

Złożenie pracy online:  
2020-06-26 08:15:26  
Kod pracy:  
9481/37891/CloudA

Agata Kapica  
(nr albumu: 23867 )

Praca magisterska

## **Poziom i struktura depresji a obraz siebie u pacjentów z łuszczycą**

## **Depression levels and structure and self-concept in patients with psoriasis**

Wydział: Wydział Nauk Społecznych i Informatyki

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Marta Brachowicz

Składam serdeczne podziękowania Pani Doktor Marcie Brachowicz -  
za życzliwość i opiekę merytoryczną oraz czas zainwestowany w cenne uwagi,  
udzielane mi w czasie powstawania niniejszej pracy.

## Streszczenie

Praca ma charakter teoretyczno-empiryczny. Przeprowadzony projekt badawczy oparto o analizę powiązań zachodzących pomiędzy depresją a obrazem siebie u osób chorych na łuszczycę. Badanie objęło 61 uczestników – zarówno kobiet i mężczyzn – z łuszczycą, w wieku od 20 do 72 lat. W badaniu wykorzystano następujące metody: Skala Depresji CES-D Rodloff i Helmes oraz Tennessee Skala Obrazu Siebie Fitts'a, a także Ankietę personalną własnej konstrukcji. Analiza statystyczna i psychologiczna danych empirycznych pozwoliła na sformułowanie następujących wniosków końcowych. Depresja znacząco wpływa na obraz siebie pacjentów z łuszczycą. Osoby chore na łuszczycę, mające wysoki poziom depresji, charakteryzują się bardziej negatywnym obrazem siebie, niż niedepresyjni pacjenci z łuszczycą. Z kolei osoby cierpiące na łuszczycę, które osiągają niskie wyniki w zakresie depresyjności, są skłonne do bardziej pozytywnego spostrzegania samych siebie, swój stan zdrowia i mają lepszy ogólny poziom obrazu siebie.

## Słowa kluczowe

depresja, obraz siebie, łuszczycą, poziom depresji, struktura depresji.

## **Abstract**

This thesis is both theoretical and practical in its character. The conducted research project was based on the analysis of the correlations between depression and self-concept of patients with psoriasis. The study covered 61 participants – both women and men – with psoriasis, aged 20 – 72. The following set of methods was used in the study: CES-D Depression Scale by Rodloff and Helmes and The Tennessee Self-Concept Scale by Fitts, as well as a personal questionnaire created by the author of the paper. The statistical and psychological analysis of empirical data allowed the researcher to formulate the following conclusions. Depression significantly influences the self-concept of patients with psoriasis. Patients with psoriasis, who have high depression level, characterize with more negative self-concept than the non-depressive ones. On the other hand, people suffering from psoriasis, who have low depression level, are prone to perceive themselves in a more positive way, as well as their health condition, and have overall better self-concept levels.

## **Keywords**

depression, self-concept, psoriasis, depression level, depression structure.

## Spis treści

<b>Wstęp .....</b>	<b>3</b>
<b>Rozdział 1. Problematyka depresji.....</b>	<b>8</b>
1.1. Zagadnienia terminologiczne i zarys historyczny depresji.....	8
1.1.1. Historia pojęcia depresji.....	8
1.1.2. Epidemiologia depresji.....	10
1.2. Zaburzenia depresyjne – diagnoza.....	11
1.2.1. Klasyfikacja ICD-10.....	12
1.2.2. Klasyfikacja DSM-5.....	16
1.2.3. Zespoły depresyjne – podtypy.....	18
1.3. Teoretyczne koncepcje zaburzeń depresyjnych .....	22
1.3.1. Poznawcza teoria depresji.....	22
1.3.2. Psychodynamiczna koncepcja depresji.....	24
1.3.3. Interpersonalne modele depresji.....	25
1.4. Uwarunkowania zaburzeń depresyjnych.....	26
1.4.1. Czynniki biologiczne.....	26
1.4.2. Czynniki społeczno-kulturowe.....	28
1.5. Sposoby leczenia depresji.....	30
<b>Rozdział 2. Problematyka obrazu siebie.....</b>	<b>34</b>
2.1. Obraz siebie – zarys historyczny i terminologia.....	34
2.2. Struktura i kształtowanie się obrazu siebie jednostki.....	36
2.3. Obraz siebie w wybranych koncepcjach teoretycznych.....	40
2.3.1. Obraz siebie według Allporta – teoria proprium.....	40
2.3.2. Rozbieżność „ja” w teorii Higginsa.....	42
2.3.3. Prototyp „ja” – koncepcja Rogersa.....	44
2.4. Uwarunkowania obrazu siebie.....	46
2.5. Rola obrazu siebie w funkcjonowaniu osobowym jednostki.....	47
<b>Rozdział 3. Problematyka łuszczycy w literaturze.....</b>	<b>49</b>
3.1. Łuszczyca - pojęcie, rys historyczny.....	49
3.2. Epidemiologia i etiologia łuszczycy.....	50
3.3. Objawy, rodzaje i przebieg łuszczycy.....	55

3.4. Leczenie łuszczycy.....	59
3.5. Psychospołeczne funkcjonowanie osób chorych na łuszczycę.....	61
<b>Rozdział 4. Metodologia badań własnych.....</b>	<b>64</b>
4.1. Problem badawczy i hipotezy badawcze.....	64
4.2. Charakterystyka narzędzi badawczych.....	65
4.2.1. Skala Depresji CES-D - L. E. Rodloff i E. Helmes.....	65
4.2.2. Tennessee Skala Obrazu Siebie - W. H. Fitss.....	68
4.2.3. Arkusz personalny własnej konstrukcji.....	71
4.3. Charakterystyka osób badanych.....	72
4.4. Procedura badania.....	83
<b>Rozdział 5. Analiza wyników badań własnych.....</b>	<b>84</b>
5.1. Powiązania pomiędzy zmiennymi w całej grupie badanych.....	84
5.2. Powiązania pomiędzy zmiennymi w grupach skrajnych.....	94
5.2.1. Sposób wyodrębniania grup skrajnych.....	94
5.3. Poziom depresji a obraz siebie.....	96
5.3.1. Wskaźniki rzetelności uzyskanych profilów obrazu siebie.....	96
5.3.2. Depresja a wymiary wewnętrzne obrazu siebie.....	99
5.3.3. Depresja a wymiary zewnętrzne obrazu siebie.....	100
5.3.4. Zmienność wymiarów obrazu siebie u pacjentów z łuszczycą o różnym poziomie depresji.....	102
<b>Rozdział 6. Obraz siebie u osób z łuszczycą o różnym typie depresji.....</b>	<b>105</b>
6.1. Sposób wyodrębnienia grup homogenicznych i ich charakterystyka.....	105
6.2. Obraz siebie pacjentów z łuszczycą o różnym typie depresji.....	108
6.3. Podsumowanie i weryfikacja hipotez badawczych.....	113
<b>Zakończenie.....</b>	<b>117</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>121</b>
<b>Spis Tabel .....</b>	<b>127</b>
<b>Spis Wykresów.....</b>	<b>129</b>

## Wstęp

Doniesienia naukowe ostatnich lat coraz częściej skupiają się na wykazaniu powiązań pomiędzy stanem psychicznym pacjenta, a kondycją skóry w przebiegu różnych chorób. Istnienie takich zależności potwierdzono między innymi w przypadku łuszczycy (Pietrzak i in., 2006).

Łuszczyca jest przewlekłą, zapalną chorobą skóry, dotykającą około od 1% do 3% populacji na całym świecie. Zachorowanie na łuszczyce może mieć znaczący wpływ na fizyczne, ekonomiczne i psychiczne funkcjonowanie jednostki. Łuszczyca nierzadko wiąże się z obniżeniem jakości życia pacjenta, a także zwiększone ryzyko zachorowań na inne przewlekłe schorzenia, takie jak: zespół metaboliczny, cukrzyca, choroba wieńcowa, nadciśnienie, a także prowadzić do chronicznego przemęczenia i depresji (Bahner, Cao, Korman, 2009).

W literaturze przedmiotu można znaleźć liczne głosy, stwierdzające, iż występowaniu łuszczycy towarzyszą zaburzenia o charakterze psychofizjologicznym. Kondycja psychiczna pacjenta z łuszczycą, zwłaszcza obciążonego wewnętrznymi konfliktami czy napięciami i stresem związanym z chorobą, może prowadzić do zaktywizowania negatywnych procesów fizjologicznych organizmu, mających wpływ na zaostrzenie patologicznych zmian skórnych (Pietrzak i in., 2006).

Z kolei jedną z najpowszechniejszych chorób dotykających zdrowia psychicznego ludzi jest depresja. Choroba ta wiąże się z licznymi, różnorodnymi objawami, wśród których można wyróżnić symptomy dotyczące fizycznego funkcjonowania jednostki (zaburzenia snu, obniżony poziom energii, zaburzenia łaknienia i libido), zaburzenia w sferze poznawczej (poczucie winy, pesymizm, myśli samobójcze, trudności z pamięcią i koncentracją czy decyzyjnością) oraz związane z emocjonalnymi aspektami funkcjonowania człowieka (obniżenie nastroju, niepokój, płaczliwość) (Lam, 2018). W praktyce klinicznej stosowane są dwa główne systemy do klasyfikowania depresji: opracowaną przez Amerykańskie Towarzystwo psychiatryczne DSM-V oraz ICD-10, stworzoną przez Światową Organizację Zdrowia. Klasyfikacje te opierają diagnozowanie depresji głównie o objawy, przebieg i rokowanie. Literatura przedmiotu podaje, iż celem wyjaśnienia etiologii oraz patofizjologii depresji należy wziąć pod uwagę złożone procesy, obejmujące czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne, wpływające na funkcjonowanie człowieka. Rytm dobowy, stresujące wydarzenia życiowe, oddziaływanie stresu – to wybrane czynniki, które mogą wpływać na procesy genetyczne i biologiczne przyczyniające się do występowania depresji. Ponadto, endofenotypy

i ekspresje genetyczne związane z układem nerwowym, wiązane z depresją, są uznawane przez badaczy za istotne dla rozwoju nauki w obrębie patogenezy depresji oraz doskonalenia nowoczesnych form leczenia tej choroby (Lam, 2018). Literatura przedmiotu wskazuje na występowanie wśród właściwości klinicznych, łączonych z depresją, objawów takich, jak: niepokój, zmęczenie, irytację, złość, odczuwanie dysfunkcji poznawczych czy bólu. Obecność dodatkowych właściwości klinicznych mogą wpływać zarówno na różnice w diagnozowaniu, jak i leczeniu depresji. W klinicznym leczeniu depresji można wyróżnić dwie fazy: pierwsza z nich ma charakter ostry i jest ukierunkowana na osiągnięcie pełnej remisji objawów depresyjnych, z kolei druga faza może być określona mianem podtrzymującej, której celem jest zapobieganie nawrotom objawów depresyjnych. Psychologiczne metody zwalczania objawów depresyjnych obejmują między innymi terapię poznawczo-behawioralną czy psychoterapię interpersonalną. Psychoterapia stosowana jest jako pierwszorzędna forma leczenia w przypadku depresji o przebiegu łagodnym do umiarkowanego i przynosi efekty równie satysfakcjonująco, co farmakoterapia. Z kolei w przypadku depresji o charakterze ciężkim, przewlekłym, zalecane jest stosowanie zarówno psychoterapii, jak i farmakoterapii (Lam, 2018).

Pacjenci z łuszczycą mogą cierpieć nie tylko ze względu na dolegliwości związane z dyskomfortem czy bólem, jaki wywołuje sama choroba skóry, ale także doświadczać trudności związanych z psychospołecznym funkcjonowaniem w przebiegu choroby. Osoby chore na łuszczycę nierzadko doświadczają stygmatyzacji, wstydzą się choroby, mają problem z samoakceptacją, unikają kontaktów społecznych i intymnych relacji. Tymczasem niepokój odczuwany w sytuacjach społecznych i depresja mogą prowadzić do trudności w leczeniu objawów łuszczycy, wręcz zaostrzać stany zapalne. W związku z tym istotne jest, by specjaliści zajmujący się leczeniem pacjentów z łuszczycą, pogłębiali świadomość dotyczącą powiązań pomiędzy łuszczycą a trudnościami natury psychologicznej, celem dobierania jak najbardziej adekwatnych i skutecznych metod leczenia (Hayes, Koo, 2010).

Studując literaturę dotyczącą obrazu siebie można odnaleźć rozumienie tego pojęcia jako zespołu cech, które jednostka identyfikuje jako własne, charakteryzujące właśnie ją. Obraz siebie kształtuje się w toku życia człowieka, w dużej mierze w oparciu o zdobywane przez niego doświadczenia. Na obraz siebie składają się między innymi wygląd i stan fizyczny oraz zdrowotny człowieka, jego uzdolnienia, sprawność poznawcza, pozycja i role społeczne, a także system wartości i indywidualne potrzeby osoby. W skład obrazu własnego „ja” wchodzi również samoocena jednostki: może ona przyjąć pozytywną



lub negatywną postawę wobec siebie samej. W przypadku osób, które mają pozytywny rodzaj ogólnej oceny własnego „ja”, można mówić o poczuciu, że są one wartościowymi, wystarczająco dobrymi osobami. Z kolei osoby o niskiej samoocenie miewają trudności z samoakceptacją, negatywnie oceniają swoje zachowania, są niezadowolone z samych siebie (Neustein, Pawlik, Rymaszewska, 2018). Osoba posiadająca dojrzały obraz siebie posiada trafną samowiedzę, stąd ma możliwość wglądu i akceptowania własnych, specyficznych właściwości – także tych, które mogą być odbierane przez społeczeństwo negatywnie. Ponadto, jednostka posiadająca realny obraz siebie i pozytywny stosunek do własnej osoby, ma większe możliwości adaptacyjne. W przypadku osób chorych, można mówić o co najmniej dwojakich powiązaniach obrazu siebie z chorobą. Po pierwsze, doświadczenie choroby jako zjawiska stresogennego, może naruszać dotychczasową organizację jednostki w zakresie jej przekonań na temat własnych możliwości. W kontekście zachorowania, można rozumieć wystąpienie choroby jako czynnika zaburzającego funkcjonowanie organizmu osoby chorej, skutkujące potencjalnym upośledzeniem poszczególnych sfer jej życia. Co za tym idzie, osoba doświadczająca zachorowania, może zmienić sposób spostrzegania własnego „ja”. Innym aspektem, naruszającym obraz siebie człowieka stającego w obliczu choroby, może być zespół mechanizmów aktywizujących zachowania wspierające podtrzymanie stabilnego obrazu siebie. Osoba doświadczająca zachorowania może przyjąć postawę obronną, uciekać od zaakceptowania zmian dotyczących swojego stanu zdrowia – a w przypadku łuszczycy także atrakcyjności wyglądu fizycznego – co może wywołać działania szkodliwe w toku leczenia. Jednostka wypierająca utratę zdrowia może uniknąć zaleceń specjalistów, zmiany trybu życia, a co za tym idzie – dążąc do zachowania nienaruszonego obrazu własnego „ja”, spowodować zaostrzenie objawów choroby. Dodatkowym aspektem obrazu siebie, wpływającym zdaniem wybranych autorów na sposób, w jaki jednostka radzi sobie z sytuacją trudną jaką może być choroba, jest stan fizyczny oraz zdolności adaptacyjne osoby. Zdrowie somatyczne i psychiczne oraz funkcjonowanie społeczne człowieka bywa bowiem łączone z jego pozytywnym postrzeganiem własnego „ja” (Zarek, 2013).

Niniejsza praca dotyczy wspomnianego powyżej nurtu tematycznego i obejmuje zagadnienia poziomu i struktury depresji oraz obrazu siebie pacjentów z łuszczycą.

Problem, wokół którego skupia się niniejsza praca, można sformułować następująco:  
*Czy i jakie powiązania występują między poziomem i strukturą depresji a obrazem siebie u pacjentów z łuszczycą?*

Źródłem odpowiedzi na tak ujęte pytanie, będą dane pozyskane na drodze badania przeprowadzonego w grupie 61 pacjentów z łuszczycą, w tym w tym 51 kobiet i 10 mężczyzn w wieku od 20 do 72 roku życia.

Celem realizacji badania wykorzystane zostaną następujące metody psychologiczne:

- Skala Depresji CES-D L. E. Rodloff i E. Helmes, w polskim opracowaniu E. Dojki, M. Górkiewicza i A. Pajaka.
- Tennessee Skala Obrazu Siebie W. H. Fittsa, w wersji polskiej, opracowanej przez Z. Uchnasta.
- Arkusz personalny własnej konstrukcji.

Niniejszą pracę będzie tworzyć 6 rozdziałów.

Pierwszy rozdział obejmie zagadnienia związane z pojęciem depresji: historyczny rys powstawania tej jednostki chorobowej, jej epidemiologię, klasyfikację depresji jako jednostki chorobowej oraz omówienie poszczególnych typów depresji. W rozdziale tym zawarte zostaną również opisy koncepcji teoretycznych dotyczących depresji, a także czynniki warunkujące powstawanie choroby oraz sposoby leczenia depresji.

W drugim rozdziale zostaną zaprezentowane treści związane z obrazem siebie człowieka. Zagadnienia z nim związane dotyczyć będą terminologii dotyczącej obrazu siebie, a także funkcji i struktury „pojęcia ja”. W tej części pracy zostaną również opisane uwarunkowania obrazu siebie oraz koncepcje teoretyczne z nim związane, autorstwa Allporta, Higginsa oraz Rogersa.

Trzeci rozdział obejmie teoretyczne treści związane z łuszczycą. Zostaną zaprezentowane zagadnienia historyczne, związane z pojęciem łuszczycy, a także epidemiologia oraz etiologia łuszczycy jako jednostki chorobowej. Ponadto, zostaną opisane objawy, rodzaje i przebieg łuszczycy oraz sposoby leczenia tej dermatozy. Trzeci rozdział domkną treści dotyczące psychospołecznego funkcjonowania osób chorych na łuszczycę.

W czwartym rozdziale zostanie opisana metodologia badań własnych. Zostaną zaprezentowane problem oraz hipotezy badawcze. Ponadto, będą przedstawione i omówione metody badawcze, oraz szczegółowa charakterystyka grupy osób badanych. Czwarty rozdział zakończy opis procedury badawczej.

Piąty rozdział będzie dotyczył rezultatów przeprowadzonych na poczet niniejszej pracy badań własnych. Zostaną dokonane analizy statystyczne i psychologiczne pozyskanych danych empirycznych.

Ostatni, szósty rozdział obejmie analizę szczegółową obrazu siebie dla poszczególnych grup skupień, które powstaną na drodze wyodrębnienia wśród osób badanych populacji o różnym typie depresji a w końcowej części tegoż rozdziału zawarte zostaną podsumowanie i weryfikacja hipotez badawczych.

Całość niniejszej pracy zwieńczy zakończenie, spis literatury, wykorzystanej do jej opracowania oraz spis tabel oraz wykresów zawartych w poszczególnych częściach pracy.

## **Rozdział 1. Problematyka depresji**

W niniejszym rozdziale zostaną przedstawione zagadnienia historyczne dotyczące zaistnienia depresji wśród jednostek chorobowych. W kolejnym kroku zaprezentowane będą dane epidemiologiczne zaburzeń depresyjnych oraz kryteria i sposoby diagnozowania depresji oraz jej podtypy. W kolejnej części tego rozdziału zostaną przytoczone teoretyczne koncepcje i modele depresji oraz jej uwarunkowania – zarówno te natury biologicznej, jak i społeczno-kulturowej. Rozdział zamknie część traktująca o sposobach leczenia depresji, obejmująca zagadnienia związane z farmakoterapią oraz psychoterapią.

### **1.1.1. Zagadnienia terminologiczne i zarys historyczny depresji**

Depresja jest jednym z najpopularniejszych terminów do potocznego określania stanów emocjonalnych zdominowanych smutkiem, melancholią, przygnębieniem. Tymczasem, psychiatria stosuje pojęcie depresji do nazywania konkretnego rodzaju zaburzeń nastroju - takich, których specyfika, nasilenie i częstotliwość oraz trwałość występowania, pozwala zakwalifikować je jako jednostkę chorobową, wymagającą specjalistycznej pomocy. Wyjaśnienie pojęcia depresji, które można znaleźć w Encyklopedii Języka Polskiego PWN (2019), pozwala dostrzec różnorodne kierunki rozumienia tego terminu. Odwołując się do terminologii stosowanej w psychiatrii, pojęcie depresji określone zostaje jako „wieloznaczne”. Wśród znaczeń, jakie według Encyklopedii posiada termin depresji, znajdują się odwołania do podstawowych objawów występujących w zespołach depresyjnych (takich, jak na przykład depresyjny nastrój), a także do samego zespołu depresyjnego czy chorób manifestujących w swoich objawach depresyjność. W związku z licznymi (także potocznymi) interpretacjami terminu depresji istotne jest, by pochylić się nad analizą naukowej terminologii związanej z pojęciem depresji.

### **1.1.2. Historia pojęcia depresji**

Studiując historię badań nad zagadnieniem depresji i podążając za Pużyńskim (1988) można stwierdzić, że depresja jest jednostką chorobową, która - obok zaburzeń o charakterze lękowym - zajmuje największą przestrzeń w działalności psychiatrów.

Pużyński (2009) podaje, iż pierwsze opisy objawów odpowiadających współczesnemu ujmowaniu depresji, zawarł w swoich pismach sam Hipokrates, któremu przypisywane jest autorstwo pojęcia „melancholia”. Nad tymże pojęciem pochylił się, przedstawiając jego szczegółowy opis, Aretajos z Kapadocji. O tym, iż tematyka depresji pojawiała się już w starożytności, na dalekim wschodzie czy też w Biblii, wspomina również Hammen (2006). Pużyński (2009) zwraca dodatkowo uwagę na dorobek kilku innych autorów, których prace w zakresie definiowania depresji zapisały się na kartach historii. Wśród nich znajduje się Burton, podający w wydanej w roku 1621 „Anatomii melancholii”, nie tylko szczegółowy opis tytułowej „melancholii” – bliskiej temu, co we współczesnej terminologii nazywamy depresją, ale także wnikliwą analizę osobowości pacjenta, znajdującego się w stadium przed chorobowym. To, co przedstawia w swojej pracy Burton, jest zdaniem Pużyńskiego (2009) spójne ze współczesnym zarysem charakterystyki osobowości jednostki zmagającej się z objawami choroby afektywnej jednobiegunowej. Istotne miano prekursora współczesnego klasyfikowania chorób o charakterze afektywnym, otrzymuje ze strony Pużyńskiego (2009) francuski lekarz psychiatra Falret. Tenże, w swojej publikacji z 1854 roku, opisując nie tylko stany depresyjne, ale także mieszane wprowadził termin „*folie circulaire*” i wspomnianym pojęciem określił taką jednostkę chorobową, w której obserwowany jest zarówno stan depresyjny, ale także maniakalny. Zarówno Pużyński (2009), jak i wspomniana powyżej Hammen (2006) zauważają istotny wkład w dyskurs historyczny na temat pojęcia depresji, którego dokonał w 1921 roku Kraepelin. Ten niemiecki psychiatra, jako jeden z pierwszych, przedstawił nowoczesne ujęcie cech depresji, tworząc nowatorski podział kategorii klinicznych. Uznaje się, że współczesne teorie traktujące o endogennej genezie chorób afektywnych, opierają się właśnie na pracach Kraepelina.

Na kartach historii zapisało się wielu innych badaczy, których dorobek przyczynił się do współczesnego spojrzenia na zagadnienia związane z depresją. Dążąc do pełnego przedstawienia najważniejszych koncepcji historycznych związanych z tą jednostką chorobą, warto pochylić się nad opracowaniem Wierzińskiego (2016). Jednym z badaczy, na którego dorobek zwraca uwagę autor, jest Abraham. Ten niemiecki neurolog i psychiatra współpracował z Freudem nad zagadnieniami chorób afektywnych, a sam jest autorem teorii (datowanej na 1911 rok), według której depresja to wynik agresji, jaką jednostka kieruje do wewnątrz samej siebie (Wierziński, 2016). Wspomniany Freud to autor koncepcji (1917) traktującej o modelu depresji wynikającej z utraty obiektu, natomiast Bibring (1953) identyfikuje depresję jako konsekwencję utraty poczucia własnej wartości. Kilka lat później,

w 1967 roku, w historii zapisuje się poznawczy model depresji, którego autorem jest Beck. Zakłada on występowanie tak zwanej poznawczej triady depresyjnej, jako podstawę tegoż modelu. Behawioralny model depresji, opierający się na braku wzmocnienia, pojawia się w 1965 roku dzięki pracy Lewinsohna. W 1975 roku, rezultatem badań Seligmana, pojawia się teoria wyuczonej bezradności, przybliżająca mechanizmy pojawiania się zaburzeń depresyjnych. Istotnymi historycznie, zwłaszcza w zakresie ewolucji biologicznych koncepcji depresji, są hipotezy związane z zaburzeniami neurochemicznymi. Autorstwo tak zwanej hipotezy serotoninowej przypisuje się grupie badaczy: Coppenowi, Lainowi oraz Oxenburgowi. Supozycję dotyczącą zaburzeń cholinergiczno-noradrenergicznych wniósł Jankovsky, natomiast hipotezę dopanergiczną – Radrup. O wpływie zaburzeń neuroendokrynych na zaistnienie depresji pisał Carrol, z kolei Shaw podkreślał istotę neurofizjologicznych aspektów funkcjonowania jednostki na występowanie depresji. Szerokie spojrzenie na biologiczne aspekty występowania depresji wnieśli także badacze tacy, jak: Akiskal, McKinney, Goodwin i Jamison, pochylając się nad wpływem stresu na jednostkę, występowaniem zaburzeń gospodarki neurochemicznej w ośrodkowym układzie nerwowym oraz nad zakłóceniami rytmów dobowych człowieka.

### 1.1.3. Epidemiologia depresji

W jednym najbardziej cenionych dzieł Fromma, „Ucieczce od wolności” (1970), można znaleźć charakterystykę drugiej połowy XX wieku jako czasu zdominowanego przez melancholię. Fromm, wyprzedzając realia XXI wieku, trafnie zdiagnozował jeden z najczęstszych problemów zdrowia psychicznego naszych czasów. Analiza literatury przedmiotu pozwala na potwierdzenie słów Fromma – depresja to obecnie jeden z najpoważniejszych problemów cywilizacyjnych i jednym z największych zagrożeń zdrowotnych współczesnego społeczeństwa (Wierziński, 2016). Dane Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organisation, WHO*) pokazują, że objawy zaburzeń depresyjnych występują u 5% światowej populacji, co oznacza, że doświadcza ich 350 milionów ludzi (Kejna, Adamowski, Piotrowski, 2015). Doświadczanie wybranych objawów związanych z samopoczuciem depresyjnym, trwających przez cały czas, odnotowywane jest nawet u 20% populacji. Szacuje się, że wystąpienie choroby afektywnej w przeciągu całego życia jednostki, oscyluje w skali ryzyka wokół 6%. Większa częstotliwość występowania objawów depresji zauważalna jest wśród kobiet z niższych klas społecznych

i ekonomicznych, a także w grupie osób doświadczających separacji oraz wśród rozwodników. Z kolei średnie ryzyko wystąpienia zaburzeń maniakalnych (w przeciągu całego życia) sięga 1%, z wyższą tendencją dla płci męskiej, niż u kobiet. Tymczasem epidemiologia zaburzeń o charakterze dwubiegunowym nie wykazuje znaczących różnic w podziale na płci pacjentów (Stirling, Hellewell, 2005). Badanie kondycji psychicznej mieszkańców Polski, zrealizowane w ramach EZOP (Epidemiologii Zaburzeń Psychiatrycznych i Dostępności Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej), umożliwiły oszacowanie epidemiologii depresji w Polsce. Raport, opracowany w wyniku przebadania 10 00 Polaków w wieku 18-64 lat, pozwala wnioskować, iż depresją dotkniętych jest 3% badanych, z kolei u 0,3% uczestników badania występuję dystymia. Oznacza to, że liczba Polaków w wieku produkcyjnym, dotkniętych zaburzeniami depresyjnymi, oscyluje wokół 800 000. Raport wykazuje także wyższe tendencje do występowania depresji u płci żeńskiej, niż u mężczyzn, co daje spójność ze światowymi badaniami w tym zakresie. Analiza danych, uwzględniających wiek i płeć badanych Polaków, pozwala stwierdzić - w przypadku kobiet - korelację pomiędzy występowaniem depresji a wiekiem badanych tej płci. W przedziale wiekowym od 18 do 29 roku (najmłodsza grupa badanych kobiet) wskaźniki oscylują wokół 2,5%, natomiast u kobiet powyżej 50 roku życia wskaźniki te są dwukrotnie wyższe, sięgające 5%. EZOP wykazuje również, iż występowanie epizodów depresyjnych jest częściej odnotowywane wśród tych badanych, którzy doświadczyli rozvodu bądź są wdowami lub wdowcami. Zauważalna jest również statystycznie istotna różnica w rozpowszechnieniu depresji wśród Polaków i Polek pozostających w związku małżeńskim. W stosunku do pozostałych statusów stanu cywilnego, jest to zdecydowanie mniejszy wskaźnik - podobnie, jak wśród kawalerów i panien. Wyniki te ponownie korelują z danymi epidemiologii depresji na całym świecie (Moskalewicz, Kiejna, Wojtyniak, 2012).

## 1.2. Zaburzenia depresyjne – diagnoza

Diagnozowanie chorób psychicznych można rozpatrywać przez pryzmat dwóch dominujących podejść patopsychologicznych. Pierwsze z nich, ukierunkowane na indywidualne podejście do pacjenta, nazywane jest idiograficznym. Taka optyka diagnostyki zakłada dystansowanie się do grupowania zachowań pacjenta, które odbiegają od ogólnoprzyjętych norm zdrowia psychicznego, w ściśle określone klasy diagnostyczne.

Takie podejście występuje jednak w grupie praktyków, pozostających w mniejszości. Większość specjalistów, zajmujących się zagadnieniami psychopatologii, przyjmuje podejście zwane nomotetycznym. Przyjmowanie takiego stanowiska jest uzasadnione koniecznością przyjęcia wystandaryzowanego, spójnego systemu klasyfikowania chorób, pomocnego w pracy diagnostyczno – terapeutycznej. Niezależnie od popularności wspomnianych sposobów myślenia i percepcji na choroby psychiczne, od lat toczą się regularne dyskusje na temat zasadności wyznaczania ścisłych granic, nadających zaburzeniom konkretne ramy.

Współcześnie przyjęto dwa podstawowe, funkcjonujące na całym świecie, systemy klasyfikacyjne. Pierwszym z nich, którego aktualna – dziesiąta już – wersja, opublikowana została w 1992 roku przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), jest Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (*ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). W tym systemie kwalifikacyjnym zostały ujęte zarówno zaburzenia natury somatycznej, jak i psychicznej. Zaburzenia depresyjne opublikowano w piątej części tego dokumentu, traktującej o zaburzeniach psychicznych i zaburzeniach zachowania.

Drugim systemem klasyfikacyjnym, obowiązującym na całym świecie, jest efekt prac Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. Publikacja nosi tytuł „Podręcznika Diagnostycznego i Statystycznego” (*ang. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM*). Obecna wersja klasyfikacji to DSM-5, przyjęta 18 maja 2013 roku. Publikacje te cieszą się zróżnicowaną popularnością, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych (szersze zastosowanie DSM) czy Europie (bazowanie na kryteriach ICD-10). Jednocześnie, w zakresie psychopatologii, obie publikacje mają istotnie wiele wspólnego, dlatego w tej części pracy zostaną omówione kryteria diagnostyczne zaburzeń depresyjnych ujęte w obu publikacjach.

### 1.2.1. Klasyfikacja ICD-10

Zaburzenia depresyjne zostały ujęte w piątym rozdziale Klasyfikacji ICD-10, z którego omówione zostaną 3 działy: F32 – obejmujący treści związane z pierwszym wystąpieniem choroby, czyli epizodem depresyjnym, F33 – zawierający charakterystykę zaburzeń depresyjnych powtarzających się, określonych, jako zaburzenia depresyjne nawracające oraz F34 – mieszczący uporczywe zaburzenia nastroju (o charakterze afektywnym), w tym między innymi dystymię i cyklotymię .



**Epizod depresyjny**, ujęty w dziale F32, może charakteryzować się łagodnym, umiarkowanym, bądź ciężkim przebiegiem. Ustalenie intensywności epizodu depresyjnego uzasadnia się poprzez analizę cech, ilości oraz poziomu nasilenia występujących objawów. Niezależnie od nasilenia objawów, charakteryzuje się on obniżeniem nastroju pacjenta, który skarży się na utratę energii, zahamowanie aktywności, ograniczenie zakresu zainteresowań czy obniżoną intensywność odczuwania przyjemności. Dodatkowo, osoba doświadczająca epizodu depresyjnego, może mieć poczucie przemęczenia (niezależnie od tego, jak mały wysiłek podjęła), a także na obniżenie poziomu koncentracji. Wśród dolegliwości pacjenta mogą pojawić się także zaburzenia rytmów biologicznych, takich jak sen czy apetyt (obniżenie). Niemalże zawsze odnotowywane jest obniżenie poziomu samooceny oraz pewności siebie (także w przypadku łagodnego przebiegu epizodu) oraz myśli związane z poczuciem winy i niską wartością. Niezależnie od bieżących doświadczeń, wydarzeń, w których uczestniczy jednostka, jej obniżony nastrój pozostaje niezmienny w trakcie kolejnych dni epizodu depresyjnego. Możliwe jest pojawienie się objawów somatycznych, manifestujących się w utracie zainteresowania przeżywaniem przyjemności oraz obniżenie poziomu zdolności do jej doświadczania. Dodatkowo, jednostka może budzić się o kilka godzin wcześniej, niż ma to w zwyczaju, a poziom depresji w godzinach porannych może narastać. Wśród objawów zauważalne mogą być także utrata apetytu, spadek masy ciała, obniżenie libido oraz nadmierne pobudzenie ruchowe - bądź przeciwnie – zahamowanie psychoruchowe (Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, 2008).

**Łagodny epizod depresji** (F32.0) diagnozowany jest u pacjenta, który doświadcza dwóch lub trzech objawów (spośród wymienionych powyżej). Osoba odczuwa zaniepokojenie swoim stanem, jednocześnie nie wpływa on na możliwość realizacji obowiązków wynikających z ról społecznych, jakie pełni pacjent. Pużyński (2002) rozróżnia, w ramach łagodnego epizodu depresyjnego, pojęcia subdepresji i depresji maskowanej. Występowanie subdepresji, zdaniem autora, można stwierdzić u osoby manifestującej podstawowe objawy i cechy depresyjne, a ich nasilenie jest niewielkie. W takim przypadku możliwe jest występowanie pojedynczych cech przypisywanych depresji, przykładowo: zniechęcenia, pogorszenia apetytu i (lub) snu, przemęczenia czy złego samopoczucia. O depresji maskowanej można mówić, zdaniem Pużyńskiego, kiedy obraz kliniczny prezentuje jeden objaw, a brakuje wyraźniejszych objawów zespołu; zwłaszcza, kiedy mowa o anhedonii, smutku czy zniechęceniu. Sama Klasyfikacja ICD-10 nie obejmuje jednak wytycznych

diagnostycznych dla tych elementów nozologicznych (Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, 2008).

**Umiarkowany epizod depresji (F32.1)** utrzymuje się minimum dwa tygodnie i obejmuje najczęściej cztery – bądź więcej – z omówionych powyżej objawów, co zdecydowanie wpływa na zdolność pacjenta do realizacji codziennych obowiązków (Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, 2008).

**Ciężki epizod depresji** rozpatrywany jest w ICD-10 z rozróżnieniem na współtowarzyszenie objawów psychotycznych (F32.2) oraz obejmujący występowanie objawów psychotycznych (F32.3). W przypadku epizodu o przebiegu ciężkim, ale bez nacechowania psychotycznego, pacjent doświadcza kilku z omówionych powyżej objawów, które przybierają znaczne nasilenie i powodują przygnębienie oraz niski poziom samooceny, występowanie poczucia winy i utratę poczucia własnej wartości pacjenta. W tym przypadku często ma miejsce występowanie myśli samobójczych, pacjent może podejmować również próby samobójcze oraz cierpieć na objawy somatyczne. W przebiegu epizodu, w którym manifestują się objawy psychotyczne, pacjent doświadcza objawów analogicznych do wymienionych wcześniej, jednocześnie towarzyszą im urojenia, omamy, osłupienie – uniemożliwiające wykonywanie codziennych, rutynowych czynności - a także zahamowanie funkcji psychoruchowych. Taki przebieg epizodu zagraża życiu pacjenta, ponieważ – obok ryzyka popełnienia samobójstwa – występuje niebezpieczeństwo odwodnienia czy zagłodzenia organizmu. Wspomniane omamy bądź urojenia mogą łączyć się, w swoich treściach, z obniżonym nastrojem pacjenta, ale nie jest to konieczność w kontekście diagnostycznym (Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, 2008).

W tej części Klasyfikacja ICD-10 uwzględnia jednostki takie, jak: depresja atypowa i (wspomniane przez Pużyńskiego, 2002) epizody depresji maskowanej (opisując je symbolem F32.8), a także o nieokreślony epizod depresyjny (F32.9), jednocześnie dokument nie charakteryzuje wymienionych zaburzeń (Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, 2008).

Drugą grupą zaburzeń depresyjnych, uwzględnionych w ICD-10, są **nawracające zaburzenia depresyjne (F33)**. Cechuje je powtarzalność występowania choroby pod postacią epizodu depresyjnego (zdefiniowanego w omówionym powyżej dziale F32) oraz brak występowania w historii choroby pacjenta epizodów o charakterze manii. Jednocześnie, możliwe jest występowanie (bezpośrednio po wyjściu z epizodu depresyjnego) krótkotrwałych stanów hipomanii – sporadycznie jako skutek włączenia pacjenta do leczenia przeciwd depresyjnego. W przypadku osób cierpiących na nawracające zaburzenia depresyjne

pod cięższymi postaciami (kody ICD-10: F33.2 oraz F33.3) zauważalne są cechy wspólne z omówionymi wcześniej modelami diagnostycznymi. Dotyczy to depresji występującej przy psychozie maniakalno-depresyjnej, melancholii, a także depresji endogennej i witalnej. Klasyfikacja podaje, iż wystąpienie pierwszego epizodu dotyczy każdej grupy wiekowej – zarówno dzieci, jak i osób w wieku podeszłym. Przebieg choroby może rozpoczynać się w sposób ostry lub ujawniać się powoli. Zróżnicowanie dotyczy także czasu trwania epizodu, mierzonego od kilku tygodni do wielomiesięcznych zmagania z chorobą. Liczba przebytych epizodów depresyjnych nie wpływa na możliwość całkowitego zaniku ryzyka wystąpienia epizodu maniakalnego. Pojawianie się objawów manii powinno skutkować zmianą diagnozy, zaktualizowanej do zaburzeń afektywnych dwubiegunowych, opisywanych kodem F31.-. Klasyfikacja rozróżnia podział zaburzeń depresyjnych nawracających z uwzględnieniem stopnia intensywności objawów. Ponownie pojawia się pogrupowanie jednostek chorobowych na epizody o przebiegu łagodnym, umiarkowanym oraz ciężkim – z podziałem na takie, które nie manifestują objawów psychotycznych oraz obejmują ich występowanie. Diagnozowanie odpowiednich klas epizodu opiera się w tym przypadku na kryteriach przedstawionych w poprzednim dziale. Istotną różnicą jest tutaj brak wcześniejszego występowania epizodów maniakalnych (Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, 2008).

Omawiany dział obejmuje również możliwość diagnozowania zaburzeń depresyjnych u pacjentów, którzy obecnie pozostają w stanie remisji zaburzeń depresyjnych o charakterze nawracającym, jednocześnie w przeszłości doświadczyli minimum dwóch epizodów depresyjnych (w rozumieniu opisanym kategoriami F33.0 – F33.3). Dodatkowo, uwzględnione zostały jednostki chorobowe, takie jak: inne nawracające zaburzenia depresyjne (kod F33.8) oraz depresja o charakterze jednobiegunowym (F33.8) (Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, 2008).

Kolejny dział V rozdziału ICD-10 obejmuje sekcję chorób zaklasyfikowanych do grupy **uporczywych (afektywnych) zaburzeń nastroju** (F34). Charakteryzuje je przewlekły przebieg o zmiennym nasileniu, którego poziom uniemożliwia zakwalifikowanie objawów chorego zarówno do epizodu depresji łagodnej, jaki i do określenia ich hipomanią. Charakterystyczne dla omawianych zaburzeń jest ich wieloletnie występowanie, nierzadko przez sporą część dorosłego życia pacjenta. Skutkuje to znacznym przygnębieniem chorego i ograniczeniem jego możliwości funkcjonowania w codziennym życiu. Zdarzają się przypadki, kiedy pacjent z diagnozą uporczywych zaburzeń

nastroju, doświadcza nakładających się (jednorazowych lub nawracających) objawów epizodów depresji lub manii (Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, 2008).

Do grupy zaburzeń, należących do uporczywych zaburzeń nastroju, należy również **cyklotymia**, opisywana kodem F34.0. Zaburzenie to stwierdzone jest u pacjentów, których wahania nastrojów utrzymują się stale, a przejawiają się pod postacią mnogich okresów depresyjnych oraz nieznacznie podwyższonego samopoczucia, jednocześnie ich nasilenie i czas trwania nie pozwalają na rozpoznanie zaburzenia afektywnego dwubiegunowego (F31.-) czy zaburzeń depresyjnych nawracających (F33.-). Cyklotymię często rozpoznaje się u osób spokrewnionych z pacjentami chorującymi na zaburzenia afektywne o charakterze dwubiegunowym. Zdarza się również, że niektórzy pacjenci z diagnozą cyklotymii, doświadczają występowania zaburzeń afektywnych dwubiegunowych (Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, 2008).

Klasyfikacja uwzględnia również w dziale F34 zaburzenie pod nazwą **dystymii** (F34.1), charakteryzujące się minimum kilkuletnim obniżeniem nastroju, którego przebieg lub czas trwania pojedynczych epizodów, uniemożliwia rozpoznanie u chorego zaburzeń depresyjnych nawracających o konkretnym poziomie natężenia (F33.-) (Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania, 2008).

### 1.2.2. Klasyfikacja DSM-5

W Klasyfikacji DSM-5 ujęto osiem zaburzeń depresyjnych, przedstawiając odpowiednie kryteria diagnostyczne do każdego z nich. Piąte wydanie podręcznika Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, jako zaburzenia depresyjne, podaje: większe zaburzenie depresyjne (uwzględniając w tym epizodyczne pojawienie się większego zaburzenia depresyjnego), dystymię (czyli uporczywe zaburzenie depresyjne), dezorganizujące zaburzenie regulacji nastroju, zaburzenie depresyjne wywołane substancją lub lekiem, przedmiesiączkowe zaburzenie dysforyczne, zaburzenie depresyjne spowodowane stanem ogólnomedycznym, a także inne określone zaburzenie depresyjne i nieokreślone zaburzenie depresyjne (Heitzman, 2017).

Większe zaburzenie depresyjne, czyli tak zwana **duża depresja**, będąca przedmiotem niniejszego rozdziału, diagnozowana jest według następujących kryteriów DSM-5:

A. Wystąpienie pięciu (lub więcej) z poniższych objawów, utrzymujących się w okresie dwóch tygodni i wpływających na zmianę funkcjonowania pacjenta;

co najmniej jednym z symptomów jest obniżenie nastroju lub utrata zainteresowania czy czerpania przyjemności.

1. Obniżenie nastroju przez większą część dnia, niemalże codziennie. W przypadku dzieci i nastolatków może się to manifestować poprzez drażliwość.

2. Wyraźnie mniejsze zainteresowanie czy obniżony poziom satysfakcji z podejmowanych aktywności.

3. Znacząca utrata wagi pomimo braku stosowania diety lub zwiększenie masy ciała (przykładowo o więcej niż 5% masy ciała pacjenta, w ciągu miesiąca) lub zwiększony bądź obniżony apetyt, odnotowywany prawie codziennie.

4. Bezsenność bądź nadmierna senność, występująca niemalże codziennie.

5. Pobudzenie lub zahamowanie psychoruchowe, zauważalne niemal każdego dnia.

6. Prawie codzienne zmęczenie, bądź utrata energii.

7. Poczucie, że jest się bezwartościowym, bądź odczuwanie uciążliwego, nieadekwatnego poczucia winy (może mieć charakter urojeniowy), występujące prawie codziennie (wykraczającego poza obwinianie się za zły stan zdrowia).

8. Obniżone zdolności myślenia, koncentracji lub niezdecydowanie, niemalże każdego dnia.

9. Nawracające myśli o śmierci (wykraczające poza strach przed umieraniem), nawracające myśli samobójcze nieobejmujące sprecyzowanego planu samobójczego lub z planem na dokonanie aktu samobójczego, albo próby samobójcze.

B. Objawy wywołują klinicznie istotne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego, bądź w innych ważnych obszarach funkcjonowania.

C. Występowanie epizodu nie może być przypisane efektom przyjmowania przez pacjenta substancji lub innym przyczynom wynikającym ze stanu zdrowia pacjenta.

Opublikowanie w DSM-5 dezorganizujących zaburzeń regulacji nastroju wynika z obawy o nad rozpoznawalność u dzieci zaburzeń afektywnych dwubiegunowych. Dotyczy ono takiego obrazu klinicznego dzieci (do 12 roku życia), w którym pojawia się uporczywa drażliwość oraz częste epizody skrajnej utraty (bądź osłabienia) kontroli zachowania. Taki wzorzec objawów, wraz wiekiem dziecka i jego dojrzewaniem, najczęściej rozwija się w jednobiegunowe zaburzenie depresyjne lub zaburzenia o charakterze lękowym.

Z kolei uporczywe zaburzenie depresyjne zostało umieszczone w DSM-5 po raz pierwszy, w wyniku zaklasyfikowania do niego dwóch kategorii diagnostycznych z poprzedniego wydania podręcznika (DSM-IV): przewlekłego zaburzenia depresyjnego

i dystymii. Rozpoznanie tegoż zaburzenia jest możliwe, gdy obniżenie nastroju trwa minimum dwa lata (u osób dorosłych) lub jeden rok (u dzieci). Wyróżnienie w DSM-5 przedmenstruacyjnego zaburzenia dysforycznego jest uzasadnione blisko dwudziestoletnimi pracami naukowo-badawczymi, w wyniku których potwierdzono, iż jest to odrębna, wpływająca znacząco na funkcjonowanie pacjentki (ale możliwa do leczenia) postać zaburzeń depresyjnych. Z kolei wyodrębnienie w klasyfikacji DSM zaburzeń depresyjnych wywołanych substancjami bądź lekami oraz zaburzeń wynikających ze stanu ogólnomedycznego jednostki, jest uzasadnione zbliżonymi do depresji zjawiskami, które wywoływane są właśnie przez wybrane leki, stany zdrowia, bądź substancje psychoaktywne (Depressive Disorders, 2013).

### 1.2.3. Zespoły depresyjne – podtypy

Szeroko opracowane systemy formalne klasyfikowania i diagnozowania zaburzeń depresyjnych, takie jak opisane powyżej Klasyfikacje ICD-10 oraz DSM-5, nie pokazują pełnego spektrum rozróżniania postaci depresji. Warto uwzględnić również jakościowe ujęcie problemu, ze względu na mnogość i różnorodność objawów depresji. Rozpatrując specyfikę konkretnych objawów zespołu depresyjnego można wyłonić takie dolegliwości i źródła choroby, które budzą skojarzenia z biologicznymi aspektami funkcjonowania pacjenta, ale również tego typu cechy chorobowe, które identyfikujemy z psychologiczną sferą człowieka. Stąd też literatura przedmiotu, na skutek licznych dyskusji i poszukiwań, wskazuje na podział depresji ze względu na jej biologiczne uwarunkowania (endogenne) oraz depresje, które mogą wiązać się z czynnikami sytuacyjnymi lub osobowościowymi pacjenta. Dążąc do przestudiowania zagadnień związanych z zaburzeniami depresyjnymi należy przyjąć szeroką perspektywę i pochylić się nie tylko nad sformalizowanymi kryteriami diagnostycznymi, ale także nad próbami określania postaci depresji (Hammen, 2006).

Wśród najbardziej charakterystycznych obrazów depresji, występującej w przypadku choroby afektywnej jednobiegunowej, można wyodrębnić **depresję melancholijną**. Objawia się ona odczuwaniem przygnębiającego smutku z anhedonią, wczesnym budzeniem się oraz pogorszeniem samopoczucia występujący w godzinach porannych, spadkiem masy ciała, utratą apetytu, a także wyraźnym zahamowaniem bądź pobudzeniem psychoruchowym (Rybakowski, 2016).

W przypadku tak zwanych odwróconych, w stosunku do depresji melancholijnej, objawów biologicznych, mówi się o **depresji atypowej**. Charakterystycznymi objawami są nadmierna potrzeba snu, wzmożone łaknienie, reaktywność nastroju oraz pogorszenie się nastroju w godzinach wieczornych (Rybakowski, 2016).

Kolejną postacią depresji, w której pojawiają się objawy o charakterze psychotycznym (przede wszystkim urojenia depresyjne), to **depresja psychotyczna**. Leczenie tego typu zaburzeń depresyjnych wymaga specyficznego postępowania, gdzie obok farmakologicznych środków przeciwdepresyjnych włączane są także leki przeciwpsychotyczne oraz terapia elektrowstrząsowa (Rybakowski, 2016).

W diagnozie **depresji krótkotrwałej** nawracającej mamy do czynienia z kilkudniowymi epizodami, jednocześnie ich średnia częstotliwość występowania to jeden raz w miesiącu. Pomimo krótkiego czasu utrzymywania się tychże epizodów są one uciążliwe, z racji nierzadko silnego natężenia objawów oraz pojawiania się myśli samobójczych (Rybakowski, 2016).

Depresja, która manifestuje się objawami somatycznymi, a dopiero w specjalistycznej diagnostyce ujawniane są objawy natury psychicznej, określana jest mianem **depresji maskowanej (somatycznej)**. Najczęstsza ścieżka diagnostyczna tego zaburzenia to zgłoszenie się chorego do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (bądź innej, niż psychiatria, specjalizacji) z dolegliwościami somatycznymi, obejmującymi najczęściej układ krążenia, układ pokarmowy lub zaburzenia snu. Odpowiednia farmakoterapia, z wykorzystaniem środków przeciwdepresyjnych, znacząco niweluje te objawy, nierzadko skutkuje ich całkowitym ustąpieniem (Rybakowski, 2016).

Charakterystyczna dla miesięcy jesienno-zimowych jest **depresja zwana sezonową**. W patogenezie tejże choroby odnotowywana jest reaktywność organizmu pacjenta na deficyt światła, uruchamiający mechanizmy wywołujące zaburzenie. Jedną ze skutecznych form leczenia depresji sezonowej jest fototerapia (Rybakowski, 2016).

Odrębnym typem zaburzenia depresyjnego jest również **depresja doświadczana w wyniku żałoby chorego**, wywołanej utratą bliskiej mu osoby. Taka reakcja, objawiająca się depresyjnością, najczęściej utrzymuje się przez czas dwóch miesięcy. Nieustępowanie objawów po tym okresie, bądź zwiększenie ich nasilenia, wymaga oddziaływań adekwatnych do postępowania w regularnym epizodzie depresyjnym (Rybakowski, 2016).

Specyficznym zaburzeniem nastroju jest depresja w wieku starszym. Może polegać na znacznym upośledzeniu procesów poznawczych, wówczas można mówić o zjawisku nazywanym **pseudootępieniem depresyjnym**. Wyraźna poprawa dysfunkcji poznawczych

jest możliwa przy zastosowaniu przeciwdepresyjnych środków farmakologicznym, jednocześnie zdarza się, że zaburzenie depresyjne jest objawem rozwijania się procesu otępiennego, jak na przykład choroby Alzheimera (Rybakowski, 2016).

W grupie zaburzeń depresyjnych wyróżniana jest również **dystymia**, którą dawniej nazywana depresją nerwicową. Charakterystyczne dla dystymii jest niskie nasilenie objawów, ale też ich czas trwania: są one przewlekłe i przekraczają dwa lata. Wystąpienie nasilenia objawów dystymii najczęściej nie umożliwia zaklasyfikowania zaburzenia do epizodu depresji występującej w chorobie afektywnej. Jednocześnie, jeśli tenże epizod występuje w czasie trwania dystymii, można mówić o tak zwanej depresji podwójnej (Rybakowski, 2016).

Kobiety, w czasie tygodnia przed rozpoczęciem menstruacji oraz w okresie tygodnia po zakończeniu miesiączki, mogą cierpieć z powodu dysforycznego zaburzenia przedmiesiączkowego. Ten typ zaburzeń depresyjnych objawia się depresją, labilnością, drażliwością oraz lękiem, z kolei wspomnianym objawom towarzyszyć mogą zaburzenia snu i łaknienia, zaburzenia aktywności, a także dolegliwości somatyczne (Rybakowski, 2016).

W literaturze przedmiotu można znaleźć również informacje o zaburzeniach związanych z urodzeniem dziecka. Stirling i Hellewell (2005) wymieniają trzy typy takich zaburzeń. Zaburzenie o charakterze przejściowym, zaistniałe w pierwszych dniach po narodzinach dziecka, nazywane jest potocznie jako **baby blues**. Manifestuje się płaczliwością, obniżeniem nastroju, na które nie ma konieczności oddziaływania farmakologicznego, zamiast którego należy otoczyć kobietę ogólnym wsparciem i pocieszaniem. O depresji poporodowej można mówić, kiedy zaburzenia nastroju kobiety przypominają w swoim natężeniu chorobę depresyjną, mimo, iż wśród pojawiających się objawów powszechne jest obawianie się kobiety o swoje zdolności rodzicielskie i stan zdrowia noworodka. Szacuje się, iż problem dotyka jednej na dziesięć kobiet. Skuteczną formą leczenia jest zazwyczaj włączenie leków przeciwdepresyjnych i udzielenie kobiecie wsparcia psychologicznego (Stirling, Hellewell, 2005).

Zdecydowanie istotnym, zarówno w kontekście niniejszej pracy, jak i w związku z epidemiologią zaburzenia, jest depresja w przebiegu chorób somatycznych. Pacjenci z chorobami natury somatycznej i neurologicznej są zdecydowanie częściej dotknięci depresją, niż pozostała część populacji. Występowanie zależności pomiędzy depresją, a chorobami somatycznymi, można określić jako dwukierunkowe. Osoby chorujące somatycznie mają tendencje do zachorowań na depresję, z kolei depresja negatywnie wpływa na somatykę człowieka, zwiększając ryzyko wystąpienia zaburzeń nastroju (Rybakowski,



2016). Aż 40% hospitalizowanych pacjentów, których leczenie szpitalne spowodowane jest przyczynami somatycznymi, wykazuje objawy depresyjne. Co istotne, zauważalny jest brak korelacji pomiędzy nasileniem symptomów depresji, a liczbą hospitalizacji i tym, jak ciężkie jest schorzenie podstawowe pacjenta (Dudek, Siwek, 2007).

Część populacji, o której mowa, to osoby doświadczające zaburzeń depresyjnych o charakterze tak zwanych masek somatycznych depresji. Ta grupa pacjentów, leczona ansjolitycznymi lekami, najczęściej nie uzyskują poprawy stanu zdrowia, bądź jest ona przemijająca. Proces diagnostyczny, któremu poddawana jest taka osoba, przebiega długo, opornie, budząc niecierpliwienie zarówno pacjenta, jak i lekarzy. Tymczasem podstawową przyczyną dolegliwości somatycznych, u tej części chorych, jest nierozpoznana depresja, występująca w wyniku nawracających zaburzeń afektywnych. Adekwatnym leczeniem dla tej grupy pacjentów jest włączenie środków przeciwdepresyjnych, skutkujących zniwelowaniem lub zanikiem objawów somatycznych.

Druga grupa pacjentów z depresją, którzy pozostają pod opieką poradni specjalistycznych lub ogólnych, to chorzy, dla których właściwe jest określenie doświadczanego zaburzenia jako depresji objawowej. W przypadku tych osób depresja jest zaburzeniem wtórnym (w stosunku do choroby somatycznej, bądź neurologicznej).

Wśród osób chorych somatycznie można wyróżnić kilka rodzajów chorób somatycznych, których diagnoza wiąże się z większym ryzykiem wystąpienia zaburzeń depresyjnych. Są to przede wszystkim: choroba Parkinsona (rozpowszechnienie depresji sięga w tej grupie 50%), zespoły bólowe (również połowa tej populacji), choroby nowotworowe (od 20% do 40% chorych), udary mózgu (od 25% do 35% pacjentów), choroby tarczycy i padaczka (20% - 30% zachorowań na depresję), a także chorzy po zawale serca (15%-20%) oraz pacjenci z chorobami nerek (do 20% populacji), wątroby i cukrzycą (10 %-15 %). Można także wyróżnić stany somatyczne i grupy chorób, których powikłania prowadzą do zachorowań na depresję: wybrane choroby układu krążenia, schorzenia związane z przemianą materii i zaburzeniami hormonalnymi, nowotwory, wybrane zabiegi chirurgiczne, zachorowania w obrębie narządów mięszzowych, nieuleczalne choroby przewlekłe, wybrane infekcje wirusowe, zatrucia i infekcje przewlekłe, a także choroby układowe – w tym łuszczyca (Pużyński, 2002). Niewątpliwie, psychofizjologiczny oraz psychologiczny aspekt funkcjonowania jednostki, pozostają ze sobą w korelacji negatywnie wpływającej na proces leczniczy. Niekorzystny przebieg depresji leży u przyczyn zarówno patofizjologicznych (wynikających z choroby somatycznej), jak i ewentualnych powikłań czy objawów choroby, na przykład bezsenności,

doświadczania bólu czy kalectwa. Odnotowano, iż pacjenci z diagnozą choroby somatycznej są w grupie zwiększonego ryzyka obniżonej responsywności na leczenie przeciwdepresyjne, częściej nie osiągają pełnej remisji (w stosunku do osób zdrowych somatycznie). Dodatkowo, osoby z tej grupy pacjentów nierzadko doświadczają przejścia objawów depresyjnych w stan chroniczny. Do negatywnych skutków wyższy, niż w populacji ogólnej, wskaźnik samobójstw. Dodatkowo, pacjenci cierpiący na oba rodzaje omawianych zaburzeń, mogą doświadczać trudności rehabilitacyjnych, pogorszenia ogólnej sprawności fizycznej, wykazywać tendencję do trwania w roli chorego, a także odczuwać subiektywne pogorszenie jakości życia. Szerokie rozpowszechnienie zaburzeń depresyjnych skutkuje ich częstym współistnieniem nie tylko z innymi zaburzeniami natury psychicznej, ale także z całą gamą chorób somatycznych. Taki stan rzeczy determinuje konieczność natężonej czujności diagnostów, niezależnie od specjalności, a także ścisłej współpracy pomiędzy specjalistami. Efektywność tejże kooperacji niesie szansę na zniwelowanie ryzyka opóźnień w rozpoznaniu obydwu zaburzeń, a co za tym idzie zapobiega pogorszeniu stanu pacjenta w przebiegu danych zaburzeń (Dudek, Siwek, 2007).

### **1.3. Teoretyczne koncepcje zaburzeń depresyjnych**

Zagadnienie depresji, jej istota i najlepsze sposoby leczenia zaburzeń depresyjnych, to temat licznych teorii naukowych. Złożoność współdziałania czynników biologicznych i psychologicznych, leżących u źródła depresji, doprowadziły do wyklarowania się w literaturze kilku dominujących nurtów teoretycznych dotyczących depresji. Najpopularniejszym modelem teoretycznym depresji jest podejście poznawcze, a obok niego - psychodynamiczne ujęcie problemu i interpersonalne modele zaburzenia. Niniejsza część pracy podejmuje próbę przybliżenia tych trzech koncepcji teoretycznych depresji.

#### **1.3.1. Poznawcza teoria depresji**

Seligman, Walker, Rosenhan (2007) podają, iż fundamentem poznawczej teorii depresji jest dorobek Becka, autora (wypracowanej z Ellisem) terapii kognitywnej. To podejście teoretyczne podaje istnienie triady poznawczej, która zbudowana jest z negatywnych myśli jednostki o samej sobie oraz z doświadczeń osoby – zarówno tych

bieżących, jak i wyniesionych z przeszłości. Myślenie o sobie w negatywnych kategoriach wiąże się z założeniem osoby chorej, że jest bezwartościowa, nieodpowiednia, ułomna. Postrzeganie siebie jako kaleki powoduje niską samoocenę chorego, a doświadczanie trudnych sytuacji tłumaczy sobie własną bezwartościowością. Wiara jednostki w to, że jest ułomna, skutkuje przekonaniem, że nigdy nie doświadczy szczęścia. Z kolei percepcja negatywnych doświadczeń z bieżącego toku życia osoby chorej ma swoje źródło w przeświadczeniu, że wszystko co się wydarza choremu, to wydarzenia złe. W związku z tym każde, nawet drobne niepowodzenie jednostki, jest interpretowane przez nią jako trudność nie do przezwyciężenia. W takiej optyce chorego nawet pozytywne sytuacje są przez niego interpretowane w najgorszym z możliwych sposobów. Natomiast negatywne spojrzenie na przyszłość wynika u osób chorych z poczucia beznadziejności, przekonania, że obecne niepowodzenia będą toczyć się niezmiennie i nieprzerwanie, z powodu wspomnianego przekonania jednostki o tym, że posiada deficyty. Kolejnym mechanizmem depresji, o którym mówi Beck (za: *Seligman, Walker, Rosenhan 2007*), jest występowania błędów logicznych w myśleniu osoby chorej. Ta przekłamana logika myślenia zbudowana jest, według Becka, z pięciu podstawowych błędów. Pierwszy z nich, arbitralne wnioskowanie, to dedukowanie, którego chory dokonuje na bazie znikomej ilości przesłanek, lub bez ich braku. Drugim obciążeniem jest charakterystyczne skupianie się na błahych szczegółach, a pomijanie istotnych aspektów ocenianej sytuacji. Takie myślenie chorego jest określane mianem abstrakcji selektywnej. W błędnej logice myślenia osoby chorej pojawia się również nadmierne uogólnianie. Dotyczy ono oceniania siebie, jako osoby bezwartościowej, niekompetentnej, na podstawie jednej sytuacji, informacji. Kolejnym błędem logicznym w procesach myślowych osoby chorej są istotne błędy oceny, polegające na wyolbrzymianiu trudnych doświadczeń i pomniejszaniu pozytywnych bodźców. Ostatnim elementem, o którym mówi Beck, jest personalizacja, której dokonuje chory, poczuwając się do brania odpowiedzialności za niemalże wszystkie złe wydarzenia na Ziemi (Seligman, Walker, Rosenhan, 2007).

Kolejnym modelem teoretycznym depresji, wypływającym z nurtu poznawczego, jest model wyuczonej bezradności, autorstwa Seligmana. W tym ujęciu człowiek, który doświadczył niekontrolowanych, ale trudnych zdarzeń, nosi w sobie przekonanie o tym, że w przyszłości również nie doświadczy korelacji pomiędzy włożonym w działanie wysiłkiem, a rezultatem. Takie myślenie obciąża jednostkę, która cechuje się negatywnym stylem percepcji i wyjaśniania zdarzeń. Chore na depresje osoby, dokonujące uogólniania wewnętrznych atrybucji negatywnych zdarzeń, najczęściej wierzą w ich własne –

niepożądane – cechy i zwyczaje, jako źródło problemu. Utrwalanie w sobie, na poziomie procesów poznawczych, przekonania o braku nadziei, wywołuje u osoby objawy depresyjne (Hammen, 2006).

W poznawczych teoriach traktujących o depresji pojawia się także społeczno-środowiskowy model autorstwa Lewinsohna. W tej koncepcji podkreślany jest pozytywny aspekt wzmocnień płynących z otoczenia jednostki, pełniący rolę swoistej ochrony przed odczuwaniem objawów depresyjnych. Źródłem wsparcia jest według tego modelu satysfakcja czerpana przez jednostkę z przyjacielskich relacji i interakcji z osobami w jej otoczeniu. W kontraście, osoby doświadczające depresji mają ograniczoną ilość takich pozytywnych wzmocnień ze strony drugiego człowieka, co potwierdzają badania empiryczne (Miętkiewicz, Szeluga, Pankiewicz, Skrzydeł, 2005).

### **1.3.2. Psychodynamiczna koncepcja depresji**

Depresja rozpatrywana jest, w nurcie teorii psychodynamicznej, jako nieodzowne zjawisko zachodzące w ramach rozwoju człowieka. W tym założeniu, każda osoba może odnaleźć w swoim wewnętrznym doświadczeniu stan, który identyfikujemy jako depresję. Ma on wynikać z utraty czegoś lub kogoś, co dla człowieka było bliskie, ważne, z czym się mocno utożsamiał. Równie prawdopodobne jest odnalezienie w swoim wewnętrznym „ja” odczuć depresyjnych, takich jak poczucie braku i smutku, wynikające ze zmiany etapu rozwojowego, swoistego przejścia i związanej z nim zmiany. W kontekście stanu depresyjnego, jako jednostki chorobowej, psychodynamiczne modele określają depresyjność człowieka jako uciążliwe odczuwanie braku obiektu. To podejście wiąże się z teorią relacji z obiektem, której autorką jest Klein (za: Radziwiłłowicz, 2012). W tej koncepcji wyróżnia się realną rzecz lub osobę (nazywaną obiektem zewnętrznym) i jego intrapsychiczną interpretację (obiekt wewnętrzny). Współczesne ujęcie teorii relacji z obiektem jest źródłem wyjaśnienia dla mechanizmów patologicznych związanych z deficytami relacji z obiektami identyfikowanymi jako wystarczająco dobre. Teoria Klein nawiązuje w znacznej mierze do relacji z bliskim opiekunem (najczęściej matką), która była źródłem licznych frustracji, wywołanych rozszczepieniem obrazu obiektu zewnętrznego (matki) na dobry i zły. Istotnym elementem teorii Klein jest również założenie, iż dziecko przechodzi, w ramach rozwoju psychicznego, przez dwie pozycje, rozumiane jako połączenie relacji obiektem, obron i popędów. Pierwsza z nich to pozycja schizoidalna,

w której dziecko doświadcza lęku wynikającego z rozszczepienia obrazu matki na dobrą (opiekuńczą, kojącą, przytulającą) i złą (frustrującą, opuszczającą dziecko). Wraz z rozwojem, dziecko zaczyna posiadać zdolność do odróżnienia matki od swoich wyobrażeń dotyczących matki i własnej osoby, w wyniku czego matka zaczyna być przez nie postrzegana zarówno jako osoba dobra, jak i budząca czasem niechęć, złość. To prowadzi do ambiwalentnego podejścia do matki, charakterystycznego dla pozycji depresyjnej. Dziecko zmagając się z odczuwaniem złości, autoagresją, poczuciem winy i lękiem przed zniszczeniem własnej matki, jakiego miałyby dokonać swoją złością. Właściwym rozwiązaniem tego konfliktu rozwojowego jest dokonanie przez dziecko procesu symbolizacji, polegającego na zinternalizowaniu dobrych doświadczeń i utworzenie dobrego, wewnętrznego obiektu. Zbyt wysoki poziom gniewu, w stosunku do doświadczanej miłości, utrudnia przeprowadzenie symbolizacji. To z kolei skutkuje, u dorosłej już osoby, tendencją do wchodzenia w patologiczne mechanizmy wychodzenia z pozycji depresyjnej oraz odczuwaniem winy, straty, zaniżonego poczucia własnej wartości – lub jej braku. Charakterystyczne dla chorych na depresję jest więc osobliwe nastawienie do samego siebie, przepełnione brakiem przekonania o własnej wartości i tendencjami do samooceny ukierunkowanej na karę (Radziwiłłowicz, 2012).

### 1.3.3. Interpersonalne modele depresji

Teoretyczna koncepcja interpersonalna depresji łączy się w pewnych aspektach z psychodynamicznym modelem depresji oraz z teorią społeczno-środowiskową Lewinsohna, wskazując na braki kompetencji interpersonalnych jako przyczyny zaburzeń depresyjnych. Koncepcje interpersonalne wskazują na międzyludzkie więzi jednostki jako czynniki określające stan zdrowia osoby. Występowanie depresji rozpatrywane jest w tym nurcie jako zjawisko o kontekście społecznym, określone poprzez relacje nawiązywane przez osobę depresyjną z osobami dla niej znaczącymi. Taka perspektywa obejmuje relacje romantyczne, przyjacielskie, zawodowe i rodzinne człowieka, a także inne społeczności, do których osoba przynależy (przykładowo: współmieszkańcy). Tenże model teoretyczny depresji zakłada, że wystąpienie objawów depresyjnych uzależnione jest od wpływu kontaktów emocjonalnych jednostki, słabych relacji społecznych, poczucia osamotnienia, a także utrudnień w zakresie funkcjonowania społecznego (na przykład komunikacyjnych). Osoby, które mają poczucie braku bądź niewystarczającego wsparcia społecznego, albo czują

się odrzucone przez innych, są narażone na większe ryzyko doświadczania przewlekłych zaburzeń depresyjnych. Dodatkowo, jednostki o takich trudnościach interpersonalnych, mogą wymagać wielotorowego wsparcia psychoterapeutycznego, przykładowo: obok uczestnictwa osoby depresyjnej w treningu umiejętności społecznych, może być konieczne włączenie chorego i jego bliskich w systemową terapię rodzinną (Radziwiłłowicz, 2012).

#### 1.4. Uwarunkowania zaburzeń depresyjnych

Zrozumienie działania mechanizmów rozwoju i przebiegu depresji, wymaga pochylenia się nad oddziaływaniem czynników, takich jak uwarunkowania biologiczne, psychospołeczne i społeczno-kulturowe.

##### 1.4.1. Czynniki biologiczne

Wśród uwarunkowań biologicznych występowania zaburzeń depresyjnych znaczenie mają czynniki genetyczne. Osoby, u których krewnych wystąpiły schorzenia natury depresyjnej, mogą częściej doświadczać objawów depresyjnych. Jednakże skomplikowane rozróżnienie czynników genetycznych od wpływu uwarunkowań środowiskowych uniemożliwia uzasadnianie występowania zaburzeń depresyjnych jedynie na podstawie podłoża genetycznego (Carson, Butcher, Mineka, 2003). Korelację pomiędzy podejściem teoretycznym, a badaniami nad genetycznym dziedziczeniem tendencji do depresji, wykazują studia nad tymże aspektem, którym poddano bliźnięta i dzieci adoptowane. To w przypadku bliźniąt odnotowano działania czynników biologicznych w powstawaniu depresji, przy czym znaczenie genetycznego związku z osobami obciążonymi chorobą jest niewielkie. Porównanie wyników badań pomiędzy bliźniętami jedno- i dwujajowymi pozwoliło stwierdzić, iż parametr zgodności wynosi 48% dla bliźniąt jednojajowych, natomiast w przypadku bliźniąt dwujajowych sięga on 42%. Odnotowano również, porównując współczynniki zgodności w grupie osób spokrewnionych z chorymi na depresję, a osobami adoptowanymi, że ryzyko wystąpienia zaburzeń depresyjnych u osób adoptowanych jest osmiokrotnie niższe, niż w rodzinach spokrewnionych. Można wnioskować, iż czynnik genetyczny ma umiarkowany wpływ na uwarunkowanie depresji (Seligman i in., 2007).

Innym ujęciem biologicznych uwarunkowań występowania depresji jest rola neuroprzekaźników, a dokładniej – hipoteza monoaminowa. Idea ta zakłada, że w niektórych przypadkach pojawienie się depresji to wynik częściowego lub całkowitego braku norepinefryny, dopaminy lub serotoniny w kluczowych ośrodkach receptywnych mózgu (Carson i in., 2003). Jest to o tyle istotne, że neuroprzekaźniki z tejże grupy pełnią kluczową rolę w funkcjonowaniu układu limbicznego mózgu, a więc tej części układu nerwowego człowieka, która wpływa na emocję i kontrolę popędów (Hammen, 2006).

Analogiczne zmiany, wpływające na mechanizmy zaburzeń depresyjnych, dotyczą także układów hormonalnych. Endokrynologiczne czynniki warunkujące depresję są odnotowywane przede wszystkim w roli, jaką odgrywa oś podwzgórze – przysadka – nadnercze, a w szczególności kortyzol – hormon zwany potocznie hormonem stresu. Takie nazewnictwo ma swoje uzasadnienie naukowe, bowiem okazuje się, iż ponad połowa pacjentów cierpiących na depresję ma podwyższony poziom kortyzolu w surowicy krwi. Dodatkowo, u pacjentów z poważną depresją substancja odpowiedzialna za niwelowanie poziomu tego hormonu, deksametazon, nie redukuje poziomu kortyzonu bądź ogranicza jego działanie jedynie przejściowo. Niewłaściwe działanie osi podwzgórze – przysadka - tarczyca także wpływa na występowanie zaburzeń nastroju, co warunkuje depresję u osób chorych na niedoczynność tarczycy. Co więcej, w grupie 25 %- 40 %osób cierpiących na depresję zauważalne jest, pomimo prawidłowego poziomu hormonu tarczycy, zakłócenie funkcjonowania osi podwzgórze – przysadka –tarczyca. Skutkuje ono nieprawidłową reakcją na tyreotrop – hormon wpływający na podnoszenie poziomu hormonu tarczycy (Carson i in., 2003). W zakresie wpływu gospodarki hormonalnej na zaburzenia depresyjne istotne są także dwa inne hormony – estrogen u kobiet oraz testosteron u mężczyzn. Epizody depresji występujące u kobiet po porodzie, przed menstruacją i przechodzących okres menopauzy, wiążą się ze spadkiem poziomu estrogenu, którego obecność warunkuje dobry nastrój. We wspomnianych przypadkach depresji u kobiet okazuje się, że podniesienie poziomu estrogenu skutkuje zanikiem objawów depresyjnych. Z kolei w przypadku mężczyzn, u których wykryte jest zaniżone wydzielanie testosteronu przez jądra, skuteczne są zastrzyki lub naskórne plastry zawierające ten hormon. Podniesienie poziomu testosteronu zazwyczaj poprawia nastrój, zwiększa libido i energię. Korelacja pomiędzy poziomem estrogenu i testosteronu, a zaburzeniami depresyjnymi, najprawdopodobniej wynika z mechanizmów regulujących dostępność serotoniny w mózgu (Seligman i in., 2007).

Kolejna grupa czynników wpływających na występowanie depresji to czynniki neurofizjologiczne, związane z budową oraz funkcjonowaniem konkretnych obszarów mózgu. Istotną rolę odgrywa lewa kora przedczołowa, której uszkodzenia nierzadko prowadzą do depresji. Podobnie, w przypadku chorych bez uszkodzeń w obrębie tego obszaru mózgu, pacjenci dotknięci depresją wykazują niski poziom aktywności tegoż obszaru lewej półkuli mózgu. Dodatkowo, osoby w głębokiej depresji, mają niższy metabolizm w obszarze przedczołowym półkul mózgowych, zwłaszcza w obrębie lewej strony (Carson i in., 2003).

#### 1.4.2. Czynniki społeczno-kulturowe

Teorie podkreślające znaczenie czynników społeczno-kulturowych w kontekście występowania zaburzeń psychicznych głoszą, iż patologiczne objawy występujące w zdrowiu psychicznym jednostki to nie tyle choroba, wymagająca diagnostyki i leczenia, co wynik interakcji osoby z innymi ludźmi, zjawiskami w jej środowisku oraz internalizacji niekorzystnych stereotypów kulturowych (Olesiński, Rosiński, 2014). Kramer (2007) podaje, iż na wystąpienie epizodu depresyjnego mogą wpływać wydarzenia stresujące, jakich doświadcza jednostka, a które wiążą się ściśle z relacjami interpersonalnymi osoby chorej. Mogą to być problemy rodzinne, konflikty w ważnych dla jednostki osobami, zgodny wśród bliskich czy rozpad związku. Zdecydowanie istotnym czynnikiem wywołującym objawy depresyjne jest doświadczenie, które uderza w pewność siebie, poczucie wartości jednostki. Do tego typu zdarzeń należy odrzucenie ze strony bliskich. Kramer (2007) wspomina również o negatywnych skutkach doznawania straty, którą jednostka identyfikuje jako upokarzającą. Kluczowym elementem stresujących wydarzeń, który decyduje o pojawieniu się objawów o charakterze depresyjnym, jest odpowiedzialność osoby (jej współudział) w wydarzeniu stresogennym. Tego typu doświadczenie niesie większe ryzyko wywołania depresji, niż zdarzenie zachodzące niezależnie od chorego. Wśród istotnych czynników ryzyka wystąpienia depresji Kramer wymienia również doświadczenia wyniesione ze środowiska rodzinnego. Trauma wywołana utratą rodziców, molestowanie seksualne, bądź inne patologie w obrębie rodziny, to czynniki będące znaczącym przykładem na to, iż zdarzenia środowiskowe wpływają na wystąpienie depresji. Dodatkowo, znaczenie mają również warunki bytowe jednostki, poziom wykształcenia i jakość wsparcia społecznego, jakim objęta jest osoba. Negatywne konsekwencje dla osób z tendencjami do depresyjności ma również środowisko z dostępem do alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Dostęp do tych



środków, obok biologicznych uwarunkowań depresyjnych osoby, wzmacnia ryzyko pojawienia się objawów choroby afektywnej (Kramer, 2007).

Kolejnym czynnikiem warunkującym wystąpienie zaburzeń depresyjnych jest płeć i rola społeczno-kulturowa jednostki oraz wiążące się z nią stereotypy i oczekiwania, o czym pisze Frąckowiak-Sochańska (2010). Dążąc do wyjaśnienia społecznego ugruntowania różnic leżących u podstaw występowania depresji u kobiet i mężczyzn, warto pochylić się nad kilkoma teoriami. Jedną z nich wiąże się ze stereotypowym ujęciem roli kobiety w życiu rodzinnym. Największe ryzyko doświadczenia objawów depresyjnych dotyczy: samotnych matek, mężatek niepracujących zawodowo z racji pełnienia opieki nad dziećmi i gospodarstwem domowym oraz kobiet zamężnych, które jednocześnie pracują i opiekują się dziećmi. Tendencje depresyjne wymienionych grup kobiet uzasadniane są narzuconymi społecznie oczekiwaniami, że rola kobiety wiąże się z priorytetowym realizowaniem potrzeb bliskich (których ma zadanie zaopiekować), a drugorzędnością dbania o potrzeby własne. Dodatkowo, takie postrzeganie roli kobiety w systemie rodzinno-zawodowym, to źródło stresogenne, prowadzące do wypalenia, które z kolei często skutkuje obciążeniem emocjonalnym i obniżeniem nastroju. Kolejną hipotezą mającą uzasadniać częstsze występowanie objawów depresyjnych u kobiet, niż u mężczyzn, jest doświadczanie przemocy. Mimo tego, że mężczyźni również bywają ofiarami, to właśnie kobiety-ofiary doświadczają dogłębnej traumy, najczęściej z powodu bliskiej relacji z oprawcami. Wśród teorii odwołujących się do czynników depresji związanych z płcią pojawia się również aspekt zróżnicowanych strategii radzenia sobie ze stresem. Te różnice pomiędzy mężczyznami, a kobietami, można wskazać na poziomie poznawczym. Stereotypy społeczne niosą ze sobą oczekiwanie, iż kobieta doświadczająca silnego stresu, dogłębnie analizuje napotykaną trudność i związane z nią emocje. Taki mechanizm potęguje odczuwanie negatywnie wpływających na jednostkę emocji, zwiększając tym samym ryzyko pojawienia się objawów depresyjnych. Tymczasem mężczyzna, według schematów społecznych, powinien podejmować się działania – albo ukierunkowanego na rozwiązanie problemu, albo odwracającego uwagę od trudności. Dlatego też, na poziomie objawów depresyjnych, wśród kobiet dominują lęk i smutek, z kolei mężczyźni przeżywają te emocje pod postacią złości, maskującej rzeczywiste obciążenia emocjonalne. Wymienione różnice w obrębie doświadczania zaburzeń depresyjnych przez kobiety i mężczyzn można w takim ujęciu potraktować jako skutek socjalizacji płciowej (Frąckowiak-Sochańska, 2010).

## 1.4.2. Sposoby leczenia depresji

Rozwój nauki umożliwia współcześnie leczenie zaburzeń depresyjnych, w tym nawet głębokiej depresji, z wysokim poziomem skuteczności w zakresie łagodzenia objawów choroby. Niezależnie od wybranego sposobu leczenia dolegliwości pacjenta, leczenie zaburzeń depresyjnych jest złożonym procesem i wymaga czasu. Najczęściej wymaga ono kompleksowych działań, obejmujących zarówno leczenie farmakologiczne, jak i psychoterapię, a nierzadko również terapie środowiskową.

### • Farmakoterapia

Współczesne leki przeciwdepresyjne, oddziałujące stymulująco na systemy neuroprzekazników w mózgu, odnoszą dużą skuteczność u większości pacjentów depresyjnych. Tak zwane antydepresanty różnią się jednak efektami działania oraz skutkami ubocznymi, natomiast to, co spójne dla każdego rodzaju farmakoterapii w chorobach depresyjnych, to konieczność oczekiwania na rezultaty – nawet do kilku tygodni (Stirling, Hellewell, 2005). Przeciwdepresyjne środki farmakologiczne to grupa zróżnicowana zarówno pod względem struktury chemicznej, jak i nie do końca jeszcze wyjaśnionych mechanizmów działania. Kierując się dychotomicznym podziałem tej grupy leków, można wyróżnić środki o budowie trójpierścieniowej (TLPD, przykładowo: amitriptylina, klomipramina, imipramina, dibenzapina) oraz leki o strukturze chemicznej innej, niż trójpierścieniowa – do tej grupy klasyfikowana jest większość nowych leków, określanych w wybranych źródłach przeciwdepresyjnymi lekami drugiej generacji. Z kolei klasyfikacja przeciwdepresyjnych środków farmakologicznych ze względu na przypuszczalne mechanizmy działania wyróżnia farmaceutyki, których efekty polegają na: hamowaniu wychwytu zwrotnego wybranych monoamin (głównie noradrenaliny i serotoniny), bezpośrednim wpływie na postsynaptyczne receptory neuronów noradrenaliny i serotoniny lub oddziaływaniu na selektywne lub nieselektywne inhibitory monoaminooksydazy. Wybrane leki normotymiczne (głównie węglan litu) oraz niektóre środki neuroleptyczne również wykazują wpływ przeciwdepresyjny. Podstawą klasyfikowania klinicznego leków jest ich wpływ na oddziaływanie na trzy cechy zaburzeń depresyjnych, to jest odczuwalność lęku, napęd psychomotoryczny oraz natężenie objawów. Podejmując się schematycznego przedstawienia podziału leków przeciwdepresyjnych, według wspomnianego kryterium, można wyróżnić: środki o wyraźnym działaniu uspokajającym i przeciwlękowym, które nie wpływają zasadniczo na napęd psychoruchowy (na przykład doksepina, trimipramina,

fluwoksamina i paroksetyna); leki wpływające w słabszym stopniu na objawy lękowe i umiarkowanie na napęd psychomotoryczny (fluoksetyna, amitriptylina, imipramina, klomipramina, moklobemid); leki przeciwdepresyjne o działaniu odhamowującym obniżony napęd, a niewpływające uspokajająco i przeciwlękowo w wyraźnym stopniu. Istotnym aspektem działania wyodrębnionych grup lekowych jest zanik różnic w oddziaływaniu na podstawowe cechy depresyjne pacjenta. Najprawdopodobniej zniwelowanie tychże różnic, następujące po dwóch tygodniach farmakoterapii, wynika ze zdolności adaptacyjnych receptorów noradrenergicznych i serotonergicznymi. Dodatkowym aspektem oddziaływania tak zwanego efektu psychotropowego jest fakt, iż obok prognozowanego działania włączonego leku pojawia się również różnica w profilu działania aktywnych metabolitów danej substancji, który może być odmienny od materii macierzystej (Pużyński, 2002). Dobór leków przeciwdepresyjnych uzależniony jest od kilku czynników. W przypadku grupy leków trójpierścieniowych (TLPD) wskazane jest stosowanie ich w depresjach o znacznym nasileniu objawów, nacechowanych lękiem oraz bezsennością, a także u chorych doświadczających (poza depresją) towarzyszących zespołów bólowych. Stosowanie selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) wskazane jest w przypadku depresji przebiegających łagodnie bądź umiarkowanie (Rybakowski, 2016).

- **Psychoterapia**

Leczenie depresji w psychologicznym aspekcie obejmuje takie nurty terapeutyczne, jak terapie poznawcze i psychodynamiczne. Terapie poznawcze mają na celu bezpośrednie i krótkie w czasie złagodzenie objawów. Oddziaływania psychodynamiczne, w ujęciu klasycznym, są ukierunkowane na długoterminowe zmiany, polegające na uświadomieniu pacjenta o istnieniu w nich niewłaściwie skierowanego gniewu. Wywołują go konflikty, których rozwiązanie ma przynieść poprawę samopoczucia pacjenta. Jedną z form terapii psychodynamicznej jest terapia interpersonalna, trwająca – podobnie jak terapia poznawcza – krótkoterminowo. Obszar pracy w tym nurcie opiera się raczej na obecnych relacjach społecznych, niż na relacjach, których pacjent doświadczał w przeszłości (Seligman i in., 2007). Terapia poznawcza oparta jest na dorobku Becka i dążeniu do postawienia oporu błędom logicznym oraz negatywnym myślą pacjenta. Ma ona na celu wyedukowanie pacjenta w zakresie poradzenia sobie z problemami i zapanowania nad sytuacjami, które, we wcześniejszej optyce chorego, wydawały się nierozwiązywalne. Rolą terapeuty jest czynne przeprowadzenie pacjenta w stronę reorganizacji działań i sposobów myślenia, a obszarem pracy terapeutycznej jest przede wszystkim teraźniejszość. W terapii poznawczej można wyodrębnić przede wszystkim cztery specyficzne sposoby pracy: ujawnianie myśli

automatycznych, weryfikowanie tychże myśli w rzeczywistości, ćwiczenie zmiany atrybucji, modyfikowanie założeń depresyjnych. Dzięki wypracowaniu umiejętności identyfikowania oraz analizowania swoich wizji katastroficznych, a także doszukiwania się dowodów na zaprzeczanie im, pacjent (docelowo) potrafi wyeliminować źródła swoich negatywnych myśli, dzięki czemu zaczynają one zanikać. Istotnym elementem tejże terapii jest także uwolnienie pacjenta od przekonania o własnej winie za zaistniałe, nieprzyjemne sytuacje. Charakterystyczne dla pacjentów depresyjnych, irracjonalne obwinianie się, może zostać przepracowane dzięki zwróceniu uwagi chorego na fakt, iż obok jego (ewentualnego) dyletanctwa pojawiają się także inne czynniki, wpływające na pojawianie się negatywnych wydarzeń. Istotnym elementem terapii poznawczej jest obalanie obciążających założeń, na których, według Becka, człowiek chorujący na depresję opiera swoją perspektywę. Badania potwierdzają, iż przeprowadzenie pacjenta przez zmianę na poziomie poznawczym pozytywnie wpływa na poprawę stanu zdrowia chorego (Seligman i in., 2007).

Psychoterapia w nurcie psychodynamicznym opiera się na założeniu, iż osobowość pacjenta można zmienić, a sam proces terapeutyczny to czas podejmowania prób dokonania tejże zmiany. Stąd też jest to terapia długookresowa, nierzadko trwająca wiele lat. Charakterystyczną cechą tego modelu terapeutycznego jest dążenie do wpłynięcia na procesy myślenia i działania osoby chorej, zachodzące we wnętrzu jej psychiki. Zachodzi analiza nierozwiązanych dotąd zadań rozwojowych, konfliktów wieku dziecięcego, w których upatruje się podłoża niskiej samooceny pacjenta. Terapeuta i pacjent podejmują próby wglądu w te elementy osobowości, które dotknięte są zaburzeniami, by wzbogacić zasoby pacjenta o kolejne mechanizmy obronne ego, wzmocnić jego siłę i indywidualizację (Krzyżowski, 2002).

Trzecim ze wspomnianych nurtów terapeutycznych wykorzystywanych w pracy z pacjentami depresyjnymi, jest podejście interpersonalne. Bazuje ono na terapiach psychoanalitycznych Sullivana i Fromm-Reichman. W tym modelu terapeutycznym odchodzi się od założeń związanych z mechanizmami obronnymi, czy też doświadczeń z dzieciństwa (Seligman i in., 2007), na rzecz doszukiwania się przyczyn zaburzeń zdrowia psychicznego w podejmowaniu prób adaptacji jednostki do otoczenia, którego uwarunkowania utrudniają prawidłowe funkcjonowanie chorego. U podstaw terapii interpersonalnej leży również przekonanie o pozytywnym wpływie bliskich relacji na osobę, a podczas działań terapeutycznych pacjent podejmuje próby rozwiązania swoich trudności w relacjach z innymi. Praca w tym nurcie ma na celu wyciszenie objawów poprzez redukcję stresu, odczuwanego przez chorego, a także zniwelowanie zależności jednostki od innych osób (Maliszewska,

Preis, 2004). Obszary problematyczne, którymi zajmuje się terapia interpersonalna, to przeżywane reakcje żalu, spory, tranzytowe okresy w pełnieniu ról społecznych, a także deficyty kompetencji społecznych. Irracjonalne poczucie żalu przepracowywane jest poprzez ponowne wzbudzenie żałoby za utraconą relacją i wsparcie pacjenta w stworzeniu nowej więzi, kompensującej stratę z przeszłości. Kwestię sporów w relacjach terapeuta opiekuje poprzez przybliżenie pacjenta do odpowiedzi na pytanie, w jakim kierunku chciałby podążać w problematycznej relacji. Dodatkowo, pacjent buduje swoje kompetencje komunikacyjne, negocjacyjne i asertywność. Kiedy doświadczeniem obciążającym pacjenta jest zmiana roli, terapeuta stwarza przestrzeń do dokonania wtórnej oceny zakończonej roli, ekspresji uczuć związanych z jej utratą oraz zbudowania nowych schematów wsparcia społecznego. W przypadku pracy z pacjentem o ograniczonych bądź znikomych kompetencjach społecznych, terapeuta dąży do odkrywania utartych, negatywnych wzorców zachowań społecznych osoby chorej. W kolejnych krokach pacjent wciela się w specyficzne role, odgrywając sytuacje społeczne i rozwijając swoje kompetencje komunikacyjne. Interpersonalny model terapii okazuje się być skuteczny w profilaktyce nawrotów stanów depresyjnych oraz w pracy z młodzieżą. Dodatkowo, badania wskazują na pozytywne skutki tejże terapii u 70% osób chorych depresję. Wśród zalet tego podejścia terapeutycznego znajdują się także praktyczne podejście, krótkoterminowość i brak efektów ubocznych (Seligman i in., 2007).

## Rozdział 2. Problematyka obrazu siebie

Niniejszy rozdział przybliży zagadnienia związane z problematyką obrazu siebie. Zaprezentowane zostaną zarówno kwestie terminologiczne i kontekst historyczny rozwoju tego pojęcia w psychologii, jaki i zagadnienia związane ze strukturą i rozwojem obrazu siebie człowieka. Dodatkowo, niniejszy rozdział uwzględni również problematykę obrazu siebie w ujęciu wybranych teorii psychologicznych i wskaże na uwarunkowania i rolę obrazu siebie w życiu jednostki.

### 2.1. Obraz siebie – zarys historyczny i terminologia

Problematyka obrazu siebie niejednokrotnie stanowiła obszar zainteresowań zarówno teoretyków, jak i osób prowadzących badania empiryczne nie tylko w zakresie psychologicznego poznania człowieka, ale także w dyscyplinach takich, jak socjologia czy pedagogika. Można stwierdzić, iż poznanie człowieka - zarówno w kontekście problematyki obrazu siebie, jak i zachowań jednostki regulowanych w znacznym stopniu właśnie przez tenże obraz, jest oparte w znacznym stopniu właśnie na pogłębianiu problematyki związanej z obrazem siebie. Sama terminologia związana z obrazem siebie, którą można spotkać studiując literaturę przedmiotu, jest bogata w różne określenia tego pojęcia. Podążając za opracowaniem Majewicza (2002, s. 32) warto wyróżnić następujące terminy: „**ego** (Freud 1981), **self** (Jung 1981), **obraz własnej osoby** (Reykowski 1970), **obraz samego siebie** (Ossowski 1986), **obraz siebie** (Siek 1986), **obraz własnego „ja”** (Hornowski 1985), **autoportret** (Zawadzki 1970), **struktura „ja”** (Łukaszewski 1978), **samowiedza** (Kozielecki 1986), **autocharakterystyka** (Ossowski 1967), **autoprezentacja** (Wojciszke 1986), **proprium** (Allport 1988) (...) **koncepcja siebie** lub **pojęcie o sobie** (Kulas 1986)” (Za: Majewicz, 2002, s. 32). Zamienne stosowanie wymienionych terminów w literaturze przedmiotu jest często, choć nie zawsze słuszne. Zdecydowanie należy bowiem rozróżnić rozumienie pojęcia „ja” w terminologii „ego” i „self”. „Ego” odnosi się bowiem do podmiotowości, istnienia jednostki, organizmu, podczas gdy „self” traktuje o określonym zasobie wiedzy, jaką człowiek posiada o samym sobie (Brzezińska, 1973, za: Majewicz, 2002).

Początki teoretyzowania nad obrazem siebie można zauważyć już w starożytnych osiągnięciach Arystotelesa, który w swoich rozważaniach traktował o podziale na cielesność

i niecielesność (Tesser, Felson, Suls, 2004). Tymczasem Pervin (2002) podaje, iż pojęcie „ja” zostało po raz pierwszy użyte w literaturze psychologicznej w 1890 roku przez Jamesa, który uważał, że człowiek rozróżnia percepcję świata na „ja” i „nie-ja”, a podstawą doświadczeń jednostki jest właśnie jej własne pojęcie „ja”. Rozwój prac nad obrazem siebie został wstrzymany wraz z rozpowszechnieniem behawiorystycznego spojrzenia na jednostkę, powodującego odejście od badań nad wewnętrznym funkcjonowaniem człowieka na rzecz studiowania zewnętrznych, łatwo zauważalnych i obiektywnie analizowanych zachowań. Wznowienie popularności problematyki pojęcia „ja” przypisuje się Allportowi i Rogersowi, którzy w latach czterdziestych pochyliли się w swoich pracach nad zagadnieniami świadomości człowieka oraz poczucia własnej wartości jednostki (Pervin, 2002).

Wspomniany powyżej James uznawał „ja” za kluczowy element funkcjonowania jednostki, rozszerzając rozumienie tego pojęcia nie tylko o to, co buduje wewnętrzne procesy człowieka czy jego cielesność, ale także o elementy otoczenia jednostki, która identyfikuje poszczególne obiekty jako należące do niej – w tym nie tylko przedmioty, ale też bliskie osoby (Łaguna, 1996).

W 1977 roku Markus przyczyniła się do rozwoju psychologicznych rozważań nad pojęciem obrazu siebie, wprowadzając do dyskursu pojęcie „schematów ja”. Autorka w ten sposób określiła struktury poznawcze, które jej zdaniem człowiek tworzy w taki sam sposób w odniesieniu się do samego siebie, jak i do świata zewnętrznego (Pervin, 2002). Schematy ja, zdaniem Markus, to poznawcze generalizacje jednostki na swój temat, stworzone w oparciu o doświadczenia z przeszłości i wpływające na kierunek przetwarzania przez jednostkę informacji na swój temat (Pervin, 2002). Markus pogłębiła te rozważania, wprowadzając termin autoschematów, które osoba wytwarza w ważnych dla niej obszarach, a których celem jest określenie wartości własnej osoby i wyodrębnienie się spośród innych osób (Wojciszke, 2004).

Z kolei Kozielecki (1986) uważa, że na obraz siebie jednostki składają się przekonania, sądy i opinie, które osoba organizuje w zespoły porządkujące jej obraz siebie, a które dotyczą jej postaw, wyglądu zewnętrznego, poziomu inteligencji oraz posiadanych umiejętności i zdolności. Autor wskazuje również, że w skład obrazu siebie jednostki wchodzi również jej postrzeganie własnych potrzeb psychicznych, indywidualnych aspiracji oraz relacji interpersonalnych i pozycji, na jakiej jednostka umiejscawia się wśród innych osób (Kozielecki, 1986).

Tymczasem obraz siebie według Kulas (1986, za: Maderska, 1998) to ogół wyobrażeń, pojęć i wiedzy, jaką jednostka nagromadziła o samej sobie, składający

się na relatywnie niezmienny system opinii jednostki. Na jego podstawie buduje ona swój stosunek uczuciowy do samej siebie (Kulas, 1986, za: Maderska, 1998).

Wojciszke (2004) uważa „ja” za swobodną strukturę składającą się z różnych tożsamości oraz ról, które jednostka pełni w społeczeństwie, obok których istnieją również przekonania osoby na własny temat, jej samoocena, a także cele i wartości, z którymi jednostka się identyfikuje. Autor wskazuje, że ogniwami „ja” jednostki są jej ciało, samowiedza, tożsamość oraz umiejętności związane z podejmowaniem działań w oparciu o cele, a także zdolność do samoregulacji i dokonywania wyborów. Wojciszke (2004) podkreśla, że obok tych komponentów należy wziąć również pod uwagę ludzi z otoczenia jednostki, uznawanych norm i wartości, a także pełnionych w życiu ról.

Z kolei Fitts, autor Tennessee Self - Concept Scale (narzędzia, które wykorzystano w części badawczej działań na poczet niniejszej pracy) uważał, że jednostka posługuje się obrazem siebie jako swoistym punktem odniesienia do świata, który ją otacza (Mangan i Peterson, 1982).

Dostrzegając liczne ujęcia dotyczące obrazu siebie można wysnuć wniosek, iż jest to tematyka nie tylko niezwykle popularna w dyskursie psychologicznym, ale także kluczowa dla zrozumienia integralności działań człowieka.

## **2.2. Struktura i kształtowanie się obrazu siebie jednostki**

Samowiedza jednostki, będąca podstawą kształtowania się obrazu siebie, powstaje przede wszystkim w oparciu o sądy, których jednostka dokonuje na temat własnych działań i własnej osobowości. Fundamentem tych sądów o własnym „ja” są dla człowieka oceny, które człowiek czerpie od innych ludzi, ale także wytwarza samodzielnie, na bazie zamierzonego oraz nieintencjonalnego zdobywania informacji o sobie samym w ciągu własnego życia (Kozielecki, 1986).

Zdaniem Tyszkowej (1978), w obrazie siebie jednostki można wyodrębnić kilka obszarów. Pierwszy z nich, to dane związane z tożsamością jednostki, a więc informacje dotyczące jej imienia, nazwiska, płci, wieku czy też pełnionych ról społecznych. Druga sfera, o której pisze Tyszkowa (1978), to spostrzeżenia jednostki dotyczące jej wyglądu wewnętrznego, a więc właściwości budowy ciała, ogólne cechy organizmu, poziom sprawności fizycznej i ruchowej czy rysy twarzy. Kolejny element obrazu ciała dotyczy, według autorki, opinii jednostki na temat posiadanych przez nią kompetencji, zdolności, możliwości realizacji konkretnych zadań czy wykonywania poszczególnych czynności oraz



poziomu inteligencji. Dodatkowo, znaczenie dla obrazu siebie człowieka ma w tym ujęciu to, w jaki sposób reaguje na różne sytuacje, jak traktuje własne potrzeby i jakie stawia sobie wymagania, a także jakie wykazuje preferencje i postawy. Strukturę obrazu siebie, według Tyszkowej (1978), dopełnia wniosek osoby o tym, jaką pozycję zajmuje w społeczeństwie, jak jest przez innych spostrzegana, z jakimi oczekiwaniami spotyka się ze strony innych ludzi oraz to, jaki jest stosunek do drugiego człowieka samej jednostki (Tyszkowa, 1978).

Podjętą próbę opisu struktury obrazu siebie Kozielecki (1986) wyodrębnia trzy typy sądów, nazywając je mianem składników centralnych lub osiowych. W ich skład wchodzi: sądy wartościujące, opisowe oraz sądy dotyczące standardów osobistych. Sądy wartościujące określane są również samoocenami, a ich zakres obejmuje specyficzne cechy danej osoby – od właściwości fizycznych jednostki, poprzez jej cechy osobowości, do relacji, jakie ma z innymi ludźmi. Treść sądów opisowych (tak zwany samoopis) jednostka formułuje na podstawie elementów z własnej biografii, opierających się na faktach i przyjmujących najczęściej właściwości informacyjne. Z kolei sądy, których jednostka dokonuje odnośnie osobistych standardów, obejmują aspiracje i życzenia dotyczące pożądanego przez osobę, idealnego stanu (Kozielecki, 1986).

Ponad to, Kozielecki (1986) poszerza elementy składowe obrazu siebie o tak zwane komponenty peryferyczne, będące kolejnymi dwoma rodzajami sądów. Pierwszy z nich to sądy dotyczące reguły, na bazie której jednostka generuje wiedzę o własnej osobie. Dotyczą one świadomości jednostki na temat tego, jakie reguły warunkują u niej tworzenie przekonań o swoim charakterze i posiadanych kompetencjach. Drugi rodzaj tych sądów wiąże się z zasadami, na których jednostka opiera komunikowanie swojej samowiedzy. Determinują one reorganizację wiedzy osobistej jednostki w wiedzę na swój temat, którą dzieli się z otoczeniem, nadając jej charakter publiczny (Kozielecki 1986).

Reykowski (1970) twierdzi, iż jedną z cech charakterystycznych dla człowieka jest powtarzająca się tendencja do dokonywania samooceny w konkretny sposób. Przejawia się ona w kształtowaniu się obrazu siebie jednostki w oparciu o dwa kryteria. Pierwsze z nich to tendencja do porównywania siebie do własnego obrazu idealnego „ja” i określane jest mianem kryterium wewnętrznego. Drugim wyznacznikiem kształtującym samoocenę jest w tym ujęciu zestawianie własnych osiągnięć jednostki z dokonaniem innych osób, ujmowane jako kryterium zewnętrzne (Reykowski, 1970).

Opisywane tendencje człowieka do oceniania samego siebie może się przejawiać na trzy sposoby, warunkujące jakość dokonywanej samooceny. Jednostka, która ocenia swoje predyspozycje wspólnie do konkretnego zadania czy przedsięwzięcia, kształtuje

prawidłową samoocenę, podczas gdy osoba nie docenia swoich uwarunkowań tworzy samoocenę o zaniżonym poziomie. Trzeci sposób to przecenienie swoich możliwości, prowadzące do zawyżonej samooceny (Reykowski, 1970). Osoba, która zaniża poziom swoich zdolności, umiejętności czy pozycji społecznej, staje się mniej aktywna, nie wierzy w możliwość poradzenia sobie z trudniejszymi zadaniami, a w konsekwencji - unika ich podejmowania i nie osiąga pełni swojego potencjału. Postawa osoby nie doceniającej się skutkuje również obniżeniem jej poczucia własnej wartości i godności (Jankowska, 2011).

Z kolei zawyżona samoocena i postrzeganie swoich możliwości na wyższym niż rzeczywisty poziomie, prowadzi jednostkę do angażowania się w zadania będące poza zasięgiem realnych umiejętności danej osoby. Takie zjawisko może być dla człowieka pozytywne w skutkach i o ile błąd oceny dotyczącej własnych umiejętności nie jest duży, wywołuje mobilizację. W efekcie może nastąpić rozwój jednostki, osiągającej więcej, niż w przypadku adekwatnego spojrzenia na własne możliwości. Niemniej jednak nierzadkim ryzykiem jest, w przypadku osób z zawyżoną samooceną, niezdolność do osiągnięcia wyznaczonego celu, prowadząca do frustracji. Dodatkowo, w takich sytuacjach mogą manifestować się tendencje osoby do wskazywania innych ludzi jako odpowiedzialnych za jej własne niepowodzenia. W takim wypadku człowiek z zawyżoną samooceną uważa, że osoby w jego otoczeniu są nieodpowiedzialne, zarozumiałe i wywołują sytuacje konfliktowe (Jankowska, 2011).

Siek (za: Jankowska, 2011) wskazuje, że samowiedza człowieka cechuje się pewnymi przymiotami, wśród których autor wymienia możliwość posiadania przez jednostkę globalnego lub zróżnicowanego obrazu siebie, albo stabilnego bądź niestabilnego obrazu siebie. Posiadanie obrazu siebie o charakterze globalnym dotyczy tych osób, które mają niekompletną, niejasną i nieprecyzyjną wiedzę o samym sobie. W związku z tym jednostka ma trudność w określeniu, jakie role życiowe pełni, nie przypisuje sobie konkretnych cech oraz nie charakteryzuje jej poczucie odrębności od innych jednostek. Dodatkowo, taki człowiek posiada również mały zakres wiedzy o tym, jak funkcjonuje jego ciało i jakie mechanizmy kierują funkcjonowaniem jego sfery psychicznej. Tymczasem jednostki o stabilnym obrazie siebie wykazują powtarzalność zachowań oraz charakteryzują się stałością stylu życia i trwałymi cechami, które identyfikują jako własne, co znacząco wpływa na poczucie godności i własnej wartości jednostki. Charakteryzując obraz siebie należy wskazać również na jego cechy osobliwe, które można zaprezentować w formie przeciwstawieństw: akceptacja siebie i brak samoakceptacji, podobieństwo ideału siebie

i brak tego podobieństwa oraz samoświadomość lub brak znajomości swojego wewnętrznego „ja” (Jankowska, 2011).

Kozielecki (1986) uważa, że głównym elementem dotyczącym samowiedzy jednostki jest samoakceptacja. Autor (Kozielecki, 1986) identyfikuje to pojęcie jako uogólnioną postawę jednostki do samej siebie, w której zawiera się samozadowolenie, poczucie godności i szacunku do siebie samego oraz poczucie własnej wartości. Wyznacznikiem samoakceptacji jest integracja ujęcia „ja realnego” z „ja idealnym”, uzależniona od tego, na ile obraz siebie jednostki jest zbliżony z jej wyobrażeniem o ideale siebie. Poziom dysharmonii tych właściwości rzutuje na poziom samooceny – im większy rozdźwięk pomiędzy tymi cechami, tym niższy stopień akceptacji samego siebie, powodujący ryzyko pomniejszenia kompetencji adaptacyjnych jednostki. Z kolei wgląd w siebie, pozwalający na samopoznanie, opiera się na zdolności jednostki do przyjęcia spostrzeżeń dotyczących samego siebie z optyki zbliżonej do tej, którą postrzegają jednostkę inni ludzie. Co więcej, znajomość siebie wiąże się także z akceptacją również takich własnych właściwości fizycznych czy cech psychicznych, które w kulturze i społeczeństwie jednostki spotykają się z małą aprobatą (Jankowska, 2011).

Sama geneza obrazu siebie, przedstawiana w literaturze przedmiotu, wydaje się być opisywana w zgodny sposób przez różnych autorów. Murphy (za: Siek, 1986) opisuje trzy fundamentalne etapy rozwoju obrazu siebie jednostki. Rozwój ten inicjuje kształtowanie się zrębów obrazu własnego „ja” poprzez doznawanie przez jednostkę sygnałów dochodzących wewnątrz jej ciała. Kolejny etap buduje obraz siebie osoby poprzez nadawanie przez innych ludzi etykiet odnoszących się do zachowań dziecka spostrzeganych przez otoczenie. Trzeci etap krystalizowania się obrazu siebie człowieka opiera się na jego własnych spostrzeżeniach dotyczących swoich zachowań, szczególnie w kontekście dążenia do osiągnięcia konkretnej pozycji i sukcesów oraz porażek doświadczanych w związku z tymi aspiracjami. Trwałe segmenty obrazu siebie powstają wtedy, kiedy dochodzi do integracji tych trzech sfer samowiedzy (Murphy, za: Siek, 1986).

Kozielecki (1986) również wyróżnia trzy stadia rozwoju obrazu siebie, dokonując podziału wynikającego ze zmian jakościowych zachodzących w obrębie struktury, treści i roli jaką obraz siebie pełni w zachowaniu jednostki. W ten sposób autor wyodrębnia samowiedzę elementarną, przypadającą na pierwsze trzy lub cztery lata życia człowieka, następnie etap samowiedzy zróżnicowanej, która rozwija się u jednostki od czterech do jedenastu lub dwunastu lat oraz ostatni etap kształtowania się obrazu siebie w ramach rozwoju

samowiedzy dojrzałej, przypadającego na okres życia człowieka od 12 do 24 roku życia (Kozielecki, 1986).

Konkludując, kształtowanie się obrazu siebie jednostki opiera się na postawach jakie spotyka ona względem swojej osoby ze strony innych ludzi oraz na bazie jej własnych doświadczeń.

### **2.3. Obraz siebie w wybranych koncepcjach teoretycznych**

Zagadnienie obrazu siebie w ujęciu psychologicznym jest na tyle popularne, iż doczekało się zarówno różnych rozważań teoretycznych, jak i badań wspierających te koncepcje. W tej części niniejszej pracy zostaną przybliżone teoretyczne ujęcia obrazu siebie w teoriach autorów takich, jak: Allport (proprium), Higgins (rozbieżność „ja”) oraz Rogers („prototyp ja”).

#### **2.3.1. Obraz siebie według Allporta – teoria proprium**

Teoria proprium, autorstwa Allporta, opiera się na sposobie, w jaki tenże autor definiuje osobowość. Allport ujmuje osobowość człowieka jako umiejscowioną w jego wnętrzu, czynną organizację systemów o charakterze psychicznych i fizycznych, których istnienie wpływa na to, jak jednostka przystosowuje się do otaczającego ją środowiska (Oleś, 2003). Fundamentalnym elementem budującym osobowość (zdaniem Allporta) są cechy, które autor rozumie jako tendencje do wykazywania przez jednostkę specyficznych reakcji. Zdaniem Allporta to cechy konkretnego człowieka umożliwiają mu koordynowanie zachowań w sposób warunkujący stałość i spójność tychże działań (Pervin, 2002). Co istotne, koncepcja Allporta akcentuje istnienie tak zwanego proprium – tego, co w obrębie własnej osobowości nie musi być zawsze człowiekowi dostępne czy świadome. Wynika to z założenia Allporta, że obraz siebie jednostki to nie tylko uświadomione przez nią elementy osobowości, ale także te aspekty, których jednostka nie obejmuje (w pełni) świadomością (Bruksik, 2000).

Allport (1988) podkreśla, że rozwój i działalność tych wszystkich elementów osobowości zachodzi równolegle w toku życia jednostki – niezależnie od tego, które z nich i w jakim stopniu są uświadomione. Autor podaje następujące aspekty funkcjonowania proprium:

- **Poczucie własnego ciała** – składające się z bodźców wpływających z poszczególnych części ciała jednostki. Najczęściej jest to element zachodzący bez świadomości człowieka – sporadycznie może być to doznanie odtworzone przez jednostkę w świadomości.
- **Poczucie tożsamości** – rozwijające się sukcesywnie, przede wszystkim na skutek interakcji ze społeczeństwem oraz na podstawie obserwacji poczynionych przez jednostkę, dotyczących zmian rozwojowych zachodzących w obrębie jej własnego ciała.
- **Miłość własna** – łączona z szacunkiem do samego siebie, związana z zadowoleniem i dumą z siebie oraz z przekonaniem jednostki o własnej skuteczności.
- **Rozszerzone „ja”** – będące wynikiem procesów uczenia się człowieka, który zdobywa w nich poszanowanie dla środków własnych, wyznawanych wartości – finalnie definiując je jako „moje”. Na etapie wczesnego dzieciństwa owo rozszerzenie polega na identyfikacji z rodzicami, w kolejnych latach życia opiera się ono na budowanych przez człowieka relacjach z innymi ludźmi oraz poczuciu przynależności do konkretnej grupy społecznej.
- **Nośnik racjonalności** – będący kluczowym elementem w umożliwieniu jednostce uświadomienia sobie własnych zdolności związanych z konstruktywnym myśleniem, ukierunkowanym na rozwiązywanie zagadnień problemowych i sprostanie sytuacjom trudnym.
- **Obraz samego siebie** – łączący spojrzenie jednostki na swoją aktualną sytuację z jej wizją przyszłości.
- **Dążenia osobiste** – nawiązujące do wpływu proprium na motywację jednostki. Oparte na motywacjach osobistych jednostki oraz jej aspiracjach i realizacji potrzeb.
- **Podmiot poznania** – odnoszący się do świadomości jednostki na temat wielowymiarowości posiadanych przez nią „ja” (Allport, 1988).

Rozwój proprium jednostki zachodzi nieustannie. Allport uważa, że każdy człowiek może je wykształcić, a formowanie się i dojrzewanie proprium zachodzi w pięciu etapach (Tucholska, 1997).

Na pierwszym etapie rozwoju człowieka, kiedy jest jeszcze niemowlęciem, funkcje proprium nie manifestują się. W pierwszej kolejności dostrzegane są przejawy funkcjonowania „ja” somatycznego. W dalszym rozwoju jednostki istotne zaczyna być poczucie systematyczności, będącej fundamentem do powstania tożsamości „ja”. Dwuletnie

dziecko zaczyna dokonywać oceny samego siebie i odczuwać potrzebę bycia afirmowanym. Następnie zachodzi zjawisko poszerzania „ja”, co prowadzi do pojawienia się przejawów szacunku dla osób bliskich, rzeczy, wartości i ideałów.

Na drugim etapie rozwoju proprium pierwszorzędne staje się znaczenie obrazu siebie. Zdaniem Allporta (1988) dziecko formułuje reprezentacje swojego „ja” w okresie pomiędzy czwartym, a szóstym rokiem życia.

Trzeci etap rozwoju proprium przypada pomiędzy szóstym, a dwunastym rokiem życia jednostki i polega na dominacji elementów racjonalnych – dziecko rozwiązuje napotymane problemy dzięki zdolnościom intelektualnym, które opanowuje. Jednostka dostrzega również, że w codziennym funkcjonowaniu może korzystać ze zdolności myślenia i posługiwania się rozumem (Allport, 1988).

Na czwartym etapie rozwoju proprium dominuje znaczenie społecznego funkcjonowania młodego człowieka oraz rola decyzji, jakie jednostka podejmie odnośnie swojej przyszłości i tego, jakie wyznaczy sobie cele oraz jaką drogę rozwoju obejmie. Dorosły człowiek dostrzega poszczególne cechy i doznania, jest w stanie uświadomić sobie odczuwane stany oraz dokonać ich integracji i utożsamić je z własnym „ja”. Osoba dorosła jest w stanie dokonywać autorefleksji oraz ma świadomość własnych potrzeb, celów i poglądów. Dodatkowo, dojrzały człowiek jest w stanie patrzeć na siebie z perspektywy innych ludzi i być krytycznym wobec podejmowanych przez siebie działań (Allport, 1988).

Autor koncepcji proprium zaznacza, że nieprawidłowy przebieg etapów rozwoju proprium skutkuje zaburzeniami, a ukształtowanie się dojrzałej osobowości jest możliwe tylko wtedy, kiedy tenże rozwój nie ulegnie zahamowaniu (Allport, 1988).

### **2.3.2. Rozbieżność „ja” w teorii Higginsa**

Teoria rozbieżności „ja” Higginsa (1987, za: Bąk, 2005) powstała celem swoistego uporządkowania heterogeniczności rozpatrywania aspektów pojęcia „ja”. Autor opracował swoją teorię rozbieżności „ja” w oparciu o syntezę koncepcji wywodzących się z dorobku teorii relacji z obiektem i psychologii społeczno-poznawczej (Pervin, 2002). Samo pojęcie „ja” jest według Higginsa tożsame z wiedzą człowieka o samym sobie, wchodzącą w skład jego struktury poznawczej. Źródłem tej wiedzy są doświadczenia człowieka – zarówno własne, jak i te zdobyte w procesie socjalizacji (1987, za: Bąk, 2002).

W koncepcji Higginsa można dostrzec podział na trzy zasadnicze warianty „ja”: realne, idealne i powinnościowe, różniące się od siebie zawartością treści. W przypadku realnego „ja” mamy do czynienia z cechami jednostki, które są aktualne i rzeczywiście ją charakteryzują. Treść „ja” idealnego obejmuje taką poznawczą reprezentację cech, do której jednostka aspiruje. Z kolei „ja” powinnościowe dotyczy poczucia odpowiedzialności

i obowiązku, które narzuca jednostce przekonanie o tym, jakie cechy jest zobligowana posiadać. Higgins określa „ja” idealne i powinnościowe mianem standardów, bądź ukierunkowań (Kofta, Doliński, 2000). Dodatkowo, w teorii Higginsa specyficzne jest rozpatrywanie pojęcia „ja” w wymiarze podmiotowym, w ramach którego człowiek buduje swój obraz siebie w oparciu o dwie perspektywy: własną - dotyczącą tego, jak jednostka spostrzega samą siebie i osób znaczących - obejmującą przekonanie jednostki na temat tego, jak jest spostrzegana przez innych (Bąk, 2002). Higgins (za: Bąk, 2005) dostrzega zachodzenie infiltracji podmiotowego i przedmiotowego ujęcia „ja”, skutkującej możliwością wykształcenia się u jednostki sześciu stanów „ja”:

- 1) „ja” realne budowane w oparciu o własną perspektywę jednostki,
- 2) „ja” realne kształtowane na podstawie perspektywy postaci znaczących dla jednostki
- 3) „ja” idealne ustalane według własnej percepcji samego siebie,
- 4) „ja” idealne definiowane na bazie optyki osób znaczących dla jednostki,
- 5) „ja” powinnościowe opierające się na własnych przekonaniach osoby,
- 6) „ja” powinnościowe formułowane na gruncie perspektywy osób znaczących dla człowieka (Bąk, 2005).

W myśl teorii uwarunkowań Higginsa, dwa pierwsze elementy modelu „ja” dotyczą tego, co w dyskursie naukowym określa się obrazem siebie, natomiast cztery kolejne (z opisanych powyżej) stany odnoszą się do ukierunkowania „ja” (Bąk, 2020). Meritum teorii Higginsa jest analiza korelacji pomiędzy emocjonalną, a poznawczą sferą funkcjonowania „ja”. Autor konkluduje, iż znaczny rozdźwięk w obrębie stanów afektywnych jednostki, wywołanych rozbieżnościami „ja”, można skorygować na drodze wyodrębnienia dwóch kategorii emocji.

Pierwsza z nich, określana przez Higginsa „*dejected-related emotions*”, obejmuje doświadczanie przez jednostkę zniechęcenia, przygnębienia, smutku, poczucia nieszczęścia, przykrości oraz frustracji. Z kolei druga kategoria emocji składa się, zdaniem autora, z napięć,

niepokojów, lęków, strachu, obaw, trosk, zmartwień i poczucia winy. Te kategorię Higgins określa mianem „*agitation-related emotions*” (Higgins, za: Bąk, 2002).

Pierwsza grupa emocji występuje w skutek rozbieżności pomiędzy „ja” realnym, a „ja” powinnościowym. Jednostka zderza się z przekonaniem, że nie wywiązała się z zadań postawionych przed nią przez osoby znaczące czy samą siebie. Wywołuje w niej to negatywny stan emocjonalny, powiązany z konsekwencjami, strachem, prowadzący do złości czy urazy ukierunkowanej na innych ludzi. Ta kategoria emocji łączy się także z pogardą do samego siebie, obwinianiem się i obniżonym poczuciem własnej wartości. Z kolei rozbieżność zachodząca pomiędzy „ja” powinnościowym, a „ja” realnym skutkuje tym, że jednostka jest zmieszana, niepewna, zagubiona. Co więcej, ten typ rozbieżności może wywoływać zarówno emocje o nacechowaniu lękowym, jak i depresyjnym (Bąk, 2005).

Analizując zależności prezentowane przez Higginsa można wnioskować, jakie konsekwencje dla afektu jednostki mają poszczególne rozbieżności. W przypadku dysharmonii pomiędzy realnym, a idealnym obrazem siebie, pojawia się stan afektywny o charakterze depresyjnym, to jest: poczucie przygnębienia, zniechęcenia, smutku czy niezadowolenia i tym podobnych. Tymczasem jednostka charakteryzująca się zgodnością tych aspektów konceptu „ja” odczuwa zadowolenie, satysfakcję i pogodny nastrój. Dodatkowo można dedukować, iż osoba doświadczająca konfliktu pomiędzy realnym, a powinnościowym obrazem siebie, wykazuje tendencje do odczuwania napięcia, lęków, obaw czy poczucia winy. Z kolei zgodność tych koncepcji własnego „ja” sprawia, że człowiek jest zrelaksowany, wyciszony i odczuwa spokój wewnętrzny (Bąk, 2002).

### **2.3.3. Prototyp „ja” – koncepcja Rogersa**

Znaczny wkład w rozwój teorii dotyczących obrazu siebie miał Rogers, który w 1947 roku uznał znaczenie „ja” jako istotne dla rozważań osobowości człowieka. W ciągu czterech dekad badań nad tym zagadnieniem Rogers przyjął podejście fenomenologiczne do konceptu „ja”, starając się badać percepcję człowieka na samego siebie i swoje otoczenie (Pervin, 2002). Obraz siebie był jednym z kluczowych dla Rogersa zagadnień, które definiował jako uporządkowany i zharmonizowany zbiór pojęć, zbudowany przez jednostkę z percepcji samej siebie i swoich relacji z innymi ludźmi oraz światem zewnętrznym. W skład tego zbioru pojęć wchodzi także, zdaniem Rogersa, wartości przypisywane przez jednostkę poszczególnym spostrzeżeniom. Autor uważał, że ta konstrukcja pojęć stanowi pełną całość aktualną w konkretnym momencie życia jednostki, przy czym pozostaje elastyczna i ulega



nieustannym modyfikacją. Dodatkowo, zdaniem Rogersa, człowiek może funkcjonować zarówno z uświadomioną, jak i nieuświadomioną treścią tejże konstrukcji, przy czym jednostka jest świadoma obrazu siebie (Rogers, 1991 za: Uchnast, Hreciński, 2012).

To właśnie „ja” jednostki jest, według Rogersa, kluczowym elementem jej pola fenomenologicznego. Autor traktował treść tego pola jako własność konkretnej jednostki, jednocześnie widział wartość w pogłębianiu zrozumienia tego, w jaki sposób dany człowiek patrzy na świat oraz jakie znaczenia temu zaobserwowanemu światowi przypisuje. W ujęciu Rogersa człowiek dokonuje percepcji i nadaje znaczenie ich treściom w sposób, który pozwala na pogrupowanie ich w trzy kategorie: ja, siebie, mnie. Autor twierdzi, iż „ja” jednostki wpływa na jej działania, jednak nie jest to równoznaczne z przejmowaniem kontroli nad zachowaniami człowieka. Dodatkowo, Rogers wskazuje, że obok „ja” osoby istnieje również jej „ja idealne”, będące wzorcem jej wymarzonego obrazu siebie, sformułowane na podstawie znaczących i wyjątkowo cennych dla jednostki idei (Pervin, 2002).

Rozwój „ja”, zdaniem Rogersa, jest w okresie dzieciństwa znacząco uzależniony od tego, na ile dziecko doświadcza ze strony rodziców wsparcia, pochwał oraz aprobaty. Czynniki te nie tylko wzmacniają formowanie się poczucia własnej wartości młodego człowieka, ale także pozwalają mu na wzbogacenie swojego „ja” nowymi doświadczeniami, co prowadzi do harmonii pomiędzy „ja” a doświadczeniem. Z kolei doświadczenia, które są sprzeczne ze strukturą „ja” jednostki, mogą być odrzucone lub zmodyfikowane przez nią w sposób niwelujący poczucie zagrożenia samooceny. W wyniku tego zjawiska pojawia się rozdźwięk pomiędzy „ja” a doświadczeniem jednostki – Rogers twierdzi, iż to właśnie działania obronne dotyczące poczucia własnej wartości, skutkujące negowaniem doświadczeń niespójnych ze strukturą „ja”, mogą prowadzić do tendencji psychopatologicznych jednostki. W przekonaniu autora kluczowe jest posiadanie przez jednostkę obrazu siebie o pozytywnym wydźwięku, umniejszające naciskowi na spójność tego obrazu. Istotnym dla funkcjonowania człowieka rodzajem niezgodności jest również dysharmonia pomiędzy realnym „ja” a idealnym obrazem siebie. Przy nasileniu tejże rozbieżności zwiększa się poziom niezadowolenia jednostki z samej siebie (Hall, Lindzey, Campbell, 2004).

Analizując wkład Rogersa w rozważania nad koncepcjami „ja” należy podkreślić jego szeroką perspektywę na osobowość człowieka, obejmującą zarówno sferę afektywną, jak i poznawczą, a także to, co dostępne w świadomości z tym, co nie uświadomione. Kluczowe, w ujęciu koncepcji Rogersa, jest pogodzenie ludzkiej potrzeby pozytywnego spojrzenia na samego siebie z koniecznością zachowania harmonii w strukturze „ja”.

W zawodowych działaniach Rogersa manifestowało się dążenie do pogodzenia tych dwóch potrzeb i wsparcia napotkanych mu osób w tym, by potrafiły świadomie i z akceptacją doświadczać swoich uczuć (Pervin, 2002).

## 2.4. Uwarunkowania obrazu siebie

Kształtowanie obrazu siebie jednostki uwarunkowane jest w znacznym stopniu przez czynniki zewnętrzne, takie jak: wpływ społeczny oraz wpływ opinii czy ocen ze strony osób znaczących dla jednostki, a także czynniki o charakterze wewnętrznym: własna aktywność jednostki oraz bodźce płynące z organizmu w toku dojrzewania biologicznego (Kozielecki, 1986).

Podobne uwarunkowania rozwoju obrazu siebie wskazuje Niebrzydowski (1995), wskazując, że samoocena kształtuje się przede wszystkim w skutek oddziaływania czynników takich, jak: oceny i opinie płynące ze strony osób ważnych dla jednostki, sukcesy i niepowodzenia, których doświadcza jednostka, porównania dokonywane przez człowieka w kontekście własnej osoby w stosunku do wzorców osobowościowych, a także status społeczno-ekonomiczny i wykształcenie rodziców oraz poziom uznania, jaki mają oni w miejscu zamieszkania (Niebrzydowski, 1995).

Z kolei Siek (1986) podaje, iż kluczowy wpływ na rozwój pojęcia „ja” oraz „ja idealnego” w pierwszych etapach życia jednostki mają rodzice. W głównej mierze owo oddziaływanie na dziecko występuje w czterech postaciach, takich jak: dokonywania wartościowania oraz ocen w stosunku do zachowań dziecka, nadawanie dziecku określeń, etykiet, dostarczanie określonych modeli zachowania oraz stawianie dziecku wymogów względem konkretnych zachowań w danych sytuacjach. Skutkuje to wytworzeniem się w „idealnym ja” jednostki takich cech, które pozostają w harmonii z oczekiwaniami znaczących dla niej postaci (Siek 1986). W kolejnych etapach rozwoju „ja idealnego” jednostki wzrasta poziom znaczenia, jaki ma dla niej grupa społeczna. Jednostka zaczyna dążyć do postępowania według wymagań, które identyfikuje jako własne, w skutek wpływów mechanizmów oddziaływania grupowego. Wynika to z potrzeby człowieka, jaką jest aprobatą ze strony danej grupy społecznej i prowadzi jednostkę do prób osiągnięcia cech, które dla tejże grupy są cenne i atrakcyjne (Przetacznikowa, Włodarski, 1979).

W przypadku osób, które doświadczają starty w zakresie możliwości funkcjonowania, takiej jak choroba czy kalectwo, pojawia się inny proces powstawania „ja idealnego”.

Jest on oparty na porównaniach dokonywanych pomiędzy realnym „ja”, a przeszłym wzorcem własnej osoby (Łukaszewski, 1974).

Tymczasem Uchnast i Hreciński (2012) opracowali cztery typy charakteru, które zdaniem badaczy mają związek z obrazem siebie jednostki. Osoby zaliczane do grupy dostosowujących się mają tendencję do sztywności zachowań nacechowanych obronnie, co ma uchronić status quo jednostki. Skuteczność w działaniach zabezpieczających własne „ja” wykazują osoby o rywalizującym typie charakteru, tymczasem osoby o charakterze typu synergicznego cechują się otwartością i wychodzeniem z inicjatywą, a także przejawiają wyraźne skłonności do współdziałania z innymi ludźmi celem rozwijania potencjału własnego i innych. Czwarty typ charakteru, opisany przez Uchnastę i Hrecińskiego (2012) jako ostrożny, jest podobny do jednostek typu synergicznego, jednocześnie odróżnia go ponadprzeciętna, przesadna ostrożność w działaniu.

Autorzy wskazują na korelację pomiędzy typem charakteru, a pozytywnym lub negatywnym obrazem własnej osoby. Pozytywny obraz siebie, manifestujący się w sympatii i zaufaniu do samego siebie oraz w poczuciu własnej wartości, jest typowy dla jednostek z ostrożnym lub synergicznym charakterem. Przejawia się to w wysokim poziomie samoakceptacji, pozytywnej percepcji samego siebie, swojego funkcjonowania oraz relacji z innymi ludźmi. Dodatkowo, osoby o tych typach charakteru zdają się być częściej zadowolone ze swojego stanu zdrowia, sprawności fizycznej i wyglądu. Co więcej: oceny, które te jednostki formułują w kontekście obrazu siebie, zdają się być bardziej spójne. Tymczasem, negatywne spojrzenie na własne „ja” jest przypisywane przez Uchnastę i Hrecińskiego (2012) osobom o charakterze dostosowującym się lub rywalizującym. Przejawami negatywnego obrazu siebie tych jednostek są: znikome zaufanie do samego siebie, niski poziom poczucia własnej wartości, nierzadko poczucie załknięcia i nieszczęścia oraz krytyczna ocena stanu własnego zdrowia, sprawności i atrakcyjności fizycznej (Hreciński i Uchnast, 2012).

## **2.5. Rola obrazu siebie w funkcjonowaniu osobowym jednostki**

Istotą ludzkiego, wewnętrznego „ja” jest nie tylko doświadczanie przez człowieka konkretnych doznań. Wojciszke twierdzi (2004), że odgrywana ono znaczącą rolę w funkcjonowaniu interpersonalnym i intrapersonalnym człowieka. W odniesieniu do kontaktów z drugim człowiekiem obraz siebie pozwala nam na układanie tożsamości i dokonywanie symulacji psychiki innych ludzi. Z kolei w ramach wewnętrznego

funkcjonowania człowieka obraz siebie pozwala mu na samokontrolę i autoregulację celowych zachowań (Wojciszke, 2004).

Nikodemka (2003) podaje, iż obraz siebie pełni zadania integrowania i stabilizowania w obrębie struktury osobowości człowieka, dbania o trwałe i powtarzalny charakter jego zachowań. Tak rozumiana, regulacyjna rola obrazu siebie, związana jest z postrzeganiem go jako źródła sądów na temat własnych zdolności jednostki. Z kolei samoocena ma istotny wpływ na to, jaki osoba ma do siebie stosunek oraz na ile siebie akceptuje, warunkując tym samym zachowania oraz motywacje jednostki – zwłaszcza dotyczące działań ukierunkowanych na jej wzrost, jako osoby. Rozwój człowieka zależny jest także od zasięgu kontroli, jaki ma on nad otoczeniem oraz od utrwalania samokontroli i wzmacniania poczucia własnej wartości (Nikodemka, 2003).

Tymczasem Koziński (1981) wskazuje na zasięg wpływu, jakim obraz siebie jednostki oddziałuje na różnorodne aspekty jej funkcjonowania: decyzyjność, akceptowanie bądź odrzucanie innych ludzi oraz wytaczanie ścieżki własnego rozwoju. Autor wyodrębnia cztery funkcje, które może realizować samowiedza, identyfikowana z obrazem siebie jednostki.

Pierwsza z nich – funkcja poznawcza – dotyczy treści informacyjnych zawartych w pamięci jednostki, a znaczących dla rozumienia przez nią własnych cech charakteru, zachowań obserwowanych w poszczególnych grupach społecznych, a także otoczenia fizycznego, sztuki i nauki oraz organizmów żywych. Funkcja ta ma na celu umożliwienie jednostce kształtowania bardziej zwartej i poukładanego spojrzenia na świat i rozwój jej duchowego funkcjonowania. Instrumentalna funkcja samowiedzy umożliwia człowiekowi osiąganie zakładanych celów, funkcja generatywna – formowanie nowych jakości, a funkcja produktywna pozwala na tworzenie hipotez. Ostatnią funkcją samowiedzy, którą wyodrębnia Koziński, jest jej motywacyjna rola, polegająca na mobilizowaniu jednostki do podejmowania i ukierunkowywania działań. W sytuacji, kiedy samowiedza człowieka dotycząca posiadanych możliwości i zdolności nie jest spójna z efektami jego działań, może występować zjawisko napięcia motywacyjnego (Koziński, 1981).

Można zatem wysnuć wniosek, iż obraz siebie pełni przede wszystkim regulacyjną funkcję, zwłaszcza w obszarze rozwoju własnego oraz formowaniu osobowości dojrzałej, opartej na wiedzy dotyczącej nie tylko własnych zalet, ale i wad.

## Rozdział 3. Problematyka łuszczycy w literaturze

Niniejszy rozdział przedstawi jednostkę chorobową, jaką jest łuszczyca. Opisane zostaną zarówno zagadnienia terminologiczne oraz historyczne związane z tą chorobą, jak również jej objawy, przebieg oraz przyczyny. Omówione zostaną także sposoby leczenia łuszczycy oraz psychospołeczne aspekty funkcjonowania osób chorujących na łuszczycę.

### 3.1. Łuszczyca - pojęcie, rys historyczny

Łuszczyca to dermatologiczna, przewlekła choroba skóry o charakterze zapalnym i nawracającym, związana z czynnikami genetycznymi oraz immunologicznymi. Łuszczyca określana jest również terminem „psoriasis”, wywodzącym się z greki, w której „psora” oznacza świąd, natomiast w starożytnej grece termin ten dotyczył również chorób skóry, manifestujących się zmianami skórnymi o charakterze świądowym, krostkowym i złuszczającym. Z kolei łuszczyca, jako jednostka chorobowa zdefiniowana klinicznie, odnotowana została po raz pierwszy w XIX wieku (Łuczowska, Żaba, 2005). Tymczasem można odszukać źródła, które podają, iż pierwsze opisy leczenia łuszczycy sięgają XV wieku przed naszą erą. Odnalezione na starogreckim papiusie medycznym informacje o wybranych chorobach, zalecenia dotyczące stosowania leków oraz wybrane receptury, obejmowały również podział kategorii chorób skóry na dolegliwości o charakterze podrażnieniowym, wrzodziejącym i właśnie łuszczącym. Dodatkowo, pierwsze użycie terminu „psora” przypisuje się Hipokratesowi, który stosował to pojęcie w opisach zmian skórnych o charakterze łuszczącym i swędzącym, a także zaklasyfikował je do grupy schorzeń określanych pojęciem lupoi, w skład której wchodziły wszelkie choroby objawiające się występowaniem na powierzchni skóry suchych, łuskowatych zmian. Prace traktujące o historii chorób skóry wskazują również, że w samym Starym Testamencie pojawia się pojęcie „zaraath”, którego znaczenie oznaczać miałyby trąd lub łuszczycę (Szramka-Pawlak, 2008). Co istotne, na przełomie wieków choroby skórne, zwłaszcza trąd i łuszczyca, były ze sobą nierzadko mylone. To właśnie wspomniany wcześniej Willan, uważany za brytyjskiego ojca współczesnej dermatologii, jako pierwszy dokonał w 1809 roku dokładnego opisu obrazu klinicznego łuszczycy. Wkład w odróżnienie łuszczycy od trądu i wyodrębnienie jej jako odmiennej choroby skóry, miał także wiedeński dermatolog – Hebra. Dzięki swoim obserwacjom dokonał on odrębnych definicji łuszczycy oraz trądu w roku 1841

(Łuczowska, Żaba, 2005). Mimo to, pochodzenie łuszczycy nadal nie było jasne. Znacząca dla zdefiniowania patogenezы łuszczycy okazała się hipoteza Koebnera, który odnotował możliwość korelacji występowania łuszczycowych zmian skórnych z infekcjami oraz zewnętrznymi urazami mechanicznymi. Dodatkowo, Koebner dostrzegł także – jako pierwszy – możliwość istnienia wrodzonych tendencji jednostki do zachorowania na łuszczycę. Co istotne, wspomniane założenia Koebnera znajdują swoje miejsce w aktualnych doniesieniach współczesnej medycyny na temat patogenezы łuszczycy (Łuczowska, Żaba, 2005).

### 3.2. Epidemiologia i etiologia łuszczycy

Łuszczycą uważana jest, podobnie jak atopowe zapalenie skóry, za najczęstszą chorobę skóry. Występowanie choroby jest zróżnicowane pod względem częstotliwości zachorowań w zależności od pochodzenia etnicznego, rasowego oraz geograficznego jednostki, natomiast szacuje się, iż łuszczycą dotyka około 2% światowej populacji (Neneman, Adamski, 2009). Dominującą częstotliwość występowania łuszczycy stwierdza się u osób pochodzenia kaukaskiego, zdecydowanie mniej osób chorych to Azjaci, natomiast najmniejszą częścią populacji dotkniętej łuszczycą są osoby rasy czarnej. Co istotne, łuszczycą nie występuje wśród rdzennych mieszkańców Grenlandii – Inuitów, chociaż badania nad epidemiologią tej choroby wskazują, iż jej występowanie zdecydowanie częściej dotyka populacje zamieszkujące szerokości geograficzne o zimnym klimacie, północną część Globu, niż ludność rezydującą w lokalizacjach o tropikalnym klimacie (Borzęcki, Koncewicz, Raszevska-Famielec, Dudra-Jastrzębska, 2018). Podobne spostrzeżenia dotyczące położenia geograficznego a częstotliwości występowania łuszczycy można dostrzec w Europie. Łuszczycą dotyka od 0,6 % - 6,5 % populacji tego kontynentu, z czego najczęściej są to przypadki osób zamieszkujących północne kraje europejskie. Epidemiologia łuszczycy w Ameryce Północnej jest zbliżona do danych podawanych na temat mieszkańców Europy, co może wynikać z faktu, iż znacząca część mieszkańców kontynentu północnoamerykańskiego jest pochodzenia europejskiego. W krajach azjatyckich łuszczycą występuje rzadziej; odsetek chorych szacuje się na 0,5% - 1,23% populacji w Chinach, 0,29% - 1,18% w Japonii oraz 0,5% - 2,3% w Indiach. Z kolei wśród ludności afrykańskiej łuszczycą dotknięci są najczęściej mieszkańcy południowych i wschodnich rejonów kontynentu, najrzadziej natomiast chorują na łuszczycę osoby zamieszkujące Afrykę Zachodnią. Brak zachorowań na łuszczycę dostrzega się wśród andyjskiej ludności Ameryki

Południowej oraz w populacji Aborygenów zamieszkujących północne, centralne oraz południowe rejony Australii (Borzęcki i in. 2018). Występowanie łuszczycy u dorosłych szacuje się na 0,51 % - 11,43 %, podczas gdy liczba dzieci dotkniętych tą chorobą mieści się w przedziale 0% -1,3%. Epidemiologia łuszczycy w każdej z grup wiekowych osób chorych waha się od 0,09% (Tanzania) do 5,1% (Stany Zjednoczone). Granice występowania łuszczycy wśród dzieci mieszczą się od 0% (Tajwan) do 1,37% (Niemcy), podczas gdy w grupie dorosłych dane te wahają się od 0,51 % (Stany Zjednoczone) do 11,43% (Norwegia). Studiując publikacje dotyczące globalnych danych epidemiologicznych łuszczycy można zauważyć, iż informacje statystyczne dotyczące danego rejonu geograficznego bywają zróżnicowane. Można wnioskować, iż liczne opracowania na temat epidemiologii tej choroby nadal nie przedstawiają pełnego obrazu zagadnienia (Borzęcki i in., 2018).

Zagadnienia związane z etiologią i patogenezą łuszczycy, jako jednej z najczęstszych, przewlekłych chorób skóry, stanowią od wieku źródło zainteresowań dermatologów, patologów i biologów. W literaturze przedmiotu można obecnie spotkać następujące przyczyny zachorowań na łuszczycę:

- **Uwarunkowania genetyczne** – badania naukowe pozwalają wysnuć wniosek, iż około 30% populacji chorych na łuszczycę to osoby, których krewni również zmagają się z tą chorobą, a ryzyko zachorowań u dzieci osób, które chorują na łuszczycę, jest znacząco wyższe (Bowcock i Cookson, 2004, za: Grządziel, Gałązka, 2016). W zależności od wieku jednostki w momencie wystąpienia pierwszych symptomów choroby, wyróżnia się dwa typy łuszczycy:

**Typ I** – tak zwany **młodzieńczy** – ma charakter dziedziczny, występuje zazwyczaj u osób młodych, przed ukończeniem przez nie czterdziestu lat i dotyka około 75% wszystkich chorych na łuszczycę zwykłą (Jabłońska, Majewski, 2010).

**Typ II** – tak zwany **dorosłych** – odnotowywany rzadko, występuje zazwyczaj pomiędzy pięćdziesiątym, a siedemdziesiątym rokiem życia, przy czym najwięcej zachorowań dotyczy osób w wieku sześćdziesięciu lat. W przypadku łuszczycy tego typu najczęściej nie występują powiązania rodzinne, a diagnoza typu II dotyczy około 25% osób chorujących na łuszczycę (Jabłońska, Majewski, 2010).

W przypadku łuszczycy o typie młodzieńczym zauważalna jest między innymi obecność antygeny zgodności tkankowej Cw6, z którym powiązana jest dziedziczna, dominująca mutacja autosomalna. Co więcej, występowanie u jednostki allelu HLA-Cw\*0602 powoduje dwudziestokrotnie większe ryzyko wystąpienia u niej łuszczycy

(Vinod, 2010, za: Grządziel, Gałązka, 2016). Badania nad bliźniętami również potwierdzają tezy związane z dziedzicznością łuszczycy: w przypadku bliźniąt jednojajowych zgodność sięda od 65% - 70 %, podczas gdy u bliźniąt dwujajowych wartości te oscylują w przedziale 15% - 20%. Dodatkowo, na podstawie badań nad rodzeństwem bliźniaczym można stwierdzić, iż na typ łuszczycy, wiek zachorowania, przebieg i stopień zaawansowania choroby również wpływają znacząco czynniki genetyczne (Fry, 2005).

- **Czynniki immunologiczne** – łuszczycyca jest jedną z chorób klasyfikowanych jako autoimmunologiczne, które charakteryzują się autoagresją komórek organizmu jednostki, prowadzącą do wyniszczenia go (Grządziel, Gałązka, 2016). Przyczyną takiego patomechanizmu działania komórek jest m.in. błędne działanie komórek odpornościowych: transmitowanie limfocytów T z lokalizacji zmienionej chorobowo do zdrowej partii skóry pokazuje, iż występują patologiczne zmiany oraz akumulacja granulocytów w obrębie rogowej warstwy naskórka. W przypadku chorych na łuszczycę odnotowywane jest podwyższenie w krwioobiegu poziomu limfocytów T, a także zwiększenie poziomu czynników takich, jak: interleukin 8,17,21, 22, IFN- $\gamma$  oraz czynnik martwicy nowotworu. Wymienione faktory wywołują specyficzne zmiany w obrębie skóry oraz w rejonie stawów człowieka. Współdziałanie różnorodnych czynników natury immunologicznej, obok opisanych powyżej, składa się na bodźce biochemiczne, których występowanie wywołuje patologiczne zmiany ustrojowe. Organizm atakuje wówczas rodzime komórki, jednocześnie dokonując ich regeneracji w destrukcyjnym, szybkim tempie. Jako przyczynę wspomnianych patomechanizmów w obrębie układu odpornościowego jednostki podaje się najczęściej infekcje przebyte przez nią w młodości (Grządziel, Gałązka, 2016).
- **Infekcje bakteryjne** - występowanie łuszczycy jest łączone w największej liczbie przypadków z przebytymi przez osobę chorą infekcjami bakteryjnymi, przede wszystkim wywołanymi przez  $\beta$ -hemolityczne paciorkowce, wchodzące w skład grupy A (GAPS). Najprawdopodobniej przyczyniają się do tego antygenowe właściwości egzotoksyny wytwarzanej przez GAPS, które powodują aktywację specyficznych limfocytów T. Szczególną uwagę przykuwa w tym mechanizmie specyfika działania białka M, którego budowa pierwszorzędowa przejawia podobieństwo do I typu keratyn. Badania wykazują, iż chorzy na łuszczycę mają



znacznie podwyższony poziom tych komórek. Dodatkowo, wysoki poziom dodatniego odczynu ASO (antystreptolizyny - toksyny wydzielanej przez bakterie paciorkowca) odnotowano u 56% przebadanych osób z łuszczycą, z kolei u 31% tej grupy badanych pierwsze symptomy choroby pojawiły się w kilkanaście dni po przejściu paciorkowcowego zapalenia gardła (Grządziel, Gałązka, 2016).

- **Infekcje wirusowe** – analiza danych statystycznych pozwala zauważyć, że ponad 50% pacjentów z łuszczycą wykazuje dodatni wynik w badaniu pod kątem ludzkiego herpewirusa typu 8 (mianowanie HHV-8). Jest to poziom czterokrotnie wyższy, niż w przypadku osób nie chorujących na łuszczycę. Pogłębiona analiza statystyk może sugerować, iż podobne korelacje dotyczą innych wirusów, jak na przykład wirusa HCV. Jednocześnie, brak wystarczającej liczby badań naukowych nie pozwala na jednoznaczne potwierdzenie związków pomiędzy którymkolwiek infekcjami wirusowymi a zachowaniami na łuszczycę (Grządziel, Gałązka, 2016).
- **Leki** – wywołanie oraz zaostrzenie zmian łuszczycowych jest powiązane z wybranymi lekami, wśród których najczęściej wymienia się: węglan litu, beta-blokery, środki przeciwmalaryczne, tetracykliny oraz niesterydowe leki przeciwzapalne. Odkrycia naukowe ostatnich lat dowodzą, iż do powstawania i zaostrzania objawów choroby przyczyniają się także blokery TNF $\alpha$  i receptora interleukiny 6 oraz farmaceutyki zwalczające interferony (alfa, beta, gamma), a także imikwimod, inhibitory ACE, interleukina 2 i blokery wapnia (McCormick, Ayala-Fontanez, Soler, 2016).
- **Stres** – badania udowadniają, iż odczuwanie przez jednostkę stresu psychologicznego wpływa na pogorszenie zmian łuszczycowych, w związku ze zmianami wywoływanymi w obrębie układu odpornościowego. Badacze sugerują, iż wzrost poziomu hormonu stresu, związany z pobudzeniem działania osi podwzgórze-przysadka-nadnercza, może powodować zaostrzenie dolegliwości łuszczycowych. Hormon uwalniający kortykotropinę (CRH), kortykoliberyna, jest głównym składnikiem pobudzającym działanie w obrębie osi podwzgórze-przysadka-nadnercza, istotnym dla ogólnoustrojowych odpowiedzi na stres, a także ważnego dla modulacji reakcji zapalnych organizmu. Odnotowano, że hormon CRH oraz receptor 1 CRH wpływają na regulację miejscowej homeostazy w obrębie skóry - u osób z łuszczycą wydzielanie CRH jest znacząco wyższe. Obecnie nie jest do końca jasne, w jakim

zakresie CRH wpływa zapalnie na skórę, jednocześnie przypuszczalnie jest to związane z oddziaływaniem CRH na keratynocyt, co powoduje nasilenie łuszczycowego stanu zapalnego skóry (McCormick, Ayala-Fontanez, Soler, 2016). Liczni pacjenci podają, iż wystąpienie objawów łuszczycy było poprzedzone traumatycznymi doświadczeniami, takimi jak: śmierć ważnych dla jednostki osób, utrata pracy, czy rozwód. Wyjaśnieniem korelacji pomiędzy gwałtownymi przeżyciami, a wystąpieniem łuszczycy, może być wpływ tychże emocji na układ hormonalny człowieka, zaburzenie procesów metabolicznych i wystąpienie stanów zapalnych skóry (Grządziel, Gałązka, 2016).

- **Używki** – powiązanie pomiędzy spożywaniem alkoholu, a występowaniem łuszczycy, jest złożone i wzbudza kontrowersje. Badania wskazują, iż częstość występowania łuszczycy wśród osób nadużywających alkohol jest wzmożona, a pacjentów o umiarkowanym lub poważnym przebiegu łuszczycy dotyka zwiększone występowanie chorób i śmiertelności związanych z alkoholem. Tymczasem mechanizmy, które miałyby powodować wystąpienie łuszczycy w skutek spożywania alkoholu, pozostają nieznanne. Genetyczna podatność na łuszczycę jest również powiązana z paleniem tytoniu. Badania wskazują, iż palacze posiadający haplotypu HLA-CW6 mają jedenastokrotnie większe ryzyko zachorowania na łuszczycę (w stosunku do osób niepalących, nieposiadających wspomnianego haplotypu) (McCormick, Ayala-Fontanez, Soler, 2016).
- **Uszkodzenia mechaniczne** - po raz pierwszy opisane w 1872 roku, przez wspomnianego w poprzednich częściach niniejszej pracy Koebnera, mechaniczne uszkodzenia skóry powstałe w przypadku urazów fizycznych, mogą prowadzić do powstania lub zaostrzeń łuszczycowych zmian w obrębie skóry chorego. Czynniki fizyczne, takie jak: ukąszenia przez owady, oparzenia, tatuaże, czy odarcie naskórka, przyczyniają się do rozwoju zmian łuszczycowych u osób z łuszczycą z powszechnością od 24% do 51% populacji. Czas rozwoju zmiany łuszczycowej w obrębie skóry, powstałego w wyniku urazu mechanicznego, może zająć od 3 dni do nawet 2 lat od zaistnienia uszkodzenia. Wśród czynników wpływających na tenże rozwój wymieniane są zarówno pory roku ( zimą częściej pojawiają się zmiany łuszczycowe w skutek działania czynników fizycznych) oraz od stanu zaawansowania choroby u danej osoby (McCormick, Ayala-Fontanez, Soler, 2016).

Pomimo nieustannego progresu współczesnej medycyny, przyczyny występowania łuszczycy wciąż nie są w pełni jasne, a kolejne lata badań nad tym schorzeniem przynoszą nowe doniesienia dotyczące czynników etiologicznych tej choroby.

### 3.3. Objawy, rodzaje i przebieg łuszczycy

Łuszczycę charakteryzuje się czerwono-brunatnymi, wyróżniającymi się na tle otoczenia, grudkami o powierzchni pokrytej drobnołuszczącą się, srebrzystą łuską. Zdrapanie tych łusek odsłania błyszczącą warstwę skóry (objaw tak zwanej „świecy stearynowej”), po czym występuje krwawienie kropelkowate (objaw Auspitz), powstałe w skutek naruszenia naczyń w obrębie wydłużonych brodawek skóry umiejscowionych pod naskórkiem o znacząco zmniejszonej grubości (Jabłońska, Majewski 2010).

Początkowe zmiany łuszczycowe mają postać małych grudek, porównywalnych wielkością do końcówki szpilki lub wykwitów 1-2 centymetrowych. Zmiany tego rodzaju pojawiają się na obszernej powierzchni skóry, często w skutek przebytych przez jednostkę infekcji (Jabłońska, Majewski 2010).

Zmiany skórne, które można określić w pełni rozwiniętymi, sięgają wielkości kilku centymetrów, a ich powierzchnia pokryta jest silnie przylegającymi łuskami w srebrzystym kolorze, zwanymi blaszkami łuszczycowymi. Ogniska zmian skórnych rozprzestrzeniają się obwodowo, często wytwarzając obrączki i ustępując w obrębie obszaru środkowego (Jabłońska, Majewski 2010).

Z kolei zmiany, które utrzymują się na skórze miesiącami lub latami, charakteryzują się nierówną powierzchnią i zgrubiałością (Jabłońska, Majewski 2010).

Położenie zmian łuszczycowych bywa rozmaite. Charakterystyczne dla łuszczycy zwykłej jest umiejscowienie w okolicy łokci, kolan i na owłosionej skórze głowy. W tych lokalizacjach ogniska łuszczycy mogą być jedynym, utrzymującym się wiele lat, objawem choroby. Łuszczycę zlokalizowaną na owłosionej skórze głowy nierzadko objawia się w postaci nawarstwionych grubymi łuskami, zlewnych ognisk, które często rozprzestrzeniają się na skórę czoła. Pomimo występowania zmian chorobowych na owłosionej skórze głowy nie dochodzi na ogół do łysienia, nawet jeśli zmiany w łuszczycę mają charakter długotrwały. Łuszczycę skóry głowy może być przez wiele lat jedynym objawem choroby, poprzedzając wystąpienie zmian na innych powierzchniach skóry lub towarzyszyć wykwitom w innych lokalizacjach. Zmianom skórnym może współtworzyć

łuszczyca paznokci, chociaż bywa ona także jedynym objawem choroby. Płytką paznokcia wykazuje czasami wyłącznie wgłębienia, zwane naporstkowaniem – w przypadku, kiedy choroba zajmuje jedynie macierz. Jeśli łuszczyca atakuje również łożysko, paznokcie charakteryzują się tak zwanymi plamami olejnymi, koloru żółtego, umiejscowionymi pod płytką paznokcia. Tymczasem częstymi objawami łuszczycy paznokci są zrogowacenia podpaznokciowe, zmatowienie, zgrubienie, pobruzdowanie, żółte przebarwienia i kruchość (Jabłońska, Majewski 2010).

Klinicznie wyodrębnia się kilka rodzajów łuszczycy (za: Wielowieyska-Szybińska, Wojas-Pelc, 2012):

- **Łuszczyca zwykła plackowata** – charakteryzująca się rumieniowo-naciekowymi blaszkami łuszcycowymi o różnej wielkości, pokrytych warstwami łuski. Jest to najczęściej występująca postać choroby. W przypadku stwierdzenia specyficznej postaci klinicznej, to jest łuszczycy kroplistej, obserwowane są drobne, liczne, rozsiane zmiany o charakterze rumieniowo-żółtawym. Zmiany te mają średnice kilku milimetrów i występują w następujących postaciach:
  - mało lub średnio nasilona,
  - rozległa,
  - erytrodermiczna.
- **Łuszczyca krostkowa** – objawiająca się w obecności jałowych, drobnych krost. Występuje w następujących postaciach:
  - ograniczona stóp i dłoni,
  - ograniczona rozsiana,Uogólniona von Zumbuscha.
- **Łuszczyca stawów** – dotycząca około 25% chorych na łuszcycę, najczęściej występująca wtórnie względem zmian skórnych. Rzadko występuje bez jakichkolwiek zmian w obrębie skóry (wówczas określa się ją mianem izolowanej). Samo łuszcycowe zapalenie stawów (ŁZS) może manifestować się jedynie zmianami na płytce paznokcia. Występowanie ŁZS określa się pod następującymi postaciami klinicznymi:
  - asymetryczne zapalenie skąpostawowe,
  - symetryczne zapalenie wielostanowe,
  - zniekształcające zapalenie stawów,

- łuszczycowe zapalenie stawów kręgosłupa.
- **Łuszczycyca paznokci** – manifestująca się w trzech postaciach:
  - paznokcie naporstkowate, których powierzchnia jest pokryta drobnymi, ograniczonymi zagłębieniami o średnicy zbliżonej do jednego milimetra,
  - objaw kropli oliwy – polegający na przeświecaniu przez płytkę łuszczycowych podpaznokciowych grudek, wyglądających jak żółte plamy,
  - onycholiza, czyli odłączanie się wolnej krawędzi od macierzy paznokcia, nierzadko współwystępuje z nią hiperkeratoza podpaznokciowa.
- **Łuszczycyca wysiękowa** – objawia się występowaniem nieznacznie wilgotnej, mniej rozbudowanej łuski, powlekającej zmiany rumieniowe w lokalizacjach takich, jak zgięcia ciała i fałdy skórne.

Łuszczycyca może również zaatakować błony śluzowe, choć jest to rzadkie zjawisko. Występowanie zmian łuszczycowych dotyczy w tym przypadku ewentualnie jamy ustnej, a w znikomych przypadkach może wystąpić w okolicach genitaliów (Wielowieyska-Szybińska, Wojas-Pelc, 2012).

Obserwacje dotyczące przebiegu choroby pozwalają stwierdzić, iż łuszczycyca typu I (młodzieńczego) charakteryzuje się najczęściej ostrą i przewlekłą postacią oraz nawracającymi zmianami skórnymi. Tymczasem w przypadku łuszczycy występującej u osób dorosłych, około 60 roku życia, dostrzega się zazwyczaj łagodny przebieg choroby. Dodatkowo, na przebieg choroby wpływa również klimat. Istotnie mniejsza liczba chorych odnotowywana jest w lokalizacjach o wilgotnym i umiarkowanym klimacie, w stosunku do rejonów gorących i suchych (Grządziel, Gałązka, 2016).

Ocena zaawansowania przebiegu łuszczycy jest dokonywana przez praktyków klinicznych za pomocą licznych narzędzi, w tym skal takich, jak (za: Radzimińska, i in., 2015):

- Skala PASI (Psoriasis Area and Severity Index).
- Skala BSA (Body Surface Area).
- Skala PGA (Physian's Global Assesment).
- Skala DLQI (Dermtology Life Quality Index)

Skala PASI pozwala na uwzględnienie stopnia nasilenia rumienia występującego w okolicy zmian łuszczycowych, grubości tychże zmian i nawarstwienia łuski, a także

na oszacowanie jaką część powierzchni (pod względem wielkości) zajmują zmiany łuszczycowe w okolicach 4 obszarów ciała (głowa, tułów oraz kończyny dolne i górne). Oszacowane wartości pozwalają na obliczenie, za pomocą właściwego wzoru, jaką wielkość na obszarze skóry zajmują zmiany łuszczycowe (za: Radziwińska, i in., 2015).

Stopień nasilenia choroby określa się, według skali PASI, następująco:

- 0 – gdy nie pacjent nie ma zmian chorobowych,
- 1 – lekki,
- 2 – średni,
- 3 – nasilony,
- 4 – bardzo nasilony.

Powierzchnia zajęcia zmianami chorobowymi ujmowana jest w następujących wartościach:

- 0 – brak zmian łuszczycowych,
- 1 – gdy, zajęte jest poniżej 10% powierzchni skóry,
- 2 – łuszczyca obejmuje od 10% do 30% obszaru skóry,
- 3 – zmiany chorobowe dotyczą od 30% do 50 % powierzchni ciała,
- 4 – zmiany łuszczycowe zajmują od 50% do 70% powierzchni skóry,
- 5 – powierzchnia ciała zajęta jest łuszczycą w przedziale od 70% do 90% ,
- 6 – gdy skóra pacjenta jest zajęta zmianami chorobowymi na powierzchni powyżej 90%.

Maksymalny wynik w skali PASI może sięgać 72. Im większe wartości w obrębie tego wyniku, tym większy stopień zaawansowania i ciężkości przebiegu łuszczycy (Wielowieyska-Szybińska, Wojas-Pelc, 2012).

Skala BSA Wskaźniki skali pozwalają na obliczenie, w ilu procentach (od 0 do 100) powierzchnia ciała pacjenta jest zajęta zmianami łuszczycowymi. W oszacowaniu wyniku BSA bierze się pod uwagę określone lokalizacje, takie jak: szyja i głowa, prawa i lewa kończyna górna, brzuch, klatka piersiowa, górna i dolna część pleców, prawe i lewe udo, prawe i lewe podudzie. Zakłada się przy tym, że poszczególne, wymienione części ciała odpowiadają około 9% całego obszaru skóry pacjenta, a pozostały 1 % dotyczy powierzchni

skóry w okolicy krocza. Inną metodę dokonywania obliczeń w ramach BSA opiera się na założeniu, że obszar dłoni pacjenta (obejmujący także palce) odpowiada 1% całej powierzchni jego skóry. BSA nie powinna być stosowana jako samodzielna skala, między innymi ze względu na fakt, iż nie obejmuje ona morfologii ognisk łuszczycowych (Bożek, Reich, 2016).

Skala PGA pozwala na ocenienie zmian łuszczycowych przez lekarza, który może określić stopień zaawansowania zmian choroby za pomocą siedmiopunktowej skali, o następującej interpretacji:

- 1 – oznacza ciężką postać choroby,
- 2 – wskazuje na umiarkowanie ciężką łuszczycę,
- 3 – określa stadium choroby jako umiarkowane,
- 4 – łuszczycyca ma postać łagodną lub umiarkowaną,
- 5 – choroba przebiega łagodnie,
- 6 – skóra pacjenta prawie nie ma zmian łuszczycowych,
- 7 – ogniska zmian łuszczycowych całkowicie ustąpiły (Wielowieyska-Szybińska, Wojas-Pelc, 2012).

Z kolei Skala DLQI pozwala na oszacowanie, w jakim stopniu łuszczycowe zmiany skórne oddziałują na jakość życia pacjentów oraz na ile ulega ona zmianie na skutek leczenia, jakiemu zostaje poddana osoba chora (Wielowieyska-Szybińska, Wojas-Pelc, 2012).

### **3.4. Leczenie łuszczycy**

Przez wzgląd na różnorodność i mnogość czynników środowiskowych, indukujących lub wpływających na modyfikację przebiegu łuszczycy, leczenie powinno przyjmować charakter kompleksowy.

Terapia łuszczycy powinna obejmować zarówno leczenie miejscowe, w obrębie zmian łuszczycowych, jak i dążenie do eliminacji wykwitów oraz odpowiednią dla pacjenta, systematyczną pielęgnację skóry. Większość pacjentów, objętych farmakoterapią, nie wymaga włączenia leczenia systemowego. W leczeniu miejscowym wykorzystuje się głównie środki zawierające ditranol (cygnoline), kwas salicylowy, dziegieć, analogi witaminy D3, metabolity oraz kortykosteroidy. W przypadku osób, które są dotknięte poważniejszym przebiegiem choroby, może być konieczne włączenie leczenia systemowego.

Do takiej terapii łuszczycy stosuje się m.in. cyklosporynę, metotreksat, retinoidy, antybiotyki czy leki immunologiczne. Istotne jest, by pacjenci z łuszczycą dbali o codzienną pielęgnację skóry, do której powinni stosować preparaty działające keratolitycznie, nawilżająco i natłuszczająco oraz łagodzące podrażnienia (Krajewska, 2015).

Wśród metod leczenia łuszczycy skuteczna okazuje się fototerapia. Pacjenci poddawani się zabiegom, wśród których najmniej inwazyjne są naświetlania wąskopasmowe 311nm UVB, a które można łączyć z miejscowym leczeniem cygnoliną lub odpowiednikami witaminy D3. Innego rodzaju oddziaływanie przynosi foto-chemioterapia PUVA. W ramach tej metody skóra pacjenta jest poddawana naświetlaniu promieniami ultrafioletowymi typu A, których długość to 320-400nm. Fototerapię wyprzedza w tym przypadku doustne podanie pacjentowi psolarenów. Alternatywą dla tych naświetlań jest odmiana PUVA-bath – w czasie tego zabiegu pacjent odbywa kąpiel w roztworze wodnym psolarenów (Wielowieyska-Szybińska, Wojas-Pelc, 2012).

Jednym z najstarszych zabiegów, stosowanych w leczeniu łuszczycy, jest kąpiel w wodach mineralnych lub morskich. Lecznicy wpływ balneoterapii opiera się na wypłukiwaniu czynników chemotaktycznych i cytokin zapalnych, nagromadzonych w naskórku, a także na mechanicznym eliminowaniu łusek. Kąpiele w wodach zawierających stront, siarczany i selen, działają hamująco na proces wytwarzania cytokin, z kolei kadm i potas wpływają regulująco na procesy skórne. Pacjenci zażywający kąpiele leczniczych mają bardziej napiętą i wygładzoną skórę o lepszej elastyczności. Co więcej, kąpiele te zmniejszają odczynowość skóry oraz pomagają w odkażaniu i redukcji zmian łuszczycowych. Dodatkowo, stwierdzono pozytywny efekt balneoterapii na uwrażliwienie skóry na promienie UV (Krajewska, 2015).

Jedną z najbardziej efektywnych metod leczenia łuszczycy staje się stosowanie leków biologicznych, w terapii łuszczycy charakteryzującej się ciężkim przebiegiem i odpornością na standardowe środki leczenia. Zastosowanie technik z obszaru inżynierii genetycznej przyniosło wysoką aktywność farmakologiczną leków biologicznych. Włączenie pacjenta do leczenia biologicznego wymaga szerokiej diagnostyki, a rozważane jest w sytuacji, kiedy responsywność chorego na farmakologiczne środki leczenia ogólnego jest zdecydowania za niska lub powodują one niepożądane skutki uboczne, znacząco wpływające na zdrowie jednostki. Proces kwalifikacji chorego do objęcia terapią lekami biologicznym dotyczy osób dorosłych, które mają za sobą minimum dwie metody z zakresu ogólnego, tradycyjnego leczenia łuszczycy, w czasie stosowania nie krótszym, niż trzy miesiące (Gras, 2018).



Leki biologiczne, dopuszczone do rejestru leków dedykowanych pacjentom z łuszczycą, można zróżnicować przez wzgląd na mechanizm działania. Wyróżnia się:

- inhibitory TNF- $\alpha$  (wśród nich: adalimumab, etanercept, infliksymab, golimumab),
- leki blokujące IL-12/IL-23 (ustekinumab),
- inhibitory IL-17A (iksekizumab, sekukinumab, brodalumab).

Zdecydowanymi zaletami tej grupy leków jest ich wysoka skuteczność, brak toksycznego wpływu na narządy oraz stosunkowo nieliczne działania niepożądane oraz szybko widoczne efekty ich stosowania (Partyka, Czopek, Stanisław-Wallis, Zagórska, 2018).

### 3.5. Psychospołeczne funkcjonowanie osób chorych na łuszczycę

Łuszczycę jest klasyfikowana do grupy chorób psychodermatologicznych, a więc cechujących się obrazem choroby uwzględniającym aspekty psychologicznego funkcjonowania jednostki. Papadopoulos i Bor (1999, za: Miniszewska, 2012) opracowali model łuszczycy pokazujący jej biopsychospołeczny charakter, według którego łuszczycę pojawia się w skutek wzajemnego oddziaływania pomiędzy fizjologiczną, psychiczną i społeczną sferą funkcjonowania jednostki. Według tego modelu, nasilone ogniska łuszczycy powodują u jednostki odczuwanie skrępowania, lęków i obaw o stan zdrowia, a doświadczanie silnych i trudnych emocji wpływa na poczucie własnej wartości człowieka (Miniszewska, 2012).

Liczne badania naukowe wykazują negatywną korelację pomiędzy zmaganiem się z łuszczycą, a jakością życia odczuwaną przez pacjenta. Przewlekły charakter tej dermatozy, podobnie jak brak kontroli nad nieprzewidywanymi wysiewami i zaostrzeniami stanów zapalnych skóry, to jedne z najbardziej uciążliwych aspektów związanych z łuszczycą. Choroba ta odbija się nie tylko na jakości życia pacjentów, ale także na ich bliskich, wpływając negatywnie na życie towarzyskie, codzienne aktywności, funkcjonowanie zawodowe i sferę seksualną chorych (Grozdev i in., 2011).

Łuszczycę o przebiegu ciężkim uniemożliwia niektórym pacjentom podejmowanie aktywności zawodowej. Wśród przyczyn opuszczania dni pracy pacjenci wskazywali właśnie łuszczycę, między innymi ze względu na poczucie bycia dyskryminowanym w miejscu pracy. Co istotne, wydatki związane z leczeniem zmian łuszczycowych są zdecydowanie największe właśnie w przypadku osób z łuszczycą o przebiegu ciężkim, a ponoszone koszty leczenia najmocniej wpływają na stopę życiową pacjentów, którzy mają niskie dochody (Savin, 2003).

Kolejną sferą życia pacjentów z łuszczycą, pozostającą pod negatywnym wpływem choroby, jest aktywność seksualna jednostki. Chorzy, których aktywność seksualna zmalała odkąd rozpoczęła się ich choroba, częściej narzekają na bóle stawów, swędzenie oraz nieznacznie gorszy stan zmian łuszczycowych w okolicach krocza. Osoby z tej grupy chorych wykazywali również większą depresyjność i spożywali więcej alkoholu (Savin, 2003).

Rozwój w zakresie metod leczenia łuszczycy nadal nie pozwala na osiągnięcie całkowitej remisji, co wiąże się u pacjentów z koniecznością zmagania się z częstymi nawrotami objawów chorobowych oraz długotrwałym leczeniem. Wielu pacjentów zmagają się z dodatkowym stresem, który wynika z pojawiania się zmian łuszczycowych w eksponowanych lokalizacjach skóry i negatywnie wpływa na społeczne funkcjonowanie jednostki. Ponadto, zmiany skórne – nawet te zasłaniane przez chorego ubraniem - mogą w wybranych sytuacjach społecznych wzbudzać w jednostce poczucie upokorzenia. Przykładowo, chorzy na łuszczycę mogą zmagać się z trudnościami w relacjach intymnych, a nawet doświadczać odrzucenia w miejscach publicznych, takich jak siłownia czy basen. Prowadzi to do unikania przez chorego sytuacji, w których mógłby być narażony na odrzucenie spowodowane ekspozycją zmian łuszczycowych i błędnym przekonaniem otoczenia, iż są one zakaźne (Hawro i in., 2011).

Doświadczenia tego typu prowadzą do upośledzenia funkcjonowania społecznego chorych na łuszczycę. Co więcej, w literaturze przedmiotu można spotkać określenie łuszczycy jako choroby „rujnującej życie” (van de Kerkhof, 2004 za: Hawro i in., 2011).

Wśród osób chorych na łuszczycę dostrzega się, że negatywny wpływ choroby na jakość życia może prowadzić do wzrostu wskaźników depresji wśród grupy pacjentów z łuszczycą. Korelacja pomiędzy depresją, a łuszczycą, bywa określana jako dwukierunkowa: depresja może wystąpić przed pojawieniem się łuszczycy lub już po ujawnieniu się tej dermatozy. Co więcej, obie choroby mogą na siebie oddziaływać, między innymi poprzez wyprzedzanie pojawienia się pierwszych objawów, wywoływanie nawrotów choroby lub zaostrzanie jej przebiegu. Dodatkowo, zarówno depresja, jak i łuszczycyca, należą do grupy chorób których pojawienie się jest łączone z wystąpieniem czynników związanych ze stresującymi doświadczeniami życiowymi. Ponadto, depresja pacjenta i wysoko oceniany przez niego stopień nasilenia objawów łuszczycowych mogą prowadzić do wystąpienia myśli i tendencji suicydalnych. Dostrzegana jest również proporcjonalna zależność pomiędzy natężeniem światła, a poziomem depresji chorego: obniżenie depresji jest warunkowane

niższym odczuwaniem swędzenia. Z kolei odczuwanie stanu depresyjnego może powodować obniżenie progu dla świądu. Wyniki badania Rappa i współpracowników (za: Pietrzak, Jankowski, Lechowska-Mazur, Krasowska, 2006) wskazują, iż pacjenci z łuszczycą często doświadczają myśli samobójczych, a badanie Gupta i współpracowników (za: Pietrzak i in., 2006) dowodzi, że zwiększone nasilenie depresji dotyczy u osób z łuszczycą dotyczy poczucia, że ich potrzeba dotyku społecznego pozostaje niezaspokojona (Pietrzak i in., 2006).

## Rozdział 4. Metodologia badań własnych

W czwartej części niniejszej pracy zostanie przedstawiony problem badawczy, podjęty w ramach badań własnych oraz postawione przez autorkę pracy hipotezy badawcze. Następnie opisane zostaną narzędzia badawcze, wykorzystane w ramach badań własnych. Ponadto, zaprezentowana zostanie charakterystyka osób badanych i procedura badania, realizowanego na poczet niniejszej pracy.

### 4.1. Problem badawczy i hipotezy badawcze

Niniejsza praca podejmuje problem naukowy, oparty na analizie powiązań pomiędzy poziomem i strukturą depresji, a obrazem siebie u pacjentów z łuszczycą. Problem badawczy można przedstawić w postaci pytania ogólnego:

- Czy i jakie powiązania występują między poziomem i strukturą depresji a obrazem siebie u pacjentów z łuszczycą?

Celem rozwiązania tego problemu badawczego konieczne jest opracowanie odpowiedzi na następujące pytania badawcze:

- Czy i jakie różnice w zakresie obrazu siebie występują u chorych na łuszczycę o wysokim poziomie depresji w porównaniu z pacjentami o niskim poziomie depresji?
- Czy i jakie różnice w zakresie obrazu siebie występują u osób chorych na łuszczycę o różnym typie depresji?

Na podstawie dotychczasowych badań, realizowanych w Polsce i za granicą, można postawić następujące hipotezy badawcze:

- Występują powiązania między poziomem i strukturą depresji a obrazem siebie u pacjentów z łuszczycą.
- Osoby z łuszczycą o wysokim poziomie depresji cechuje niższy wynik ogólnego obrazu siebie niż u osób z łuszczycą o niskim poziomie depresji.

## 4.2. Charakterystyka narzędzi badawczych

Przedstawiona zostanie Skala Depresji CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale), autorstwa L. E. Rodloff i E. Helmesa, w polskim opracowaniu E. Dojki, M. Górkiewicz i A. Pajaka. Drugim narzędziem, które zostanie zaprezentowane w tej części pracy, będzie Tennessee Skala Obrazu Siebie, autorstwa W. H. Fitssa, której polską wersję opracował Z. Uchnast. Następnie zostanie opisany Arkusz personalny, opracowany na poczet badań przez autorkę niniejszej pracy.

### 4.2.1. Skala Depresji CES-D - L. E. Rodloff i E. Helmes

Skala Depresji CES-D jest jednym z najpopularniejszych narzędzi do pomiaru symptomów depresji, co można uzasadnić zarówno dostępnością Skali, jaki i jej kompatybilnością z powszechnie przyjętym Inwentarzem Depresji Becka (Carleton i in., 2013).

Przygotowania do opracowania Skali rozpoczęły się na terenie Europy Zachodniej i Stanów Zjednoczonych w 1977 roku, a adaptacja narzędzia do badań klinicznych i na poziom epidemiologiczny opracowana została przez L.S. Radloff i E Helmesa. Polska adaptacja Skali CES-D została opublikowana w formie kwestionariusza w 2003 roku, jako owoc prac E. Dojki, M. Górkiewicz i A. Pajaka (Dojka, Górkiewicz, Pajak, 2003).

Opracowanie standardów psychometrycznych dla polskiej wersji Skali oparto na badaniu przeprowadzonym w grupie 50 osób, w przedziale wiekowym od 20 do 60 lat. Wspomniana grupa badanych składała się z pacjentów pozostających w leczeniu bądź będących poddawanych diagnozie w kierunku zaburzeń o charakterze depresyjnym w Klinice Psychiatrii Collegium Medium Uniwersytetu Jagiellońskiego. Grupą kontrolną, liczącą 150 osób, byli mieszkańcy Krakowa w przedziale wiekowym od 45 do 64 lat. W ramach procedury badawczej grupa osób chorych została poddana jednorazowo badaniu Inwentarzem Becka oraz Skalą CES-D, natomiast badani z grupy kontrolnej poddani zostali badaniu Skalą CES-D (Dojka i in., 2003).

Skala CES-D zbudowana jest z 20 twierdzeń nawiązujących do objawów depresji, takich jak: poczucie winy, nastrój, brak własnej wartości, poczucie bezradności, poczucie beznadziei, zahamowanie psychomotoryczne, zaburzenia snu, brak apetytu i odnosi się do ich występowania w przeciągu minionego tygodnia. Wskazywane przez osobę badaną

odpowiedzi, gdzie przy każdym twierdzeniu można zaznaczyć tylko jedną, są punktowane następująco:

- Rzadko lub wcale (1 dzień) – 1 punkt,
- Czasem (1 – 2 dni) – 2 punkty,
- Okazjonalnie (2 – 3 dni) – 3 punkty,
- Często lub cały czas (5 – 7 dni) – 4 punkty.

Maksymalny wynik może wynieść 60 punktów, a oblicza się go, dokonując sumy wszystkich punktów uzyskanych z danego twierdzenia, przy czym w wypadku twierdzeń o numerach 4,8,12 i 16 punktacja uzyskana z tych czterech odpowiedzi jest odejmowana od wartości 4 (przykładowo: 4 – punkty uzyskane w twierdzeniu czwartym). Osoba badana może nie zakreślić (maksymalnie) czterech odpowiedzi. W takiej sytuacji wynik otrzymuje się na drodze analogicznych do opisanych powyżej obliczeń, z jednoczesnym pominięciem tych twierdzeń, w których odpowiedzi nie zostały zakreślone. Dodatkowo, w takiej sytuacji pomniejsza się liczbę 16 o liczbę twierdzeń, które pozostały bez odpowiedzi, a wchodzą w szereg pozycji takich, jak: 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19 i 20. W dalszej kolejności wynik mnoży się przez 20 oraz dzieli przez liczbę udzielonych przez badanego odpowiedzi. Nie można otrzymać wyników ujemnych, a minimalna wartość obliczeń może wynieść 0. Przyjęto, iż o występowaniu depresji świadczy wynik równy bądź wyższy, niż 16 punktów (Dojka i in., 2003).

Psychometryczna rzetelność Skali, w oparciu o  $\alpha$  Cronbacha=0,92, oceniona jest jako wysoka. Dodatkowo, dokonano także badania zgodności Skali CES-D z uwzględnieniem psychometrycznych standardów Inwentarza Becka, osobno dla kobiet, mężczyzn oraz całej grupy badawczej.

Współczynniki korelacji przedstawiają się następująco:

- Cała grupa, 50 osób:  $r=0,79$  ( $p<0,001$ ),
- Kobiety, 37 osób:  $r=0,73$  ( $p<0,001$ ),
- Mężczyźni, 13 osób:  $r=0,93$  ( $P<0,001$ ).

Obserwowana zgodność Inwentarza Becka i Skali CES-D sięga 95%, a więc osiąga wysoki wynik. Z kolei zgodność tych narzędzi, mierzona w oparciu o kappa Cohena, wynosi 44%, osiągając średni poziom zgodności. Parametry czułości i swoistości dla skali CES-D określono na wysokości 16 punktów; w grupie chorych sięgnęła 86%, a w grupie osób zdrowych – 77% (Dojka i in., 2003).

Ponadto, na podstawie dokonanej dla całej próby badawczej analizy czynnikowej, zostały wyodrębnione następujące czynniki:

- **Depresyjność** – w związku z korelacją, jaka zachodzi pomiędzy tym czynnikiem, a twierdzeniami oznaczającymi depresyjność, tj. 1 – znudzenie, 3- chandra, 6-depresja, 7 – znużenie, 9 – przegrana, 10 – obawa, 14- samotność, 18- smutek, 20 – rozbitcie.
- **Dobre samopoczucie** – korelujące z następującymi twierdzeniami: 1 – znudzenie, 4 – samoocena, 8 – nadzieja, 12- szczęście.
- **Kontaktowość** - ze względu na sprzężenie z twierdzeniami: 2 – apetyt, 13 – małomówność, 15 – brak przyjaźni, 17 – płaczliwość, 19 – brak sympatii.
- **Indyferentność** – w związku z powiązaniem z twierdzeniami: 2 – apetyt, 5 – koncentracja, 16 – zadowolenie, 19- brak sympatii, 20 – rozbitcie.

Niska wartość czynnikowa pozycji 11 (zaburzenia snu) skutkuje nie uwzględnieniem tej pozycji w żadnym z wyodrębnionych czynników (Dojka i in., 2003).

Dokonano obliczeń zgodności wyodrębnionych czynników, do których wykorzystano współczynnik zgodności Kendalla. Przeprowadzono je w trzech próbach amerykańskich, jednej polskiej i dwóch kanadyjskich, uzyskując następujące dane (za: Dojka i in., 2003):

- **Czynnik *depresyjność*:**
  - próba polska:  $r=0,25$  ( $p<0,0002$ )
  - próba amerykańska (depressed):  $r=0,26$  (0,0003)
  - próba kanadyjska (affect):  $r=0,26$  (0,0003).
- **Czynnik *dobre samopoczucie*:**
  - próba polska:  $r=0,33$  ( $p<0,0001$ )
  - próba amerykańska (positive):  $r=0,38$  ( $p<0,0001$ )
  - próba kanadyjska (well-being):  $r=0,38$  ( $p<0,0001$ ).
- **Czynniki *kontaktowość oraz indyferentność*** – wartości nieistotne statystycznie (Dojak i in., 2003).

Konkludując, korzystanie z polskiej adaptacji Skali CES-D celem realizacji badań epidemiologicznych oraz klinicznych jest jak najbardziej możliwe. Co więcej, wśród zalet tego narzędzia warto wskazać fakt, iż może być dedykowane osobom, których objawy nie będą kwalifikować ich, na podstawie diagnozy różnicowej, do grupy osób zaburzonych. Wartością tejże Skali jest również możliwość dokonania oceny stopnia nasilenia objawów depresji, do którego nie jest konieczne dychotomiczne dzielenie ich na patologiczne lub normalne (Koziara, 2016).

#### 4.2.2. Tennessee Skala Obrazu Siebie - W. H. Fitts

W celu zbadania obrazu siebie pacjentów z łuszczycą, zaproszonych do badania realizowanego w ramach niniejszej pracy, wykorzystano Skalę Obrazu Siebie W. H. Fittsa (*Tennessee Self Concept Scale*) w polskim opracowaniu Uchnasta (1995). Fitts rozpoczął prace nad narzędziem w latach pięćdziesiątych XX wieku, a normalizacja testu została zrealizowana przez niego w 1965 roku i obejmowała grupę 626 osób, w przedziale wiekowym od 12 do 68 lat. Obie wersje testu osiągają poziom rzetelności od .60 do .92, co oznacza, iż ma on właściwą podstawę teoretyczną, na bazie której wyodrębnione itemy (Uchnast, 1995).

Skala TSCS zbudowana jest ze 100 itemów, służących osobie badanej do dokonania samoopisu z użyciem pięciostopniowej skali, która przedstawia się następująco (za: Uchnast, 1995):

- 1 – całkowicie fałszywe,
- 2 – raczej fałszywe,
- 3 – nie jestem zdecydowany,
- 4 – raczej prawdziwe,
- 5 – całkowicie prawdziwe.

Narzędzie można wykorzystywać do badań zarówno grupowych, jak i indywidualnych osób zdrowych oraz psychotycznych. W zależności od celu, można wykorzystywać je w poradnictwie psychologicznym, bądź w celach klinicznych i badawczych. Niezależnie od celu stosowania Skali, itemy pozostają bez zmian, a modyfikacji ulega jedynie sposób obliczania wyników oraz wykreślenia profilu na bazie wyników pacjenta. W poradniach stosuje się wersję zbudowaną z 14 podstawowych skal, podczas gdy w celach kliniczno-badawczych zastosowanie ma 29 skal (Uchnast, 1995).



Na skład poszczególnych skal i brzmienie wchodzących w ich skład twierdzeń, wpłynęły metody do pomiaru obrazu siebie, opracowane wcześniej przez Taylora (1953), Balestera (1956) oraz Engela (1956). Formowanie itemów opierało się także o to, jakimi twierdzeniami określili się pisemnie pacjenci i osoby nieleczone. Analiza treści tychże stwierdzeń pozwoliła na sklasyfikowanie ich właśnie w oparciu o niesioną przez nie treść. Klasyfikacja itemów została dokonana przez siedmiu psychologów klinicznych, w oparciu o schemat 3 wierszy liczących 5 kolumn (Uchnast, 1995). W wierszach skali ujęto stwierdzenia dotyczące trzech wymiarów obrazu siebie, takich jak (za: Uchnast, 1995):

- 1) Tożsamość – kim ktoś jest.
- 2) Zadowolenie z siebie – jak się akceptuje.
- 3) Zachowanie – jak zachowuje się.

Kolumny skali zostały zbudowane z twierdzeń określających rodzaje obrazu siebie (za: Uchnast, 1995):

- A) self-fizyczny,
- B) self-moralno-etyczny,
- C) self-osobisty,
- D) self-rodzinny,
- E) self-społeczny.

Wspomniane grono psychologów-sędziów dokonywało również oceny poszczególnych itemów pod względem pozytywnego lub negatywnego wydźwięku ich formy. Finalnie umieszczono w tej części Skali dwa zestawy po 45 stwierdzeń zarówno w pozytywnej, jak i negatywnej formie, natomiast pozostałe 10 itemów to twierdzenia tworzące skalę Samokrytycyzm (Uchnast, 1995).

Poniżej zaprezentowany zostanie zwięzły opis skal wykorzystywanych do psychologicznego badania obrazu siebie jednostki (za: Uchnast, 1995).

### **1. Samokrytycyzm – SK**

Wysoki wynik w tej skali wskazuje na zdrową dozę samokrytycyzmu jednostki. Tymczasem niski wynik świadczy o trudnościach danej osoby do przyznawania się do popełnianych błędów, własnych słabości, a także o tendencjach do przedstawiania otoczeniu pozytywnego obrazu swojej osoby.

## 2. Wynik ogólny – WO

Na wynik ogólny składa się suma ocena, jakie pacjent uzyskał w 90 stwierdzeniach. Wysoka wartość wyniku ogólnego świadczy o pozytywnej samoocenie jednostki, co oznacza, że ma ona świadomość własnej wartości oraz zaufanie do siebie. Jednocześnie, bardzo wysoki wynik w tej skali może oznaczać, że jednostka jest zaburzona. Z kolei niski wynik ogólny świadczy o tendencjach osoby do depresji, odczuwania lęków i braku poczucia własnej wartości.

O pozytywnym wyniku ogólnym świadczy suma ocen uzyskanych przez osobę badaną w zakresie wymiarów wewnętrznych i zewnętrznych, w skład których wchodzi kolejno:

- **Tożsamość (TO)** – wynik jest odzwierciedleniem tego, w jaki sposób jednostka spostrzega swoją tożsamość,
- **Zadowolenie z siebie (ZS)** – wynik wskazuje na poziom samoakceptacji jednostki,
- **Zachowanie (ZA)** – wynik świadczy o tym, jak funkcjonuje jednostka oraz jakie ma zajęcie. mówi o tym czym dana osoba się zajmuje oraz jak funkcjonuje

oraz

- **Self fizyczny (SF)** – wynik wskazuje na to, jak jednostka spostrzega swój stan zdrowia oraz prezencję i sprawność fizyczną
- **Self moralno-etyczny (SM)** – wynik odzwierciedla samoocenę, którą jednostka opiera o wyznawane zasady moralno-etyczne
- **Self osobisty (SO)** – wynik odzwierciedla poziom poczucia własnej wartości jednostki oraz jej zdolność do bycia sobą mimo odczuwania wpływu innych osób
- **Self rodzinny (SR)** – wynik świadczy o sposobie, w jaki jednostka spostrzega samą siebie w relacjach z najbliższymi osobami
- **Self społeczny (SS)** – wynik wskazuje na sposób spostrzegania siebie przez jednostkę w relacjach społecznych ogółem.

## 3. Zmienność wymiarów obrazu siebie, obejmująca:

- **Zmienność całkowita (ZWO)** – określa, na jakim poziomie spójności znajduje się obraz własnej osoby oraz tendencje do wyodrębniania określonych aspektów self przyjmując je za niezależne

- **Zmienność wymiarów zewnętrznych (ZWZ)** – wyniki uzyskuje się poprzez sumę różnic między najwyższymi a najniższymi wynikami, jakie jednostka osiągnęła w skalach: ja moralno-etyczne, ja osobiste, self fizyczny, self rodzinny i self społeczny.
- **Zmienność wymiarów wewnętrznych (ZWW)** – wyniki oblicza się poprzez zsumowanie różnic pomiędzy wynikami najwyższymi i najniższymi w skalach: zadowolenie z siebie, tożsamość, zachowanie.

W przypadku badań klinicznych oraz empirycznych stosuje się tak zwane skale empiryczne, które można opisać następująco (za: Uchnast, 1995):

- **Pozytywna samoobrona (DP)** – wskazuje na mechanizmy obronne bardziej subtelne, niż samokrytycyzm
- **Ogólne nieprzystosowanie (GM)** – różnicuje osoby badane przystosowane od jednostek nieprzystosowanych
- **Psychotyzm (PSY)**- wyodrębnia w grupach klinicznych pacjentów psychiatrycznych.
- **Zaburzenia osobowości (PD)** – wskazuje na osoby, których osobowość nie jest prawidłowo uformowana, w stosunku do osób neurotycznych i ub psychotycznych
- **Neurotyzm (N)**– umożliwia wyodrębnienie jednostek neurotycznych od pacjentów z innych grup klinicznych.
- **Integracja osobowości (PI)** – wskazuje na osoby posiadające zintegrowaną osobowość

**Wskaźnik symptomów patologicznych (NDS)** - wyodrębnia nieprawidłowości, jakie występują w pozostałych wskaźnikach (za: Uchnast, 1995).

#### 4.2.3. Arkusz personalny własnej konstrukcji

W badaniu wykorzystano arkusz personalny skonstruowany przez autorkę niniejszej pracy, zbudowany z 22 pytań otwartych i zamkniętych, zarówno jednokrotnego, jak i wielokrotnego wyboru.

Pytania umieszczone w kwestionariuszu poprzedzone były instrukcją dla osób badanych, której treść informowała o celu i procedurze badań, a także o ich ważności

oraz anonimowym charakterze. Ponadto, osoby badane otrzymały informację o tym, że uzyskane wyniki zostaną poddane opracowaniu statystycznemu, a każda odpowiedź powinna być szczerą. Dodatkowo, w instrukcji zaznaczono, iż nie ma dobrych lub złych odpowiedzi, a każda udzielona odpowiedź jest właściwa, jeśli dotyczy przeżyć osoby badanej.

Pierwsza część kwestionariusza zawierała pytania dotyczące danych socjodemograficznych, takich jak: wiek, płeć, miejsce zamieszkania oraz wykształcenie i stan cywilny. Kolejne pytania, ujęte w kwestionariuszu, dotyczyły podstawowych informacji na temat przebiegu choroby i leczenia osoby badanej oraz tego, na ile - w opinii osoby badanej – łuszczyca wpłynęła na wybrane aspekty jej życia. W dalszej części kwestionariusza osoby badane były pytane o ich samopoczucie, hobby, decyzyjność i odczuwane stany emocjonalne. Kwestionariusz zamykało pytanie, w którym osoba badana była proszona o dokończenie czterech zdań związanych z jej perspektywą na własne życie, samą siebie, swoją chorobę i przyszłość.

### 4.3. Charakterystyka osób badanych

W badaniach wzięło udział 69 osób, ze względu na niekompletność danych odrzucono 8 arkuszy, do analizy dalszej zakwalifikowano 61 arkuszy. Badana grupa to osoby chorujące na łuszczycę, zrzeszone w grupach wsparcia dla pacjentów z łuszczycą na polskich portalach społecznościowych. W badaniu wzięli udział mężczyźni i kobiety pomiędzy 20 a 72 rokiem życia. W poniższej Tabeli 1. przedstawiono rozkład procentowy i liczbowy wieku uczestników badania.

**Tabela 1. Liczbowy i procentowy rozkład badanych pod względem wieku**

Przedział wiekowy	N	%
20-29	31	51,00
30-39	20	33,00
40-49	3	5,00
50-59	4	7,00
60-69	2	3,00
70-79	1	2,00
RAZEM	61	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Dane w Tabeli 1. (patrz: s.72) pokazują, że najliczniejszą grupą wśród osób badanych były osoby w wieku od 20 do 29 lat. Było to 31 osób, co stanowi 51% wszystkich uczestników badania. Druga z kolei, pod względem liczebności, grupa badanych to osoby w przedziale wiekowym od 30 do 39 lat. Było to 20 osób, co stanowi 33% wszystkich badanych. Najmniej liczebną grupą, pod względem wieku, były osoby po 60 roku życia – w przedziale wiekowym 60 – 69 lat mieszczą się tylko dwie z badanych osób, stanowiąc tym samym 3% badanych, natomiast tylko jedna osoba, spośród wszystkich uczestników badania, wpisuje się w przedział wiekowy 70-79 lat, co stanowi 2% badanych osób.

Kolejną daną, poddaną analizie, jest podział uczestników badania ze względu na płeć, który obrazuje wartościami liczbowymi i procentowymi poniższa tabela.

**Tabela 2. Liczbowy i procentowy rozkład osób badanych ze względu na płeć**

<b>Płeć</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Mężczyzna	10	16,00
Kobieta	51	84,00
Razem	61	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Wartości przedstawione w Tabeli 2. pokazują, że 84% grupy badanych to kobiety, których liczba wśród badanych osób wyniosła 51, natomiast 10 mężczyzn, którzy wzięli udział w badaniu, stanowi 16% grupy badanych.

Kolejną analizowaną daną stanowi miejsce zamieszkania, co pozwoli określić z jakich obszarów pochodzą osoby badane – wiejskich czy miejskich.

**Tabela 3. Liczbowy i procentowy rozkład osób badanych ze względu na miejsce zamieszkania**

<b>Miejsce zamieszkania</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Wieś	13	21,00
Mało miasto (do 50 tys.)	23	38,00
Duże miasto (powyżej 50 tys.)	25	41,00
Razem	61	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza danych zawartych w Tabeli 3. (patrz: s.73) wskazuje, że 41% badanych to osoby zamieszkujące duże miasto, 33% badanych mieszka w małym mieście, a 21% uczestników badania mieszka na wsi.

Kolejną zmienną, która zostanie poddana analizie, jest wykształcenie uczestników badania.

**Tabela 4. Liczbowy i procentowy rozkład wykształcenia osób badanych**

Wykształcenie	N	%
Podstawowe	0	0,00
Gimnazjalne	0	0,00
Średnie	29	48,00
Wyższe	32	52,00
Razem	61	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Uzyskane wyniki zawarte w Tabeli 4. wskazują, że ponad połowa osób badanych, tj. 32 osoby, stanowiące 52% uczestników badania, posiada wyższe wykształcenie. Co istotne, pozostałe 29 osób, czyli 48% biorących udział w badaniu, wskazały na posiadanie średniego wykształcenia. Żadna z osób badanych nie wskazała, że ma wykształcenie podstawowe lub gimnazjalne.

Kolejną zmienną, analizowaną na poczet charakterystyki grupy badanych, będzie stan cywilny osób biorących udział w badaniu.

**Tabela 5. Liczbowy i procentowy rozkład stanu cywilnego osób badanych**

Stan cywilny	Liczba	%
Panna / Kawaler	32	52,00
Mężatka / Żonaty	21	34,00
Rozwódka / Rozwodnik	4	7,00
Związek nieformalny	4	7,00
Razem	61	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Dane zawarte w Tabeli 5. (patrz: s.74) wskazują, że ponad połowa badanych, czyli 32 osoby stanowiące 52% uczestników badania, nie jest w żadnym związku. Z kolei 34% badanych, czyli 21 osób, zadeklarowało, że jest w związku małżeńskim. Pozostałe osoby badane zadeklarowały, że są po rozwodzie, bądź w konkubinacie lub w związku narzeczeńskim, co stanowi odpowiednio po 4 osoby, a więc po 7% grupy osób badanych.

Osoby badane zostały również zapytane o doświadczenia związane z zachorowaniem, przebiegiem choroby i leczenia łuszczycy oraz o ich samopoczucie oraz funkcjonowanie z chorobą. Poniżej zostaną zaprezentowane opracowania zbiorcze treści otrzymanych od osób badanych.

**Tabela 6. Rozkład liczbowy i procentowy wieku zachorowań osób badanych na łuszczycę**

Wiek zachorowania	N	%
1-5 lat	3	5,00
6-10 lat	16	26,00
11-15 lat	12	20,00
16- 21 lat	17	28,00
21 - 25 lat	5	8,00
powyżej 25 lat	5	8,00
powyżej 30 lat	1	2,00
powyżej 40 lat	1	2,00
powyżej 50 lat	1	2,00
RAZEM	61	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Dane zaprezentowane w Tabeli 6. pozwalają stwierdzić, iż największa liczba zachorowań, w przypadku grupy badanych, miała miejsce w przedziale wiekowym od 16 do 21 lat i wynosiła 17 osób, co stanowi 28% osób badanych. Niewiele mniej zachorowań dotknęło osoby badane, kiedy miały one od 6 do 10 lat – w tym okresie zachorowało 16 osób, czyli 26% grupy badanych. Trzecią z kolei, pod względem liczebności zachorowań, jest grupa osób u których łuszczycza wystąpiła pomiędzy 11 a 15 rokiem życia. Jest to 12 osób badanych, stanowiących 20% uczestników badania. Najmniej liczną grupą są osoby badane, które zachorowały po ukończeniu 30, 40 lub 50 lat – w każdym z tych przedziałów wiekowych jest to po 1 osobie badanej, czyli odpowiednio po 2% wszystkich uczestników badania.

Kolejną informacją, o którą proszeni byli uczestnicy badania, było pytanie o występowanie łuszczycy u członków rodziny osoby badanej. Tabela 7. (patrz: s. 76) obrazuje, jak odpowiedzieli badani.

**Tabela 7. Liczbowy i procentowy rozkład odpowiedzi dotyczący zachorowań na łuszczycę wśród krewnych osób badanych**

<b>Choroba występuje w rodzinie badanego</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tak	36	59,00
Nie	25	41,00
RAZEM	61	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Wartości przedstawione w Tabeli 7. wykazują, iż u większości osób badanych łuszczyca dotyka także ich krewnych – dotyczy to 36 uczestników badania, co stanowi 59% całej grupy. Tymczasem 25 osób, a więc 41% badanych, udzieliło informacji, że w ich rodzinie nie ma innych zachorowań na łuszczycę.

Informacje o tym, kto z krewnych osób badanych jest dotknięty łuszczycą, prezentuje Tabela 8.

**Tabela 8. Liczbowy i procentowy rozkład odpowiedzi dotyczących pokrewieństwa pomiędzy osobami badanymi a innymi, chorymi na łuszczycę, członkami rodziny osób badanych.**

<b>Stopień pokrewieństwa</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
matka	11	24,00
ojciec	6	13,00
siostra/brat	7	15,00
dziadek/babcia	6	13,00
kuzyn/kuzynka	4	9,00
wuj/ciotka	8	17,00
prababcia/pradziadek	4	9,00
Razem	46	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Dane w Tabeli 8. pozwalają stwierdzić, iż najliczebniejszą grupą krewnych, które osoby badane wskazały jako chore na łuszczycę, są matki osób badanych – wskazało na nie 11 osób, a więc 24% osób, które deklarują zachorowania na łuszczycę w rodzinie. Drugą z kolei, pod względem liczebności grupą krewnych, jest wujostwo – zarówno ze strony matki, jak i ojca – na które wskazało 8 osób badanych, czyli 17% deklarujących występowanie łuszczycy u krewnych. Z kolei rodzeństwo osób badanych, które wskazały na występowanie łuszczycy u brata lub siostry, zostało wymienione przez uczestników badania 7 razy, co daje 15% odpowiedzi. Równie liczne, pod względem rozkładu odpowiedzi udzielonych przez osoby badane, są grupy takie jak ojciec oraz dziadek lub babcia – chorzy na łuszczycę, którzy wzięli udział w badaniu, wskazali tych krewnych odpowiednio po 6 razy, co przekłada się dla obu grup krewnych na 13% wśród wszystkich odpowiedzi. Tymczasem



najmniej liczne, ale liczące tyle samo wskazań, okazują się grupy takie, jak kuzynostwo i prababcia lub pradziadek – badani wskazali tych krewnych 4 razy, co stanowi po 9% wszystkich odpowiedzi badanych osób.

Kolejne pytania, skierowane do chorych na łuszczycę biorących udział w badaniu, dotyczyły charakteru i stopnia nasilenia choroby, z którą się mierzą. Odpowiedzi badanych obrazują kolejno Tabela 9 i Tabela 10.

**Tabela 9. Liczbowy i procentowy rozkład odpowiedzi określający charakter łuszczycy, na którą chorują osoby badane**

Łuszczycy badanych ma charakter	N	%
Stały	44	72,00
Nawracający	17	28,00
Razem	61	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Zdecydowana większość osób badanych, których rozkład odpowiedzi przedstawiono w Tabeli 9., deklaruje, iż choroba ma w ich przypadku charakter stały – ma to dotyczyć 44 uczestników badania, co stanowi 72% całej grupy badanych. Z kolei osób, które deklarują, iż miewają okresy remisji w przebiegu swojej choroby, jest w gronie badanych 17, co stanowi 28% uczestników badania.

**Tabela 10. Liczbowy i procentowy rozkład odpowiedzi określający stopień nasilenia łuszczycy u osób badanych**

Stopień nasilenia zmian łuszczycowych u osób badanych	N	%
Zmiany łagodne	14	23,00
Zmiany umiarkowane	25	41,00
Zmiany nasilone	22	36,00
Razem	61	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Najliczniejsza grupa badanych deklaruje, że zmiany łuszczycowe, które mają w przebiegu choroby, przybierają umiarkowany charakter – jest to 25 osób, czyli 41% wszystkich badanych. Z kolei 22 osoby badane twierdzą, iż ich łuszczycowe zmiany skórne są nasilone – stanowią one 36% grupy badanych. Najmniej liczne grono badanych, liczące 14 osób, deklaruje łagodny przebieg choroby – jest to 23% wszystkich chorych, którzy wzięli udział w badaniu.

Kolejna grupa pytań, które skierowano do osób badanych, dotyczyła ich życia z chorobą i jej ewentualnego wpływu na codzienne funkcjonowanie. Tabela 11. (patrz: s. 78)

obrazuje, ile spośród osób badanych, ukrywa zmiany chorobowe, na przykład poprzez dobieranie odpowiedniej odzieży (rękawiczki, golfy, długie rękawy/nogawki).

**Tabela 11. Liczbowy i procentowy rozkład odpowiedzi dotyczących podejmowania przez osoby badane działań, mających ukryć objawy choroby przed otoczeniem**

Osoba badana podejmuje działania maskujące objawy choroby	N	%
Tak	33	54,00
Nie	28	46,00
Razem	61	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Dane przedstawione w Tabeli 11. pozwalają wnioskować, iż większość osób badanych – 33 osoby, a więc 54% uczestników badania – podejmuje działania mające na celu maskowanie zmian skórnych, na przykład poprzez dobór odpowiedniej odzieży.

W dalszej kolejności badani odpowiadali na pytanie o to, czy i w jakim stopniu łuszczyca wpływa negatywnie na ich aktywność zawodową. Informacje uzyskane od badanych prezentuje Tabela 12.

**Tabela 12. Liczbowy i procentowy rozkład odpowiedzi dotyczących wpływu łuszczycy**

Stopień trudności w pracy zawodowej wywołanych łuszczycą	N	%
Czasami powoduje trudności	23	38,00
Znacznie utrudnia	6	10,00
Nie wpływa	32	52,00
Razem	61	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza odpowiedzi badanych, zebranych w Tabeli 12. pozwala na stwierdzenie, że ponad połowa badanych nie dostrzega negatywnego wpływu łuszczycy na swoją pracę zawodową – deklaruje to 32 osoby, stanowiące 52% wszystkich badanych. Negatywne skutki swojej choroby na aktywność zawodową wskazuje łącznie 48% badanych, z czego 38% deklaruje, że łuszczyca czasami utrudnia ich pracę zawodową (23 osoby badane), natomiast pozostałe 10% badanych uważa, że łuszczyca znacznie utrudnia ich pracę zawodową (6 badanych osób).

Osoby badane, zapytane o to, czy ich zdaniem łuszczyca spowodowała wiele zmian w ich życiu, odpowiadały następująco: (patrz: Tabela 13., s. 79)

**Tabela 13. Rozkład liczbowy i procentowy odpowiedzi badanych na temat zmian, jakie łuszczyca spowodowała w ich życiu**

<b>Wpływ łuszczycy na zmiany życiowe chorych</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Wiele zmian	25	41,00
Nieliczne zmiany	19	31,00
Brak znaczącego wpływu	17	28,00
Razem	61	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 13. prezentuje dane, z których można wnioskować, iż zdecydowana większość badanych dostrzega, że choroba spowodowała w ich życiu zmiany, z czego 25 osób (41%) deklaruje, że choroba wywołała wiele zmian życiowych, natomiast 19 osób (31%) uważa, że zmiany spowodowane łuszczycą nie były liczne. Z kolei 17 osób (28%) badanych nie uznaje, jakoby łuszczyca miała znaczący wpływ na zmiany w ich życiu.

W dalszej części badania zapytano uczestników, czy w trakcie trwania choroby korzystali ze wsparcia psychologa lub psychiatry. Dane zebrane od badanych z łuszczycą przedstawia Tabela 14.

**Tabela 14. Rozkład liczbowy i procentowy badanych, którzy korzystali w trakcie choroby**

<b>Badany korzystał w trakcie choroby ze wsparcia psychologicznego/psychiatrycznego</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tak	15	25,00
Nie	46	75,00
Razem	61	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Dane zaprezentowane w powyższej tabeli wskazują, że zdecydowana większość chorych na łuszczycę – 46 osób – nie korzystała w przebiegu choroby ze wsparcia psychologa lub psychiatry (stanowi to 75% wszystkich badanych). Informację o korzystaniu ze wsparcia psychologicznego lub psychiatrycznego podaje tylko 15 badanych osób (25% chorych).

Tabela 15. (patrz: s. 80) przedstawia informacje o tym, na ile to zachorowanie na łuszczycę przyczyniło się do problemów, z którymi chory zgłosił się po pomoc do psychologa lub psychiatry.

**Tabela 15. Rozkład liczbowy i procentowy badanych, którzy zgłosili się po pomoc do psychologa lub psychiatry w związku z zachorowaniem na łuszczycę**

<b>Łuszczycza jako przyczyna problemów psychicznych wg badanych</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Zdecydowanie	14	23,00
W pewnym stopniu	15	25,00
Raczej nie	9	15,00
Nie, przyczyny były inne	3	5,00
Nie korzystałem/łam z pomocy specjalistycznej	20	33,00
Razem	61	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza odpowiedzi badanych, zebranych w Tabeli 15., pozwala stwierdzić, iż większość osób, które w trakcie choroby korzystały ze wsparcia psychologa lub psychiatry, dostrzegają łuszczycę jako częściową (15 osób, 25% badanych) lub zdecydowaną (14 osób, 23% badanych) przyczynę swoich problemów psychicznych. Informacja o tym, że przyczyną korzystania ze specjalistycznego wsparcia były czynniki inne, niż zachorowanie na łuszczycę, uzyskana została od 3 osób badanych (5%).

Ostatnia grupa pytań, zadanych w ramach badania chorym z łuszczycą, dotyczyła ich codziennego samopoczucia, zainteresowań, codziennego funkcjonowania.

Tabela 16. przedstawia rozkład odpowiedzi, w ramach których osoby badane określały swoje poranne samopoczucie, decydując się na maksymalnie 3 z 7 dostępnych odpowiedzi, które najbardziej w opinii badanych charakteryzowały ich osobę.

**Tabela 16. Liczbowy i procentowy rozkład odpowiedzi charakteryzujących zdaniem badanych ich poranne samopoczucie**

<b>Odpowiedzi badanych</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Jestem szczęśliwy	11	8,00
Jestem zły	12	9,00
Jestem smutny	12	9,00
Chce mi się żyć	13	10,00
Jestem wypoczęty	18	14,00
Jestem przygnębiony	25	19,00
Nic mi się nie chce	41	31,00

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując dane przedstawione w Tabeli 16. można zauważyć, że najczęstszą z wybieranych odpowiedzi, którą wskazano 41 (31% wszystkich udzielonych odpowiedzi), jest stwierdzenie „Nic mi się nie chce”. Popularną odpowiedzią było także stwierdzenie: „Jestem przygnębiony” – wskazane 25 razy (19% otrzymanych odpowiedzi). Najrzadziej

wybijano sformułowanie „Jestem szczęśliwy” – padło ono 11 razy wśród 132 odpowiedzi (8%).

Kolejne informacje na temat samopoczucia osób badanych, które uczestnicy wybierali w odniesieniu do ostatniego miesiąca, zestawiono w Tabeli 17.

**Tabela 17. Rozkład liczbowy i procentowy odpowiedzi badanych na temat ich samopoczucia**

Samopoczucie badanych w ciągu ostatniego miesiąca	N	%
Czasami czułem smutek i przygnębienie	39	64,00
Stale czuje się smutny i nieszczęśliwy	17	28,00
Codziennie odczuwam radość z życia	5	8,00
Razem	61	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Odpowiedzi wykazane w Tabeli 17. wskazują, że najliczniejsza grupa badanych (39 osób, 64% grupy badanych) w ciągu minionego miesiąca odczuwała smutek i przygnębienie tylko czasami. Z kolei osoby, które zadeklarowały, że w przeciągu miesiąca stale towarzyszyły im te stany emocjonalne, liczy 17 badanych osób (28%). Najmniej liczną grupą uczestników badania są osoby, które codziennie (w ciągu ubiegłego miesiąca) odczuwały radość z życia – jest to 5 osób badanych, stanowiących 8% wszystkich uczestników badania.

W kolejnym pytaniu osoby badane były proszone o wskazanie maksymalnie 3 zainteresowań. Odpowiedzi uczestników badania obrazuje Tabela 18.

**Tabela 18. Liczbowy i procentowy rozkład odpowiedzi określających zainteresowania osób badanych**

Najczęściej wskazywane zainteresowania badanych (Lubię...)	N	%
Samotność	8	5,00
Szybka jazda samochodem	17	10,00
Nocny tryb życia	17	10,00
Poznawanie nowych ludzi	22	13,00
Czytanie książek	28	16,00
Próbowanie nowych potraw	34	20,00
Mieć ciszę i spokój	44	26,00

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując odpowiedzi osób badanych, przedstawione w Tabeli 18. można wnioskować, iż uczestnicy badania najczęściej wskazywali potrzebę ciszy i spokoju (odpowiedź wskazana 44 razy, co daje 26% wszystkich udzielonych odpowiedzi). Osoby badane chętnie próbują nowych potraw (34 wskazania, stanowiące 20% wszystkich

odpowiedzi). Najmniej popularną odpowiedzią, wybraną 8 razy (5% wszystkich wskazanych odpowiedzi) jest samotność.

W dalszej kolejności osoby badane były proszone o ocenę swojej decyzyjności, którą obrazuje Tabela 19.

**Tabela 19. Liczbowy i procentowy rozkład odpowiedzi określających decyzyjność osób badanych**

<b>Proces podejmowania decyzji przez badanych (Decyzje podejmuję...)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Radzę się innych osób	13	21,00
Długo rozważam różne opcje	14	23,00
Szybko	16	26,00
Zastanawiam się nad konsekwencjami	18	30,00
Razem	61	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Najwięcej osób badanych (18, stanowiących 30% grupy badanych) poprzedza podjęcie decyzji refleksją na temat jej skutków. Z kolei najmniej liczna grupa, składająca się z 13 osób (stanowiących 21% wszystkich uczestników badania), potrzebuje porady innych osób, zanim podejmie decyzje.

W kolejnym pytaniu osoby badane były proszone o wskazanie maksymalnie 3 odpowiedzi, które są adekwatnym opisem samopoczucia, jakie osoba badana odczuwa w ostatnim czasie. Tabela 20. przedstawia, jakie odpowiedzi wskazywali badani.

**Tabela 20. Liczbowy i procentowy rozkład odpowiedzi wybieranych przez osoby badane celem opisanego swojego samopoczucia w ostatnim czasie**

<b>Samopoczucie badanych w ostatnim czasie (Ostatnio częściej, niż kiedyś...)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Jestem szczęśliwy	13	9,00
Uważam, że moje życie nie ma sensu	15	11,00
Płaczę	18	13,00
Jestem spokojny	19	13,00
Martwię się	36	25,00
Nic mi się nie chce	41	29,00

Źródło: Opracowanie własne.

Odpowiedzi uczestników badania, zaprezentowane w Tabeli 20. wskazują, że u badanych dominuje spadek motywacji (41- krotnie wybrana odpowiedź „Nic mi się nie chce”, co stanowi 29% wszystkich wskazanych odpowiedzi). Ponadto, osoby badane mają tendencję do martwienia się (odpowiedź wybrane 36 razy, co sięga wartości 25% wszystkich

wybranych odpowiedzi). Najmniej osób badanych odczuwało szczęście (odpowieź wybrana 13 razy, co stanowi 9% wszystkich odpowiedzi).

#### **4.4. Procedura badania**

Badania zostały przeprowadzone w okresie od stycznia do marca 2020 roku wśród chorych na łuszczycę, zrzeszonych w ramach grup wsparcia na portalach internetowych i w mediach społecznościowych, którzy po zapoznaniu się z celem i procedurą badań wyrazili zgodę na udział w badaniu.

W badaniu wzięło udział łącznie 69 osób chorych na łuszczycę, z czego odrzucono kwestionariusze ośmiu osób, ponieważ nie spełniały one wymogów poprawności i kompletności. Finalnie poddano więc analizie statystycznej i psychologicznej 61 zestawów arkuszy.

Zebrane dane empiryczne można uznać za wiarygodne, a ich analiza statystyczna i psychologiczna zostanie przedstawiona w kolejnych rozdziałach niniejszej pracy.

## **Rozdział 5. Analiza wyników badań własnych**

W niniejszym rozdziale zostanie przedstawiona statystyczna i psychologiczna analiza wyników badań własnych, które zostały przeprowadzone na poczet niniejszej pracy przy pomocy Skali CES-D L. S. Radloff, służącej do oceny poziomu depresji oraz Skali Tennessee Self-Concept Scale W.H. Fittsa, badającej obraz siebie jednostki. Tę część pracy rozpocznie zaprezentowanie opisu powiązań, występujących w całej grupie badanych osób, pomiędzy badanymi zmiennymi, a więc poziomem i strukturą depresji a obrazem siebie osób z łuszczycą. Wspomniane powiązania, zachodzące w obrębie zmiennych, zostaną przybliżone w skutek przeprowadzenia analizy z wykorzystaniem współczynnika  $r$  Pearsona. Następnie zostanie omówiona kwestia wyników badań, jakie otrzymano w grupach skrajnych, a w kolejnym kroku zostanie przybliżony sposób, w jaki wyodrębniono grupy skrajne. W końcowej części niniejszego rozdziału będzie mieć miejsce porównanie obrazu siebie w grupach pacjentów z łuszczycą o wysokim i niskim poziomie depresji.

### **5.1. Powiązania pomiędzy zmiennymi w całej grupie badanych**

W celu zbadania, czy występują zależności pomiędzy między poziomem i strukturą depresji a obrazem siebie u pacjentów z łuszczycą, badane skale poddano analizie przy pomocy badania korelacji  $r$  Pearsona. W związku z licznymi wynikami istotnymi statystycznie, autorka zdecydowała się na oddzielne przedstawienie i omówienie wskaźników korelacji pomiędzy wynikami w Skali Depresji CES-D Radloff, a wynikami w poszczególnych wymiarach Skali Obrazu Siebie Fittsa.



**Tabela 21. Wskaźnik korelacji (r Pearsona) między wynikami w Skali Depresji CES-D Radloff a wynikami wewnętrznych wymiarów obrazu Siebie Skali Fittsa dla całej badanej grupy**

Obraz siebie	Depresyjność (Depre)		Dobre Samopoczucie (D-sam)		Kontaktowość (Konta)		Indyferentność (Indyf)		Ogólna Depresja (Og-Dep)		Tendencje samobójcze (T-Sam)	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Wynik ogólny (WO)	-0,77	0,001	-0,60	0,001	-0,59	0,001	-0,76	0,001	-0,79	0,001	-0,46	0,001
Tożsamość (TO)	-0,78	0,001	-0,59	0,001	-0,59	0,001	-0,74	0,001	-0,78	0,001	-0,53	0,001
Zadowolenie z siebie (ZS)	-0,71	0,001	-0,56	0,001	-0,54	0,001	-0,69	0,001	-0,72	0,001	-0,40	0,001
Zachowanie (ZA)	-0,66	0,001	-0,54	0,001	-0,53	0,001	-0,69	0,001	-0,69	0,001	-0,38	0,003

Źródło: Opracowanie własne.

Analiza korelacji (Tabela 21.), zachodzących pomiędzy podskalami w Skali CES-D a podskalami Skali Obrazu Siebie obejmującymi wewnętrzne wymiary obrazu siebie pacjentów z łuszczycą, pozwala na stwierdzenie istotnych statystycznie zależności pomiędzy poziomem i strukturą depresji a wymiarami wewnętrznymi obrazu siebie osób z łuszczycą.

Bardzo silne korelacje występują pomiędzy podskala Depresyjność ( $r = -0,77$ ,  $p = 0,001$ ) a wynikiem ogólnym w podskali dotyczącej obrazu siebie (WO) oraz podskala Depresyjność ( $r = -0,78$ ,  $p = 0,001$ ) a wynikiem związanym z tożsamością (TO) składającą się na obraz siebie. Najsilniejsze korelacje dotyczą również depresyjności ( $r = -0,71$ ,  $p = 0,001$ ) a zadowolenia z siebie (ZS) i depresyjności ( $r = -0,66$ ,  $p = 0,001$ ) i zachowania (ZA). Równie silne wyniki w obrębie korelacji dotyczą podskali indyferentność ( $r = -0,76$ ,  $p = 0,001$ ) a wyniku ogólnym obrazu siebie (WO) i indyferentności ( $r = -0,74$ ,  $p = 0,001$ ) z tożsamością (TO), a także indyferentności ( $r = -0,69$ ,  $p = 0,001$ ) i podskal Zadowolenie z siebie (ZS) oraz Zachowanie (ZA). Bardzo silne korelacje, w obrębie wewnętrznych wymiarów obrazu siebie, zachodzą także pomiędzy ogólną depresją w skali CES-D ( $r = -0,79$ ,  $p = 0,001$ ), a wynikiem ogólnym obrazu siebie (WO) oraz skalą ogólna depresja ( $r = -0,78$ ,  $p = 0,001$ ), a tożsamością wchodzącą w skład obrazu siebie. Równie silne powiązania dotyczą skali ogólna depresja ( $r = -0,72$ ,  $p = 0,001$ ) i zadowolenia z siebie (ZS) oraz ogólnej depresji ( $r = -0,68$ ) i zachowania (ZA).

Ujemna, bardzo silna korelacja pomiędzy depresyjnością a wartościami w Wyniku Ogólnym (WO) obrazu siebie oznacza, że im wyższy wynik depresyjności, tym mniej pozytywna jest samoocena osób badanych. Oznacza to także, że pacjenci z łuszczycą o wyższej depresyjności mają tendencje do niższego poczucia własnej wartości, mogą siebie nie lubić, nie ufać sobie samym, co rzutuje na ich zachowanie się. Bardzo silne powiązania o charakterze ujemnym, ukazane pomiędzy depresyjnością a tożsamością wskazują, że osoby z łuszczycą, które mają wysokie wyniki w zakresie depresyjności, mogą mieć trudności ze sposobem postrzegania swojej tożsamości podstawowej. Podobnie ujemne korelacje w zakresie depresyjności a Zadowolenia z siebie (ZS) świadczą o tym, że osoby chore na łuszczycę, cechujące się wysokim poziomem depresyjności, osiągają wyniki w Skali Obrazu Siebie Fittsa świadczące o trudnościach z samoakceptacją. Ze względu na ujemną korelację także w obrębie depresyjności a Zachowania (ZA) można wnioskować, iż osoby z łuszczycą o wyższych wynikach w zakresie depresyjności mają tendencje do negatywnego oceniania swojego sposobu funkcjonowania i zachowania. Ponadto, bardzo silne, ujemne powiązania pomiędzy indyferentnością a Wynikiem Ogólnym (WO) oraz zadowoleniem z siebie i zachowaniem, mogą świadczyć o tym, że osoby z łuszczycą, które charakteryzują się bierną postawą i obojętnością, brakiem zadowolenia, mogą mieć niższy poziom samoakceptacji, samooceny i poczucia własnej wartości. Dodatkowo, ujemne powiązania o bardzo silnym natężeniu, pomiędzy skalą Ogólna Depresja a wszystkimi wymiarami wewnętrznego obrazu siebie, oznaczają, że chorzy na łuszczycę osiągający wysokie wyniki w ogólnej depresyjności mają niską samoocenę, problemy z poczuciem tożsamości, nie są zadowolone z siebie i swojego zachowania.

Z kolei korelacje silne zachodzą w wynikach w obrębie podskali Dobre Samopoczucie ( $r=-0,60$ ,  $p=0,001$ ) a podskalą Wynik Ogólny (WO) w Skali Fittsa, podobnie, jak w podskalach Tożsamość (TO), Zadowolenie z siebie (ZS) i Zachowanie (ZA), gdzie współczynnik korelacji Pearsona wynosi odpowiednio  $r=-0,59$ ,  $r=-0,56$ , i  $r=-0,54$  przy istotności  $p=0,001$ . Korelacje o podobnej sile dotyczą także podskali Kontaktowość, gdzie z Wynikiem Ogólnym (WO) i Tożsamością (TO) sięga ona  $r=-0,50$  przy istotności  $p=0,001$ , a z podskalami Zadowolenie z Siebie (ZS) oraz Zachowanie (ZA) wynosi kolejno  $r=-0,54$  i  $r=-0,53$  przy istotności  $p=0,001$ . Ostatnie dwie z silnych korelacji zachodzą pomiędzy podskalą Tendencje samobójcze, a wynikiem ogólnym (WO) oraz Tożsamością (TO) w wymiarach wewnętrznych skali obrazu siebie. Wyniki te sięgają odpowiednio  $r=-0,46$  oraz  $r=-0,53$  przy istotności równej  $p=0,001$ .

Silne, ujemne korelacje pomiędzy skalą Dobre Samopoczucie a wszystkimi wymiarami wewnętrznymi obrazu siebie, oznaczają, że osoby które osiągają wysokie wyniki w zakresie dobrego samopoczucia, mogą mieć niższą niż przeciętna samoocenę, mniejsze poczucie własnej wartości niż osoby zdrowe, mniej sobie ufać, a także cechować się niższym niż przeciętne poczuciem tożsamości, być z siebie mniej zadowolone i mniej pozytywnie, w stosunku do osób w normie zdrowia psychicznego, oceniać swoje zachowania. Ponadto, silne powiązania dotyczące także Skali Kontaktowość z wszystkimi wymiarami wewnętrznymi obrazu siebie, mogą sugerować, że chorzy z łuszczycą, którzy mają trudność z nawiązywaniem kontaktów z innymi ludźmi, również mają tendencje do postrzegania siebie w negatywnym świetle, odczuwania niższego niż przeciętne poczucia własnej wartości i tożsamości, a także cechują się niższym poziomem zadowolenia z siebie i swojego funkcjonowania, mogą czuć się niechciane i nieszczęśliwe. Korelacje o analogicznym nasileniu, również ujemne, dostrzega się również u chorych, którzy mają wysokie wyniki w skali Tendencje Samobójcze, w powiązaniu z Wynikiem Ogólnym (WO) i Tożsamością (TO), składającymi się na obraz siebie. Oznacza to, że pacjenci z łuszczycą, którzy wykazują tendencje suicydalne w zakresie myśli i działań, mają negatywny obraz siebie, niskie poczucie własnej tożsamości, czują się nieszczęśliwe, a nierzadko odczuwają także lęki.

Pozostałe korelacje pomiędzy wynikami w Skali CES-D, a wewnętrznymi wymiarami obrazu siebie, przyjmują umiarkowane nasilenie i dotyczą podskali Tendencje samobójcze ( $r=-0,40$ ,  $p=0,001$ ) a Zadowolenie z siebie (ZS) oraz Tendencji samobójczych ( $r=-0,38$ ,  $p=0,003$ ) i podskali Zachowanie (ZA).

Powiązania te – również ujemne – oznaczają, że chorzy na łuszczycę, którzy mają skłonności do myśli i działań samobójczych, charakteryzują się niższym niż przeciętny poziomem samoakceptacji i negatywniej, niż osoby w normie zdrowia psychicznego, oceniają swoje funkcjonowanie oraz podejmowanie działania i zachowania.

Pomiędzy wynikami w Skali CES-D a wewnętrznymi wymiarami obrazu siebie w Skali Fittsa nie odnotowano korelacji słabych.

**Tabela 22. Wskaźnik korelacji (r Pearsona) między wynikami w Skali Depresji CES-D Radloff a wynikami zewnętrznych wymiarów obrazu Siebie Skali Fittsa dla całej badanej grupy**

Obraz siebie	Depresyjność (Depre)		Dobre Samopoczucie (D-sam)		Kontaktowość (Konta)		Indyferentność (Indyf)		Ogólna Depresja (Og-Dep)		Tendencje samobójcze (T-Sam)	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Self fizyczny (SF)	-0,73	0,001	-0,52	0,001	-0,40	0,001	-0,62	0,001	-0,70	0,001	-0,39	0,002
Self moralno-etyczny (SM)	-0,54	0,001	-0,52	0,001	-0,45	0,001	-0,58	0,001	-0,58	0,001	-0,30	0,021
Self osobisty (SO)	-0,81	0,001	-0,63	0,001	-0,64	0,001	-0,78	0,001	-0,83	0,001	-0,45	0,001
Self rodzinny (SR)	-0,60	0,001	-0,41	0,001	-0,54	0,001	-0,63	0,001	-0,62	0,001	-0,50	0,001
Self społeczny (SS)	-0,54	0,001	-0,49	0,001	-0,52	0,001	-0,60	0,001	-0,58	0,001	-0,29	0,024

Źródło: Opracowanie własne.

W przypadku wyników pomiędzy Skalą CES-D, a zewnętrznymi wymiarami obrazu siebie Fittsa, także zachodzą korelacje o wartościach statystycznie istotnych.

W obrębie powiązań pomiędzy wynikami w podskalach depresji, a podskalach traktujących o zewnętrznych wymiarach obrazu siebie, również odnotowano wyniki istotne statystycznie.

Bardzo silne korelacje dotyczą Depresyjności ( $r=-0,73$ ,  $p=0,001$ ) i skali Self fizyczny (SF) oraz Depresyjności ( $r=-0,81$ ,  $p=0,001$ ) i selfu osobistego (SO). Ponadto, bardzo silne powiązania odnotowano w przypadku skali Indyferentność ( $r=-0,78$ ,  $p=0,001$ ) i Self Osobisty (SO), a także Ogólna Depresja ( $r=-0,70$ ,  $p=0,001$ ) a Self Fizyczny (SF) i Ogólna Depresja ( $r=-0,83$ ) a Self Osobisty (SO).

Ujemna, bardzo silna korelacja pomiędzy depresyjnością a wartościami w skali Self fizyczny (wchodzącej w skład zewnętrznych wymiarów obrazu siebie) oznacza, że im wyższy wynik depresyjności osoby chorej na łuszczycę, tym negatywniej ocenia ona swoją fizyczną prezencję, swój stan zdrowia oraz sprawność fizyczną i swoje walory płciowe. Ponadto, analogiczne powiązanie wykazane pomiędzy depresyjnością pacjentów z łuszczycą, a ich selfem osobistym oznacza, że tej grupie badanych trudniej jest o poczucie adekwatności, niezależne od oceny innych ludzi, a także mają niższe poczucie osobistej wartości.

Dodatkowo, korelacja o bardzo silnym natężeniu, pomiędzy Indyferentnością a Selfem

Osobistym świadczy o tym, że chorzy na łuszczycę którzy wykazują wyższą niż przeciętna obojętność i bierną postawę i mają wyższy poziom niezadowolenia, oceniają negatywnie poziom swojej wartości osobistej i mogą uważać się za nieadekwatne, uzależniając swoje poczucie adekwatności od oceny innych osób. Także ujemne i równie silne korelacje pomiędzy ogólną depresją, a selfem fizycznym, świadczą o tendencjach osób, które mają wysokie wyniki w zakresie ogólnego wyniku depresji, do negatywnego spostrzegania swojej atrakcyjności

i sprawności fizycznej, stanu zdrowia czy swojej atrakcyjności płciowej. Z kolei ujemne i bardzo silne powiązania w zakresie ogólnej depresji, a selfu osobistego, wiążą się z tym, że osoby z łuszczycą, których ogólny poziom depresji jest wysoki także oceniają swoją wartość osobistą negatywnie i uzależniają swoją adekwatność od ocen, z jakimi spotykają się ze strony innych ludzi.

Z kolei powiązania o silnym natężeniu dotyczą depresyjności a podskal takich, jak Self moralno-etyczny (SM) i Self społeczny (SS), gdzie współczynnik korelacji Pearsona wynosi odpowiednio:  $r=-0,54$ ,  $r=-0,60$  i  $r=-0,54$ , przy istotności  $p=0,001$ . Silne korelacje o takich samych wartościach zachodzą w przypadku samopoczucia ( $r=-0,52$ ,  $p=0,001$ ) a selfu fizycznego i selfu moralnego. Korelacje o silnej mocy dotyczą także samopoczucia ( $r=-0,49$ ,  $p=0,001$ ) i selfu społecznego. W przypadku skali Kontaktowość również odnotowano korelacje silne, dotyczące takich zewnętrznych wymiarów obrazu siebie, jak: Self moralno-etyczny (SM,  $r=-0,45$ ,  $p=0,001$ ), Self Osobisty (SO,  $r=-0,64$ ,  $p=0,001$ ), Self rodzinny (SR,  $r=-0,54$ ,  $p=0,001$ ) i Self społeczny (SS,  $r=-0,52$ ,  $p=0,001$ ). Dostrzega się dwie silne korelacje dotyczące Tendencji samobójczych, a skal takich, jak: Self osobisty(SO), gdzie  $r=-0,45$  i  $p=0,001$  oraz Self rodzinny (SR) gdzie  $r=-0,50$  i  $p=0,001$ .

Silne, ujemne korelacje pomiędzy skalą Depresyjność a selfami: fizycznym, moralno-etycznym, osobistym i społecznym, oznaczają, że osoby z łuszczycą, które osiągają wysokie wyniki w zakresie depresyjności, negatywnie oceniają swój stan zdrowia i kondycję fizyczną. Co więcej, wyniki te świadczą, że chorzy na łuszczycę mają również tendencję do postrzegania swojej atrakcyjności fizycznej i płciowej w negatywnym świetle. Ponadto, osoby z tej grupy badanych negatywnie oceniają nie tylko swoją osobistą wartość, ale także własne wartości moralne i swój stosunek do religii; mogą oceniać siebie jako „złe”, nieadekwatne i mieć niskie poczucie własnej wartości. Analogiczny opis jest adekwatny w przypadku osób z łuszczycą, które cechują się dobrym samopoczuciem, silnie korelującym ujemnie z selfem fizycznym, moralnym i społecznym. Podobnie przedstawia się obraz siebie osób badanych, które mają wysokie wyniki w Kontaktowości, ujemnie i silnie korelującej

z selfem moralno-etycznym, osobistym, społecznym i rodzinnym. Poza opisanymi powyżej tendencjami dotyczącymi zewnętrznych wymiarów obrazu siebie, osoby mające trudności w nawiązywaniu kontaktów mają dodatkowo niższy poziom poczucia bycia adekwatnym członkiem rodziny i negatywnie spostrzega siebie w relacjach z najbliższymi osobami. Analogiczne trudności w zakresie selfu osobistego i rodzinnego dotyczą osoby, które mają tendencje do myśli i zachowań suicydalnych.

Umiarkowane natężenie korelacji dostrzega się w przypadku samopoczucia ( $r=-0,41$ ,  $p=0,001$ ) a podskali Self rodzinny (SR) oraz podskali Kontaktowość ( $r=-0,40$ ,  $p=0,001$ ) a Self fizyczny (SF). Ponadto, umiarkowane powiązania dotyczą również podskali Tendencje samobójcze gdzie współczynnik korelacji Pearsona i istotność wynoszą kolejno:  $r=-0,39$  i  $p=0,002$  dla selfu fizycznego,  $r=-0,30$  i  $p=0,021$  dla selfu moralno-etycznego i  $r=-0,29$ ,  $p=0,024$  dla selfu społecznego. Większość korelacji pomiędzy podskalą Indyferentność a zewnętrznymi wymiarami obrazu siebie przyjmuje wartości o umiarkowanej sile. W przypadku selfu fizycznego (SF) wartości te sięgają  $r=-0,62$ ,  $p=0,001$ , w skali Self moralno-etyczny (SM) wynoszą  $r=-0,58$ ,  $p=0,001$ , a w selfie rodzinnym i selfie społecznym korelacje te mają wartości odpowiadające kolejno:  $r=-0,63$ ,  $p=0,001$  i  $r=-0,60$ ,  $p=0,001$ . Umiarkowane natężenie korelacji dotyczy także wyników w Ogólna Depresja ( $r=-0,58$ ,  $p=0,001$ ) i Self moralno-etyczny (SM) oraz Ogólna depresja ( $r=-0,62$ ,  $p=0,001$ ) i Self rodzinny (SR), a także Ogólna depresja ( $r=-0,58$ ,  $p=0,001$ ) i Self społeczny (SS).

Ujemna, umiarkowana korelacja zachodząca pomiędzy wynikami w skali Dobre samopoczucie, a Self Rodziny (SR) oznacza, że pacjenci z łuszczycą osiągający wysokie wyniki dotyczące samopoczucia, mają niskie poczucie osobistej wartości i poczucie nieadekwatności w roli członka rodziny, spostrzegają siebie w relacjach z najbliższymi osobami negatywnie. Korelacja pomiędzy kontaktowością, a selfem fizycznym, przyjmująca charakter ujemny i umiarkowany, wiąże się z tym, iż chorzy na łuszczycę z trudnościami w nawiązywaniu relacji negatywnie oceniają stan swojego zdrowia i sprawności fizycznej, uważają się za nieatrakcyjnych fizycznie. Umiarkowane i ujemne powiązania w zakresie tendencji suicydalnych i selfów: fizycznego, moralno-etycznego i społecznego oznaczają, że osoby skłonne do myśli i działań samobójczych również negatywnie oceniają aspekty swojej fizyczności, a dodatkowo uważają się za niemoralne, nie aproprują poziomu swojej religijności i wyznawanych wartości, a także uważają, że ich funkcjonowanie w relacjach z innymi ludźmi jest nieadekwatne, a sami są mało wartościowymi osobami. Podobne wartości i znaczenie dla funkcjonowania pacjentów z łuszczycą mają umiarkowane, ujemne korelacje zachodzące w przypadku indyferentności a zewnętrznymi obrazów siebie (poza

skalą Self Osobisty-SO, którego silna korelacja z indyferentnością i jej przełożenie na obraz siebie jednostki została opisana powyżej). Ponadto, pacjenci z łuszczycą, którzy mają wysokie wyniki w Depresji Ogólnej, korelujące w umiarkowanym stopniu z selfami: moralno-etycznym, rodzinnym i społecznym, charakteryzują się trudnościami w zakresie relacji, przejawiającymi się obniżonym poczuciu własnej wartości i uważaniu siebie samego za nieadekwatną jednostkę w społeczeństwie czy środowisku rodzinnym, a także w negatywnym spostrzeganiu własnej osoby w relacjach zarówno rodzinnych, jak i z ludźmi w ogóle. Ponadto, osoby te mają tendencje do oceniania siebie i swojej moralności jako złej, nieaprobowania swojej religijności i posiadanych wartości moralno-etycznych.

Nie odnotowano słabych korelacji pomiędzy depresją a zewnętrznymi wymiarami obrazu siebie.

**Tabela 23. Wskaźnik korelacji (r Pearsona) między wynikami w Skali Depresji CES-D Radloff a wynikami w pozostałych wymiarach obrazu Siebie Skali Fittsa dla całej badanej grupy**

Obraz siebie	Depresyjność (Depre)		Dobre Samopoczucie (D-sam)		Kontaktowość (Konta)		Indyferentność (Indyf)		Ogólna Depresja (Og-Dep)		Tendencje samobójcze (T-Sam)	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Samokrytycyzm (SK)	0,39	0,002	0,26	0,043	0,32	0,013	0,36	0,004	0,40	0,002	0,13	0,306
Zmienność obrazu siebie (ZWO)	0,41	0,001	0,38	0,007	0,16	0,206	0,30	0,017	0,39	0,002	0,19	0,140
Zmienność wymiarów zewnętrznych (ZWZ)	0,20	0,123	0,19	0,142	0,07	0,596	0,15	0,250	0,20	0,121	0,06	0,626
Zmienność wymiarów wewnętrznych (ZWW)	0,54	0,001	0,42	0,001	0,22	0,092	0,40	0,002	0,50	0,001	0,28	0,030
Rozkład odpowiedzi (RO)	-0,07	0,575	-0,08	0,549	-0,12	0,366	-0,16	0,210	-0,10	0,436	0,03	0,833

Źródło: Opracowanie własne.

Powiązania pomiędzy wynikami Skali CES-D a pozostałymi wymiarami obrazu siebie w Skali Fittsa również sięgają wartości istotnych statycznie, jednocześnie nie zachodzą korelacje bardzo silne, jak w poprzednio opisanych wymiarach.

Korelacje o silnym natężeniu dotyczą Depresyjności ( $r=0,54$ ,  $p=0,001$ ) i Zmienności wymiarów wewnętrznych obrazu siebie (ZWW) oraz podskali Ogólna Depresja ( $r=0,50$ ,  $p=0,001$ ) i tego samego wymiaru w Skali Fittsa.

Umiarkowane korelacje zachodzą w przypadku Depresyjności a Samokrytycyzmu (SK) i Zmienności obrazu siebie (ZWO) i sięgają wartości równych odpowiednio:  $r=0,39$ ,  $p=0,002$  oraz  $r=0,41$ ,  $p=0,001$ .

Powiązania o umiarkowanej sile dostrzega się również w przypadku podskali Samopoczucie ( $r=0,26$ ,  $p=0,043$ ) a Samokrytycyzm (SK) oraz Dobre Samopoczucie ( $r=0,34$ ,  $p=0,007$ ) i Zmienność obrazu siebie (ZWO), a także Samopoczucie ( $r=0,42$ ,  $p=0,001$ ) i Zmienność wymiarów wewnętrznych (ZWW). W przypadku kontaktowości korelacja o umiarkowanym nasileniu zachodzi z podskalą Samokrytycyzm (SK) i wynosi  $r=0,32$ , gdzie  $p=0,013$ . Kolejnymi umiarkowanymi powiązaniem są wartości w wynikach pomiędzy Indyferentność ( $r=0,36$ ,  $p=0,004$ ) a Samokrytycyzm (SK), a także Indyferentność ( $r=0,30$ ,  $p=0,017$ ) a Zmienność obrazu siebie (ZWO) i Indyferentność ( $r=0,40$ ,  $p=0,002$ ) a Zmienność wymiarów wewnętrznych (ZWW). W przypadku umiarkowanych korelacji w obrębie tendencji samobójczych ( $r=0,28$ ,  $p=0,030$ ), dotyczą one jedynie zmienności wymiarów wewnętrznych. Ostatnie z korelacji o umiarkowanym natężeniu dotyczą skali Ogólna Depresja o ( $r=0,40$ ,  $p=0,002$ ) i Samokrytycyzmu (SK), a także tej samej skali ( $r=0,39$ ,  $p=0,002$ ) i zmienności obrazu siebie.

Pozostałe, istotnie statystycznie korelacje, mają słabe nasilenie. W przypadku depresyjności jest to jedno powiązanie, dotyczące rozkładu odpowiedzi w Skali Fittsa i ma wartość  $r=-0,07$  przy  $p=0,575$ . Podobnie wygląda korelacja pomiędzy podskalą Samopoczucie ( $r=-0,08$ ,  $p=0,549$ ) a rozkładem odpowiedzi dotyczących obrazu siebie. W przypadku skali Kontaktowość, większość korelacji z wynikami dotyczącymi obrazu siebie, jest słabej wartości. W przypadku kontaktowości a zmienności obrazu siebie wynosi ona  $r=0,16$  przy  $p=0,206$ . Kolejne dwa powiązania to Kontaktowość ( $r=0,22$ ,  $p=0,092$ ) i Zmienność Wymiarów Wewnętrznych (ZWW) oraz Kontaktowość ( $r=-0,12$ ,  $p=0,366$ ) i Rozkład Odpowiedzi (RO). W podskali Tendencje samobójcze zachodzą dwie, istotne statystycznie, korelacje z obrazem siebie i dotyczą kolejno:  $r=0,13$  i  $p=0,306$  dla samokrytycyzmu oraz  $r=0,19$  i  $p=0,140$  dla zmienności obrazu siebie. W przypadku



ogólnej depresji ma miejsce jedno powiązanie ze Skalą Fittsa, cechujące się słabym natężeniem, to jest  $r=-0,10$  i  $p=0,436$  i dotyczy ono skali Rozkład Odpowiedzi (RO).

Analiza danych przedstawionych w Tabeli 23. (patrz: s.91) pozwala zauważyć, iż występuje dodatnia korelacja pomiędzy wynikami w podskali depresji, a skalami Samokrytycyzm (SK), Zmienność obrazu siebie (ZWO) i Zmienność wymiarów wewnętrznych (ZWW). Oznacza to, że wzrost wyników świadczących o depresyjności osoby badanej, wiąże się ze wzrostem samokrytycyzmu tej osoby, co skutkuje w utracie zdolności obronnych jednostki, a także poczuciem, że nie odzyska ona już szacunku do samej siebie. Dodatkowo, wyniki te mogą świadczyć o swoistym wołaniu o pomoc osoby badanej. Ponadto, można wnioskować, że wzrost depresji powoduje większą niespójność obrazu siebie osoby badanej. Z kolei korelacja zachodząca pomiędzy zmiennością wymiarów wewnętrznych jednostki, a poziom depresyjności, jaki dana osoba wykazuje, świadczą o tendencjach osoby do zmienności sposobu patrzenia na samą siebie, skłonności do zmian w obrębie poziomu zadowolenia z samej siebie oraz niestabilność zachowania danej osoby.

Powiązania pomiędzy depresyjnością a samokrytycyzmem, wspomniane powyżej, wiążą się z tendencją osób badanych o wysokim poziomie depresji i niskim samokrytycyzmie do tego, by przyjmować postawę obronną, nie przyznawać się do typowo ludzkich słabości czy popełnianych błędów, prezentować się w pozytywnym świetle. Z kolei osoby, które mają wysoki poziom depresji i bardzo wysokie wyniki w samokrytycyzmie, mogły utracić zdolności do zachowań obronnych i może im towarzyszyć poczucie, że nie odzyskają już szacunku do samego siebie. W przypadku chorych na łuszczycę, którzy mają wysoki poziom depresyjności i wysoki wynik w zmienności obrazu siebie, zachodzić może niespójność ich obrazu siebie. Osoby te mogą mieć skłonności do wyodrębniania poszczególnych aspektów własnego „ja” i dokonywania ich niezależnej oceny. Ponadto, osoby z wysokimi wynikami w zakresie dobrego samopoczucia i samokrytycyzmu mogą cechować się otwartością na zdrowym poziomie i zdolnością do samokrytyki, natomiast bardzo wysokie wyniki w samokrytycyzmie mogą sugerować, że osoba badana próbuje zaakcentować w negatywny sposób dane aspekty obrazu siebie, dokonując ich samoopisu za pomocą Skali Fittsa. Wysokie wyniki świadczące o dobrym samopoczuciu, w umiarkowanie nasilonym powiązaniu ze Zmiennością wymiarów wewnętrznych (ZWW) oznaczają, że chorzy z łuszczycą doświadczający dobrego samopoczucia mogą mieć niespójny obraz siebie i wykazywać największe różnice pomiędzy wynikami w skalach obrazu siebie opisujących tożsamość, zadowolenie z siebie i zachowanie jednostki. Osoby mające trudności z nawiązywaniem relacji z innymi ludźmi, a wykazujący bardzo wysokie

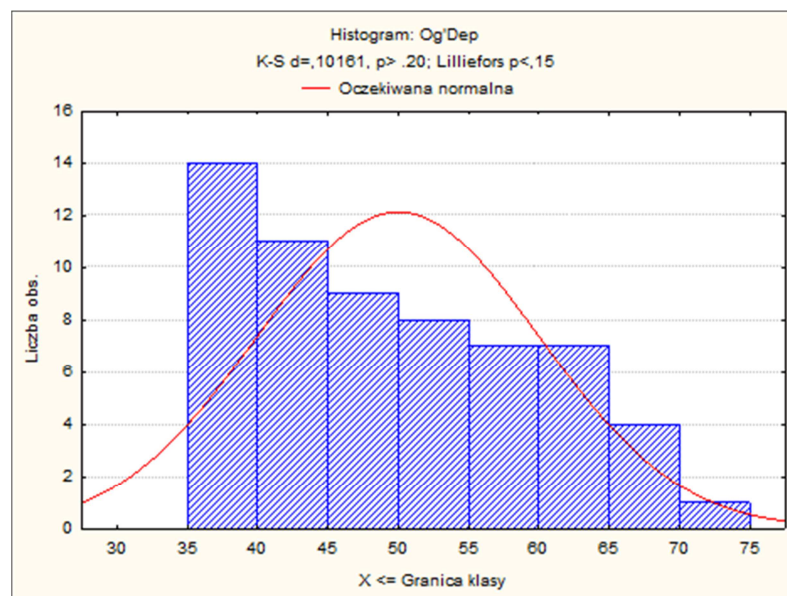
wyniki w samokrytycyzmie, mogą w swoisty sposób sygnalizować, że potrzebują pomocy, wynikającej z ich poczucia braku szacunku do samych siebie, utratą zachowań obronnych i brakiem nadziei na zmianę w tych aspektach.

## 5.2. Powiązania pomiędzy zmiennymi w grupach skrajnych

Problem badawczy, będący przedmiotem niniejszej pracy, wymaga ustalenia, czy i jakie powiązania występują między poziomem i strukturą depresji a obrazem siebie u pacjentów z łuszczycą. W związku z tym konieczne było wyodrębnienie dwóch grup skrajnych o niskim oraz wysokim poziomie depresji. Porównanie obrazu siebie pacjentów z łuszczycą w obu grupach skrajnych poprzedzone zostało opisem metod, które pozwoliły na wyodrębnienie grup skrajnych.

### 5.2.1. Sposób wyodrębniania grup skrajnych

W wyniku przeprowadzonych badań z wykorzystaniem Skali do oceny depresji CES-D L.S. Radloff uzyskano następujące wartości liczbowe we wskaźniku depresji ogólnej dla całości grupy badanych pacjentów z łuszczycą: średnia o wartości  $M=50,00$  oraz odchylenie standardowe o wartości  $SD = 10,03$ ; rozstęp uzyskanych wyników wynosił:  $Min= 36$  oraz  $Max= 72$  (Wykres 1.).



Wykres 1. Graficzny rozkład wyników we wskaźniku ogólnej depresji dla całej grupy badanych  
Źródło: Opracowanie własne.

W poniższej Tabeli 24. zamieszczono przedziały, w których mieściły się wyniki ogólne uzyskane przez badane osoby z łuszczycą.

**Tabela 24. Procentowy rozkład wyników we wskaźniku ogólnej depresji dla całej grupy badanych**

<b>Przedziały depresyjności – wynik ogólny</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
35<x<=40	14	22,95
40<x<=45	11	18,03
45<x<=50	9	14,75
50<x<=55	8	13,11
55<x<=60	7	11,48
60<x<=65	7	11,48
65<x<=70	4	6,56
70<x<=75	1	1,64
Razem	61	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z danych zawartych w Tabeli 24., najliczniejszą grupę stanowią badani, których ogólny wynik depresji mieści się w przedziale od 35 do 40, co stanowi 22,95% ogółu badanych. Drugą pod względem liczebności grupą, zawierającą 18,03% badanych, jest grupa mająca wynik depresji ogólnej zawarty w przedziale od 40 do 45. Z kolei 14,75% badanych uzyskało wynik mieszczący się w przedziale od 45 do 50. W przedziale od 50 do 55 zawartych było 13,11% odpowiedzi badanych, tymczasem dla przedziałów od 55 do 60 oraz od 60 do 65 liczebność badanych była taka sama i wynosiła 11,48% całej grupy badanych osób. Przedział od 65 do 70 mieścił 6,56% badanych, a najniższy wynik, w przedziale od 70 do 75, uzyskało 1,64% pacjentów z łuszczycą.

Grupy skrajne zostały wyłonione za pomocą wartości średniej oraz odchylenia standardowego dla ogółu badanych. Zastosowano sposób kwartylowy, pozwalający na uzyskanie 25% badanych o najniższym i 25% badanych o najwyższym wyniku na skali Depresji Ogólnej.

Tabela 25. (patrz: s. 96) przedstawia sposób dokonania podziału na grupy skrajne oraz pozostałą grupę o przeciętnym poziomie depresji, a także liczebność tychże grup.

**Tabela 25. Liczebność wyodrębnionych grup skrajnych**

Grupa	N	%
Niska depresyjność –ND	15	24,59
Wysoka depresyjność –WD	15	24,59
Pozostali badani	31	50,82
RAZEM	61	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Jak wynika z danych zawartych w powyższej Tabeli 25., z ogółu badanych osób  $N = 61$  zostało wyodrębnione  $N = 15$  osób (stanowiących 24,59% ogółu badanych) o wysokiej depresji (WD) oraz  $N = 15$  osób (24,59% ogółu badanych) o niskim poziomie depresyjności (ND). Osoby te wspólnie tworzą grupę o wynikach skrajnych. Pozostałe 50,82% badanych osób to grupa, która otrzymała przeciętne wyniki w pomiarze poziomu depresji.

### 5.3. Poziom depresji a obraz siebie

Niniejsza część pracy zawierać będzie analizę porównawczą grup skrajnych pod względem różnych wymiarów obrazu siebie. Porównywane dane otrzymano w wyniku zastosowania testu t, zestawiając średnie uzyskane w obrębie miar obrazu siebie przez osoby badane w grupie o niskim i w grupie o wysokim poziomie depresji.

#### 5.3.1. Wskaźniki rzetelności uzyskanych profilów obrazu siebie

Skala Obrazu Siebie Fitssa zawiera wskaźniki, dzięki którym można określić, jaką postawę mają osoby badane wobec badania ich obrazu siebie.

Jednym ze wspomnianych składników jest Samokrytycyzm (SK). Niski poziom w obrębie tego wskaźnika świadczy o trudnościach osoby badanej z przyznaniem się do swoich słabych stron oraz popełnianych przez siebie błędów. Takie osoby nierzadko przyjmują postawę obronną, a swoją osobę starają się prezentować w pozytywnym świetle. Z kolei wyniki wysokie uzyskują osoby, których otwartość i zdolność do samokrytyki jest na zdrowym poziomie. Tymczasem wyniki bardzo wysokie wskazują na to, że jednostka nie ma wypracowanych mechanizmów obronnych.

Kolejnym wskaźnikiem rzetelności Skali jest Rozkład Odpowiedzi (RO), mówiący o pewnym aspekcie tego, jak badana jednostka odbiera samą siebie. Niski wynik w obrębie tego wskaźnika mają osoby, które najczęściej określają siebie za pomocą sformułowania „Nie jestem zdecydowany”. Interpretując wybór osoby badanej można wnioskować, że albo zachowuje szczególną ostrożność przy udzielaniu odpowiedzi na swój temat, albo jest wysoce nie zdecydowany jeśli chodzi o autoprezentację. W konsekwencji, bardzo znikome jest, by uzyskać prawdziwe odzwierciedlenie tego, jak osoba badana spostrzega samą siebie. Z kolei wynik wysoki może być spowodowany stereotypowym i spolaryzowanym typem odpowiadania. Osoba, która udziela skrajnych odpowiedzi służących samoopisowi, może działać impulsywnie lub nie traktuje badania z odpowiednią uważnością.

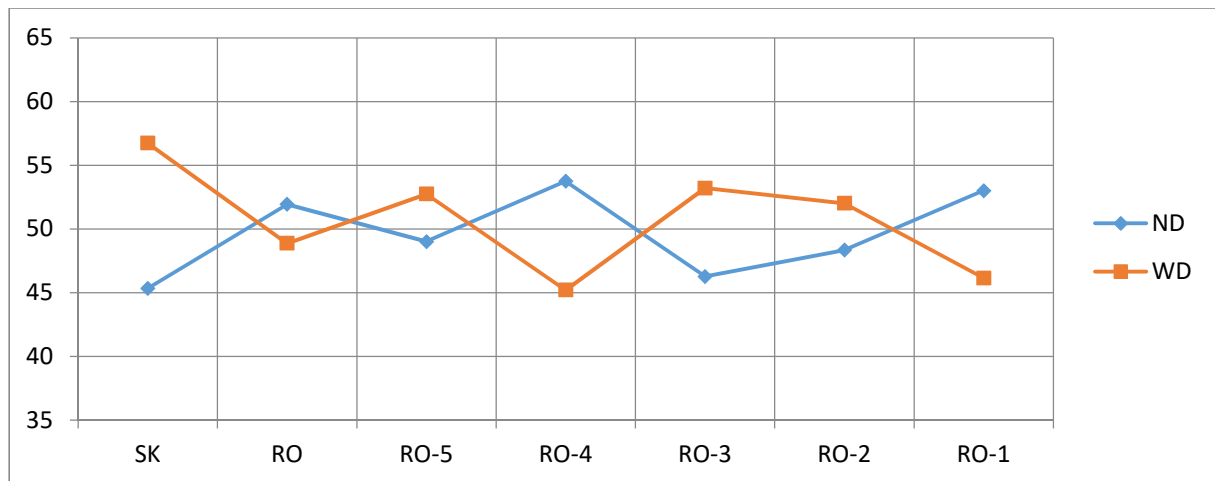
W Tabeli 66. zaprezentowane są średnie wyniki dla grup badanych oraz wskaźniki istotności. Dodatkowo, na Wykresie 2. (patrz: s. 98), przedstawione są profile wyników średnich badanych osób.

**Tabela 26. Zestawienie wyników średnich grup o wysokim poziomie depresji i niskim poziomie depresji z wynikami Skali Obrazu siebie Fittsa**

Obraz siebie	Wysoka depresyjność ogólna (WD)		Niska depresyjność ogólna (ND)		Test t-studenta	
	M	SD	M	SD	t	p
Samokrytycyzm (SK)	56,73	8,34	45,33	11,21	-3,16	0,004
Rozkład odpowiedzi (RO)	48,87	10,91	51,93	9,41	0,82	0,417
RO5	52,73	10,06	49,00	11,28	-0,96	0,347
RO4	45,20	7,08	53,73	12,03	2,37	0,025
RO3	53,20	12,10	46,27	6,92	-1,93	0,064
RO2	52,00	8,83	48,33	9,47	-1,10	0,282
RO1	46,13	10,38	53,00	8,63	1,97	0,059

Źródło: Opracowanie własne.

Graficzną ilustrację uzyskanych danych przedstawia poniższy Wykres 2. (patrz, s. 98).



**Wykres 2. Profile wyników średnich wskaźników rzetelności**

Źródło: Opracowanie własne.

Dane zaprezentowane w Tabeli 6. oraz na Wykresie 2. pokazują, iż w przypadku większości wskaźników, to jest: RO, RO-5, RO-3, RO-2, RO-1, nie zachodzą istotne statystycznie różnice. Tymczasem zachodzą one we wskaźnikach Samokrytycyzm (SK) oraz RO-4. Na podstawie analizy danych można wnioskować, że osoby z łuszczycą, które przejawiają wyższy poziom depresji (WD), mają większe tendencje do samokrytycyzmu, niż pacjenci z łuszczycą o niskim poziomie depresji (ND). Świadczy to o tym, że osoby chorujące na łuszczycę, które cechują się wysoką depresyjnością (WD), są bardziej zdolne do samokrytycyzmu i wykazują się większą otwartością, niż pacjenci z łuszczycą o niskim poziomie depresji (ND).

Z kolei wyniki wskaźnika Rozkład Odpowiedzi (RO) mieszczą się w normie skali tenowej, co obrazuje Wykres 2. Istotne statystycznie zróżnicowanie grup skrajnych zachodzi jedynie w przypadku podskali RO-4. Można więc stwierdzić, iż rozkład odpowiedzi w przypadku obu grup jest porównywalny. Analiza przedstawionych powyżej danych pozwala wnioskować, że zarówno pacjenci z łuszczycą o wysokim, jak i niskim poziomie depresji, wskazywali swoje odpowiedzi, na pięciostopniowej skali, w podobny sposób. Dane wskazują również, że odpowiedzi udzielane przez osoby badane nie były przypadkowa, a wyniki uzyskane w badaniu są odzwierciedleniem sposobu percepcji siebie przez pacjentów z łuszczycą.

### 5.3.2. Depresja a wymiary wewnętrzne obrazu siebie

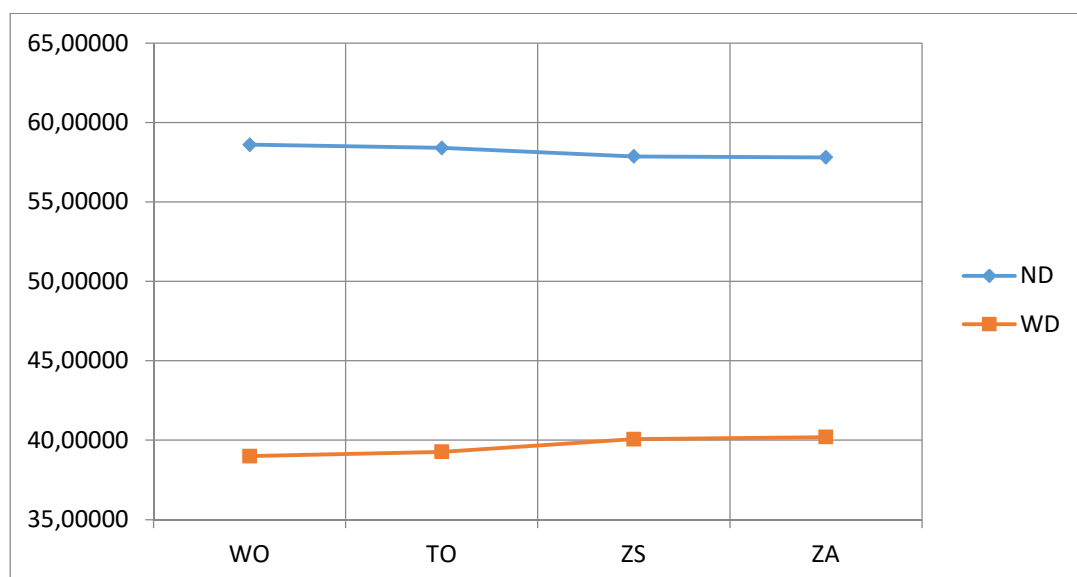
Wysokie lub średnie wyniki w skalach wymiarów wewnętrznych Skali Obrazu Siebie Fittsa uzyskują osoby, które mają pozytywny obraz siebie. Charakteryzują się również zaufaniem i sympatią do samych siebie, a także poczuciem własnej wartości i samoakceptacją. Tymczasem osoby, które uzyskują w tychże wymiarach wyniki niskie, mają zniekształcony obraz siebie i zaniżoną samoocenę. Dodatkowo, osoby te mniej ufają samym sobie i mają tendencje do depresyjności.

Tabela 27. przedstawia średnie wyniki dla grup badanych i wskaźniki istotności różnic, tymczasem na Wykresie 3. jest zobrazowany profil wyników średnich, uzyskanych przez osoby badane.

**Tabela 27. Zestawienie wyników średnich grup o wysokim poziomie depresji i niskim poziomie depresji z wynikami wymiarów wewnętrznych Skali Obrazu Siebie**

Obraz siebie	Wysoka depresyjność ogólna (WD)		Niska depresyjność ogólna (ND)		Test t-studenta	
	M	SD	M	SD	t	p
Wynik ogólny (WO)	39,00	5,26	58,60	5,12	10,33	0,001
Tożsamość (TO)	39,27	5,54	58,40	5,18	9,78	0,001
Zadowolenie z siebie (ZS)	40,07	6,85	57,87	4,94	8,16	0,001
Zachowanie (ZA)	40,20	6,66	57,80	5,37	7,97	0,001

Źródło: Opracowanie własne.



**Wykres 3. Profile wyników średnich w wymiarach wewnętrznych Skali Obrazu Siebie**

Źródło: Opracowanie własne.

Na wymiary wewnętrzne Skali Obrazu Siebie składają się: Wynik Ogólny (WO), Tożsamość (TO), Zadowolenie z siebie (ZS) oraz Zachowanie (ZA). Na podstawie danych przedstawionych w Tabeli 27. można stwierdzić, iż zachodzą istotne statystycznie różnice w obrębie obrazu siebie w każdym z tychże wymiarów. Ponadto, analiza danych zawartych w Tabeli 7. pozwala dostrzec, że Wynik Ogólny (WO) w grupie osób o niskiej depresyjności ogólnej (ND) jest wyższy, niż w grupie o wysokiej depresyjności ogólnej (WD). Oznacza to, że depresyjni pacjenci z łuszczycą, w porównaniu do niedepresyjnych chorych na łuszczycę, mają istotnie niższy poziom pozytywnej samooceny i samoakceptacji a także mniej ufają samym sobie i mają tendencje do czucia się odrzuconymi przez innych.

Analogiczne do Wyniku Ogólnego (WO) różnice można zauważyć w wynikach, jakie grupa badanych uzyskała w Tożsamości (TO). W związku z tym można stwierdzić, że depresyjni chorzy na łuszczycę doświadczają większych trudności w procesie kształtowania własnej tożsamości, nazywaniu kim są, a także może dotyczyć ich większy rozdźwięk pomiędzy idealnym obrazem własnego ja, a ja realnym.

Co więcej, wyniki w Zadowoleniu z Siebie (ZS) również wskazują na istotne statycznie różnice pomiędzy depresyjnymi osobami z łuszczycą, a pacjentami z łuszczycą o niskim poziomie depresji ogólnej. Osoby badane z grupy depresyjnej mają istotnie niższą samoakceptację i aprobatę względem siebie samych, niż chorzy na łuszczycę z niskim poziomem depresji ogólnej. doświadczają większych trudności w procesie kształtowania własnej tożsamości, nazywaniu kim są, a także może dotyczyć ich większy rozdźwięk pomiędzy idealnym obrazem własnego ja, a ja realnym

Ponadto, także wyniki w Zachowaniu (ZA) różnicują grupy chorych na łuszczycę o niskim i wysokim poziomie depresji ogólnej. Dane uzyskane w badaniu pokazują, że osoby badane z grupy o wysokiej depresyjności osiągają niższe wyniki w Zachowaniu, niż niedepresyjni pacjenci z łuszczycą. W związku z tym depresyjne osoby z łuszczycą oceniają swoje zachowania bardziej negatywnie, niż niedepresyjne osoby badane.

### **5.3.3. Depresja a wymiary zewnętrzne obrazu siebie**

Wyniki uzyskane w poszczególnych skalach składających się na zewnętrzny wymiar obrazu siebie w Skali Fitssa są parcjalnymi wynikami Wyniku Ogólnego (WO). Na zewnętrzny obraz siebie jednostki składają się następujące skale: Self Fizyczny (SF), Self Moralno-Etyczny (SM), Self osobisty (SO), Self Rodzinny (SR) oraz Self Społeczny (SS).

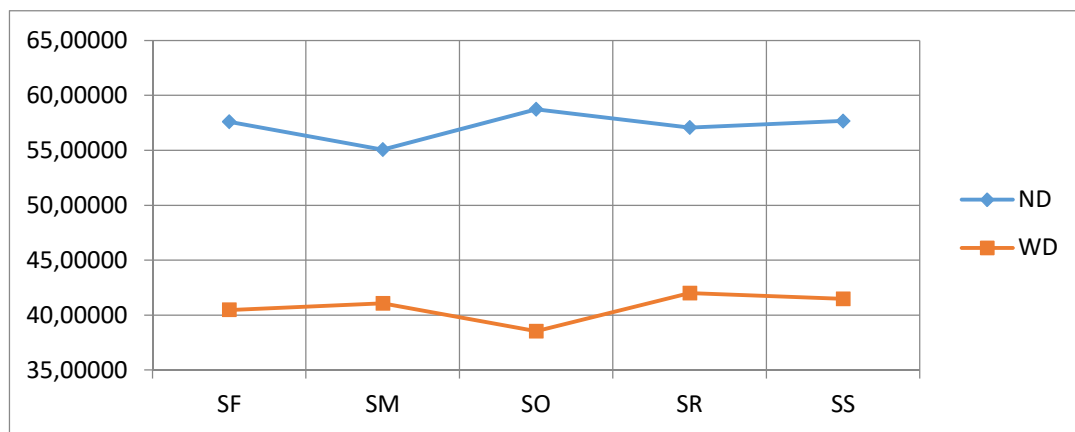


Wskaźniki istotności oraz średnie wyniki dla grup badanych przedstawia poniższa Tabela 28., z kolei na Wykresie 4 (poniżej) zobrazowano otrzymane wyniki średnie.

**Tabela 28. Zestawienie wyników średnich grup o wysokim poziomie depresji i niskim poziomie depresji z wynikami wymiarów zewnętrznych Skali Obrazu Siebie**

Obraz siebie	Wysoka depresja ogólna (WD)		Niska depresja ogólna (ND)		Test t-studenta	
	M	SD	M	SD	t	p
Self fizyczny (SF)	40,47	6,78	57,60	6,07	7,29	0,001
Self moralno-etyczny (SM)	41,07	9,27	55,07	4,95	5,16	0,001
Self osobisty (SO)	38,53	4,34	58,73	5,26	11,48	0,001
Self rodzinny (SR)	42,00	9,17	57,07	7,29	4,98	0,001
Self społeczny (SS)	41,47	9,49	57,67	5,12	5,82	0,001

Źródło: Opracowanie własne.



**Wykres 4. Profile wyników średnich w wymiarach zewnętrznych Skali Obrazu Siebie**

Źródło: Opracowanie własne.

Powyższa Tabela 28. oraz Wykres 4. pokazują, iż średnie wyniki uzyskane przez grupy badanych różnią się na istotnym statycznie poziomie w każdej ze skal wymiarów zewnętrznych.

Wyniki osób niedepresyjnych, uzyskane w skali Self Fizyczny (SF), są wyższe niż u chorych na łuszczycę z wysokim poziomem depresji. Pozwala to na stwierdzenie, iż depresyjnym pacjentom z łuszczycą trudniej jest zaakceptować swój wygląd zewnętrznych.

Analogiczne porównania w obrębie wyników dla grup badanych można dostrzec w skali Self Moralno – Etyczny (SM). W przypadku średnich wyników w tej skali mamy do czynienia z wartościami mieszczącymi się w średniej skali tenowej, jednocześnie różnice w wynikach pomiędzy obiema grupami są istotnie statystyczne. Oznacza to, że depresyjni chorzy na łuszczycę oceniają swoją moralność bardziej negatywnie, niż osoby z łuszczycą,

które mają niskie wyniki depresji ogólnej. Dodatkowo, depresyjni chorzy mogą mieć tendencję do przeżywania kryzysów o charakterze moralno-religijnym, przejawiające się w podważaniu wartości, także religijnych.

Istotna różnica statyczna zachodzi także w obrębie wyników w skali Self Osobisty (SO). Co więcej, chorzy z łuszczycą wykazujący wysoki poziom depresyjności osiągnęli wyniki poniżej normy w skali tenowej. Z analizy danych w Tabeli 8. wynika, iż depresyjni pacjenci z łuszczycą mają niższy poziom samooceny i poczucia swojej adekwatności.

W przypadku wyników w skali Self Rodzinny (SR) można wnioskować, że wyższe wyniki niedepresyjnych chorych na łuszczycę w stosunku do grupy osób depresyjnych świadczą o tym, że wysoki poziom depresji powoduje potencjalne, nieadekwatne funkcjonowanie jednostki w środowisku rodzinnym. Wynika to z tego, że osoby depresyjne mogą odbierać swoje relacje z bliskimi jako niepasujące i niewłaściwe.

Poziom wyników w obrębie skali Self Społeczny (SS) również wskazuje na statystycznie istotne różnice pomiędzy wynikami obu grup. Chorzy na łuszczycę wykazujący wysoki poziom depresji ogólnej mają skłonności do postrzegania swojej obecności w społeczeństwie jako nieadekwatnej, a także negatywnie oceniać swoją wartość w odniesieniu do porównywania siebie z innymi ludźmi.

#### **5.3.4. Zmienność wymiarów obrazu siebie u pacjentów z łuszczycą o różnym poziomie depresji**

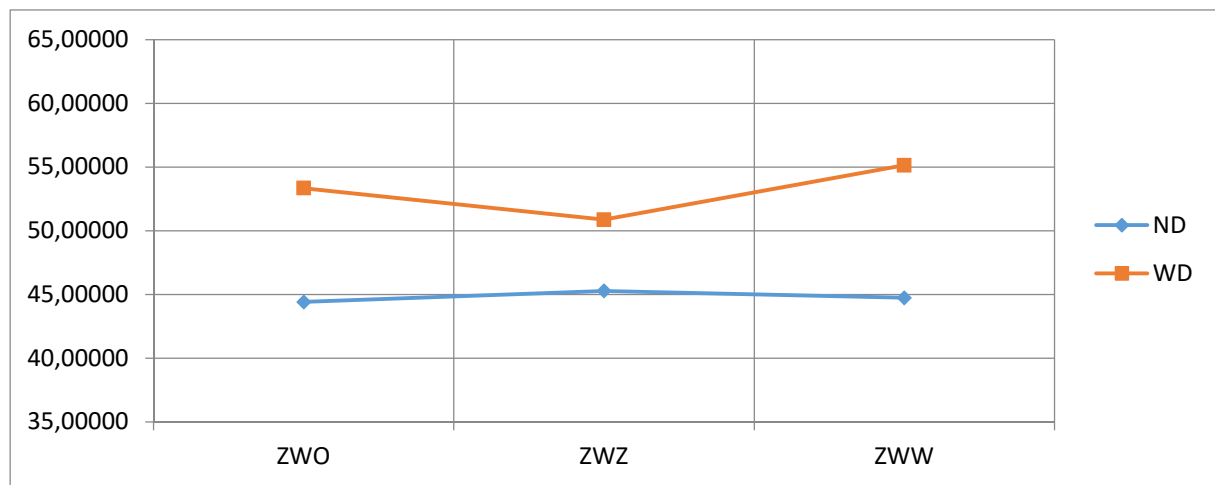
Zmienność wymiarów obrazu siebie w Skali Obrazu Siebie Fittsa składa się z następujących podskal: Zmienność Wymiarów Wewnętrznych (ZWW), Zmienność Wymiarów Zewnętrznych (ZWZ) i Zmienność Wszystkich Wymiarów (ZWO). Wysokie wartości w wynikach skal dotyczących zmienności wymiarów obrazu siebie oznaczają brak spójności pomiędzy jednym aspektem percepcji siebie w stosunku do innego aspektu spostrzegania siebie przez jednostkę. Z kolei niskie wyniki w tym zakresie świadczą o sztywności obrazu siebie i brak elastyczności w tym aspekcie. Średnie wyniki uzyskują osoby, które cechują się spójnością i są zintegrowane w zdrowy sposób.

Wyniki średnie uzyskane w obu grupach badanych oraz wskaźniki istotności różnic przedstawia Tabela 29. (patrz: s. 103) oraz Wykres 5 (patrz: s. 103).

**Tabela 29. Porównanie obrazu siebie pacjentów z łuszczycą depresyjnych i niedepresyjnych w zakresie zmienności wymiarów Skali Obrazu Siebie**

Grupy	Wysoka depresja ogólna (WD)		Niska depresja ogólna (ND)		Test t-studenta	
	M	SD	M	SD	t	p
Zmienność wszystkich wymiarów (ZWO)	53,33	8,98	44,40	9,05	-2,71	0,011
Zmienność wymiarów zewnętrznych (ZWZ)	50,87	7,75	45,27	9,68	-1,75	0,091
Zmienność wymiarów wewnętrznych (ZWW)	55,13	11,18	44,73	7,60	-2,98	0,006

Źródło: Opracowanie własne.



**Wykres 5. Profile wyników średnich w zmienności wymiarów obrazu siebie**

Źródło: Opracowanie własne.

Z analizy danych przedstawionych w Tabeli 29. wynika, iż wyniki obu grup badanych. we wszystkich skalach zmienności obrazu siebie, mieszczą się w przedziale normy w skali tenowej. Jednocześnie, w przypadku Zmienności wszystkich wymiarów (ZWO) i Zmienności wymiarów wewnętrznych (ZWW) zachodzą różnice istotne statycznie. Chorzy na łuszczycę o niskim poziomie depresyjności osiągnęli wyniki wyższe, niż depresyjni pacjenci z łuszczycą. Oznacza to, że wysoki poziom depresji u osób z łuszczycą wiąże się z ich niespójnym obrazem siebie, a także ze skłonnościami do rozszczepiania poszczególnych aspektów obrazu własnego ja i dokonywania ich oceny w sposób niezależny.

Konkludując, wyniki uzyskane przez osoby z łuszczycą, badane Skalą Obrazu Siebie W. H. Fittsa, wskazują na znaczące różnice w obrazie siebie pomiędzy grupami badanych o wysokim i niskim poziomie depresji ogólnej. Chorzy na łuszczycę, którzy wykazują wysoki wskaźnik depresyjności, mają znacznie bardziej zaburzony obraz siebie, niż pacjenci z łuszczycą o niskim poziomie depresji.



## Rozdział 6. Obraz siebie u osób z łuszczycą o różnym typie depresji

W ostatnim rozdziale niniejszej pracy zawarta zostanie charakterystyka obrazu siebie u osób z łuszczycą o różnym typie depresji. W pierwszej kolejności zostaną przedstawione kryteria, według których wyodrębniono grupy badanych o różnym typie depresji. Następnie, wyodrębnione skupienia zostaną opisane i poddane analizie. W kolejnym kroku zaprezentowane będą porównania obrazu siebie u osób o różnych typach depresji. Ostatni fragment zawrze podsumowanie dokonanych analiz oraz weryfikację hipotez badawczych.

### 6.1. Sposób wyodrębnienia grup homogenicznych i ich charakterystyka

Wyodrębnienie grup homogenicznych pod względem przejawianej przez pacjentów z łuszczycą depresji, polegało na zastosowaniu analizy skupień. Dane do niej pozyskano na podstawie analizy materiału Skali Depresji CES-D L. E. Rodloff i E. Helmes.

Dokonanie analizy statystycznej wymagało wzięcia pod uwagę wyników standaryzowanych, uzyskanych przez badane osoby z łuszczycą w poszczególnych podskalach Skali CES-D.

W Tabeli 30. zaprezentowane są dane dotyczące procentowego rozkładu liczebności dla poszczególnych grup skupień ze względu na typ depresji.

**Tabela 30. Procentowy rozkład liczebności grup o różnym typie depresyjności**

GRUPA	N	%
I Depresyjni	14	22,95
II Osamotnieni	16	26,23
III Znudzeni	14	22,95
IV Niedepresyjni	17	27,87
RAZEM	61	100,00

Źródło: Opracowanie własne.

Liczba osób badanych, składająca się na poszczególne grupy wyróżnione z uwagi na różne typy depresji, jest zróżnicowana. Wyjątek stanowią grupy I (*Depresyjni*) i III (*Znudzeni*), których liczebność jest równa, to jest po 14 badanych osób, co stanowi odpowiednio po 22,95% całej grupy badanych i jest najmniejszą, pod względem liczebności, wartością. Z drugą z kolei, pod względem liczebności, jest grupa II – *Osamotnieni*, tworzona

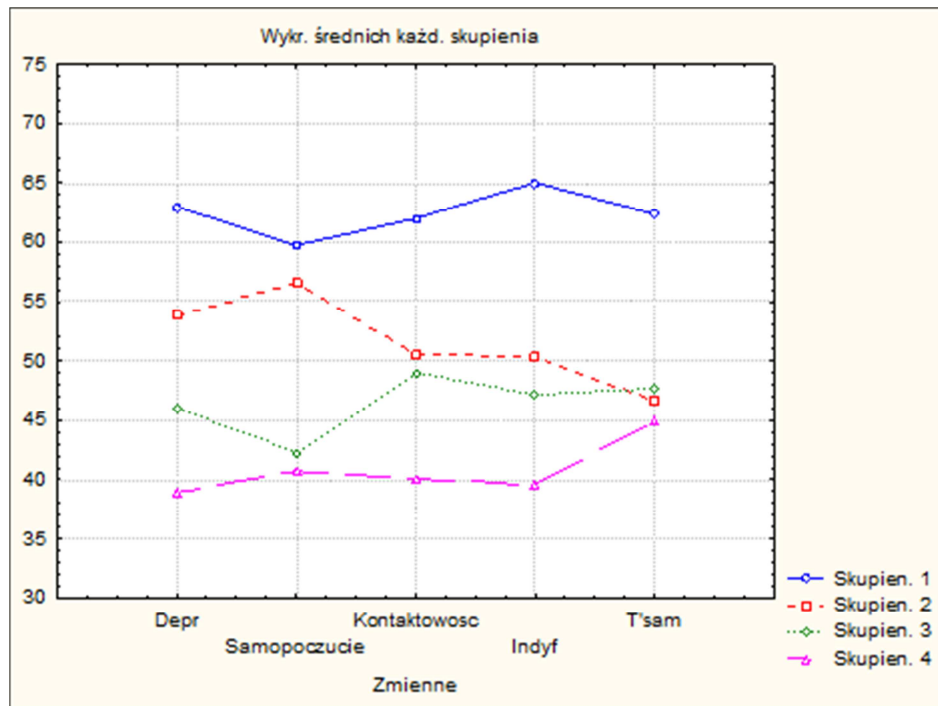
przez 16 osób badanych, co stanowi 26,23% całej grupy badanych chorych z łuszczycą. Tymczasem najliczniejsza grupa to 17 osób badanych w grupie IV (*Niedepresyjni*), stanowiąca 27,87% wszystkich badanych osób. Grupy te cechuje różnorodność konfiguracji wyników otrzymanych w poszczególnych czynnikach Skali Depresji CES-D Rodloff i Helmes (patrz Tabela 31. – poniżej i Wykres 6., s.107).

**Tabela 31. Porównanie wyników średnich uzyskanych przez pacjentów z łuszczycą o różnym typie depresyjności w Skali Depresji CES-D**

Czynniki depresyjności Skali Depresji CES-D	I		II		III		IV	
	Depresyjni		Osamotnieni		Znudzeni		Niedepresyjni	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Depresyjność (Dep)	<b>63,00</b>	4,52	<b>53,88</b>	5,25	<b>45,93</b>	4,65	<b>38,94</b>	2,16
Dobre samopoczucie (Sam)	<b>59,71</b>	5,54	<b>56,50</b>	4,82	<b>42,29</b>	6,02	<b>40,71</b>	5,70
Kontaktowość (Kont)	<b>62,00</b>	9,17	<b>50,50</b>	6,39	<b>49,07</b>	4,80	<b>40,06</b>	4,49
Indyferentność (Indyf)	<b>65,00</b>	4,84	<b>50,31</b>	4,61	<b>47,07</b>	4,03	<b>39,53</b>	2,18
Tendencje samobójcze (TS)	<b>62,36</b>	11,85	<b>46,69</b>	5,77	<b>47,64</b>	7,53	<b>45,00</b>	2,29

Źródło: Opracowanie własne.

Dzięki analizie danych przedstawionych w Tabeli.31 można stwierdzić, że najwyższe wyniki średnie w każdym z czynników depresyjności badanych Skalą Depresji CES-D osiągnęły osoby badane wchodzące w skład grupy I-*Depresyjni*. Z kolei najniższe wyniki w każdym z czynników depresyjności osiągnęli badani z grupy IV-*Niedepresyjni*. W przypadku grupy II-*Osamotnieni* oraz III-*Znudzeni* można zauważyć, iż to *Osamotnienie* osiągają wyższe wyniki w każdym z czynników depresyjności, niż osoby badane z grupy *Znudzeni*.



**Wykres 6. Konfiguracja wyników w czynnikach Skali Depresji CES-D uzyskanych przez pacjentów z łuszczycą o różnym typie depresyjności**

Źródło: Opracowanie własne.

Poniżej zaprezentowana zostanie charakterystyka poszczególnych grup, wyłonionych z uwzględnieniem podziału na pacjentów z łuszczycą o różnym typie depresji.

Grupa I – *Depresyjni* osiągnęła najwyższe wyniki w każdym z czynników depresyjności. Najwyższe wartości w obrębie wyników tej grupy badanych odnotowano w Indyferentności (Indyf,  $M=65,00$ ) oraz Depresyjności (Dep,  $M=63,00$ ). Z kolei najniższe wyniki grupa *Depresyjnych* osiągnęła w Dobrym samopoczuciu (Sam,  $M=59,71$ ) oraz Kontaktowości (Kont,  $M=62,00$ ). Oznacza to, że osoby badane wchodzące w skład grupy *Depresyjni* często odczuwały, w ciągu ostatniego tygodnia, smutek i samotność, czuli się rozbici, mieli obawy i poczucie znudzenia. Ponadto, osoby te doświadczały obniżonego łaknienia, trudności z koncentracją, były niezadowolone i odczuwały brak sympatii ze strony innych osób.

Osoby skupione w grupie II – *Osamotnieni*, osiągnęły najwyższe wyniki w czynnikach takich, jak: Dobry samopoczucie (Sam,  $M=56,50$ ) oraz Depresyjność (Dep,  $M=53,88$ ), z kolei najniższe wartości dotyczą wyników uzyskanych przez te osoby w obrębie Tendencji samobójczych (TS,  $M=46,69$ ) oraz Indyferentność (Indyf,  $M=50,31$ ). Oznacza to, że badani z tej grupy odczuwali znudzenie, byli nieszczęśliwi, mieli

obniżoną samoocenę oraz poczucie braku nadziei. Ponadto, osoby te doświadczały chandry, znużenia, poczucia przegranej, rozbitcia i smutku. Były również depresyjne, pełne obaw i samotne.

Tymczasem *Znudzeni*, skupieni w grupie III, osiągnęli najwyższe wyniki w obrębie czynników depresyjności takich, jak: Kontaktowość (Kont,  $M=49,07$ ) oraz Tendencje samobójcze (TS). Najniższe wartości dotyczą w tej grupie wyników w czynniku Dobre Samopoczucie (Sam,  $M=42,29$ ) oraz Depresyjność (Dep,  $M=45,93$ ). W związku z tym można stwierdzić, iż *Znudzeni* charakteryzują się tendencją do płaczliwości, małomówności, obniżeniem łaknienia oraz odczuwaniem braku przyjaciół i bliskiej osoby, sympatii ze strony innych ludzi. Co więcej, osoby te wykazują tendencje do rozmyślań na temat śmierci lub wręcz do odczuwania pragnienia śmierci. Badani z tej grupy deklarowali również, że w ciągu ostatniego tygodnia odczuwali myśli samobójcze.

Z kolei grupa IV – *Niedepresyjni* charakteryzuje się najwyższymi wartościami w wynikach dotyczących Tendencji samobójczych (TS,  $M=45,00$ ) oraz Dobre samopoczucie (Sam,  $M=40,71$ ). Tymczasem najniższe wyniki w tej grupie badanych można zauważyć w czynnikach Depresyjność (Dep,  $M=38,94$ ) oraz Indyferentność (Indyf,  $M=39,53$ ). Oznacza to, że osoby skupione w grupie IV odczuwały znudzenie, obniżoną samoocenę, utratę nadziei i nie odczuwały szczęścia, jednocześnie wykazując skłonność do rozważań na temat śmierci.

## 6.2. Obraz siebie pacjentów z łuszczycą o różnym typie depresji

W celu kontynuowania analizy statystycznej i psychologicznej, zachodzącej w oparciu o uzyskany materiał badawczy, zostanie dokonane porównanie grup homogenicznych pod względem obrazu siebie. Na poczet tego etapu opracowywania pozyskanych danych, został zastosowany test analizy wariancji ANOVA. W kolejnym kroku dane, uzyskane w badaniu, poddano opracowaniu testem Gomeśa-Howella, celem wyodrębnienia istotnych statystycznie różnic pomiędzy poszczególnymi grupami. Zastosowanie testu wariancji ANOVA pozwoliło wykazać, że zachodząca w wynikach istotność mniejsza niż  $p=0,05$  świadczy o tym, że ogólnie przynależność do grupy (jednej z czterech) o danym typie depresji wiąże się ze zróżnicowanymi wynikami w Skali Obrazu Siebie W.H. Fittsa.



**Tabela 32. Analiza powiązań pomiędzy obrazem siebie a wyróżnionymi typami depresji wśród badanych pacjentów z łuszczycą**

Grupy	I Depresyjni		II Osamotnieni		III Znudzeni		IV Niedepres.		F	p	Test Gamesa- Howella
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
Samokrytycyzm (SK)	56,43	8,060	51,13	10,24	47,64	7,67	45,53	10,71	3,85	0,014	1-3, 1-4
Wynik ogólny (WO)	38,86	5,13	46,75	9,41	53,93	5,76	58,94	5,40	25,78	0,001	1-2, 1-3, 1-4, 2-4
Tożsamość (TO)	38,86	5,50	46,94	9,44	54,00	6,46	58,53	5,01	23,79	0,001	1-2, 1-3, 1-4, 2-4
Zadowolenie z siebie (ZS)	40,57	6,71	46,63	9,76	53,07	7,72	58,41	5,24	16,24	0,001	1-3, 1-4, 2-4
Zachowanie (ZA)	39,64	6,67	47,13	9,32	53,86	5,95	58,12	6,31	18,90	0,001	1-3, 1-4, 2-4
Self Fizyczny (SF)	41,29	6,58	46,06	10,27	53,43	6,50	58,06	6,72	14,34	0,001	1-3, 1-4, 2-4
Self moralno-etyczny (SM)	40,79	9,70	47,44	10,40	55,93	5,84	55,06	5,25	11,32	0,001	1-3, 1-4, 2-3
Self osobisty (SO)	38,57	4,36	46,44	8,73	54,36	6,25	59,06	5,08	30,35	0,001	1-2, 1-3, 1-4,
Self rodzinny (SR)	40,86	10,32	48,00	9,17	52,29	5,44	57,35	6,89	11,17	0,001	1-3, 1-4, 2-4
Self społeczny (SS)	41,43	9,97	48,38	8,50	50,64	8,25	58,06	5,86	10,88	0,001	1-4, 2-4, 3-4
Zmienność obrazu siebie (ZWO)	53,00	9,04	54,75	9,44	49,07	9,16	43,76	9,22	4,55	0,006	1-4, 2-4
Zmienność wymiarów zewnętrznych (ZWZ)	50,21	8,12	53,88	9,79	51,43	11,04	45,06	9,56	2,43	0,074	-
Zmienność wymiarów wewnętrznych (ZWW)	55,29	11,22	54,38	8,81	46,93	7,69	44,00	7,87	6,01	0,001	1-4, 2-4
Rozkład odpowiedzi (RO)	49,71	11,05	48,19	9,59	49,79	10,98	52,06	9,15	,41	0,747	-

Źródło: Opracowanie własne.

Analizując dane zaprezentowane w Tabeli 32 (patrz: s. 109) można stwierdzić, iż istotne statystycznie różnice w obrębie Samokrytycyzmu dotyczą osób badanych z grup I – *Depresyjni* (M=56,43, SD=8,060) i III – *Znudzeni* (M=47,64, SD=7,67), a także pomiędzy grupą I – *Depresyjni*, a grupą IV-*Niedepresyjni* (M=45,53, SD=10,71).

W przypadku wyników zróżnicowanych w sposób statystycznie istotny w obrębie Wyniku Ogólnego (WO) obrazu siebie, zachodzą one pomiędzy następującymi grupami: I-*Depresyjni* (M=38,86, SD=5,13) a II-*Osamotnieni* (M=46,75, SD=9,41), III-*Znudzeni* (M=53,93, SD=5,76) i IV-*Niedepresyjni* (M=58,94, SD=5,40), a także pomiędzy grupami II-*Osamotnieni* oraz IV-*Niedepresyjni*.

Istotne statycznie różnice w obrębie wyników uzyskanych przez osoby badane o różnym typie depresji zachodzą także w wartościach dotyczących Tożsamości (TO) badanych. Różnice te dotyczą grupy I - *Depresyjnych* (M=38,86, SD=5,50) a grup II-*Osamotnionych* (M=46,94, SD=9,44), III-*Znudzonych* (M=54,00, SD=6,46) oraz IV-*Niedepresyjnych* (M=58,53, SD=5,01). Ponadto, zróżnicowanie w obszarze Tożsamości (TO) dostrzegane jest również pomiędzy grupą II-*Osamotnieni*, a grupą IV-*Niedepresyjni*.

Analiza różnorodności wyników istotnych statycznie uzyskanych przez badanych o różnym typie depresji w skali Zadowolenie z siebie (ZS), pozwala na wskazanie następujących różnic: grupa I- *Depresyjni* (M=40,57, SD=6,71) osiąga wyniki niższe od grupy III-*Znudzonych* (M=53,07, SD=7,72) oraz wartości niższe, niż grupa IV-*Niedepresyjni* (M=58,41, SD=5,24). Ponadto, różnice w poziomie zadowolenia z siebie zachodzą również pomiędzy osobami z grupy II-*Osamotnionych* (M=46,63, SD=9,76) a grupą IV-*Niedepresyjnych* (M=58,41, SD=5,24).

Osoby o różnym typie depresji, których wyniki w skali Zachowanie (ZA) świadczą o różnicach istotnych statycznie, skupiają się w następujących grupach: I-*Depresyjni* (M=39,64, SD=6,67), którzy osiągają wyniki niższe niż osoby z grupy III-*Znudzeni* (M=53,86, SD=5,95) oraz wartości niższe, niż grupa IV-*Niedepresyjni* (M=58,12, SD=6,31) oraz w grupie II-*Osamotnieni* (M=47,13, SD=9,32), w której wartości wyników skali Zachowanie (ZA) są także niższe w stosunku do osób z grupy IV-*Niedepresyjni*.

W przypadku zróżnicowanych pod względem istotności statycznej wyników, jakie badani o różnym typie depresji osiągnęli w skali Self Fizyczny (SF), można dostrzec zróżnicowane wartości pomiędzy grupą I-*Depresyjni* (M=41,29,SD=6,58) a grupami III-*Znudzeni* (M=53,43, SD=6,50) i IV-*Niedepresyjni* (M=58,06, SD=6,72). Co więcej, różnice w obrębie wyników świadczących o spostrzeganiu swojego selfu fizycznego dotyczą także osób z grupy II-*Osamotnionych* (M=46,06, SD=10,27) i IV-*Niedepresyjnych*.

W przypadku wyników w zakresie selfu moralno-etycznego, wchodzącego w skład obrazu siebie, jakie osiągnęły osoby o różnym typie depresji, również odnotowano różnice istotne statystycznie. Zróżnicowane wyniki dotyczą osób z grupy I-*Depresyjnych* ( $M=40,79$ ,  $SD=9,70$ ) a III-*Znudzeni* ( $M=55,93$ ,  $SD=5,84$ ) oraz grupy I i IV-*Niedepresyjni* ( $M=55,06$ ,  $SD=5,25$ ). Ponadto, zróżnicowane wartości w skali Self moralno-etyczny (SM) zachodzą także pomiędzy grupą II-*Osamotnieni* ( $M=47,44$ ,  $SD=10,40$ ) i grupą III-*Znudzeni*.

Różnice istotne statystycznie, zachodzące pomiędzy wynikami w skali Self osobisty (SO) osób o różnym typie depresji, dotyczą następujących grup badanych: Grupa I-*Depresyjni* ( $M=38,57$ ,  $SD=4,36$ ) osiąga wyniki niższe, niż badani z pozostałych grup, tj. II-*Osamotnieni* ( $M=46,44$ ,  $SD=8,73$ ), III-*Znudzeni* ( $M=54,36$ ,  $SD=6,25$ ) i IV-*Niedepresyjni* ( $M=59,06$ ,  $SD=5,08$ ).

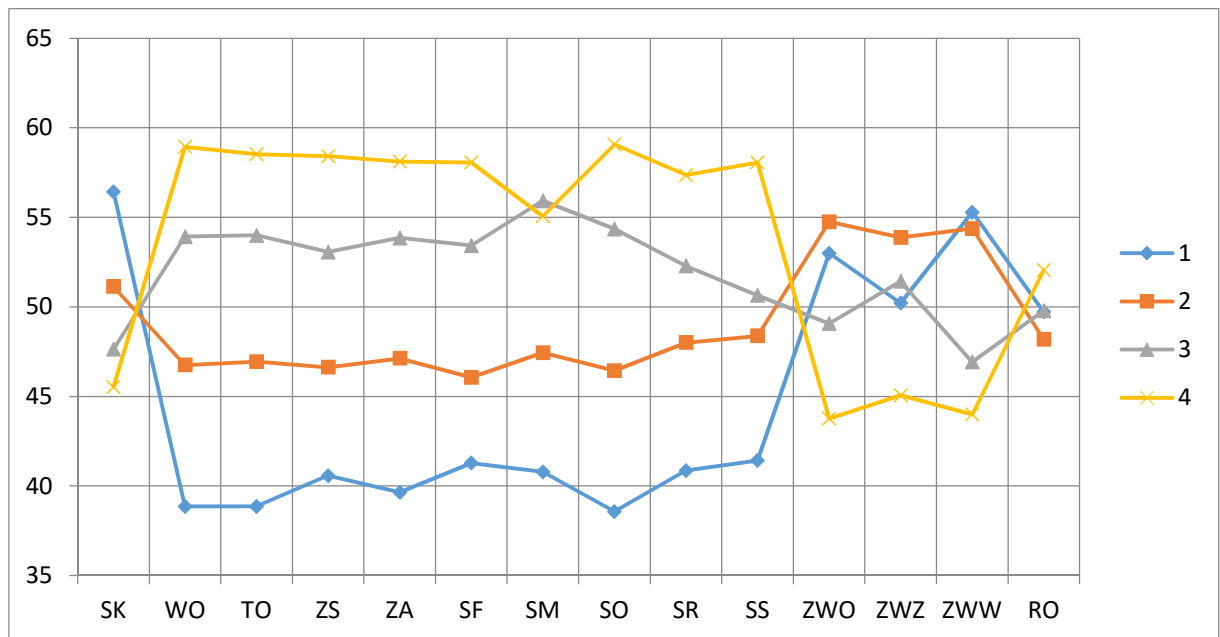
W zakresie różnic istotnych statycznie, występujących w grupach osób o różnym typie depresji w obrębie wyników w skali Self Rodzinny (SR), zauważa się następujące różnice: pomiędzy grupą I-*Depresyjni* ( $M=40,86$ ,  $SD=10,32$ ) a grupami III-*Znudzeni* ( $M=52,29$ ,  $SD=5,44$ ) i IV-*Niedepresyjni* ( $M=57,35$ ,  $SD=6,89$ ) oraz pomiędzy grupą II-*Osamotnieni* ( $M=48,00$ ,  $SD=9,17$ ) oraz IV-*Niedepresyjni*.

W przypadku wyników w skali Self społeczny (SS), które osiągnęły osoby badane charakteryzujące się różnym typem depresji, także odnotowano różnice istotne statycznie. Dotyczą one wartości takich, jak: grupa I-*Depresyjni* ( $M=41,43$ ,  $SD=9,97$ ) a wyniki w grupie IV-*Niedepresyjni* ( $M=58,06$ ,  $SD=5,86$ ) oraz grupa IV-*Niedepresyjni* a grupy II-*Osamotnieni* ( $M=48,38$ ,  $SD=8,50$ ) oraz III-*Znudzeni* ( $M=50,64$ ,  $SD=8,25$ ).

Analiza danych pozwala również dostrzec różnice istotne statycznie w zakresie zmienności obrazu siebie osób badanych o różnym typie depresji. Dotyczą one wyników, jakie osiągnęły osoby w następujących grupach: I-*Depresyjni* ( $M=53,00$ ,  $SD=9,04$ ) a niższe wyniki osób z grupy IV-*Niedepresyjni* ( $M=45,06$ ,  $SD=9,56$ ) oraz pomiędzy osobami z grupy II-*Osamotnieni* ( $M=54,75$ ,  $SD=9,44$ ), a badanymi ze skupienia IV-*Niedepresyjni*, którzy uzyskali niższe wartości w tym zakresie.

Ostatnie wartości, mające charakter istotny statystycznie, w których odnotowano różnice w obrazie siebie dla grup badanych o różnym typie depresji, dotyczą wyników w skali Zmienność wymiarów wewnętrznych (ZWW). Różnice w tejże skali dostrzega się pomiędzy osobami z grupy I-*Depresyjni* ( $M=55,29$ ,  $SD=11,22$ ) a badanymi z grupy IV-*Niedepresyjni* ( $M=44,00$ ,  $SD=7,87$ ) oraz między wynikami osób z grupy II-*Osamotnieni* ( $M=54,38$ ,  $SD=8,81$ ) oraz IV-*Niedepresyjni*.

W pozostałych wymiarach obrazu siebie Skali Fittsa nie odnotowano różnic istotnych statystycznie, zachodzących w grupach o różnym typie depresji.



Wykres 7. Obraz siebie pacjentów z łuszczycą o różnym typie depresji

Źródło: Opracowanie własne.

Dane zaprezentowane w Tabeli 32. oraz na Wykresie 7. (patrz s. 109) pozwalają stwierdzić, iż badani z grup I-*Depresyjni*, II-*Osamotnieni* oraz III-*Znudzeni* charakteryzują się bardziej negatywnym obrazem siebie, niż osoby z łuszczycą skupieni w grupie IV-*Niedepresyjni*.

Co więcej, badani pacjenci z łuszczycą, tworzący grupę IV-*Niedepresyjni*, charakteryzują się zaufaniem do samych siebie, zadowoleniem z siebie i swojego zachowania i świadomością tego, kim są, z czym się utożsamiają jako jednostki. Ponadto, chorzy z łuszczycą, którzy przynależą do grupy IV, mają zdrowy poziom samoakceptacji, a ich krytyczne spojrzenie na swoją fizyczność, atrakcyjność płciową oraz stan zdrowia pozostaje w normie charakterystycznej dla jednostek niezaburzonych. *Niedepresyjni* to osoby dostrzegające swoją wartość, uważają się za osoby wchodzące w adekwatne relacje rodzinne i społeczne.

## 6.2. Podsumowanie i weryfikacja hipotez badawczych

Program badawczy, realizowany na poczet niniejszej pracy, dostarczył danych dotyczących obrazu siebie pacjentów z łuszczycą o różnym poziomie i różnym typie depresji. Wyniki badań, przeprowadzonych wśród chorych na łuszczycę, dały podstawę do udzielania odpowiedzi na pytania i hipotezy badawcze, postawione w Rozdziale 4.1. niniejszej pracy.

Celem tejże pracy było uzyskanie odpowiedzi na główne pytanie badawcze: *Czy i jakie powiązania występują między poziomem i strukturą depresji a obrazem siebie u pacjentów z łuszczycą?*

Z kolei szczegółowe pytania badawcze były sformułowane następująco:

**P1.** Czy i jakie różnice w zakresie obrazu siebie występują u chorych na łuszczycę o wysokim poziomie depresji w porównaniu z pacjentami o niskim poziomie depresji?

**P2.** Czy i jakie różnice w zakresie obrazu siebie występują u osób chorych na łuszczycę o różnym typie depresji?

Odpowiedzi na dwa pierwsze pytania poszukiwano na drodze analizy danych, które zebrano w grupach chorych na łuszczycę o niskim i wysokim poziomie depresji, których to charakterystyka osób badanych została zaprezentowana w Rozdziale 4.3. Tymczasem odpowiedzi na ostatnie pytanie badawcze dostarczyła analiza wyników zaprezentowanych w obrębie poszczególnych grup skupień osób badanych, wśród których znaleźli się chorzy z łuszczycą: *Depresyjni, Osamotnieni, Znudzeni, Niedepresyjni*. Efekty dokonanych analiz zawarte są w Rozdziale 6. niniejszej pracy.

Opracowane statycznie wyniki badania, przeprowadzonego w grupie pacjentów z łuszczycą, pozwalają na weryfikację hipotez badawczych.

Treść pierwszej z nich, brzmiącej: *Występują powiązania między poziomem i strukturą depresji a obrazem siebie u pacjentów z łuszczycą*, była możliwa do zweryfikowania dzięki zastosowaniu analizy wskaźników korelacji ( $r$  Pearsona) dla całej grupy badanych pacjentów z łuszczycą. W skutek tejże analizy można dostrzec ujemne korelacje pomiędzy wynikami w Skali Depresji CES-D a wynikami wewnętrznych i zewnętrznych wymiarów obrazu Siebie Skali Fittsa, jakie uzyskały osoby badane oraz dodatnią korelację pomiędzy wynikami w Skali Depresji CES-D a wymiarami traktującymi o zmienności obrazu siebie w Skali Fittsa. Oznacza to, że im wyższy wynik depresyjności, tym mniej pozytywna jest samoocena i poczucie własnej wartości osób badanych, a także ich zaufanie do samych siebie. Ponadto, im wyższy poziom depresji tym niższy poziom samoakceptacji i oceny własnego zachowania czy postępowania u osób badanych. Co więcej, wysokie wyniki w zakresie depresyjności

powodują u pacjentów z łuszczycą także większe poczucie osamotnienia, są oni bardziej nieszczęśliwi, a także odczuwają lęki oraz doświadczają myśli i działań suicydalnych. Dodatkowo, wysokie wyniki w zakresie depresji u pacjentów łuszczycą skutkują dokonywaniem przez nich bardziej negatywnej oceny swojego stanu zdrowia i kondycji fizycznej oraz atrakcyjności płciowej. Wysokie wyniki świadczące o depresyjności przekładają się u osób badanych na niższe poczucie bycia adekwatnym, wyższy poziom niezadowolenia oraz większą tendencję do uzależniania swojej adekwatności od ocen, jakie otrzymują z osób ze swojego otoczenia. Wysoki poziom depresyjności skutkuje również mniejszą zdolnością do nawiązywania kontaktów i postrzegania siebie jako adekwatnego członka rodziny oraz bardziej negatywnego oceniania siebie w kontekście relacji z najbliższymi. Wysokie wyniki w poziomie depresji wiążą się także ze zwiększonymi tendencjami osób badanych do tego, by negatywnie oceniać swoją moralność i wyznawane wartości, swój poziom religijności, a im wyższy poziom depresji, tym większe przeświadczenie o samym sobie, jako o „złej” osobie. Wysokie wyniki w zakresie depresji powodują także, że pacjenci z łuszczycą mają większe skłonności do samokrytycyzmu, tracą natomiast zdolności obronne i we wzmożony sposób odczuwają, iż nie odzyskają już szacunku do samego siebie. Wysokie wyniki depresyjności wiążą się także z większymi niespójnościami obrazu siebie osób chorych na łuszczycę, a także z ich zwiększoną tendencją do wyodrębniania poszczególnych aspektów swojego „ja” i oceniania ich w sposób niezależny.

Druga hipoteza badawcza, postawiona w ramach badań stanowiących element niniejszej pracy, to stwierdzenie, iż: *Osoby z łuszczycą o wysokim poziomie depresji cechuje niższy wynik ogólnego obrazu siebie niż u osób z łuszczycą o niskim poziomie depresji.* Potwierdzenie tejże hipotezy zostało dokonane na drodze analizy danych, pozyskanych w grupach pacjentów z łuszczycą o wysokim oraz niskim poziomie depresji. Analiza wyników we wspomnianych grupach chorych na łuszczycę pozwala wnioskować, że pacjenci z łuszczycą o wysokim poziomie depresji są bardziej samokrytyczni i mniej otwarci, niż osoby badane o niskim poziomie depresji. Ponadto, pacjenci o wysokim poziomie depresji dokonują istotnie niższej samooceny, niż chorzy na łuszczycę osiągający niskie wyniki w zakresie depresyjności. Dodatkowo, pacjenci z łuszczycą mający wysoki poziom depresji, mają większe tendencje do doznawania poczucia odrzucenia i mają mniej zaufania do samych siebie, niż chorzy na tę dermatozę, u których wykazano niski poziom depresji. Co więcej, osoby z łuszczycą, mające wysoki poziom depresji, oceniają bardziej negatywnie – w stosunku do chorych o niskiej depresyjności – swoją moralność, wyznawane wartości, swój

poziom religijności. Dodatkowo, badani z wysoką depresją dokonują także bardziej negatywnych ocen swojego zachowania, własnej adekwatności w relacjach rodzinnych, wykazują istotnie niższy poziom samoakceptacji, niż chorzy na łuszczycę o niskim poziomie depresji. W grupie badanych, charakteryzujących się wysokimi wynikami w obrębie depresyjności, dostrzega się także większe trudności w kształtowaniu własnej tożsamości i dysharmonię pomiędzy ja realnym, a ja idealnym, niż u pacjentów z łuszczycą o niskim poziomie depresji. Grupa pacjentów o wysokim poziomie depresji wykazuje również niższe poczucie własnej wartości, niż pacjenci o niskim poziomie depresji. Co istotne, badani o wysokim poziomie depresji charakteryzują się również większą niespójnością – w stosunku do badanych o niskim poziomie depresji – w zakresie obrazu siebie oraz nasilonymi skłonnościami do rozpatrywania i oceniania jego poszczególnych aspektów niezależnie od siebie.

W toku opracowania badań, poczynionych na poczet niniejszej pracy, dokonano również szczegółowej analizy różnic zachodzących w obrazie siebie u pacjentów z łuszczycą o różnym typie depresji. Weryfikując dane zebrane w ramach tejże analizy można wnioskować, iż osoby badane z grup *Depresyjni*, *Osamotnieni* oraz *Znudzeni* charakteryzują się niższym ogólnym poziomem obrazu siebie, niż *Niedepresyjni* pacjenci z łuszczycą. Wyższe wyniki w zakresie depresji, osiągnięte przez pacjentów z łuszczycą tworzących te trzy grupy, powodują obniżenie poziomu samoakceptacji i poczucia własnej wartości. Wysokie wyniki depresji, skutkujące przynależnością do grupy *Depresyjnych*, *Osamotnionych* lub *Znudzonych* pacjentów z łuszczycą, powodują u tych badanych obniżenie zaufania do samego siebie, niezadowolenie z siebie i swojego zachowania. Co więcej, wysokie wyniki depresyjności - wskazujące na przynależność do której ze wspomnianych, trzech grup o danym typie depresji – wiążą się z niższym poziomem świadomości, kim się jest i z czym utożsamia się dana osoba badana. Ponadto, wysokie wyniki depresji *Depresyjnych*, *Osamotnionych* oraz *Znudzonych* pacjentów z łuszczycą powodują bardziej negatywną ocenę swojej kondycji fizycznej, stanu zdrowia oraz atrakcyjności płciowej, dokonywaną przez tychże chorych. Wysoki poziom depresji u osób z łuszczycą skutkuje również większymi trudnościami, jakie mają one z poczuciem bycia adekwatną jednostką w relacjach zarówno rodzinnych, jak i społecznych.

Przeprowadzone analizy pozyskanych w procedurze badawczej danych pozwalają na następujące konkluzje: doświadczanie depresji jest istotnym czynnikiem modyfikującym obraz siebie pacjentów z łuszczycą. Okazuje się, że chorzy na łuszczycę, którzy partycypowali w badaniu i osiągnęli wyższy poziom depresji, w większości przejawiają

bardziej negatywny obraz siebie, niż niedepresyjni chorzy na łuszczycę. Z kolei pacjenci z łuszczycą, którzy osiągnęli niskie wyniki w zakresie czynników świadczących o depresyjności, mają lepszy ogólny obraz siebie, a także bardziej pozytywny stosunek do swojego stanu zdrowia i własnej sprawności oraz atrakcyjności fizycznej.

Konkludując, każda z postawionych hipotez badawczych została potwierdzona na drodze realizowanego projektu badawczego. Dotychczasowe osiągnięcia naukowe zdecydowanie niewystarczająco skupiały się na zagadnieniach, jakimi są depresja oraz obraz siebie chorych na łuszczycę, co w przypadku tejże choroby psychosomatycznej może być istotnym czynnikiem, wpływającym na przebieg i doświadczanie choroby przez pacjenta.



## **Zakończenie**

Realizowany projekt badawczy dotyczył związków zachodzących pomiędzy poziomem i strukturą depresji a obrazem siebie u pacjentów z łuszczycą.

Specjaliści zajmujący się zagadnieniami chorób skóry zauważają, że dermatozy wpływają zaburzająco nie tylko na somatyczne aspekty funkcjonowania człowieka, ale w dużej mierze również na jakość, w jakiej funkcjonuje osoba chora w sferze psychicznej i społecznej. Szczególnie trudnym doświadczeniem dla pacjentów z łuszczycą jest trudność z maskowaniem zmian skórnych, szczególnie tych, które zlokalizowane są w widocznych dla reszty społeczeństwa obszarach ciała (przykładowo: twarz, dłonie). Owo doświadczenie wiąże się nierzadko z poczuciem stygmatyzacji, wywołującym u chorych na łuszczycę trudne emocje, (gniew, lęk czy zakłopotanie) i prowadzi do obniżenia jakości życia osób chorych (Zarek, 2016).

Kondycja psychiczna człowieka jest w dużej mierze uwarunkowana wyglądem zewnętrznym i postawą, jaką jednostka przyjmuje względem własnego ciała. Spostrzeganie swojej cielesności, zwłaszcza wyglądu swojej skóry, wpływa na zdolności adaptacyjne funkcjonowania psychicznego człowieka, a co za tym idzie – także na sposób spostrzegania własnego ja, budowanie adekwatnego poziomu samooceny, kształtowanie się poczucia własnej wartości jednostki oraz jej zdolności do nawiązywania i podtrzymywania relacji społecznych. Literatura przedmiotu wskazuje na negatywny wpływ chorób skóry na obraz siebie osób chorych na dermatozy. Doświadczenie choroby skóry wiąże się z występowaniem zaburzeń natury psychicznej w populacji pacjentów w skali szacowanej na 30% - 60% osób chorych. Najczęściej zaburzenia te przyjmują właśnie charakter depresyjny, nierzadko pacjentom towarzyszą również tendencje i myśli suicydalne. Depresja dotyka, zdaniem badaczy, od 24% do 57% pacjentów z łuszczycą, a podejmowanie próby samobójczej dotyczy 5% tejże grupy chorych (Rosińska i in., 2017).

Współczesna literatura przedmiotu wskazuje na powiązania pomiędzy łuszczycą a depresyjnością czy też obrazem ciała, jednocześnie wciąż brakuje badań empirycznych, które przybliżyłyby problematykę stanów depresyjnych a obrazu siebie osób doświadczających tej choroby. Tematyka pracy wynika z zainteresowania autorki zgłębianiem tychże zagadnieniem i dostrzeżenia w środowisku osób chorych na łuszczycę potrzeby zintensyfikowania specjalistycznego wsparcia, także w sferze funkcjonowania psychospołecznego, jakiego nierzadko potrzebują pacjenci z łuszczycą.

Problem badawczy, o którym traktuje niniejsza praca, można ująć w formie następującego pytania: *Czy i jakie powiązania występują między poziomem i strukturą depresji a obrazem siebie u pacjentów z łuszczycą?*

Celem udzielania odpowiedzi na tak sformułowany problem badawczy przeprowadzono badania psychologiczne wśród osób chorych na łuszczycę, zrzeszonych w ramach grup wsparcia na dedykowanych chorym na łuszczycę portalach internetowych. Analiza statystyczna i psychologiczna pozyskanych danych objęła 61 zestawów metod, ponieważ 8 zestawów, niespełniających kryteriów kompletności lub poprawności, odrzucono. Źródłem odpowiedzi na tak ujęte pytanie, będą dane pozyskane na drodze badania przeprowadzonego w grupie 61 pacjentów z łuszczycą, w tym w tym 51 kobiet i 10 mężczyzn w wieku od 20 do 72 roku życia.

Realizacja projektu badawczego odbyła się z zastosowaniem następujących metod psychologicznych:

- Skala Depresji CES-D L. E. Rodloff i E. Helmes, w polskim opracowaniu E. Dojki, M. Górkiewicz i A. Pajaka.
- Tennessee Skala Obrazu Siebie W. H. Fittsa, w wersji polskiej, opracowanej przez Z. Uchnasta.
- Arkusz personalny własnej konstrukcji.

Wyniki pozyskane w projekcie badawczym pozwoliły na dokonanie weryfikacji hipotez oraz sformułowanie następujących wniosków końcowych:

- Występują powiązania pomiędzy poziomem i strukturą depresji a obrazem siebie u pacjentów z łuszczycą.
- Materiał badawczy wykazuje, że im wyższy wynik depresyjności, tym niższy poziom samooceny i samoakceptacji osoby badanej. Wysoki wynik w zakresie depresyjności wiąże się z większym poczuciem osamotnienia czy odrzucenia, doświadczanym przez osoby z łuszczycą. Wysoki poziom depresji skutkuje również bardziej negatywnym ocenianiem swojej kondycji fizycznej i zdrowotnej oraz atrakcyjności płciowej, a także większym poczuciem bycia nieszczęśliwym oraz myślami i działaniami suicydalnymi osób z łuszczycą.
- Występują różnice w obrazie siebie pomiędzy grupami badanych o wysokim i niskim poziomie depresji ogólnej.

- Chorzy na łuszczycę, którzy osiągają wysokie wyniki w zakresie depresyjności, mają znacznie bardziej zaburzony obraz siebie, niż pacjenci z łuszczycą o niskim poziomie depresji. Oznacza to, że chorzy z grupy badanej, mający wysoki poziom depresji, są wobec siebie bardziej krytyczni, mają mniejsze zaufanie do samych siebie i bardziej negatywnie oceniają swoje zachowania, niż chorzy na łuszczycę o niższym poziomie depresji.
- Osoby chore na łuszczycę, mające niskie wyniki określające poziom depresji, charakteryzują się bardziej pozytywnym obrazem siebie, stosunkiem do swojego stanu zdrowia i atrakcyjności fizycznej oraz płciowej, niż pacjenci z łuszczycą o wysokiej depresyjności.
- Dostrzega się różnicę w obrazie siebie u osób z łuszczycą o różnym typie depresji.
- Depresyjni chorzy na łuszczycę, podobnie jak osoby o typie depresji charakteryzujący się osamotnieniem lub znudzeniem, osiągają niższe ogólne wyniki obrazu siebie, niż niedepresyjni chorzy na tę chorobę. Mają trudności z samoakceptacją, czują się odrzucone i samotne, negatywnie postrzegają własne „ja”, swoją fizyczną atrakcyjność oraz swój stan zdrowia, miewają obniżone poczucie własnej wartości i nieklarowny obraz własnej tożsamości.
- Pacjenci z łuszczycą typu niedepresyjnego mają bardziej stabilny obraz siebie. Postrzegają siebie i swój stan zdrowia bardziej pozytywnie, łatwiej im dostrzec swoją wartość, zaakceptować samych siebie, mają jasne poczucie tożsamości i adekwatności w relacjach rodzinnych i społecznych.

Konkludując, dane empiryczne zgłębiane w ramach analizy statycznej i psychologicznej pozwalają na potwierdzenie wszystkich postawionych hipotez badawczych. Twierdzenie, że występują powiązania pomiędzy poziomem i strukturą depresji a obrazem siebie u pacjentów z łuszczycą, zostało zweryfikowane pozytywnie.

Treści uzyskane w toku realizacji niniejszej pracy mogą być wsparciem dla psychologów oraz lekarzy zajmujących się leczeniem osób z łuszczycą. Przedstawione informacje o charakterze teoretycznym i empirycznym dostarczyły znaczących treści związanych z depresją i obrazem siebie osób chorych na łuszczycę, które mogą być wykorzystane przez specjalistów zajmujących się zarówno profilaktyką depresji wśród chorych na tę chorobę, jak i udzielających wsparcia psychologicznego i somatycznego w przebiegu tej choroby. W związku ze znaczącym wpływem świadomości społecznej, związanej z łuszczycą, na poczucie stygmatyzacji, odrzucenia i samooceny pacjentów

z łuszczycą, ważne jest, by poszerzać działania o charakterze edukacyjno-wspierającym, dedykowane zarówno chorym na łuszczycę, jak i ich bliskim i szeroko rozumianemu społeczeństwu. Istotne jest także, aby zarówno dermatolodzy, jak i psycholodzy, zintensyfikowali działania wspierające leczenie chorych na łuszczycę i dążyli do interdyscyplinarnego, holistycznego podejścia do pacjenta doświadczającego tej psychosomatycznej jednostki chorobowej.

Mimo interesujących treści, jakie wniosły wyniki badań przedstawione w niniejszej pracy, problematyka depresji i obrazu siebie u chorych na łuszczycę wydaje się być zagadnieniem wciąż niewystarczająco często poddawany zainteresowaniu badaczy i specjalistów. Warto więc podejmować kolejne działania o charakterze badawczym, skierowane do szerszej grupy respondentów, a być może poszerzyć je również o osoby chorujące na łuszczycowe zapalenie stawów. Potrzeba badania indywidualnych uwarunkowań psychologicznych, decydujących o adaptacji osób doświadczających zachorowań o charakterze somatycznym, wydaje się być istotna ze względu na możliwość skutkowania zwiększeniem projektów i działań dążących do włączenia terapii psychologicznej do procedury leczenia i wspierania osób chorych na łuszczycę.

## Bibliografia

- Allport G.W. (1988). *Osobowość i religia*. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.
- Bahner, J., Cao, L., Korman, N. (2009). *Biologics in the management of psoriasis*. *Clinical, cosmetic and investigational dermatology*, 2, 111-28.
- Bąk W. (2005). *Emocjonalne korelaty rozbieżności JA – badania inspirowane teorią E. T. Higginsa*. *Psychologia. Edukacja i Społeczeństwo*, 2, 27-39.
- Bąk, W. (2002). *E. Tory Higginsa teoria rozbieżności ja*. *Przegląd Psychologiczny*, 45(1), 39-55.
- Borzęcki, A., Koncewicz, A., Raszevska-Famielec M., Dudra-Jastrzębska, M. (2018). *Epidemiologia łuszczycy w Polsce w latach 2008–2015*, *Dermatol Rev/Przegląd Dermatologiczny*, 105, 693–700.
- Bożek, A., Reich, A. (2016). *W jaki sposób miarodajnie oceniać nasilenie łuszczycy?* *Forum Dermatol*, 2, 6-11.
- Bruksik, D. (2000). *Wybrane psychologiczne teorie cech osobowości*. W: *Z problematyki pedagogiczno-społecznej*, 199-205.
- Carleton, R., N., Thibodeau, M., Teale Sapach, M., Welch, P., Abrams, M., Robinson, T., Asmundson, G. (2013). *The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: A Review with a Theoretical and Empirical Examination of Item Content and Factor Structure*. DOI: 10.1371/journal.pone.0058067
- Carson, R., Butcher, J., Mineka, S. (2003). *Psychologia zaburzeń vol. 1*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Depressive Disorders (2013). W: *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (s. 155-188). Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Dojka, E., Górkiewicz, M., Pająk, A. (2003). *Wartość pomiarowa skali CES-D do oceny depresji w populacji polskiej*. *Psychiatria Polska*, 37, 2, 281-292.
- Dudek, D., Siwek, M. (2007). *Współistnienie chorób somatycznych i depresji*. *Psychiatria*, 4(1), 17-24.
- Encyklopedia PWN (2019). *Hasło: depresja*.
- Pobrane z: <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/depresja;3891882.html> (07.12.2019 15:57:39)

Frąckowiak-Sochańska, M. (2010). Rodzinne i społeczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych. Analiza z perspektywy płci społeczno-kulturowej. *Roczniki Socjologii Rodziny*, 2010, tom 20, s. 153-183.

Fromm, E. (1970). *Ucieczka od wolności*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Fry, L. (2005). *An Atlas of PSORIASIS*. Second edition. United Kingdom: Taylor&Francis.

Gras, B. (2018). Jakość życia chorych na łuszczycę poddanych terapii lekami biologicznymi. *Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi*, 3, 10-15.

Grozdev, I., Kast, D., Cao, L., Carlson, D., Pujari, P., Schmotzer, B., ... Korman, N. J. (2012). Physical and Mental Impact of Psoriasis Severity as Measured by the Compact Short Form-12 Health Survey (SF-12) Quality of Life Tool. *Journal of Investigative Dermatology*, 132(4), 1111–1116. doi:10.1038/jid.2011.427

Grządziel, J., Gałązka, A. (2016). Łuszczycyca autoimmunologiczna choroba o szerokiej etiologii). W: (red.) Leśny, J., Nyćkowiak, J., *Badania i Rozwój Młodych Naukowców w Polsce – Choroby* (s. 126-131). Poznań: Młodzi Naukowcy.

Hall C.S., Lindzey G., Campbell J.B.(2004). *Teorie osobowości*. Warszawa: PWN.

Hammen, C. (2006). *Depresja*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Hawro, T., Janusz, I., Zalewska, A., Miniszewska, J. (2011). Jakość życia i stygmatyzacja a nasilenie zmian skórnych i świadomości u osób chorych na łuszczycę. W: T. Rzepa, J. Szepietowski, R. Żaba (red.), *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry* (s. 42-51). Wrocław: Cornetis.

Heitzman, J. (red.) (2017). *Zaburzenia depresyjne. DSM-5 selections. American Psychiatric Association*. Wrocław: Edra Urban & Partner.

Heitzman, J., Wojnar, N. (2007). Zaburzenia i choroby afektywne. W: Heitzman (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studiów medycznych* (s.107-128). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Hreciński, P. Uchnast, Z. (2012). Typy charakteru a obraz siebie, *Roczniki Psychologiczne*, tom XV, nr 4., 95-115.

- Jabłońska, S., Majewski, S. (red.), (2010). Łuszczyca i dermatozy łuszczycopodobne. W: *Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową*. Warszawa: PWZL, 205-223.
- Jankowska, M. (2011). Dar życia w aspekcie odkrywania prawdy o sobie i pogłębiania godności. Artykuł. *Czasopismo Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*. Rocznik 2011, tom 6, numer 2, 54-63.
- Kofta, M., Doliński, D. (2000). Poznawcze podejście do osobowości. W: J. Strelau (red.), *Psychologia*. Podręcznik akademicki. T. 2: Psychologia ogólna (s. 561-600). Gdańsk: GWP.
- Koziara, K. (2016). Ocena depresyjności w populacji. Psychometryczna ocena polskiej wersji skali CESD-R. *Psychiatr. Pol.* 50 (6), 1109–1117. DOI: <https://doi.org/10.12740/PP/61614>
- Kozielecki J. (1981). *Psychologiczna teoria samowiedzy*. Warszawa: PWN
- Kozielecki, J. (1986). *Psychologiczna teoria samowiedzy*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Krajewska, J. (2015). Pielęgnacja skóry w łuszczycy. Lek w Polsce, (6), 51-56.*
- Łaguna, M. (1996). *Budować obraz siebie*. Lublin: Redakcja Wydawnictw Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego.
- Lam, R. (2018) *Depression*. Oxford: Oxford Psychiatry Library Series.
- Łuczowska, M., Żaba, R. (2005). Łuszczyca. *Przewodnik Lekarza*, 7, 38-49.
- Łukaszewski, W. (1974). *Osobowość: struktura i funkcje regulacyjne*. Warszawa: PWN
- Maderska, A. (1998). *Obraz siebie i dolegliwości somatyczne u dzieci nieśmiałych*. Stalowa Wola.
- Majewicz, P. (2002). *Obraz samego siebie a zachowanie młodzieży niepełnosprawnej ruchowo*. Kraków: Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej w Krakowie.
- Maliszewska, K., Preiss, K. (2017). *Terapia depresji poporodowej – aktualny stan wiedzy. Kwartalnik laktacyjny*, 4/2017, 26-28.
- Mangan, D.J., Peterson, W.A. (1982). *Clinical and social psychology*. Minesota: OR.

McCormick, T., Ayala-Fontanez, N., Soler, D. (2016). Current knowledge on psoriasis and autoimmune diseases. *Psoriasis: Targets and Therapy*, 7. DOI:10.2147/ptt.s64950

Mietkiewicz, R., Szeluga, J., Pankiewicz, P., Skrzydeł, I. (2005). Treść marzeń sennych a nasilenie objawów depresji. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia* Vol.LX, Suppl. XVI, 322 sectio d, 1-6.

Miniszewska, J. (2013). Jakość życia osób chorych na łuszczycę – rola czynników psychologicznych (model złożonych zależności). *Psychology of Quality of Life*, 11 (2), 173–191. DOI:10.5604/16441796.1058548

Moskalewicz J., Kiejna A., Wojtyniak B., red. (2012). *Kondycja psychiczna mieszkańców Polski: raport z badań “Epidemiologia zaburzeń psychiatrycznych i dostęp do psychiatrycznej opieki zdrowotnej – EZOP Polska”*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Neneman A, Adamski Z. (2009). Aspekty kliniczne i epidemiologiczne zaburzeń ogólnoustrojowych u chorych na łuszczycę. *Forum Med Rodz.*, 3(6). 447-453.

Neustein, J., Pawik, M., Rymaszewska, J. (2018). Stress and self-image in multiple sclerosis patients and selected positive aspects of struggling with the disease. *Aktualności Neurologiczne*. 18. 34-39.

Niebrzydowski, L. (1995). *Psychologia wychowawcza i społeczna*. Zielona Góra: Wydawnictwo WSP.

Nikodemska, S. (2003) Struktura ja, obraz siebie i radzenie sobie w sytuacji trudnej u pacjentów leczenia odwykowego. *Świat Problemów*, 10: 4-7.

Oleś, P. (2003). *Wprowadzenie do psychologii osobowości*, Warszawa: Wydawnictwo Scholar.

Olesiński, P., Rosiński, D. (2014) Perspektywa społeczno-kulturowa a zaburzenia osobowości. W: Cierpiątkowska, L., Soroko, E. (red.) *Zaburzenia osobowości. Problemy diagnozy klinicznej* (s. 321-333). Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.

Partyka, A., Czopek, A., Stanisław-Wallis, K., Zagórska, A. (2018). Zastosowanie leków biologicznych w terapii łuszczycy. *Postępy Higieny I Medycyny Doświadczalnej*, 72, 642–658. doi:10.5604/01.3001.0012.2026



Pervin, L. A. (2002). *Psychologia osobowości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Pietrzak, A., Janowski, K., Lechowska-Mazur, I., Krasowska, D., (2006). Łuszczyca jako przewlekła choroba skóry w kontekście psychologicznym. *Nowa Med.*, 1, 14-19.

Przetacznikowa, M., Włodarski, Z. (1979). *Psychologia wychowawcza*. Warszawa: PWN.

Pużyński, S. (1988). *Depresje*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich

Pużyński, S. (2002). *Depresje i zaburzenia afektywne*. Warszawa : Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Pużyński, S. (2009). Choroby afektywne. W: Bilikiewicz, A. (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* (s. 322 – 340). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Radziwińska, A., Berezicka, A., Weber-Rajek, M., Zimmermann, A., Bułatowicz, I., Strojek, K., Goch, A., Zukow, W. (2015). Ultraviolet radiation in the treatment of psoriasis -a review of research. *Journal of Education, Health and Sport*, 5, 553-567.

Radziwiłłowicz, W. (2012). Czynniki ryzyka oraz różnorodność obrazu klinicznego depresji u dzieci i młodzieży. Pobrane z: <https://knempiria.files.wordpress.com/2013/02/tydziec584-zdrowia-psychicznego-dr-hab-wioletta-radziwic582c582owicz-depresja-u-dzieci-i-mc582odziec5bcy.pdf> (26.12.2019 18:43).

Reykowski, J. (1970). Obraz własnej osoby jako mechanizm regulujący postępowanie. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 1970, 3, 49.

Rosińska M., Rzepa T., Szramka- Pawlak B., Żaba B.(2017). Obraz własnego ciała oraz objawy depresyjne u osób chorych na łuszczycę. *Psychiatria Polska*, 51 (61), 1145-1152.

Rybakowski, J. (2016). Zaburzenia afektywne. W: Jarema, M. (red.), *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny* (s. 153 – 193). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Savin, J. A. (2003) Psychosocial Aspects. W: van der Kerkhof, P. (red.), *Textbook of Psoriasis* (s. 43–54). Blackwell Publishing.

Seligman, M. E. P., Walker E. F., Rosenhan D. L. (2017). Zaburzenia nastroju. W: Seligman, M. E. P., Walker E. F., Rosenhan D. L. *Psychopatologia* (s. 268-322). Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.

- Siek, S. (1986). *Struktura i formowanie osobowości*. Warszawa: ATK.
- Stirling, J.D., Hellewell, J. S. E. (2005). Zaburzenia nastroju. W: Stirling, J.D., Hellewell, J. S. E. *Psychopatologia* (s. 64-78). Gdańsk : Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Szramka-Pawlak, B. (2008). Historia badań nad łuszczycą. *Now Lek*, 77 (6), 480-482.
- Tesser, A. Felson, R. Suls, J.M. (2004). *Ja i tożsamość*. Gdańsk: GWP.
- Tucholska, S. (1997). Allporta koncepcja selfu. W: P. Oleś (red.). *Wybrane zagadnienia z psychologii osobowości*, (s. 257-269). Lublin: TN KUL.
- Tyszkowa, M. (1978). Samoocena i samoakceptacja jako struktury regulacyjne. *Nurt. Wybrane zagadnienia z psychologii*, Warszawa.
- Uchnast, Z. (1995). Tennessee Skala Obrazu Siebie, Katedra Psychologii Ogólnej KUL.
- Wielowieyska-Szybińska, D., Wojas-Pelc, A. (2012). Przebieg i postępowanie w łuszczycy zwykłej. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 29, 123-127.
- Wierziński, P. (2016). Historyczne tło koncepcji zaburzeń depresyjnych. W: Murawiec S., Wierziński, P. (2016). *Depresja 2016*. Gdańsk: Via Medica, 1- 16.
- Wierziński, P. (2016). Jak często występuje depresja- czy występuje coraz częściej czy może częściej ją rozpoznajemy? W: Murawiec S., Wierziński P. (2016). *Depresja 2016*. Gdańsk: Via Medica, 17-26.
- Wojciszke, B. (2004). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (2008). W: *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja, Tom I*. (s. 207 - 255). Światowa Organizacja Zdrowia.
- Zarek, A. (2013). Self-concept in subjects after first heart attack, patients with selected dermatological diseases and healthy individuals. In *Annales Academiae Medicae Stetinensis*. Vol. 59, No. 2, 29-38.
- Zarek, A. (2016). Czynniki kształtujące obraz ciała u osób z wybranymi chorobami dermatologicznymi. *Pomeranian Journal of Life Sciences*. 60.

## Spis Tabel

Tabela 1. Liczbowy i procentowy rozkład badanych pod względem wieku .....	72
Tabela 2. Liczbowy i procentowy rozkład osób badanych ze względu na płeć.....	73
Tabela 3. Liczbowy i procentowy rozkład osób badanych ze względu na miejsce zamieszkania .....	73
Tabela 4. Liczbowy i procentowy rozkład wykształcenia osób badanych .....	74
Tabela 5. Liczbowy i procentowy rozkład stanu cywilnego osób badanych .....	74
Tabela 6. Rozkład liczbowy i procentowy wieku zachorowań osób badanych na łuszczycę..	75
Tabela 7. Liczbowy i procentowy rozkład odpowiedzi dotyczący zachorowań na łuszczycę wśród krewnych osób badanych .....	76
Tabela 8. Liczbowy i procentowy rozkład odpowiedzi dotyczących pokrewieństwa pomiędzy osobami badanymi a innymi, chorymi na łuszczycę, członkami rodziny osób badanych. ....	76
Tabela 9. Liczbowy i procentowy rozkład odpowiedzi określający charakter łuszczycy, na którą chorują osoby badane.....	77
Tabela 10. Liczbowy i procentowy rozkład odpowiedzi określający stopień nasilenia łuszczycy u osób badanych .....	77
Tabela 11. Liczbowy i procentowy rozkład odpowiedzi dotyczących podejmowania przez osoby badane działań, mających ukryć objawy choroby przed otoczeniem.....	78
Tabela 12. Liczbowy i procentowy rozkład odpowiedzi dotyczących wpływu łuszczycy.....	78
Tabela 13. Rozkład liczbowy i procentowy odpowiedzi badanych na temat zmian, jakie łuszczycy spowodowała w ich życiu .....	79
Tabela 14. Rozkład liczbowy i procentowy badanych, którzy korzystali w trakcie choroby..	79
Tabela 15. Rozkład liczbowy i procentowy badanych, którzy zgłosili się po pomoc do psychologa lub psychiatry w związku z zachorowaniem na łuszczycę .....	80
Tabela 16. Liczbowy i procentowy rozkład odpowiedzi charakteryzujących zdaniem badanych ich poranne samopoczucie .....	80
Tabela 17. Rozkład liczbowy i procentowy odpowiedzi badanych na temat ich samopoczucia .....	81
Tabela 18. Liczbowy i procentowy rozkład odpowiedzi określających zainteresowania osób badanych.....	81
Tabela 19. Liczbowy i procentowy rozkład odpowiedzi określających decyzyjność osób badanych.....	82
Tabela 20. Liczbowy i procentowy rozkład odpowiedzi wybieranych przez osoby badane celem opisanego swojego samopoczucia w ostatnim czasie.....	82

Tabela 21. Wskaźnik korelacji (r Pearsona) między wynikami w Skali Depresji CES-D Radloff a wynikami wewnętrznych wymiarów obrazu Siebie Skali Fittsa dla całej badanej grupy.....	85
Tabela 22. Wskaźnik korelacji (r Pearsona) między wynikami w Skali Depresji CES-D Radloff a wynikami zewnętrznych wymiarów obrazu Siebie Skali Fittsa dla całej badanej grupy.....	88
Tabela 23. Wskaźnik korelacji (r Pearsona) między wynikami w Skali Depresji CES-D Radloff a wynikami w pozostałych wymiarach obrazu Siebie Skali Fittsa dla całej badanej grupy.....	91
Tabela 24. Procentowy rozkład wyników we wskaźniku ogólnej depresji dla całej grupy badanych.....	95
Tabela 25. Liczebność wyodrębnionych grup skrajnych.....	96
Tabela 26. Zestawienie wyników średnich grup o wysokim poziomie depresji i niskim poziomie depresji z wynikami Skali Obrazu siebie Fittsa .....	97
Tabela 27. Zestawienie wyników średnich grup o wysokim poziomie depresji i niskim poziomie depresji z wynikami wymiarów wewnętrznych Skali Obrazu Siebie .....	99
Tabela 28. Zestawienie wyników średnich grup o wysokim poziomie depresji i niskim poziomie depresji z wynikami wymiarów zewnętrznych Skali Obrazu Siebie .....	101
Tabela 29. Porównanie obrazu siebie pacjentów z łuszczycą depresyjnych i niedepresyjnych w zakresie zmienności wymiarów Skali Obrazu Siebie.....	103
Tabela 30. Procentowy rozkład liczebności grup o różnym typie depresyjności .....	105
Tabela 31. Porównanie wyników średnich uzyskanych przez pacjentów z łuszczycą o różnym typie depresyjności w Skali Depresji CES-D.....	106
Tabela 32. Analiza powiązań pomiędzy obrazem siebie a wyróżnionymi typami depresji wśród badanych pacjentów z łuszczycą .....	109

## Spis Wykresów

Wykres 1. Graficzny rozkład wyników we wskaźniku ogólnej depresji dla całej grupy badanych.....	94
Wykres 2. Profile wyników średnich wskaźników rzetelności.....	98
Wykres 3. Profile wyników średnich w wymiarach wewnętrznych Skali Obrazu Siebie .....	99
Wykres 4. Profile wyników średnich w wymiarach zewnętrznych Skali Obrazu Siebie .....	101
Wykres 5. Profile wyników średnich w zmienności wymiarów obrazu siebie .....	103
Wykres 6. Konfiguracja wyników w czynnikach Skali Depresji CES-D uzyskanych przez pacjentów z łuszczycą o różnym typie depresyjności.....	107
Wykres 7. Obraz siebie pacjentów z łuszczycą o różnym typie depresji.....	112