

Zmiany w obrazie siebie osób z chorobą Gravesa–Basedowa

Małgorzata Anna Basińska, Marta Przybysz

Instytut Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

Wprowadzenie

Człowiek w ciągu życia poznaje i ocenia rzeczywistość oraz samego siebie. Od początku gromadzi i organizuje swoje doświadczenia, kształtując w rezultacie właściwy dla siebie układ wyobrażeń, pojęć i ustosunkowań do samego siebie. Informacje te, dotyczące własnej osoby nazywamy obrazem siebie i wywierają one ogromny wpływ na zachowanie jednostki (Brachowicz, Steuden, 2005). Jednocześnie uznaje się, iż wiedza o tym, jak człowiek spostrzega siebie oraz jaką ma koncepcję siebie, jest kluczowa dla zrozumienia jego funkcjonowania.

Obraz siebie można określić jako zorganizowany zespół cech, które jednostka nauczyła się uznawać za własne na podstawie wcześniejszych i aktualnych doświadczeń. Pełni on rolę integrującą i stabilizującą strukturę osobowości oraz zapewnia względną trwałość i powtarzalność schematów zachowania jednostki (Siek, 1986). Obraz siebie, jako zespół informacji i wyobrażeń na temat swoich właściwości fizycznych i psychicznych, obecnych, przeszłych i przyszłych, ma charakter względnie stały. Jest on odrębny od obrazów siebie innych osób, a jednocześnie określa się na ich tle i w kontakcie z nimi (Dymek, 1997).

Obraz siebie człowieka, jako mający wpływ na jego funkcjonowanie, ma też wpływ na stan i poczucie zdrowia. Myśli i wyobrażenia pełnią istotną rolę w podtrzymywaniu lub eliminowaniu zachowań mających związek ze stanem zdrowia. Równocześnie sam obraz siebie ulega przeobrażeniom i zmianom w wyniku doświadczania różnych wydarzeń życiowych, a szczególnie, gdy są to wydarzenia trudne lub długo trwające (Sheridan, Radmacher, 1998), do jakich

można zaliczyć przewlekłe choroby somatyczne, na przykład chorobę Gravesa-Basedowa.

Kształtowanie i zmiana obrazu siebie

Badacze, nawet reprezentujący odmienne nurty psychologiczne, zgodnie twierdzą, że kształtowanie obrazu siebie dokonuje się na podstawie własnych doświadczeń jednostki oraz postaw przejawianych wobec niej przez innych ludzi (Zamorski, 2003). Rozwój obrazu siebie rozpoczyna się od pierwszych spostrzeżeń istnienia i odczuwania siebie jako kogoś oddzielnego od innych ludzi i obiektów, a trwa aż do rozwoju pełnej samoświadomości, opierającej się na zdolności człowieka do zastanawiania się nad sobą i funkcjonowania jako aktywna, niezależna jednostka sprawcza (Pervin, 1997). Struktura obrazu siebie formuje się w interakcji jednostki ze środowiskiem, a zwłaszcza z osobami znaczącymi, i jest wytworem szeroko rozumianego procesu uczenia się (Zamorski, 2003). Do zmian w obrazie siebie przyczyniają się także krytyczne wydarzenia, które ingerując w dotychczasowy bieg i kierunek życia człowieka, zagrażają jego dotychczasowym podstawom i przekonaniom. Krytyczne wydarzenia życiowe podważają samoocenę i samoakceptację, naruszają zasady integralności Ja oraz wymuszają konieczność ponownego samookreślenia (Kubacka-Jasiecka, 2005; Borys, Majkovicz, 1999). Na podstawie danych klinicznych można określić szereg sytuacji mogących zaburzyć dotychczasowy sposób postrzegania siebie, a przykładem takiej sytuacji jest choroba przewlekła.

W chorobie przewlekłej dolegliwości zdrowotne nie mijają, a wręcz przeciwnie – utrzymują się latami albo nasilają w miarę upływu czasu. Powoduje to negatywne skutki w niemal każdej sferze życia. Zmienia się rytm życia człowieka, który zostaje podporządkowany chorobie, zażywaniu leków, wizytom lekarskim i zabiegom. Zmianie może ulec wygląd osoby jako konsekwencja przebiegu choroby lub jej leczenia. Maleje aktywność fizyczna, zawodowa, towarzyska, przez co zmienia się ilość i rodzaj kontaktów z innymi ludźmi. Zmianie ulega także system wartości, pełnione role i zadania. Zachodzi konieczność przeorganizowania całego swojego dotychczasowego życia (Gałuszka, 2005; Bąk-Sosnowska, 2004).

Z psychologicznego punktu widzenia sytuację chorych somatycznie można określić jako złożoną sytuację stresową, która wyzwala niepokój i lęk, a także zmusza do bilansowania swojego dotychczasowego życia i refleksji nad sobą (Wrona-Polańska, 1999). Wyniki badań chorych na stwardnienie rozsiane, pokazują wpływ przeżywania choroby na zmiany obrazu siebie, zachodzące w zakresie jego struktury, treści oraz funkcji (Życińska, 1995; Niedźwieńska, 2005). Wskazują na przemiany

w wiedzy o sobie samym, a ja realne częściej opisywane jest w kategoriach negatywnych niż pozytywnych. Wyraźne zmiany obejmują temporalną kategorię opisu obrazu siebie. Polegają one głównie na przecenianiu przeszłości i obniżaniu aspiracji dotyczących przyszłości (Życińska, 1995).

Poczucie zmiany obrazu siebie badano również u chorych na schizofrenię paranooidalną (Chuchra, Grzywa, 1995). Z porównania realnego i retrospektywnego obrazu siebie wynika, że największe zmiany dotyczyły aktywności psychicznej, która uległa obniżeniu i zahamowaniu. Chorzy stali się mniej skuteczni w działaniu i osiąganiu celów oraz mniej wytrwali. Istotne różnice wystąpiły też w sferze mającej znaczenie dla kontaktów interpersonalnych. Po chorobie badani oceniali siebie jako lepiej rozumiejących siebie i innych, bardziej kontrolujących się, mających większą potrzebę opieki nad innymi, ale równocześnie z większym dystansem do otoczenia i mniejszą tendencją do ujawniania się, z brakiem uwypatniania własnego „ja”, z tendencją do podporządkowania się innym: Ponadto, aktualnie oceniali siebie jako osoby mniej agresywne i nie dążące do zmiany.

Aktualny i przedchorobowy obraz siebie był także przedmiotem badań z udziałem osób z chorobą niedokrwienną serca (Opolska i in., 2006). Obraz aktualny, w porównaniu z obrazem przedchorobowym u tych osób, cechuje niska samoocena, lęk o przyszłość, mniejsza wytrzymałość w realizacji zadań, ambicja, przedsiębiorczość i umiejętność radzenia sobie ze stresem, a większa zależność oraz potrzeba poszukiwania bezpieczeństwa. Kobiety z chorobą niedokrwienną serca oceniał siebie jako osoby, które aktualnie cechuje niższa samoocena i zaufanie do siebie, większe trudności w radzeniu sobie ze stresem oraz mniejsza umiejętność rozumienia motywów zachowań innych ludzi niż przed chorobą. Natomiast mężczyźni charakteryzują się mniejszą wytrzymałością, przedsiębiorczością, negatywną postawą w stosunku do siebie i innych ludzi, i większą zależnością niż przed chorobą.

Powyższe badania pozwalają stwierdzić, że choroba przewlekła może wywierać istotny wpływ na zmiany w obrazie siebie u osób na nią cierpiących.

Choroba Gravesa–Basedowa jako przykład przewlekłej choroby somatycznej

Gdy tarczyca zaczyna produkować nadmierną ilość hormonów mamy do czynienia z jej nadczynnością (hipertyreozą), której jedną z przyczyn może być właśnie choroba Gravesa–Basedowa. Po raz pierwszy została ona opisana w 1835 roku przez Gravesa, a w kilka lat później przez Basedowa (Dawidowicz, 1960). Wiąże się z zaburzeniem układu immunologicznego i u jej podłoża leży niesprawny nadzór immunologiczny. Immunoglobuliny pobudzające tarczycę: TSI (*thyroid stimulating immunoglobulins*) lub przeciwciała pobudzające tarczycę TSAb

(*thyroid stimulating antibodies*) doprowadzają do wzrostu poziomu i wydzielania tyroksyny i trójiodotyroniny, niezależnie od aktualnych potrzeb organizmu. Proces ten nie jest kontrolowany na zasadzie układu sprzężenia zwrotnego przez układ podwzgórzowo-przysadkowy, jak to ma miejsce u osób zdrowych. W wyniku tego ilość wydzielanych hormonów jest nieadekwatna do aktualnego zapotrzebowania. Pojawienie się tych przeciwciał spowodowane jest najprawdopodobniej defektem limfocytów T, który sprawia, że reagują one z powierzchnią komórek tarczycy i mylnie rozpoznają ją jako obcą. Tę informację przekazują one komórkom odpowiedzialnym za produkcję immunoglobulin – limfocytom B, mobilizując je do wytwarzania przeciwciał TSAb. Oprócz nich w chorobie tej mogą pojawić się także przeciwciała działające destrukcyjnie na tkanki oczodołu i skórę goleni, czego wynikiem jest wytrzeszcz oczu, zaburzenia widzenia i obrzęk przedgoleniowy. Tak więc, przyczyną nadczynności nie jest nadmiar TSH, lecz immunoglobuliny pobudzające tarczycę. Działanie to znane jest w literaturze pod pojęciem autoagresji (Zieleniewski, 1996).

Dość często choroba Gravesa–Basedowa zapoczątkowana zostaje przez nagły, silny stres zarówno fizyczny, jak i emocjonalny (Sonino i in., 2007; Everly, Rosenfeld, 1992). Dzieje się tak dlatego, iż najbardziej chroniczne i długotrwałe reakcje somatyczne na stres są rezultatem działania osi wewnątrzwydzielniczych. Jedną z nich jest właśnie oś tarczycowa, która bierze swój początek w zespole przegródka – hipokamp, następnie poprzez wyniosłość pośrodkową podwzgórza i przedni płąt przysadki mózgowej kończy się na tarczycy. Przysadka wydziela do układu krążenia hormon pobudzający tarczycę (TSH) do wydzielania tyroksyny (Everly, Rosenfeld, 1992).

U ludzi bodźce psychospołeczne prowadzą na ogół do wzrostu aktywności tarczycy. Stwierdzono, iż hormony tego gruczołu zwiększają ogólną przemianę materii, częstość akcji serca, jego kurczliwość, obwodowy opór naczyniowy (podnosząc w ten sposób ciśnienie krwi), oraz wrażliwość niektórych tkanek na katecholaminy. Dlatego też przypuszcza się, że oś tarczycowa może u ludzi odgrywać ważną rolę jako oś reakcji w stresie (Everly, Rosenfeld, 1992). Badania potwierdzają, że trudne zdarzenia psychospołeczne aktywują stresową oś tarczycową, która jest traktowana raczej jako przedłużenie reakcji depresyjnej (Marannon, 1921 – za: Lidz, 1949). Jest to zgodne z tempem przebiegu reakcji stresowych osi wewnątrzwydzielniczą, która uaktywnia się najpóźniej ze wszystkich osi reakcji stresowych, a trwa najdłużej. Badania eksperymentalne (Alexander i in., 1961) pokazały, że chorzy z hypertyreozą mają charakterystyczny sposób reagowania w sytuacji lękowej, a mianowicie nie stosują wyparcia. Brytyjskie badania ($n = 219$) osób ze świeżo

wykrytą chorobą, także wskazują na znaczącą rolę stresowych wydarzeń w okresie 12 miesięcy przed jej zdiagnozowaniem. W porównaniu z grupą kontrolną skarżyły się one na większą ilość negatywnych zdarzeń (Harris i in., 1992).

Wyniki dotychczasowych badań empirycznych zwracają uwagę nie tylko na znaczenie czynników psychologicznych w uaktywnieniu procesu chorobowego, ale także na wpływ sposobu przeżywania choroby i czasu jej trwania na zmiany w obrazie siebie, zachodzące w zakresie jego struktury, treści oraz funkcji. Współczesne badania pokazują, że w obrazie psychologicznym osób z chorobą Gravesa-Baseadowa ($n = 50$), w nadczynności dominuje nastawienie hipochondryczno-histeryczne wraz z niepokojem, niewielką aktywnością i łagodnie nasilonymi objawami depresji (Warmuz-Stangierska i in., 2006).

Celem niniejszej pracy jest próba opisanie zmian w treści obrazu siebie u osób z chorobą Gravesa-Baseadowa, wykazania różnic między aktualnym a retrospektywnym obrazem siebie u kobiet i mężczyzn z tą chorobą oraz analiza zależności między czasem chorowania i stanem klinicznym, określanym w zależności od stężenia poziomów hormonów tarczycy a zmianami w obrazie siebie u kobiet i mężczyzn z chorobą Gravesa-Baseadowa.

Metoda

Osoby badane i przebieg badań

Dobór osób do badania był celowy w zakresie kryterium zdrowia. Osoby badane miały postawioną diagnozę przez lekarza specjalistę w zakresie endokrynologii, stwierdzającą chorobę Gravesa-Baseadowa i wyraziły zgodę na udział w badaniu.

Przebadano 59 osób z chorobą Gravesa-Baseadowa. W związku z tym, że znacznie częściej dotyka ona kobiet, zbadano 10 mężczyzn i 49 kobiet. Średnia wieku dla kobiet wynosiła 49 lat ($SD \pm 12$ lat; od 20 do 81), a dla mężczyzn 43 lata ($SD \pm 11$; od 29 do 61).

Badanych chorych podzielono ze względu na czas postawienia diagnozy: 7 (12%) osób ze świeżo rozpoznaną chorobą (od 0 do 1 roku) i 52 (88%) osoby chorujące dłużej niż 1 rok. U 40 (67%) pacjentów występowały powikłania, najczęściej oftalmopatia, natomiast u 19 choroba przebiegała bez żadnych powikłań (33%). U 42 osób choroba Gravesa-Baseadowa była jedyną rozpoznaną chorobą (72%), natomiast u 17 stwierdzono współwystępowanie innych schorzeń (28%).

Osoby badane podzielono również ze względu na stan kliniczny, wyrażony w stężeniu poziomów hormonów tarczycy. U 8 (14%) stwierdzono niedoczynność tarczycy, 17 (32%) pacjentów było w stadium eutyrozy, czyli prawidłowego

poziomu hormonów, a 17 w stadium nadczynności tarczycy (54%). 6 osób nie przydzielono do żadnej z powyższych grup ze względu na brak informacji dotyczących stężenia poziomów hormonów tarczycy.

Badania, na które uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej, zostały przeprowadzone indywidualnie wśród pacjentów szpitalnych. Były anonimowe i dobrowolne. Pacjent po wyjaśnieniu celu badań wypełniał ankietę osobową i dwukrotnie Test Przymiotników ACL. W pierwszym badaniu zaznaczał te przymiotniki, które charakteryzują go aktualnie. W ten sposób uzyskano realną ocenę osoby badanej – ja realne. W drugim proszono go o wybranie tych przymiotników, które opisują jaki był przed zachorowaniem – ja retrospektywne. Porównanie wyników w badaniu „ja realnego” i „ja retrospektywnego” pozwala na określenie poczucia zmiany obrazu siebie.

Zastosowane metody

W celu realizacji założeń pracy zastosowano następujące techniki badawcze: ankietę osobową oraz Test Przymiotników – ACL H.G. Gougha i A.B. Heilbruna.

Ankieta osobowa. Miała na celu zebranie podstawowych informacji na temat osoby chorej i jej stanu zdrowia.

Test Przymiotników – ACL H.G. Gougha i A.B. Heilbruna (1980). Aktualna wersja zawiera 37 skal i została zaadoptowana do warunków polskich przez A. Jurosa i P. Olesia (1993). Pierwszą część – *Modus operandi* – stanowią cztery skale pełniące funkcję kluczy kontrolnych. Na drugą część testu ACL składa się piętnaście skal potrzeb, opartych na koncepcji H.J. Murray'a. Skale te badają osobowościowe korelaty określonych potrzeb psychicznych, mających powiązania z obserwowanymi zachowaniami i odpowiedzialnych za funkcjonowanie człowieka (Matkowski, 1984). Trzecia część obejmuje dziewięć skal tematycznych, które ujmują różne aspekty lub komponenty zachowań interpersonalnych, ważne dla opisu osobowości. Część czwarta zawiera pięć skal analizy transakcyjnej, skonstruowanych na podstawie teorii Berne'a. Ostatnią, piątą część testu stanowią cztery skale ujmujące twórczość i inteligencję – rozumiane jako strukturalne wymiary osobowości według koncepcji Welsha (Gough, Heilbrun, 1980).

I. Skale *modus operandi*: 1. Liczba przymiotników użytych w teście (Nck). 2. Liczba użytych przymiotników pozytywnych (Fav). 3. Liczba użytych przymiotników negatywnych (Unfav). 4. Typowość: skala skonstruowana w celu identyfikowania protokołów wypełnionych nierzetelnie oraz oceny stopnia typowych odpowiedzi (Com).

II. Skale potrzeb: 1. **Potrzeba osiągnięć**: dążenie do bycia wybitnym w osiągnięciu społecznie uznawanego znaczenia (Ach). 2. **Potrzeba dominacji**: poszukiwanie

pozycji przywódcy w grupie lub kontrolowanie i posiadanie wpływu na innych (Dom). 3. **Potrzeba wytrwałości**: dążenie do wytrwania w każdym podjętym działaniu (End). 4. **Potrzeba porządku**: przykładanie specjalnej wagi do staranności i planowania w działaniu (Ord). 5. **Potrzeba rozumienia siebie i innych**: zaangażowanie w próby rozumienia swych własnych zachowań lub zachowań innych (Int). 6. **Potrzeba opiekowania się innymi**: zaangażowanie się w działania przynoszące materialną lub emocjonalną korzyść innym (Nur). 7. **Potrzeba afiliacji**: zawieranie wielu znajomości (Aff). 8. **Potrzeba kontaktów heteroseksualnych**: poszukiwanie towarzystwa osób płci przeciwnej (Het). 9. **Potrzeba ujawniania się**: takie zachowanie, aby budzić bezpośrednie zainteresowanie innych osób (Exh). 10. **Potrzeba autonomii**: w działaniu niezależność od innych lub od społecznych oczekiwań i wartości (Aut). 11. **Potrzeba agresji**: zaangażowanie się w działania, które atakują lub sprawiają przykrość innym (Agg). 12. **Potrzeba zmiany**: poszukiwanie nowych doświadczeń i unikanie rutyny (Cha). 13. **Potrzeba wsparcia ze strony innych**: zabieganie o sympatię lub emocjonalne wsparcie ze strony innych (Suc). 14. **Potrzeba poniżania się**: wyrażanie poczucia niższości np. poprzez samokrytykę (Aba). 15. **Potrzeba podporządkowania się**: poszukiwanie i trwanie na pozycji podporządkowanej (Def).

III. Skale tematyczne: 1. **Gotowość na poradę i pomoc innych ludzi** (Crs). 2. **Samokontrola** (Scn). 3. **Zaufanie do siebie** (Scf). 4. **Przystosowanie osobiste** (Pad). 5. **Skala idealnego obrazu siebie**: służy do określenia stopnia zgodności obrazu z ideałem osobowości (Iss). 6. **Skala osobowości twórczej** (Cps). 7. **Skala zdolności przywódczych** (Mls). 8. **Skala męskości**: służy do badania cech specyficznych dla płci oraz różnicowania osób o typowych i nietypowych preferencjach seksualnych (Mas). 9. **Skala kobiecości** (Fem).

IV. Skale analizy transakcyjnej: 1. **Krytyczny Rodzic** (CP). 2. **Wychowawczy Rodzic** (NP). 3. **Dorosły** (A). 4. **Wolne Dziecko** (FC). 5. **Adoptowane Dziecko** (AC).

V. Skale oryginalności – inteligencji: 1. **Wysoka oryginalność, niska inteligencja**: osoby cechujące się teatralnością zachowania (A-1). 2. **Wysoka oryginalność, wysoka inteligencja**: osoby oceniane jako intelektualści (A-2). 3. **Niska oryginalność, niska inteligencja**: osoby charakteryzowane jako pragmatycy (A-3). 4. **Niska oryginalność, wysoka inteligencja**: osoby oceniane jako typ naukowca (A-4).

Rzetelność testu ACL została określona przez Jurosa i Olesia (1993) metodą zgodności wewnętrznej α Cronbacha na grupie 588 kobiet i 591 mężczyzn. Współczynniki rzetelności α , obliczone na podstawie badań polskich studentów wynoszą od 0,45 dla Crs, do 0,93 dla Fav dla studentek, a od 0,40 dla Cha, do

0,94 dla Fav dla polskich studentów. Duża zbieżność struktur czynnikowych ACL – polskiej i amerykańskiej – jest traktowana jako potwierdzenie trafności czynnikowej testu.

Otrzymane wyniki wyrażone są w jednostkach tenowych ($M = 50$, $SD = 10$; od 10 do 30 tenów niskie; wysokie powyżej 70 tenów; wyniki pomiędzy 30 a 70 tenami interpretuje się jako przeciętne). Do obliczeń zastosowano program komputerowy opracowany w Katolickim Uniwersytecie Lubelskim.

Wyniki

Ze względu na specyfikę choroby Gravesa–Basedowa (znacznie częściej dotyczy ona kobiet niż mężczyzn) większość przebadanych osób stanowią kobiety. Jednakże pomimo znacznej różnicy w liczebności tych grup, niektóre analizy przeprowadzono oddzielnie dla kobiet i dla mężczyzn, gdyż przy łącznym rozpatrywaniu wyników, dane otrzymane przez kobiety rzutowały na wyniki całości. Wnioski, pochodzące z badań od tak niewielkiej liczby osób, jaką w tym przypadku stanowili mężczyźni, zostały wysunięte jedynie na potrzeby niniejszej pracy i nie mogą być generalizowane na większą populację mężczyzn.

Na wynikach przeliczonych, dokonano zabiegu polegającego na odjęciu wartości skal retrospektywnego obrazu siebie od wartości skal realnego obrazu siebie, co pozwoliło określić wielkość zmian w obrazie siebie w poszczególnych skalach oraz relacje pomiędzy tymi zmianami a analizowanymi zmiennymi.

Porównanie średnich wyników w skalach ACL pomiędzy aktualnym a retrospektywnym obrazem siebie u osób z chorobą Gravesa–Basedowa

Porównania średnich wyników w skalach ACL pomiędzy aktualnym a retrospektywnym obrazem siebie dokonano oddzielnie dla grupy kobiet i grupy mężczyzn za pomocą testu *t*-Studenta dla prób zależnych (zmiennie miały rozkład normalny i jednorodną wariancję).

Stwierdzono, że skale: Nck, Fav, Ach, Dom, End, Aff, Het, Exh, Cha, Aba, Def, Scf, Iss, Cps, Mas, Np, Fc, Ac różnicują w sposób istotny statystycznie realny i retrospektywny obraz siebie w grupie kobiet z chorobą Gravesa–Basedowa (Tabela 1). Pozostałe skale nie różnicują w sposób istotny statystycznie realnego i retrospektywnego obrazu siebie. Kobiety aktualnie są mniej pilne, o węższych zainteresowaniach, bardziej zamknięte w sobie i konwencjonalne (Nck) oraz bardziej zniechęcone, sceptyczne, zaprzeczające sobie, pełne lęku o przyszłość i dają się łatwo przytoczyć przez zmienność życia (Fav). Są mniej skuteczne, mniej śmiałe,

mniej przedsiębiorcze i wytrwałe, ale jednocześnie są spokojniejszym, lepszym towarzyszem (Ach). Posiadają mniejszą pewność siebie, wolą trzymać się na uboczu grupowych przedsięwzięć i częściej unikają sytuacji wymagających współzawodnictwa lub zaznaczenia własnego ja (Dom). Są bardziej zmienne, łatwiej się rozpraszają i zmieniają kierunek działania (End), częściej zdręczają się znaczeniem stosunków z innymi, częściej komplikują je i boją się zaangażowania, do pewnego stopnia utrzymują ludzi na dystans, bardziej obawiają się wyzwań i okazji (Aff, Het). Są bardziej ostrożne, częściej hamują się, unikają konfliktów i ulegają innym (Exh, Aba, Def), ale częściej poszukują stabilności, unikają nieokreślonych i ryzykownych sytuacji (Cha). Mają większe trudności w mobilizowaniu własnych bogactw i podejmowaniu działań; inni częściej postrzegają je jako wstydlive, zahamowane i skryte (Scf). Charakteryzuje je słabsze morale, czują się bardziej pokonane przez życie, mają większe trudności w ustalaniu i osiąganiu celów (Iss). Są bardziej przytłumione, mniej ekspresywne, bardziej konserwatywne (Cps, Fc, Ac). Wyżej cenią wewnętrzne uczucia i intuicyjne przedstawienie własnej tożsamości (Mas). Częściej są niezadowolone ze swej aktualnej sytuacji, mniej odporne na stres i presję społeczną (Np).

Tabela 1. Porównanie średnich – *t*-Studenta dla prób zależnych – w skalach ACL pomiędzy aktualnym a retrospektywnym obrazem siebie u kobiet z chorobą Gravesa–Basedowa ($n = 49$)

Skale ACL	Obraz realny		Obraz retrospektywny		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
NCK	40,67	11,95	42,67	13,09	-2,82	0,007
FAV	45,51	9,34	49,88	7,78	-3,02	0,004
UNFAV	47,12	6,72	45,45	9,48	1,30	0,199
COM	40,00	7,60	39,49	9,50	0,36	0,718
ACH	48,16	9,21	53,67	7,99	-3,92	0,001
DOM	48,33	8,54	53,43	7,19	-3,95	0,001
END	53,02	10,21	56,96	8,99	-2,50	0,016
ORD	55,73	9,11	57,67	7,49	-1,54	0,132
INT	47,82	9,39	48,53	7,51	-0,55	0,584
NUR	49,10	8,53	50,31	7,76	-1,01	0,316
AFF	45,51	12,35	50,37	9,66	-2,98	0,005
HET	41,59	7,78	46,90	8,27	-3,62	0,001
EXH	47,88	8,21	52,61	6,63	-4,17	0,001

AUT	47,43	6,70	48,43	8,27	-1,02	0,315
AGG	47,27	7,90	48,18	7,48	-0,86	0,393
CHA	40,53	7,39	43,00	9,39	-2,12	0,039
SUC	50,96	6,09	49,37	7,07	1,31	0,196
ABA	53,12	7,59	49,41	7,51	3,27	0,002
DEF	53,55	6,86	51,35	7,57	2,31	0,025
CRS	45,92	9,21	44,16	8,24	1,20	0,236
SCN	54,20	7,27	52,45	8,02	1,79	0,079
SCF	47,37	10,30	54,98	8,86	-4,65	0,001
PAD	45,98	7,63	48,14	7,46	-1,76	0,085
ISS	49,98	8,65	58,27	8,50	-5,22	0,001
CPS	45,61	7,21	49,27	7,31	-3,30	0,002
MLS	48,24	7,88	50,18	7,80	-1,61	0,112
MAS	49,49	8,58	53,20	7,55	-2,87	0,006
FEM	45,51	9,74	44,43	7,23	0,84	0,407
CP	48,88	8,38	49,51	10,77	-0,43	0,666
NP	50,08	8,55	53,69	8,17	-2,78	0,008
A	49,96	8,81	52,43	6,95	-1,89	0,065
FC	44,47	8,05	49,88	8,25	-4,14	0,001
AC	50,04	7,43	46,98	6,68	2,55	0,014
A-1	40,00	5,84	41,88	9,80	-1,44	0,156
A-2	46,59	7,10	44,31	7,38	1,94	0,058
A-3	51,06	12,23	54,39	10,10	-1,83	0,073
A-4	51,14	9,24	53,92	8,97	-1,96	0,055

Na podstawie analizy można stwierdzić, że skale: Dom, Scn, Scf, Iss, Ac, A-2 różnicują w sposób istotny statystycznie realny i retrospektywny obraz siebie w grupie mężczyzn z chorobą Gravesa–Basedowa (Tabela 2). Pozostałe skale nie różnicują w sposób istotny statystycznie realnego i retrospektywnego obrazu siebie. Mężczyźni aktualnie są mniej pewni siebie, wolą trzymać się na uboczu grupowych przedsięwzięć i częściej unikają sytuacji wymagających współzawodnictwa lub zaznaczenia własnego ja (Dom), są bardziej impulsywni (Scn) oraz mają większe trudności w mobilizowaniu własnych bogactw i podejmowaniu działań: inni częściej widzą ich jako wstydliwych, zahamowanych i skrytych (Scf). Mają słabsze morale, czują się bardziej pokonani przez życie, mają większe trudności w ustalaniu i osiągnięciu celów (Iss). Częściej czują się niepewnie w stawianiu czoła wymaganiom dorosłego życia, częściej też boją się i unikają bezpośredniej konfrontacji oraz łatwiej ulegają dezorganizacji pod wpływem stresu i traumy (Ac), a mimo wielu talentów są mniej zadowoleni ze swych wewnętrznych potrzeb i reakcji aniżeli inni ludzie (A-2).

Tabela 2. Porównanie średnich – *t*-Studenta dla prób zależnych – w skalach ACL pomiędzy aktualnym a retrospektywnym obrazem siebie u mężczyzn z chorobą Gravesa-Baseowa

Skale ACL	Obraz realny		Obraz retrospektywny		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
NCK	40,80	11,83	40,90	12,41	-0,13	0,897
FAV	44,50	9,90	46,50	6,95	-0,70	0,502
UNFAV	45,60	3,27	45,60	5,04	0,00	1,000
COM	39,50	8,46	42,00	8,03	-0,81	0,441
ACH	50,90	8,86	54,00	8,47	-1,53	0,160
DOM	45,90	10,19	51,00	9,10	-2,55	0,031
END	52,10	10,89	55,70	8,93	-0,93	0,377
ORD	53,60	5,74	55,90	6,92	-0,89	0,398
INT	43,30	7,39	42,70	6,46	0,37	0,719
NUR	49,20	7,73	49,10	5,40	0,05	0,958
AFF	48,80	11,37	48,00	9,74	0,25	0,806
HET	48,20	11,39	51,50	11,50	-1,35	0,209
EXH	49,50	13,39	49,60	11,06	-0,08	0,941
AUT	46,80	8,93	47,50	8,57	-0,48	0,642
AGG	49,10	9,13	50,00	9,14	-0,54	0,600
CHA	39,80	8,52	42,60	4,99	-1,33	0,217
SUC	54,20	7,70	51,90	8,58	1,37	0,203
ABA	51,40	12,28	49,70	12,32	1,00	0,343
DEF	53,20	8,07	53,80	6,16	-0,31	0,766
CRS	49,10	14,75	46,70	14,37	1,31	0,221
SCN	50,50	9,32	54,10	10,16	-2,95	0,016
SCF	46,00	13,22	51,70	11,88	-2,27	0,049
PAD	46,40	8,14	49,30	7,53	-0,82	0,435
ISS	47,00	12,75	52,60	9,78	-2,49	0,034
CPS	44,90	8,54	43,90	8,27	1,06	0,316
MLS	46,50	8,33	48,70	6,60	-0,90	0,393
MAS	48,90	7,65	49,50	9,41	-0,38	0,716
FEM	45,10	8,33	45,30	4,74	-0,09	0,929
CP	51,50	5,66	49,40	5,82	1,52	0,164
NP	48,30	8,37	50,90	5,49	-1,10	0,299
A	44,20	6,86	47,70	5,74	-1,52	0,163

FC	47,40	15,48	49,40	13,63	-1,46	0,177
AC	52,40	5,44	47,70	5,33	2,59	0,029
A-1	44,20	5,01	43,60	6,13	0,48	0,645
A-2	44,90	7,42	41,50	5,89	2,49	0,035
A-3	51,40	10,05	50,40	10,66	0,26	0,800
A-4	47,30	7,78	51,10	8,62	-1,53	0,160

Zmiany w obrazie siebie u osób z chorobą Gravesa–Basedowa w zależności od czasu trwania choroby

W celu stwierdzenia czy i jakie zachodzą zmiany w obrazie siebie u kobiet i mężczyzn z chorobą Gravesa–Basedowa w zależności od czasu trwania choroby, zastosowano parametryczny test korelacji Pearsona.

Na tej podstawie można stwierdzić, iż istnieje związek na poziomie istotnym statystycznie pomiędzy zmianami w skalach: Int, Np oraz A-4 a czasem trwania choroby tylko w grupie kobiet z chorobą Gravesa–Basedowa (Tabela 3). Żadna zmiana w skalach testu ACL nie ujawniła istotnego statystycznie związku z czasem chorowania w grupie mężczyzn.

Im dłużej trwała choroba, tym bardziej kobiety zmieniły się w zakresie: rozumienia siebie i innych, uważane są za bardziej logiczne, bystre, przewidujące, przywiązujące wagę do spraw intelektualnych i poznawczych (Int, A-4) oraz do zachowania ciągłości i kultywowania dawnych wartości, bardziej starają się podtrzymywać stosunki interpersonalne spostrzegane są jako bardziej uczynne, lojalne oraz odpowiedzialne (Np).

By określić stopień w jakim czas trwania choroby wyjaśnia zmienność w zakresie potrzeb zastosowano analizę regresji wielokrotnej. Potrzeba rozumienia siebie i innych jest wyjaśniana w 15% przez czas chorowania ($\beta = 0,419$; skorygowane $R^2 = 0,154$; $p = 0,007$). Skala rodzica opiekuńczego jest wyjaśniana w 21% przez czas chorowania ($\beta = 0,476$; skorygowane $R^2 = 0,206$; $p = 0,002$), natomiast skala A-4 w około 4% i wynik nie jest istotny statystycznie.

Zmiany w obrazie siebie u osób z chorobą Gravesa–Basedowa ze względu na stan kliniczny

W celu określenia związku zmian w obrazie siebie osób z chorobą Gravesa–Basedowa ze stanem klinicznym wyrażonym w stężeniu poziomów hormonów tarczycy wyodrębniono grupę 53 pacjentów, dla których uzyskano wyniki poziomu hormonów tarczycowych i zastosowano test Spearmana. Na podstawie tej analizy

można stwierdzić, iż w żadnej ze skal testu ACL nie występują zmiany istotne na poziomie statystycznym w zależności stanu klinicznego badanych chorych.

Zmiany w obrazie siebie u osób z chorobą Gravesa–Basedowa ze względu na stan zdrowia

W celu określenia istotności zmian w obrazie siebie ze względu na stan zdrowia wyrażony w występowaniu powikłań zdrowotnych, grupę osób z chorobą Gravesa–Basedowa podzielono na dwie podgrupy: pacjentów z powikłaniami zdrowotnymi i bez powikłań. Na podstawie analiz przy pomocy testu *t*-Studenta można stwierdzić, że występowanie powikłań zdrowotnych nie różnicuje na poziomie istotnym statystycznie zmian w żadnej ze skal testu ACL w badanej grupie chorych.

W celu zaobserwowania dotyczącej istotności zmian w obrazie siebie ze względu na stan zdrowia wyrażony we współwystępowaniu innych chorób, grupę osób z chorobą Gravesa–Basedowa podzielono na dwie grupy porównawcze ze względu na występowanie innych chorób: osoby ze współwystępującymi chorobami lub ich brakiem.

Porównano średnie wyniki zmian w skalach ACL w grupie osób z chorobą Gravesa–Basedowa ze względu na występowanie lub brak innych chorób. Na podstawie analiz testem *t*-Studenta dla prób niezależnych lub testem *t*-Studenta z oddzielną estymacją wariancji w przypadku braku jednorodności wariancji (Stanisz, 2000) można stwierdzić, że tylko w skalach: Het ($t = 2,04$; $p = 0,05$) i Cha ($t = 3,88$; $p = 0,001$) obserwuje się zmiany istotne na poziomie statystycznym.

Osoby z chorobą Gravesa–Basedowa, u których wystąpiły także inne choroby, w porównaniu z badanymi bez współwystępujących chorób, zmieniły się bardziej w zakresie: obniżenia tendencji zarówno do szukania towarzystwa i czerpania emocjonalnej satysfakcji z interakcji z osobami płci przeciwnej (Het), jak i do poszukiwania nowych doświadczeń i unikania rutyny (Cha).

Dyskusja i wnioski

Dotychczasowe wyniki badań pozwalają jednoznacznie stwierdzić, że przewlekle choroba somatyczna może wywierać istotny wpływ na zmiany w obrazie siebie u osób na nią cierpiących. Wyniki uzyskane z badania osób z chorobą Gravesa–Basedowa ($N = 59$, kobiet 49, mężczyzn 10) pozwalają opisać subiektywnie odczuwane zmiany w obrazie siebie, które dokonały się w wyniku trwania choroby.

Stwierdzono różnice pomiędzy realnym a retrospektywnym obrazem siebie u kobiet i mężczyzn z chorobą Gravesa–Basedowa. Wyniki badań wskazują na wystąpienie zmian w poczuciu własnej wartości u osób z tą chorobą. Zarówno kobiety, jak i mężczyźni mają słabsze morale, czują się bardziej pokonani przez życie, częściej są niezadowoleni ze swej aktualnej sytuacji. Mimo wielu talentów są mniej zadowoleni ze swych wewnętrznych potrzeb i reakcji aniżeli inni ludzie.

Otrzymane wyniki są podobne do uzyskanych we wcześniejszych badaniach, na przykład z udziałem chorych na stwardnienie rozsiane (Życińska, 1995; Niedźwieńska, 2005) lub pacjentów z chorobą niedokrwinną serca (Opolska i in., 2006).

Osoby z chorobą Gravesa–Basedowa wskazują również na istnienie trudności związanych z adaptacją do nowych warunków życia, które pojawiły się w związku z ich chorobą. Kobiety chore charakteryzują siebie jako mniej odporne na stres i presję społeczną. Są bardziej ostrożne, częściej poszukują stabilności, częściej hamują swoje działania i reakcje, unikają konfliktów oraz nieokreślonych i ryzykownych sytuacji. Są bardziej zniechęcone, sceptyczne, pełne lęku o przyszłość i dają się łatwo przytłoczyć przez zmienność życia. Mężczyźni natomiast określają siebie jako bardziej impulsywnych, częściej czują się niepewnie w stawianiu czoła wymaganiom życia, częściej boją się i unikają bezpośredniej konfrontacji oraz łatwiej ulegają dezorganizacji pod wpływem stresu i traumy. Jednakże ze względu na niewielką grupę badawczą, jaką stanowili w tej pracy mężczyźni, otrzymane wnioski powinny być traktowane bardzo ostrożnie.

Podobnie widzą siebie chorzy na białaczkę (Wrona-Polańska, 1999). Cechuje ich nasiloną tendencją do apatii i rezygnacji, przejawiająca się w zachowaniu jako brak aktywności, bierność, a także izolacja od otoczenia. Mniejsza wytrwałość w realizacji zadań, mniejsza ambicja, przedsiębiorczość i umiejętność radzenia sobie ze stresem – takie cechy przypisują sobie także pacjenci z chorobą niedokrwinną serca (Opolska i in., 2006).

U osób z chorobą Gravesa–Basedowa obserwuje się spadek motywacji do działania, mają one większe trudności w mobilizowaniu własnych bogactw i podejmowaniu działań, są mniej pewne siebie, wołają trzymać się na uboczu grupowych przedsięwzięć i częściej unikają sytuacji wymagających współzawodnictwa lub zaznaczenia własnego ja. Te same trudności i ich związek z przebytą chorobą prezentują pacjenci ze schizofrenią paranoidalną (Chuchra, Grzywa, 1995) oraz chorobą niedokrwinną serca (Opolska i in., 2006).

Zaprezentowane w niniejszej pracy wyniki badań wskazują na charakterystyczne dla osób z chorobą Gravesa–Basedowa tworzenie relacji z innymi ludźmi.

Opierają się one na zależności, podporządkowaniu i uległości w stosunku do innych. Szczególnie kobiety częściej zadreżczają się znaczeniem stosunków z ludźmi, częściej komplikują je i boją się zaangażowania, do pewnego stopnia utrzymują ludzi na dystans, bardziej obawiają się wyzwań i okazji. Taki model wchodzenia w relacje potwierdzają wyniki badań z udziałem chorych na białaczkę (Wrona-Polańska, 1999), stwardnienie rozsiane (Życińska, 1995; Niedźwieńska, 2005), reumatoidalne zapalenie stawów (Basińska, 2006), schizofrenię paranoidalną (Chuchra, Grzywa, 1995) oraz chorobę niedokrwinną serca (Opolska i in., 2006).

Zależności między czasem trwania choroby i stanem klinicznym (określanym na podstawie stężenia poziomów hormonów tarczycy) a zmianami w obrazie siebie u kobiet i mężczyzn z chorobą Gravesa-Basedowa wykazujące stan kliniczny nie ujawnił żadnego związku ze zmianami w obrazie siebie, natomiast czas trwania choroby tylko w grupie chorych kobiet: im dłuższy czas chorowania, tym bardziej zmieniły się w zakresie: rozumienia siebie i innych, uważane są za bardziej logiczne, bystre, przewidujące oraz przywiązujące wagę do spraw intelektualnych i poznawczych. Bardziej koncentrują się na kultywowaniu dawnych wartości i podtrzymywaniu stosunków z innymi; postrzegane są jako bardziej uczynne, lojalne oraz odpowiedzialne.

Podobnie w grupie chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów, im dłużej trwała choroba, tym bardziej kobiety dbały o relacje, ale najczęściej poprzez podporządkowanie lub domaganie się uwagi, a rezygnując z bycia atrakcyjnymi. Zaś u mężczyzn zmiany w obrazie siebie miały inny charakter. Im dłużej trwała choroba, tym bardziej byli wytrwali i zdyscyplinowani, a w relacjach społecznych raczej opiekuńczy, ale i niezależni (Basińska, 2006). Charakter związku pomiędzy czasem chorowania a zmianami w obrazie siebie w grupie osób z białaczką (Wrona-Polańska, 1999) ujawnił cechy adaptacyjne, broniąc przed narastającym lękiem i dalszą dezintegracją osobowości i ułatwiał w ten sposób zmaganie się z chorobą.

Nie zaobserwowano związku między zmianami w obrazie siebie w zależności od poziomu hormonów, które tak znacznie wpływają chociażby na sposób przeżywania. Na brak istotnych korelacji może mieć wpływ wielkość grupy badawczej. Obserwacje kliniczne wskazują, że chorzy ci są bardziej lękowi i pełni obaw o przyszłość, a pod względem poziomu dyspozycyjnego optymizmu nie różnią się od zdrowych (Basińska i in., 2008; Wolańska, 2007). Wydaje się, że obserwowane zachowania są tylko behawioralnymi przejawami aktywności hormonalnej i nie powodują zmian w bardziej trwałych właściwościach osobowościowych.

Nie wykazano także istotnych różnic w wielkości zmian w obrazie siebie ze względu na występowanie powikłań zdrowotnych. Natomiast u osób z chorobą

Gravesa–Basedowa, u których wystąpiły także inne choroby zaobserwowano istotnie większe zmiany w obrazie siebie w porównaniu do osób bez współwystępujących chorób. W literaturze przedmiotu brak jest badań dotyczących zależności pomiędzy zmianami w obrazie siebie a stanem zdrowia wyrażonym w występowaniu powikłań zdrowotnych. I chociaż z punktu widzenia człowieka zdrowego można by oczekiwać różnic w wielkości zmian w obrazie siebie ze względu na to, czy choroba przebiega z powikłaniami, czy bez nich, to w tej grupie badawczej takowych nie zaobserwowano. Nie prowadzono również badań koncentrujących się na związku między zmianami w obrazie siebie pod wpływem choroby przewlekłej ze względu na współwystępowanie innych chorób. Pacjenci z chorobą Gravesa–Basedowa, u których wystąpiły także inne schorzenia, zmieniły się bardziej w zakresie obniżenia tendencji do szukania towarzystwa i czerpania emocjonalnej satysfakcji z interakcji z osobami płci przeciwnej oraz poszukiwania nowych doświadczeń i unikania rutyny.

Kończąc rozważania na temat zmian w obrazie siebie u osób z chorobą Gravesa–Basedowa warto zwrócić uwagę na podobieństwo tej grupy do innych chorych psychosomatycznie. Dotychczasowe wyniki badań na temat wpływu wzoru zachowania C na zdrowie jednoznacznie wskazują, iż stanowi on czynnik ryzyka wielu chorób somatycznych, w których etiopatogenezie istotną rolę odgrywają zaburzenia układu immunologicznego. Prezentowane wyniki badań wskazują także na podobieństwa pomiędzy cechami charakterystycznymi dla grupy osób z chorobą Gravesa–Basedowa a właściwościami osobowościowymi, określanymi jako wzór zachowania C. Zachowania cechujące się zależnością, uległością, skłonnością do poświęceń, tłumieniem swoich uczuć, ujawniły się również w badanej przez mnie grupie.

Bibliografia

- Alexander F., Flag G.W., Poster S., Clemens T., Błahd W. (1961). Experimental studies of emotional stress: I. Hyperthyroidism. *Psychosomatic Medicine*, 23, 104-114.
- Basińska M.A. (2006). *Reumatoidalne zapalenie stawów. Obraz psychologiczny*. Bydgoszcz: Uniwersytet Kazimierz Wielkiego.
- Bąk-Sosnowska M. (2004). *Choroby przewlekłe – dlaczego zmieniają życie i jak sobie z nimi radzić?* http://www.poradnikmedyczny.pl/mod/archiwum/4890_choroby_przewlekłe_dlaczego.html].
- Basińska M.A., Zalewska-Rydzkowska D., Wolańska P., Junik R. (2008). Dyspozycyjny optymizm a akceptacja choroby w grupie osób z chorobą Gravesa–Basedowa. *Endokrynologia Polska*, 59, 23-29.

- Borys B., Majkowicz M. (1999). Zmiana obrazu siebie u ofiar pożaru hali Stoczni Gdańskiej. *Przegląd Psychologiczny*, 42, 209-220.
- Brachowicz M., Steuden S. (2005). Obraz siebie u osób o różnym poziomie dojrzałości emocjonalnej. W: W. Okła, S. Tucholska (red.), *Wybrane zagadnienia z psychologii klinicznej i osobowości. Problemy człowieka zdrowego* (s. 45-60). Lublin: TN KUL.
- Chuchra M., Grzywa A. (1995). *Realny, idealny i retrospektywny obraz siebie chorych na schizofrenię paranoidalną*. <http://www.badaniaadschizofrenia.org/index.php?get=page,342,198>].
- Dawidowicz A. (1960). *O chorobach tarczycy*. Warszawa: PZWL.
- Dymek M. (1997). *Samoakceptacja drogą do sukcesu*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Everly G.S., Rosenfeld R. (1992). *Stres: przyczyny, terapia i autoterapia*. Warszawa: PWN.
- Gough H.G., Heilbrun A.B. (1980). *The Adjective Check List. Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Gałaszka A. (2005). *Człowiek przewlekle chory: aspekty psychoegzystencjalne*. Katowice: Wydawnictwo UŚ.
- Harris T., Creed F., Brugha T.S. (1992). Stressful life events and Graves' disease. *British Journal of Psychiatry*, 161, 535-541.
- 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. 171-202). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Kubacka-Jasiecka D. (2005). Kryzys emocjonalny i interwencja kryzysowa – spojrzenie z perspektywy zagrożenia Ja i poczucia tożsamości. W: D. Kubacka-Jasiecka, T.M. Ostrowski (red.), *Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu, choroby* (s. 57-87). Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Lidz T. (1949). Emotional factors in the etiology of hyperthyroidism. The raport of the preliminary survey. *Psychosomatic Medicine*, 11, 2-8.
- Matkowski M. (1984). Test Przymiotników jako narzędzie do badania struktury potrzeb jednostki. *Przegląd Psychologiczny*, 27, 519-536.
- Niedźwieńska A. (red.). (2005). *Zmiana osobowości: wybrane zagadnienia*. Kraków: Wydawnictwo UJ.
- Opolska A., Papuć E., Pawłowska B., Witczak W. (2006). Aktualny i przedchorobowy obraz siebie pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. *Psychiatria Polska*, 2, 313-325.

- Pervin L., John O.P. (1997). *Personality. Theory and research*. New York: John Wiley & Sons.
- Sheridan C.L., Radmacher S. A. (1998). *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia PTP.
- Siek S. (1986). *Formowanie osobowości*. Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.
- Sonino N., Tomba E., Fava G.A. (2007). Psychosocial approach to endocrine disease. *Advanced of Psychosomatic Medicine*, 28, 21-33.
- Stanisz A. (2000). *Przystępny kurs statystyki*. Kraków: Stat-Soft Polska.
- Warmuz-Stangierska I., Czarnywojtek A., Ziemnicka K., Stangierski R., Sowiński J. (2006). Porównawcze badania psychologiczne chorych z rakiem tarczycy oraz z nadczynnością tarczycy w przebiegu choroby Gravesa-Basekowa. *Endokrynologia Polska*, 57, 620-623.
- Wolańska P. (2007). Dyspozycyjny optymizm kobiet z chorobą Gravesa-Basekowa a ich funkcjonowanie w chorobie. Niepublikowana praca magisterska. Bydgoszcz: Wydział Pedagogiki i Psychologii UKW.
- Wrona-Polańska H. (1999). Zmiana samopercepcji w procesie zmagania się z chorobą o niepomyślnym rokowaniu. W: D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową* (s. 197-225). Kraków: Wydawnictwo „Radamsa”.
- Zamorski J. (2003). *Dojrzałość psychologiczna: uwarunkowania wychowawcze obrazu siebie*. Lublin: Polihymnia.
- Życińska J. (1995). Twórcze kształtowanie samego siebie poprzez doświadczanie nieuleczalnej choroby (na przykładzie chorych na stwardnienie rozsiane). W: I. Heszen-Klemens (red.), *Doświadczanie kryzysu – szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń?* (s. 89-118). Katowice: Wydawnictwo UŚ.

Streszczenie

Celem niniejszej pracy jest próba opisanie zmian w treści obrazu siebie poprzez porównanie aktualnego i retrospektywnego obrazu siebie osób z chorobą Gravesa-Basekowa. W celu weryfikacji postawionych celów zastosowano następujące techniki badawcze: Ankietę Osobową oraz Test Przymiotników – ACL H.G. Gougha i A.B. Heilbruna. Grupę badawczą stanowiło 59 osób (kobiety = 49, mężczyźni = 10) w przedziale wiekowym: od 20 do 81 lat, z postawioną diagnozą stwierdzającą chorobę Gravesa-Basekowa. **Wyniki** 1. Istnieją różnice pomiędzy aktualnym a retrospektywnym obrazem siebie u osób z chorobą Gravesa-Basekowa, zarówno w grupie kobiet, jak i mężczyzn.

2. Istnieje zależność między czasem trwania choroby a zmianami w obrazie siebie u kobiet z chorobą Gravesa–Basedowa.

3. Istnieją różnice w wielkości zmian w obrazie siebie u osób z chorobą Gravesa–Basedowa ze względu na stan zdrowia wyrażony we współwystępowaniu innych chorób. **Wnioski:** Wyniki badań pozwalają jednoznacznie stwierdzić, że choroba Gravesa–Basedowa wywiera istotny wpływ na zmiany w obrazie siebie u osób na nią cierpiących. Zmiany te mają charakter negatywny i dotyczą takich sfer życia człowieka jak: poczucie własnej wartości, adaptacja do nowych warunków życia, motywacja do działania czy stosunki z innymi ludźmi.