mężczyźni chorzy w porównaniu ze zdrowymi chcieliby być bardziej umiarkowani i zdolni do wyrzeczeń (FC).

Uogólniając można powiedzieć, że w zakresie stosunku do zadań i obowiązków mężczyźni wykazują podobieństwo do WZA i zespołu psychosomatycznego, a kobiety w zakresie stosunku do siebie i innych są podobne do WZC. Otrzymane wyniki wyraźnie wskazują, że są podstawy, by r.z.s. traktować jako chorobę psychosomatyczną i choć zwracano już w przeszłości uwagę na ten fakt, to nie przełożyło się to na praktyczne aspekty leczenia. Dodatkowo, zróżnicowanie psychologiczne ze względu na płeć powinno być także brane pod uwagę w procesie leczenia tej grupy chorych.

LITERATURA CYTOWANA

- Bonagura, V. R., Kwong, T., Kenny, T., Robins, D. L., Morrison, S. L. (1999). The specificity of synovial IgM rheumatoid factors (RF) for genetically engineered IgG antibodies is not affected by the method used to immortalize RF-producing B cells. *Scandinavian Journal of Immunology*, 1, 106–111.
- Carter, C. S. (1998). Neuroendocrine perspectives on social attachment and love. *Psychoneuroendocrinology*, 8, 779–818.
- Chojnacka-Szawłowska, G. (1994). *Następstwa psychologiczne nowotworu gruczołu piersiowego i narządów rodnych*. Warszawa: Ossolineum.
- Dolińska-Zygmunt, G. (1996). Psychologiczne aspekty chorób nowotworowych. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.) *Elementy psychologii zdrowia* (s. 177–203). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Dymek, M. (1997). *Samoakceptacja drogą do sukcesu*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Ferguson, G. A., Takane, Y. (1997). *Analiza statystyczna w psychologii i pedagogice*. Warszawa: PWN.
- Gough, H. G., Heilbrun, A. B. (1980). *The Adjective Check List. Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Gunther, V., Mur, E., Kurz, M., Meise, U. (1994). Stable pattern of stress coping in patients with rheumatoid arthritis. *Clinical Experimental Rheumatology*, 1, 35–43.

- Jelonkiewicz, I. (1991). Rola stresu w powstawaniu zaburzeń i chorób. *Medycyna 2000*, 9, 7–11.
- Jung, W., Irwin, M. (1999). Reduction of natural killer cytotoxic activity in major depression. *Psychosomatic Medicine*, 61, 3 (abstract).
- Juros, A., Oleś, P. (1993). Struktura czynnikowa i skupieniowa Testu Przymiotnikowego ACL H. G. Gougha i A. B. Heilbruna. W: J. Brzeziński, E. Hornowska (red.) *Z psychometrycznych problemów diagnostyki psychologicznej* (s. 171–201). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Kofta, M., Doliński, D. (2000). Poznawcze podejście do osobowości. W: J. Strelau (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 2, s. 561–600). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Luban-Plozza, B., Poldinger, W., Kroger, F., Wasilewski, B. (1995). *Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej*. Warszawa: PZWL.
- Łazowski, J. (red.) (1982). *Problemy psychosomatyczne w pierwotnym nadciśnieniu tętniczym i chorobie wieńcowej*. Warszawa: PZWL.
- Łazowski, J. (red.) (1985). *Problemy psychosomatyczne w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy*. Warszawa: PZWL.
- Mausch, K. (1995). Psychika, system immunologiczny a problemy zdrowia i choroby. *Psychiatria Polska*, 4, 435–442.
- Mausch, K. (2000). Psychologiczne właściwości człowieka a stan układu immunologicznego. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie, Suplement 59*.
- Parker, J., Smarr, K., Beck, N., Frank, R., Anderson, S., Walker, S. (1988). Coping strategies in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 9, 1376–1383.
- Persson, L. O., Berglung, K., Sahlberg, D. (1996). A structure of self-conceptions and illness conceptions in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 5, 535–549.
- Persson, L. O., Berglung, K., Sahlberg, D. (1999). Psychological factors in chronic rheumatic diseases—a review. The case of rheumatoid arthritis, current research and some problems. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 3, 137–144.
- Pervin, L. A. (red.) (1997). *Handbook of Personality. Theory and Research*. New York London: The Guilford Press.
- Peterson, C. (1992). *Personality*. New York: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Hazes, J. M., Willems, L. N., Bergman, W., Rooijmans, H. G. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatics*, 5, 573–585.
- Schonefeld-Smith, K., Petroski, G. F., Hewett, J. E., Johnson, J. C., Wright, G. E., Smarr, K. L., Walker, S. E., Parker, J. C. (1996). A biopsychosocial model of disability in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 5, 368–375.
- Segerstrom, S. C., Solomon, G. F., Kemeny, M. E., Fahey, J. L. (1998). Relationship of worry to immune sequelae of the Northridge earthquake. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 433–450.
- Sheridan, C. L., Radmacher, S. A. (1998). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Simonton, O. C., Matthews-Simonton, S. (1989). Systemy przekonań a kierowanie emocjonalnymi aspektami złośliwych chorób nowotworowych. *Nowiny Psychologiczne*, 1, 31–43.

- Smarr, K. L., Parker, J. C., Wright, G. E. (1997). The importance of enhancing self- efficacy in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care and Research*, 1, 18–26.
- Solomon, G. (1990). Emocje, odporność i choroba. Perspektywa historyczna i filozoficzna. *Nowiny Psychologiczne*, 1–2, 117–126.
- Walker, J. G., Littlejohn, G. O., McMurray, N. E., Cutolo, M. (1999). Stress system response and rheumatoid arthritis: a multilevel approach. *Rheumatology*, 38, 1050–1057.
- Wolfe, F. (1999). Psychological distress and rheumatic disease. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 28, 131–136.
- Wrześniewski, K. (1993). *Styl życia a zdrowie*. WZA. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN.
- Wrześniewski, K. (2000). Psychologiczne uwarunkowania powstawania i rozwoju chorób somatycznych. W: J. Strelau (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki* (t. 3, s. 493–512). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Zimmermann-Górska, I. (1998). *Reumatologia w praktyce lekarza rodzinnego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.