

## OBRAZ SIEBIE OSÓB Z CHOROBAŃ GRAWESA–BASEDOWA A AKCEPTACJA CHOROBY

### Streszczenie

**Wstęp:** Obraz siebie wywiera ogromny wpływ na ludzkie zachowanie, emocje i motywacje. Wiedza o tym, jak człowiek siebie spostrzega, jaką ma koncepcję siebie, jest kluczowa dla zrozumienia jego zachowania zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie. Obraz siebie jest między innymi wyznacznikiem stopnia akceptacji choroby i przystosowania się do niej na poziomie emocjonalnym.

**Celem badania** było opisanie obrazu siebie, zarówno aktualnego, jak i retrospektywnego, określenie zmian w obrazie siebie pod wpływem przewlekłej choroby somatycznej oraz określenie związku pomiędzy obrazem siebie a akceptacją choroby w grupie osób z chorobą Gravesa–Basedowa.

**Material i metody:** Grupa badawcza składała się z 57 osób z chorobą Gravesa–Basedowa, w tym 49 kobiet i 8 mężczyzn. W badaniu wykorzystano trzy metody: Test Przymiotnikowy - ACL H. B. Gougha i A. B. Heilbruna (dwie wersje: retrospektywny oraz aktualny obraz siebie), Skalę Akceptacji Choroby - AIS B.J. Felton, T.A. Revenson, G.A. Hinrichsena oraz ankietę osobową.

**Wyniki** pokazują, że osoby z chorobą Gravesa–Basedowa mają poczucie zmiany w obrazie siebie po zachorowaniu. Istotne różnice ujawniły się w skalach: liczbie pozytywnych przymiotników, potrzebie osiągnięć, dominacji i wytrwałości, potrzebie afiliacji, kontaktów heteroseksualnych, ujawniania i poniżania się, a także w zaufaniu do siebie, idealnym obrazie siebie, osobowości twórczej, skali męskości oraz skalach analizy transakcyjnej: wychowawczy rodzic, wolne dziecko, adoptowane dziecko. Wyniki ujawniają brak związku pomiędzy aktualnym obrazem siebie a akceptacją choroby w badanej grupie. Istnieje natomiast związek pomiędzy akceptacją choroby a retrospektywnym obrazem siebie (wyrażonym w skalach: potrzeby rozumienia siebie i innych, wysokiej oryginalności, niskiej inteligencji i niskiej oryginalności, wysokiej inteligencji) oraz wielkością zmian w obrazie siebie (wyrażoną w skalach: potrzeba kontaktów heteroseksualnych i krytyczny rodzic).

### Wnioski:

1. Przewlekła choroba somatyczna, jaką jest choroba Gravesa–Basedowa, wiąże się z występowaniem zmian w obrazie siebie.
2. Sposób percepcji siebie w przeszłości oraz występujące zmiany w obrazie siebie ujawniają związek z akceptacją choroby, która jest ważnym wyznacznikiem emocjonalnego sposobu funkcjonowania w chorobie.

**Słowa kluczowe:** obraz siebie, akceptacja choroby, choroba Gravesa–Basedowa

### Wprowadzenie

„Obraz siebie jest mniej lub bardziej zorganizowanym obiektem, który jest wynikiem aktualnego i zachodzącego w przeszłości obserwowania siebie. Jest rodzajem

mapy, którą jednostka się posługuje w celu zrozumienia siebie, zwłaszcza w chwilach decyzji i kryzysów psychicznych” (za: Siek, 1993, s. 292).

Mimo względnej stałości struktura ta może ulegać zmianom pod wpływem trudnych sytuacji do jakich między innymi należy choroba przewlekła. Udowodniono już występowanie zmian w obrazie siebie pod wpływem wielu chorób somatycznych, np. toczenia rumieniowatego, choroby niedokrwiennej serca, stwardnienia rozsianego. Warto więc postawić pytanie, czy zmiany te dotyczą także osób z chorobą Gravesa – Basedowa i jaki jest związek tych zmian z akceptacją choroby?

### *Obraz siebie osób z chorobami przewlekłymi*

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).

Dzięki niemu człowiek uzyskuje przede wszystkim poczucie tożsamości indywidualnej i kulturowej (za: 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. Myśli i wyobrażenia pełnią istotną rolę w podtrzymywaniu lub eliminowaniu zachowań mających związek ze stanem zdrowia. Ale także 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).

Niewątpliwie do kategorii wydarzeń trudnych można zaliczyć przewlekłą chorobę somatyczną. Z psychologicznego punktu widzenia sytuację tej grupy chorych można określić jako złożoną sytuację stresową, która wyzwala niepokój i lęk, a także zmusza do bilansowania swojego dotychczasowego życia i refleksji nad sobą (za: Wrona-Polańska, 1999). Stanowi ona także realne zagrożenie życia i uznawanych dotąd wartości, zaburzając społeczno – emocjonalne funkcjonowanie chorych oraz uniemożliwiając realizację ich planów i celów życiowych.

Według Brzezińskiej (1973) obraz siebie składa się z trzech elementów: opisowego (wiedza o sobie samym, ja realne), wartościującego (stosunek do samego siebie, samoocena) oraz normatywnego (ideał własnej osoby, ja idealne). Rezultaty badań akcentują, u chorych na stwardnienie rozsiane, zmiany w wiedzy o sobie samym, polegające głównie na naruszeniu tylko niektórych właściwości i to tylko w zakresie cech charakterystycznych dla podmiotu. Częściej ja realne opisywane jest w kategoriach negatywnych niż pozytywnych.

Wyniki badań empirycznych (za: Życińska, 1995; Niedźwieńska, 2005), z udziałem chorych na stwardnienie rozsiane, akcentują ogromny wpływ przeżywania choroby na zmiany obrazu siebie zachodzące w zakresie jego struktury, treści oraz funkcji. Zmiany ja idealnego u chorych na stwardnienie rozsiane sprowadzają się przede wszystkim do obniżania jego poziomu. W zakresie obrazu siebie, w rozumieniu globalnym nie różnią się od osób zdrowych, chociaż poziom samoakceptacji mają obniżony. Natomiast wyraźne zmiany obejmują temporalne kategorie opisu obrazu siebie.

Polegają one głównie na przecenianiu przeszłości i obniżaniu aspiracji dotyczących przyszłości. W kategorii ja – inni pojawiają się problemy w procesie identyfikacji siebie z innymi chorymi, zależność od innych zdrowych ludzi oraz obniżenie akceptacji innych (obawa przed odrzuceniem). W zakresie treści obrazu siebie akcentują zmiany w sferze właściwości fizycznych tylko w grupie kobiet chorych na stwardnienie rozsiane. Niewątpliwym zmianom podlegają także pozostałe właściwości obrazu siebie zarówno w grupie kobiet jak i mężczyzn (za: Życińska, 1995).

Poczucie zmiany siebie badano również u chorych na schizofrenię paranoidalną w zależności od poziomu niepokoju (Chuchra, Grzywa, 1995). Z porównania realnego i retrospektywnego obrazu siebie wynika, że pacjenci chorzy na schizofrenię paranoidalną badani w okresie remisji zauważyli istotne zmiany w swojej osobowości, które przypisywali przebytej chorobie. Największe zmiany dotyczyły aktywności psychicznej, która uległa obniżeniu. Stali się bardziej zahamowani, konwencjonalni, unikający ryzyka, ostrożniejsi, mniej skuteczni w działaniu i osiąganiu celów oraz mniej wytrwali i przytłumieni. Istotne zmiany wystąpiły też w sferze mającej znaczenie dla kontaktów interpersonalnych. Po chorobie badani oceniali siebie jako bardziej rozumiejących siebie i innych, bardziej kontrolujących się, mających większą potrzebę opiekowania się, ale równocześnie z większym dystansem do otoczenia i mniejszą tendencją do ujawniania się, z brakiem uwydatniania własnego „ja”, z tendencją do podporządkowania się innym. Ponadto oceniali siebie aktualnie jako osoby z mniejszą potrzebą agresji i zmiany. Analizy obrazu siebie ze względu na nasilenie lęku pokazały, że wyżej omówione różnice pochodzą z grupy o wysokim poziomie niepokoju i lęku, a nie zaobserwowano ich w grupie o niskim poziomie niepokoju.

Aktualny i przedchorobowy obraz siebie był także przedmiotem badań z udziałem osób cierpiących na chorobę niedokrwienną serca (Opolska i wsp., 2006). Obraz aktualny, w porównaniu z obrazem przedchorobowym u tych osób, cechuje niska samoocena, lęk o przeszłość, mniejsza wytrwałość w realizacji zadań, mniejsza ambicja, przedsiębiorczość i umiejętność radzenia sobie ze stresami, a większa zależność oraz potrzeba poszukiwania bezpieczeństwa w tej grupie chorych. Kobiety z chorobą niedokrwienną serca oceniają 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 wytrwałością, przedsiębiorczością, negatywną postawą w stosunku do siebie i innych ludzi i większą zależnością niż przed chorobą.

Ważnym wskaźnikiem zmiany obrazu samego siebie i samopercepcji jest czas trwania choroby. Zagadnienie to poruszono w badaniach z udziałem chorych na białaczkę (Wrona-Polańska, 1984; 1999). W obrazie siebie osób chorujących zaledwie kilka miesięcy (ok. 4 miesięcy) dominuje niezadowolenie z siebie i znaczna labilność nastroju, zaś duża rozbieżność realnej i idealnej samopercepcji świadczy o obniżeniu sfery dążeniowej chorych. Ich dążenia zmierzają jedynie do podniesienia samooceny, zmniejszenia zależności od otoczenia oraz ustabilizowania swojego życia. Pacjenci chorujący dłużej (ok. 15 miesięcy) bardziej negatywnie postrzegają siebie. Niezadowolenie z siebie i brak samoakceptacji stają się wtórnym źródłem lęku chorych,

a w konsekwencji prowadzą do apatii i izolacji od ludzi, utrudniając im zmaganie się z chorobą.

Natomiast osoby wiele lat chorujące bardziej pozytywnie ustosunkowują się do siebie, chociaż nie brak im krytycznego spojrzenia na siebie. Charakteryzuje ich duża zgodność realnego i idealnego obrazu siebie, świadcząca o braku planów i dążeń na przyszłość oraz utracie przez ją idealne swojej funkcji regulacyjnej zachowania. Dążenia chorych zmierzają jedynie do wzmocnienia samokontroli i większej wiary w siebie, podniesienia samooceny, zwiększenia wytrwałości i siły w przezwyciężaniu aktualnych problemów oraz uzyskania spokoju i stabilizacji życiowej. Ich samopercepcja ma charakter kompensacyjny, pełni funkcję adaptacyjną, broni przed narastającym lękiem i dalszą dezintegracją osobowości, pozwala na zachowanie własnej tożsamości do końca i ułatwia w ten sposób zmaganie się z chorobą (Wrona-Polańska, 1984; 1999).

Powyższe badania pozwalają jednoznacznie stwierdzić, że choroba przewlekła może wywierać istotny wpływ na zmiany w obrazie siebie u osób na nie cierpiących. Zmiany te mogą dotyczyć wielu różnych sfer życia człowieka: stosunków z innymi ludźmi, motywacji do działania, poczucia własnej wartości czy adaptacji do nowych warunków życia.

### *Akceptacja choroby*

Akceptacja choroby to rozpoznanie i zrozumienie ograniczeń oraz strat z niej wynikających. Przejawia się w niewielkim nasileniu negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą (Keogh, Feehally, 1999). Pacjenci akceptujący swoją chorobę rzadziej doświadczają negatywnych emocji, a ich reakcje na schorzenie są znacznie łagodniejsze. Są lepiej przystosowani oraz odczuwają mniejszy dyskomfort psychiczny. Osoby te, to pewni siebie, sprawni i niezależni realiści (Juczyński, 2001).

Większość badań nad akceptacją choroby potwierdza jej wpływ na lepszy ogólny stan zdrowia oraz jakość życia pacjentów. W grupie osób z toczniem rumieniowatym akceptacja choroby wraz z optymizmem są silnym predyktorem jakości życia (Miniszewska i wsp., 2006). Podobnie u pacjentów z chorobą Gravesa-Basedowa, u których to ujawnił się związek między nasileniem poziomu dyspozycyjnego optymizmu a akceptacją choroby (Basińska i wsp., 2008). Zagadnienie to poruszano także u osób po transplantacji nerki. Pacjenci akceptujący swoje problemy zdrowotne, lepiej funkcjonowali z przeszczepionym narządem (Keogh, Feehally, 1999), natomiast w grupie osób z chronicznym bólem akceptacja choroby wiązała się z mniejszym postrzeganiem bólu (Rankin, Holttum, 2003). Akceptacja choroby sprzyja także zachowaniom zdrowotnym, co znalazło potwierdzenie u chorych na cukrzycę. Ci, którzy akceptowali sytuację, lepiej kontrolowali swój metabolizm (Felton, Revenson, 1984; Harrison i wsp., 2004).

Zależność pomiędzy akceptacją choroby a satysfakcją z życia nie znalazła natomiast potwierdzenia w badaniach z udziałem pacjentów z wirusowym zapaleniem wątroby typu C (Gaczkowska, 2008).

Na podstawie badań z udziałem chorych somatycznie można wnioskować, iż w większości przypadków akceptacja schorzenia wpływa na ogólny stan zdrowia oraz pomaga w funkcjonowaniu w chorobie.

## Metodologia badań

Celem badań było opisanie obrazu siebie, zarówno aktualnego, jak i retrospektywnego, określenie zmian w obrazie siebie pod wpływem przewlekłej choroby somatycznej oraz określenie związku pomiędzy obrazem siebie a akceptacją choroby w grupie osób z chorobą Gravesa–Basedowa.

Postawiono cztery hipotezy badawcze:

H1 Istnieją różnice pomiędzy aktualnym a retrospektywnym obrazem siebie u osób z chorobą Gravesa–Basedowa.

H2 Istnieje związek pomiędzy retrospektywnym obrazem siebie a akceptacją choroby u osób z chorobą Gravesa–Basedowa.

H3 Istnieje związek pomiędzy aktualnym obrazem siebie a akceptacją choroby u osób z chorobą Gravesa–Basedowa.

H4 Istnieje związek pomiędzy wielkością zmian w obrazie siebie a akceptacją choroby u osób z chorobą Gravesa–Basedowa.

### *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–Basedowa. Badania zostały przeprowadzone indywidualnie wśród pacjentów oddziału i poradni endokrynologicznej. Były one anonimowe i dobrowolne.

Przebadano 57 osób ze zdiagnozowaną chorobą Gravesa–Basedowa, w tym 49 (86%) kobiet i 8 (14%) mężczyzn. Średni wiek badanych wynosi 48,98 lat (SD=12,05), przy czym osoba najmłodsza miała 20 lat a najstarsza 81.

Najwięcej badanych miało wykształcenie średnie (n=24; 42%), a najmniej podstawowe (n=5; 9%) i wyższe (n=9; 16%), pozostali mieli wykształcenie zawodowe (n=19; 33%). Najwięcej badanych pozostawało w stanie małżeńskim (n=38; 67%), a pozostali byli osobami samotnymi (n=19; 33%).

Średni czas chorowania wynosił 7,84 lat (SD=7,80), lecz w tej grupie były osoby niechorujące nawet jednego roku (n=5; 9%) oraz chorujące dłużej (n=52; 91%), nawet 37 lat. U większości z nich (n=38; 67%) stwierdzono ciężki przebieg choroby tzn. z oftalmopatią, a u pozostałych (n=19; 33%) choroba przebiegała łżej. Niektórzy (n=16; 28%) cierpieli nie tylko z powodu choroby Gravesa–Basedowa, ale także z powodu innych chorób autoagresywnych.

### *Zastosowane metody*

W celu weryfikacji postawionych hipotez zastosowano trzy techniki badawcze:

1. ankietę, która miała na celu zebranie podstawowych informacji na temat osoby chorej i jej stanu zdrowia oraz wyniki badań laboratoryjnych.
2. Test Przymiotnikowy – ACL H. G. Gougha i A. B. Heilbruna (1983). W pierwszej wersji test ten składał się z 24 skal opartych w większości na teorii potrzeb

H. J. Murray'a. Aktualna wersja zawiera 37 skal i została zaadoptowana do polskich warunków 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 potrzebnych, opartych na koncepcji H. J. Murray'a (1938). Skale te badają osobowościowe korelaty określonych potrzeb psychicznych odpowiedzialnych za funkcjonowanie człowieka i mających powiązania z obserwowanymi zachowaniami (Matkowski, 1984). Trzecia część obejmuje dziewięć skal tematycznych, które ujmują różne aspekty lub komponenty zachowań interpersonalnych. Część czwarta zawiera pięć skal skonstruowanych na podstawie teorii Berne'a (1961). Ostatnią, piątą część testu stanowią cztery skale ujmujące twórczość i inteligencję – rozumiane jako strukturalne wymiary osobowości według koncepcji G. S. Welsha (Gough, Heilbrun, 1983).

Rzetelność testu ACL została określona przez Jurosa i Olesia (1993) metodą zgodności wewnętrznej *alfa* Cronbacha. Wartości współczynników *alfa* z badań polskich studentów są bardzo zbliżone do rezultatów amerykańskich. Zaskakująco duża zbieżność struktur czynnikowych ACL – polskiej i amerykańskiej – jest traktowana jako potwierdzenie trafności czynnikowej testu.

Test Przymiotnikowy ACL pacjent wypełniał dwukrotnie. W pierwszym badaniu jego zadaniem było zaznaczenie tych przymiotników, które charakteryzują go aktualnie. W ten sposób uzyskano realną ocenę osoby badanej – *ja realne*. W drugim badaniu zmieniono instrukcję i proszono o wybranie tych przymiotników, które cechowały go przed zachorowaniem, uzyskując w ten sposób retrospektywny obraz badanego. Porównanie wyników w badaniu *ja realnego* i *ja retrospektywnego* pozwala na określenie poczucia zmiany obrazu siebie.

Otrzymane wyniki wyrażone są w jednostkach tenowych, gdzie średnia wynosi 50, a odchylenie standardowe 10.

3. Skalę Akceptacji Choroby (*Acceptance of Illness Scale*) – AIS B.J. Felton, T.A. Revenson, G.A. Hinrichsena (1984). Służy ona do pomiaru stopnia akceptacji choroby i jest przeznaczona do badania chorych dorosłych (bez względu na rodzaj choroby).

Narzędzie składa się z ośmiu stwierdzeń, opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Zadaniem osoby badanej jest ocena jej aktualnego stanu przy użyciu 5 – stopniowej skali (od 1 – zdecydowanie zgadzam się do 5 – zdecydowanie nie zgadzam się) odnosząc się do każdego stwierdzenia. O akceptacji choroby decyduje mniejsze nasilenie negatywnych reakcji i emocji związanych z aktualną chorobą. Im większa akceptacja choroby, tym lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego.

AIS posiada zadowalające właściwości psychometryczne (Juczyński, 2001). Wskaźnik *alfa* Cronbacha wyniósł 0,82, natomiast wskaźnik stałości testu 0,69 (dla polskiej wersji testu).

## Wyniki

Na podstawie wykonanej analizy stwierdzono, że skale: Fav, Ach, Dom, End, Aff, Het, Exh, Aba, Scf, Iss, Cps, Mas, NP, FC, AC różnicują w sposób istotny statystycznie realny i retrospektywny obraz siebie w grupie osób z chorobą Gravesa–Basedowa (tabela 1).

Osoby z chorobą Gravesa–Basedowa aktualnie:

- są bardziej zniechęcone, zaprzeczające sobie, pełne lęku o przyszłość i łatwo przytłaczane przez zmienność życia, bardziej sceptyczne (Fav),
- są mniej skuteczne, mniej śmiałe, mniej przedsiębiorcze i wytrwałe, ale jednocześnie są spokojniejszym, lepszym towarzyszem (Ach),
- są mniej pewne 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),
- mają większe trudności w mobilizowaniu własnych bogactw i podejmowaniu działań, inni częściej widzą jej jako wstydlive, zahamowane i skryte (Scf),
- mają słabsze morale, czują się bardziej pokonane przez życie, mają większe trudności ustalaniu i osiąganiu celów (Iss),
- są bardziej przytłumione, mniej ekspresywne, bardziej konserwatywne (Cps, FC),
- bardziej cenią wewnętrzne uczucia i intuicyjne przedstawienie własnej tożsamości (Mas),
- częściej są niezadowolone ze swej aktualnej sytuacji i są mniej odporne na stres i presję społeczną (NP).

Tabela 1. Istotne różnice pomiędzy aktualnym a retrospektywnym obrazem siebie u osób z chorobą Gravesa–Basedowa (n=57).

Skale ACL	Obraz realny		Obraz retrospektywny		t	p
	M	SD	M	SD		
<b>FAV</b>	45,088	9,421	49,246	7,802	-2,566	<b>0,012</b>
<b>ACH</b>	48,439	9,235	53,667	8,103	-3,213	<b>0,002</b>
<b>DOM</b>	47,807	8,835	53,053	7,558	-3,406	<b>0,001</b>
<b>END</b>	52,825	10,303	56,807	8,971	-2,201	<b>0,030</b>
<b>AFF</b>	45,860	12,286	49,982	9,782	-1,982	<b>0,050</b>
<b>HET</b>	42,333	8,649	47,281	8,801	-3,027	<b>0,003</b>
<b>EXH</b>	48,123	9,095	52,263	7,391	-2,667	<b>0,009</b>

<b>ABA</b>	53,018	8,210	49,509	8,311	2,268	<b>0,025</b>
<b>SCF</b>	46,912	10,847	54,351	9,546	-3,887	<b>0,000</b>
<b>ISS</b>	49,474	9,165	57,368	8,906	-4,664	<b>0,000</b>
<b>CPS</b>	45,491	7,457	48,456	7,746	-2,082	<b>0,040</b>
<b>MAS</b>	49,018	8,236	52,246	7,781	-2,151	<b>0,034</b>
<b>NP.</b>	49,614	8,552	53,088	7,906	-2,252	<b>0,026</b>
<b>FC</b>	44,807	9,435	49,825	9,202	-2,874	<b>0,005</b>
<b>AC</b>	50,456	7,270	47,105	6,546	2,586	<b>0,011</b>

Wyniki ujawniają brak związku pomiędzy akceptacją choroby a aktualnym obrazem siebie (tabela 2). Można jednak stwierdzić, że istnieje związek pomiędzy akceptacją choroby a retrospektywnym obrazem siebie, wyrażonym w skalach: Int, A-1, A-4 (tabela 2). Osoby z chorobą Gravesa-Basełowa przejawiają wyższą akceptację choroby, jeśli w przeszłości bardziej przywiązywały wagę do spraw intelektualnych, były bardziej logiczne, analityczne, przewidujące, czujne i zorganizowane oraz bardziej rozumiejące siebie i innych (Int, A-1, A-4).

W celu weryfikacji H4 – określenia zależności pomiędzy zmianami w obrazie siebie a akceptacją choroby dokonano zabiegu na wynikach przeliczonych, polegającego na odjęciu wartości skal retrospektywnego obrazu siebie od wartości skal realnego obrazu siebie.

Istnieje związek pomiędzy akceptacją choroby a wielkością zmian w obrazie siebie, wyrażonymi w skalach: Het oraz CP (tabela 2). Wyniki pokazują, że osoby z chorobą Gravesa-Basełowa przejawiają wyższą akceptację choroby, jeśli w wyniku zachorowania bardziej zmieniły się w zakresie relacji interpersonalnych: stały się bardziej świadome i akceptujące wzajemne zależności między ludźmi, utrzymujące innych na dystans oraz unikające wyzwań, jakie niesie życie (Het, CP).

Tabela 2. Związek pomiędzy akceptacją choroby a obrazem siebie aktualnym, retrospektywnym oraz zmianami w obrazie siebie w grupie osób z chorobą Gravesa-Basełowa (n=57).

<i>Obraz realny</i>	<i>AIS z obrazem realnym</i>	<i>AIS z obrazem retrospektywnym</i>	<i>AIS ze zmianami pomiędzy obrazami</i>
<b>NCK</b>	0,0225	,0393	,0892
	p=,869	p=,773	p=,513
<b>FAV</b>	,1469	,1509	-,0113
	p=,280	p=,267	p=,934
<b>UNFAV</b>	-,1215	-,1352	-,1148
	p=,372	p=,321	p=,399
<b>COM</b>	,0671	,0030	-,1245
	p=,623	p=,982	p=,361
<b>ACH</b>	,1874	,0626	-,0066
	p=,167	p=,647	p=,961



<b>DOM</b>	,1362	-,0176	-,2085
	p=,317	p=,898	p=,123
<b>END</b>	,0562	,1481	,0385
	p=,681	p=,276	p=,778
<b>ORD</b>	,1075	,2209	,1365
	p=,430	p=,102	p=,316
<b>INT</b>	,1608	<b>,3085</b>	,0015
	p=,236	<b>p=,021</b>	p=,991
<b>NUR</b>	,0255	,1644	-,1946
	p=,852	p=,226	p=,151
<b>AFF</b>	,0260	,0935	-,1517
	p=,849	p=,493	p=,264
<b>HET</b>	,1122	-,0073	<b>-,3466</b>
	p=,410	p=,957	<b>p=,009</b>
<b>EXH</b>	,0700	-,0374	-,1937
	p=,608	p=,784	p=,153
<b>AUT</b>	,0588	-,0592	-,1191
	p=,667	p=,665	p=,382
<b>AGG</b>	,0486	-,1854	-,1137
	p=,722	p=,171	p=,404
<b>CHA</b>	-,0127	-,1427	,1175
	p=,926	p=,294	p=,388
<b>SUC</b>	,0436	,0508	,0607
	p=,750	p=,710	p=,657
<b>ABA</b>	-,0321	,0954	-,0915
	p=,814	p=,484	p=,502
<b>DEF</b>	-,0373	,1626	-,1632
	p=,785	p=,231	p=,229
<b>CRS</b>	,0536	-,0319	-,1142
	p=,695	p=,815	p=,402
<b>SCN</b>	-,0421	,1284	-,0763
	p=,758	p=,346	p=,576
<b>SCF</b>	,1587	,0563	-,1315
	p=,243	p=,680	p=,334
<b>PAD</b>	,1432	,0914	,1103
	p=,292	p=,503	p=,418
<b>ISS</b>	,1262	,1688	-,0485
	p=,354	p=,214	p=,722
<b>CPS</b>	,1152	,0168	-,0959
	p=,398	p=,902	p=,482

MLS	,1236	,2243	,0416
	p=,364	p=,097	p=,761
MAS	,0459	,0835	-,0608
	p=,737	p=,541	p=,656
FEM	-,1963	-,1284	,1189
	p=,147	p=,345	p=,383
CP	-,0284	-,1698	<b>-,2958</b>
	p=,836	p=,211	<b>p=,027</b>
NP	,1606	,2156	,0484
	p=,237	p=,111	p=,723
A	,1312	,2115	,0096
	p=,335	p=,118	p=,944
FC	,0249	-,0255	-,2009
	p=,856	p=,852	p=,138
AC	-,0991	-,2347	,1774
	p=,467	p=,082	p=,191
A - 1	-,0772	<b>-,2869</b>	-,2152
	p=,572	<b>p=,032</b>	p=,111
A - 2	-,0529	-,0686	-,0453
	p=,699	p=,615	p=,740
A - 3	,0461	,0714	-,0367
	p=,736	p=,601	p=,788
A - 4	,1627	<b>,2804</b>	,1249
	p=,231	<b>p=,036</b>	p=,359

## Dyskusja

Prezentowane badania zostały wykonane na gruncie psychologii stosowanej i miały pokazać rolę zmiennych psychologicznych dla funkcjonowania w przewlekłej chorobie somatycznej. Celem pracy było opisanie obrazu siebie, zarówno aktualnego, jak i retrospektywnego, określenie poczucia zmian w obrazie siebie pod wpływem przewlekłej choroby somatycznej oraz określenie związku pomiędzy obrazem siebie a akceptacją choroby u osób z chorobą Gravesa–Basedowa.

Otrzymane wyniki pokazały występowanie zmian w obrazie siebie osób z chorobą Gravesa–Basedowa. Pacjenci ci mieli słabsze morale, czuli się bardziej pokonani przez życie i częściej byli niezadowoleni ze swej aktualnej sytuacji. Mimo wielu talentów byli mniej zadowoleni ze swych wewnętrznych potrzeb i reakcji aniżeli przed chorobą.

Otrzymane wyniki są podobne do wyników uzyskanych we wcześniejszych badaniach z udziałem chorujących na stwardnienie rozsiane czy osób z chorobą niedokrwienną serca (za: Życińska, 1995, Niedźwieńska, 2005; Opolska i wsp., 2006), którzy to częściej ja realnie opisywali w kategoriach negatywnych niż pozytywnych, a ich poziom samoakceptacji był znacznie obniżony.

Osoby z chorobą Gravesa–Basedowa miały trudności związane z adaptacją do nowych warunków życia, które pojawiły się w związku z ich chorobą. Chorzy charakteryzowali siebie jako mniej odpornych na stres i presję społeczną, jako bardziej ostrożnych, częściej poszukujących stabilności, częściej unikających konfliktów oraz nieokreślonych i ryzykownych sytuacji. Byli bardziej zniechęceni, sceptyczni, pełni lęku o przyszłość i łatwo czuli się przytłaczani przez zmienność życia, podobnie jak osoby chore na białaczkę i z chorobą niedokrwienna serca (Wrona–Polańska, 1999; Opolska i wsp., 2006).

Osoby z chorobą Gravesa–Basedowa ujawniły spadek motywacji do działania. Miały większe trudności w mobilizowaniu własnych bogactw i podejmowaniu działań, były mniej pewne siebie, wołały trzymać się na uboczu grupowych przedsięwzięć i częściej unikały sytuacji wymagających współzawodnictwa lub zaznaczenia własnego ja.

Zaprezentowane w niniejszej pracy wyniki badań wskazują na charakterystyczne dla osób z chorobą Gravesa–Basedowa tworzenie relacji z innymi ludźmi. Relacje te opierają się na zależności, podporządkowaniu i uległości w stosunku do innych osób.

Taki model wchodzenia w relacje z innymi ludźmi potwierdzają wyniki badań z udziałem chorych na białaczkę (Wrona–Polańska, 1999), stwardnienie rozsiane (za: Życińska, 1995, Niedźwieńska, 2005), schizofrenię paranoidalną (Chuchra, Grzywa, 1995) oraz chorobę niedokrwienną serca (Opolska i wsp., 2006).

Warto również zwrócić uwagę na podobieństwo grupy osób z chorobą Gravesa–Basedowa do innych chorych psychosomatycznie. Dotychczasowe wyniki badań na temat wpływu wzoru zachowania C na zdrowie wskazują, iż stanowi on czynnik ryzyka wielu chorób somatycznych, w których etiopatogenezie istotną rolę odgrywają zaburzenia układu immunologicznego. Badania przeprowadzone na potrzeby niniejszej pracy wskazują także na zbieżności i podobieństwa pomiędzy cechami charakterystycznymi dla grupy osób z chorobą Gravesa–Basedowa a właściwościami osobowościowymi, składającymi się na wzór zachowania C. Są to zachowania cechujące się zależnością, uległością, skłonnością do poświęceń i tłumieniem swoich uczuć.

Przeprowadzone badania pokazały także, iż obraz siebie z przeszłości oraz występujące w nim ujawniają związek z akceptacją choroby, która jest ważnym wyznacznikiem sposobu psychologicznego funkcjonowania pacjenta. Wyższy stopień akceptacji choroby charakteryzował osoby będące w przeszłości bardziej logiczne, analityczne i przewidujące oraz te, które zmieniły się w zakresie relacji interpersonalnych (świadome wzajemnych zależności między ludźmi i akceptujący je, utrzymujący innych na dystans oraz unikający wyzwania, jakie niesie życie).

## Wnioski

Podsumowując przeprowadzone badania osób z chorobą Gravesa–Basedowa można sformułować dwa główne wnioski. Ich znaczenie dla praktyki klinicznej wydaje się istotne:

1. Przewlekła choroba somatyczna, jaką jest choroba Gravesa–Basedowa, wiąże się z występowaniem zmian w obrazie siebie.

2. Sposób percepcji siebie w przeszłości oraz występujące zmiany w obrazie siebie ujawniają związek z akceptacją choroby, która jest ważnym wyznacznikiem sposobu funkcjonowania w chorobie.

### Bibliografia

- Ader, R. (1990). Psychoneuroimmunologia. *Nowiny Psychologiczne*, 1–2, 141-150.
- Basińska, M.A. (2006). *Reumatoidalne zapalenie stawów: Obraz psychologiczny*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Basińska, M.A., Zalewska-Rydzkowska, D., Wolańska, P. i Junik, R. (2008). Dyspozycyjny optymizm a akceptacja choroby w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa. *Endokrynologia Polska*, 59 (1), 23-29.
- Bernard, L. C., Krupat, E. (1993). *Health Psychology. Biopsychosocial factors in health and illness*. Harcourt Brace College Publishers.
- Berne, E. (1961). *Transactional analysis in psychotherapy: A systematic individual and social psychiatry*. New York: Grove Press.
- Borys, B., Majkowicz, M. (1999). Zmiana obrazu siebie u ofiar pożaru hali Stoczni Gdańskiej. *Przeгляд Psychologiczny*, 42, 1–2, 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.
- Brzezińska, A. (1973). Struktury obrazu własnej choroby i jego wpływ na zachowanie. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 3, 87-97.
- Brzezińska, A., Kofka, M. (1973). Stabilność obrazu własnej osoby, odporność na stres i lęk przedegzaminacyjny. *Psychologia Wychowawcza*, 5, 603-611.
- Chuchra, M., Grzywa A. (1995). *Poczucie zmiany siebie chorych na schizofrenię paranoidalną w zależności od poziomu niepokoju* (on line). 20.09. [dostęp: <http://www.badanianadschizofrenia.org/index.php?get=page,343,198>].
- Chuchra, M., Grzywa A. (1995). *Realny, idealny i retrospektywny obraz siebie chorych na schizofrenię paranoidalną*. 20.09. [dostęp: <http://www.badanianadschizofrenia.org/index.php?get=page,342,198>].
- Chuchra, M., Pawłowska, B. (2005). Współzależności między lękiem a przedchorobowym i aktualnym obrazem siebie u chorych na schizofrenię paranoidalną. *Psychiatria Polska*, 2, 327-337.
- Czubalski, K. (1995). Wpływ choroby na stan psychiczny i zachowanie człowieka chorego. *Sztuka Leczenia*, 1, 53-59.
- Dawidowicz, A. (1960). *O chorobach tarczycy*. Warszawa: PZWL.
- Dolińska-Zygmunt, G. (1996). Podmiotowe uwarunkowania zachowania się pacjenta wobec własnej choroby. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia* (s. 195–205). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Dymek, M. (1997). *Samoakceptacja drogą do sukcesu*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
- Eliasz, A., Wrześniewski, K. (1998). *Ryzyko chorób psychosomatycznych: środowisko i temperament a wzór zachowania A*. Wrocław: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- Felton, B.J., Revenson, T.A. (1984). Coping with chronic illness: a study of illness controllability and

- the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(3), 343-353.
- Gaczkowska, J. (2008). *Spostrzegane wsparcie, akceptacja choroby a satysfakcja z życia u chorych na wirusowe zapalenie wątroby typu C*. Niepublikowana praca magisterska. Bydgoszcz: Uniwersytet Kazimierza Wielkiego.
- Gałuszka, A. (2005). *Człowiek przewlekle chory: aspekty psychoegzystencjalne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Gietka-Czernel, M., Jastrzębska, H. (2002). *Rozpoznawanie i leczenie chorób tarczycy*. Warszawa: OINpharma.
- Gough, H.G., Heilbrun, A.B. (1983). *The Adjective Check List. Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Hankała, A. (1993). Rola układu immunologicznego w przezwyciężaniu stresu. *Zdrowie Psychiczne*, 34(1-2), 64-68.
- Harrison, T., Stuifbergen, A., Adachi, E., Becker, H. (2004). Marriage, impairment and acceptance in persons with multiple sclerosis. *Western Journal of Nursing Research*, 26(3), 266-285.
- Heszen-Klemens, I. (1979). *Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby*. Warszawa: Zakład Narodowy Imienia Ossolińskich Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk.
- Henry, J.P. (1992). Biological basis of the stress response. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 27(1), 66-83.
- Juczyński, Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: PTP.
- 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* 171-202. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Keogh, A.M., Feehally, J. (1999). A Quantitative Study Comparing Adjustment and Acceptance of Illness in Adults on Renal Replacement Therapy. *American Nephrology Nurses Association Journal*, 26(5), 471-477.
- Kość, Z. (1993). Regulacyjna funkcja „ja”. W T. Szutrowa (red.), *Osobowość jako przedmiot diagnozy psychologicznej: wybrane koncepcje osobowości* 96-118. Warszawa: Uniwersytet Warszawski.
- Kubacka-Jasiecka, D. (1984). Obraz samego siebie w chorobie nowotworowej i innych schorzeniach somatycznych. *Zeszyty Naukowe UJ*, 1, 111-135.
- Kubacka-Jasiecka, D., Wrona-Polańska, H. (1981). Obrona przed lękiem a koncepcja samego siebie pacjentów z chorobą nowotworową. *Zeszyty Naukowe UJ*, 33, 113-136.
- Leventhal, H., Patrick-Miller, L. (2005). Emocje a choroby somatyczne – przyczyny i wskaźniki podatności na zachorowanie. M. Lewis, J.M. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji* (s. 657-675). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Leventhal, H., Patrick-Miller, L. (2005). Emocje a choroby somatyczne – przyczyny i wskaźniki podatności na zachorowanie. M. Lewis, J.M. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji*. 657-675. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lidz, T., Whitehorn, J. C. (1950). Life Situations, Emotions and Graves' Disease. *Psychosomatic Medicine*, 12(3), 21 - 49.
- Łosiak, W. (1999). Subiektywny obraz choroby u pacjentów. W D. Kubacka-Jasiecka, W. Łosiak (red.), *Zmagając się z chorobą nowotworową* (s. 197-225). Kraków: Wydawnictwo „Radamsa”.
- Majewicz, P. (2002). *Obraz samego siebie a zachowanie młodzieży niepełnosprawnej ruchowo*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej.

- Mandelbrote, B.M., Wittkower, E.D. (1955). Emotional factors in Graves' Disease. *Psychosomatic Medicine*, 17(2), 124–127.
- Matkowski, M. (1984). Test Przymiotników jako narzędzie do badania struktury potrzeb jednostki. *Przegląd Psychologiczny*, 27(2), 519–536.
- Miniszewska, J., Juczyński, Z., Sysa-Jędrzejowska, A., Zalewska, A., Woźniacka, A. (2006). Wyznaczniki jakości życia chorych na toczeń rumieniowaty układowy. *Przegląd Lekarski*, 63(4), 188–190.
- Murray, H.A. (1938). *Explorations in Personality*. New York: Oxford University Press.
- Niedźwieńska, A. (red.), (2005). *Zmiana osobowości: wybrane zagadnienia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Opolska, A., Papuś, E., Pawłowska, B., Witczak W. (2006). Aktualny i przedchorobowy obraz siebie pacjentów z chorobą niedokrwienną serca. *Psychiatria Polska*, 2, 313-325.
- Rankin, H., Holtum S. (2003). The relationship between acceptance and cognitive representations of pain in participants of a pain management programme. *Psychology, Health & Medicine*, 8(3), 329-334.
- Reykowski, J. (1970). Obraz własnej osoby jako mechanizm regulujący postępowanie. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 3, 45 – 58.
- Sarwa, A., Polak, K., Sarna, D.(1996). Wpływ obrazu samego siebie na etiopatogenezę własnej choroby. W: H. Skłodowski (red.), *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożenia i wyzwania cywilizacyjnych współczesnego świata* 85-102. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Sheridan, C., Radmacher, S.A. (1998). *Psychologia zdrowia: wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia.
- Siek, S. (1986). *Formowanie osobowości*. Warszawa: Akademia Teologii Katolickiej.
- Solomon, G. (1990). Emocje, odporność i choroba. Perspektywa historyczna i filozoficzna. *Nowiny Psychologiczne*, 1-2, 117-126.
- Tylka, J. (2000). *Psychosomatyka – wybrane zagadnienia z teorii i praktyki*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.
- 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–Basedowa. *Endokrynologia Polska*, 57(6), 620-623.
- Witkowski, T. (1997). Obraz siebie u osób z zaburzeniami w układzie krążenia. *Roczniki Filozoficzne*, 45(4), 53-66.
- Wrona-Polańska, H. (1991). Self – concept and adjustment to illness in leukemia patients. *Polish Psychological Bulletin*, 22(3), 169-178.
- Wrona-Polańska, H. (1989). Sposoby obrony przed lękiem a obraz samego siebie u chorych na białaczkę. *Polski Tygodnik Lekarski*, 44, 446-448.
- Wrona-Polańska, H. (1984). Zmiana obrazu samego siebie u pacjentów z chorobą białaczkową. *Zeszyty Naukowe UJ*, 1, 137-161.
- 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*, 197-225. Kraków: Wydawnictwo „Radamsa”.
- Wrześniewski, K., Lepczyński, P. (1985). Wzory reagowania emocjonalnego w sytuacjach stresowych: ich związek z chorobą somatyczną. *Polski Tygodnik Lekarski*, 40, 42-55.

Zieleniewski J. (1996). Choroby tarczycy. W: Pawlikowski, M. (red.), *Zarys endokrynologii klinicznej* 68-103. Warszawa: PZWL.

Życińska, J. (1995). Twórcze kształtowanie samego siebie poprzez doświadczanie nieuleczalnej choroby (na przykładzie chorych na stwardnienie rozsiane). W I. Heszen-Klemens (red.), *Doświadczenie kryzysu – szansa rozwoju czy ryzyko zaburzeń?*, 89-118. Katowice: Uniwersytet Śląski.

## Self – Image in Individuals with Graves–Basedow Disease and Acceptance of Illness

### Abstract

**Introduction:** Self – image makes a huge influence on human behaviour, emotions and motivation. The knowledge about that, how man notices himself, what conception of himself he has, is main thing to understand his behaviour. Depending on degree of acceptance of illness it is determinant of the way of functioning in illness and adaptation to this situation.

**Aim of researches** was to describe the self- image (current and retrospective), qualify changes in self – image under the influence of chronic, somatic disease and indicate connection between self – image and acceptance of illness in a group of individuals with Graves–Basedow disease.

**Material and methods:** The sample included 70 patients with Graves–Basedow disease (8 man and 49 women). Patients filled in three methods: The Adjective Check List – ACL H. B. Gough and A. B. Heilbrun (two versions: current and retrospective self - image), Acceptance of Illness Scale – AIS B. J. Felton, T. A. Revenson, G. A. Hinrichsen and a personal survey.

**Results** show that there is the feeling of changes in self image in patients with Graves – Basedow disease after they were ill. Significant differences disclose in scales: Favorable, Need of Achievement, Dominance, Endurance, Affiliation, Heterosexuality, Exhibition, Abasement, Self-Confidence, Ideal Self, Creative Personality, Masculine and Transactional Analysis scales: Nurturing Parent, Free Child, Adapted Child. Results show no connection between current self – image and acceptance of illness. But there is connection between acceptance of illness and retrospective self – image (expressed in scales: Need of Intraception, High Origence – Low Intellectence, Low Origence - High Intellectence ) and quantity of changes in self – image (expressed in scales: Need of Heterosexuality and Critical Parent). **Conclusions:** 1. Chronic, somatic disease like Graves–Basedow in connected with occurrence of changes in self – image. 2. The way of perception oneself in past and changes in self – image disclose connection with acceptance of illness, which is important determinant of the emotional way of functioning in illness.

**Key words:** Self – image, Acceptance of illness, Graves–Basedow disease