

MARIA B. PECYNA
Warszawa

PSYCHOLOGICZNE PROBLEMY LUDZI W WIEKU PODESZŁYM LECZĄCYCH SIĘ Z POWODU POSTĘPUJĄCEGO ZESPOŁU OTĘPIENNEGO

I. WPROWADZENIE

Rozwój człowieka składa się z szeregu zmian następujących sekwencjalnie w czasie dążącym ku dojrzałości i poprzez tę dojrzałość ku starości. Początkiem owego starzenia się są zmiany, które ustawiają organizm w pozycji relatywnej. Zachodzą one w sposób specyficzny i jedyny dla każdego człowieka. Organizmy bezustannie różnicują się w czasie i proces ten przebiega konsekwentnie nie wykazując śladów zahamowań ani ustępowania; w każdym razie nie ma to żadnych naukowych dowodów (Black i in. 1987, Rembowski 1988).

Innym blokiem zagadnień, których rozważania wymaga tok niniejszego rozumowania jest czynnik chorobotwórczy powodujący sukcesywne zmiany zanikowe i zwyrodnieniowe rejestrowane w centralnym układzie nerwowym. Aktualnie przyjmuje się, że ok. 10-15% osób powyżej 65 roku życia wykazuje mniej lub bardziej wyraźne cechy otępienia. Z kolei problemy psychologiczne związane z postępującym zespołem otępiennym są bardzo trudne do określenia, bowiem obejmują one nie tylko zaburzenia intelektu i pamięci, ale także zmiany osobowości i sfery emocjonalnej. W celu uzyskania subiektywnej ich oceny należałoby osobę badaną obserwować w ciągu wielu lat albo przynajmniej porównać stan obecny z dawnym (Rembowski 1988, Bühler 1991, Pecyna 1992b, Pecyna 1993a).

Powszechnie uważa się, że przebieg zespołu otępiennego jest tym cięższy, im znaczniejsze są zmiany strukturalne w centralnym układzie nerwowym, zwłaszcza jeżeli ich występowanie jest nagłe. Osoby wykształcone albo dys-

ponujące większymi możliwościami adaptacyjnymi znoszą na ogół lepiej chorobę niż ludzie prymitywni i społecznie nieprzystosowani. Wpływ na przebieg choroby otępiennej ma również środowisko naturalne, jakim jest rodzina chorego w wieku starszym. Stałe życzliwe kontakty interpersonalne działają korzystniej na pacjenta niż przesadna opieka osób pouczających, kontrolujących i narzucających się. Reakcja tych chorych przybiera wtedy nieraz cechy agresji, protestu, depresji, a nawet urojeń, mimo że na ogół otępieniu starczemu nie towarzyszą istotne zmiany osobowości ani objawy charaktero- czy psychopatii. Podstawowym mechanizmem obronnym w otępieniu jest zaprzeczenie własnemu upośledzeniu. Chory udziela wykrętnych odpowiedzi i wyjaśnień, których celem jest usprawiedliwienie własnego zachowania, np: „Nie brałem udziału w dyskusji, bo była bezsensowna”, „Aktualnie przestałam czytać, bo wszystkie książki znam na pamięć”, „Celowo otworzyłem drzwi wejściowe, ponieważ chciałem przewietrzyć mieszkanie” itp. (Bühler 1961, Górski 1985, Pędich, Żakowska-Wachelko 1988).

Generalnie w praktyce klinicznej rozróżnia się przynajmniej pięć grup zespołów otępiennych spowodowanych procesami: zwyrodnieniowymi mózgu, naczyniopochodnymi w przebiegu niedotlenienia mózgu, czynnikami urazowymi, infekcyjnymi oraz zmianami wywołanymi takimi jednostkami chorobowymi, jak: stwardnienie rozsiane, padaczka itp. Najczęściej w praktyce psychologicznej rozpoznaje się objawy otępienne automatycznie i zalicza się je do grupy objawów samoistnych, a więc takich, których etiologia choroby jest dla nas jeszcze niejasna, stąd i dotychczasowo stosowane reżimy leczenia są na ogół bez wyraźnego efektu terapeutycznego (Black i in. 1987, Steen i in. 1987, Członkowska i Członkowski 1992, Pecyna 1990b, Pecyna 1992a, Jura i Zdzenicka 1992, Pecyna 1993b).

Obecnie na oddziałach internistycznych i geriatrycznych zespoły otępienne stanowią poważny problem terapeutyczny, zaś wyniki leczenia tego zespołu nie są nadal zadowalające i zwykle po kilku miesiącach rozwoju procesu chorobowego tacy pacjenci kwalifikują się jedynie do opieki paliatywnej. Na szczególną uwagę w tej grupie chorych zasługuje problem inwalidztwa fizycznego ze szczególnym uwzględnieniem zaburzeń zachowania spowodowanych inwalidztwem psychicznym, jakie ponosi człowiek w okresie starzenia się i starości (Glenner 1989, Pecyna 1990a, Pecyna 1992a,b).

Interesujące jest również zagadnienie wpływu postępującego zespołu otępiennego na stosunek do ludzi i samego siebie, a także na kształt samej struktury osobowości z uwzględnieniem cech patologicznych, która jest centralnym systemem regulującym i łączącym wszystkie funkcje i procesy zachodzące w organizmie ludzkim.

W zrozumieniu zachowania ludzi leczących się z powodu postępującego zespołu otępiennego może być przydatna koncepcja subiektywnego obrazu siebie i swojej choroby (Heszen-Klemens 1979). Otóż zauważa się powszechnie, że tacy ludzie mają negatywny obraz i niską ocenę siebie. Z tego też powodu przeżywają wiele dodatkowych przykrości, a chcąc udowodnić sobie i innym, że ich stać na wszystko, demonstrują siłę w zachowaniach społecznie nieaprobowanych. Jest to wyraz spaczonych reguł przekazywania wiedzy o sobie (Górski 1985). Stąd problem niniejszej pracy został sformułowany w następujących dwóch pytaniach: czy istnieją w strukturze osobowości cechy dominujące uwarunkowane postępującym zespołem otępiennym w fazie początkowej i fazie zaawansowanej oraz jakie zmienne psychologiczne modyfikują subiektywny obraz zespołu otępiennego u osób badanych?

Tak postawiony problem wydaje się mieć priorytetowe znaczenie zarówno w sposobie nawiązywania kontaktów interpersonalnych z tymi ludźmi, jak i w zasadności podjęcia dyskusji na temat konieczności włączenia do standardowego leczenia miażdżycy naczyń obwodowych standardowego reżimu psychoterapeutycznego.

II. OSOBY BADANE I METODY BADAŃ

Spośród 342 leczących się z powodu postępującego zespołu otępiennego ze względu na zróżnicowany stopień samoświadomości (samokrytycyzmu) zakwalifikowano do badań psychologicznych tylko 116 osób, w tym 69 kobiet (59,5%) i 47 mężczyzn (40,5%) w wieku 58-81 lat, średnia wieku: 73,4. Badane osoby wyróżniały się na ogół średnim poziomem wykształcenia. Wykształcenie wyższe miało zaledwie 8,2%, średnie 76,6%, podstawowe 15,2% badanych. Odpowiednio do wykształcenia 70,6% osób zajmowało stanowiska kierownicze bądź pracowało w biurach. Jako podstawowe kryterium włączenia do grup porównawczych A i B przyjęto poziom ilorazu inteligencji. I tak, w grupie A (59 osób) znalazły się te osoby, u których stwierdzono postępujący zespół otępienny w fazie początkowej (a więc ze zmianami minimalnymi dotyczącymi koncentracji uwagi, samokrytycyzmu, nadpobudliwości psycho-ruchowej itp.), zaś w grupie B (57 osób) – w fazie zaawansowanej, ale jeszcze przy zachowanej pełnej świadomości siebie samego i prawidłowym rozumieniu pojęć.

Stopień sprawności funkcji intelektualnych określono Skalą Inteligencji Wechslera-Bellevue oraz testem Bentona. W analizie wyników uzyskanych przy użyciu Skal Wechslera skoncentrowano się zarówno na ilorazach inteli-

gencji, jak i na wynikach przeliczonych w poszczególnych podtekstach. Ilorazy inteligencji w grupie A wahały się w granicach 78-85, zaś w grupie B – 66-77 (w poszczególnych testach wyniki wahały się w granicach 11-16 punktów przeliczonych, przy czym w skali Rozumienie, która bada zdolność do korzystania z posiadanego doświadczenia życiowego i jego oceny, średnia wyniku wynosiła 13,3). Uzyskane wskaźniki deterioryzacji dla poszczególnych osób badanych wahały się w granicach od 17,7 do 29,8%.

Z uwagi na złożony przedmiot badań zastosowano kilka narzędzi psychologicznych wzajemnie się uzupełniających. Do nich zaliczono: R. B. Cattella 16 czynnikowy Kwestionariusz Osobowości (16 PF), H. G. Gougha Inwentarz osobowości (CPI), H. G. Gougha i A. B. Heilbruna Test Przymiotnikowy (ACL-37) przy zastosowaniu dwóch koncepcji siebie: „Taki jestem” i „Taki chciałbym być”, R. Hathaway i J. Ch. McKinleya Kwestionariusz MMPI-WISKAD oraz własny Kwestionariusz Informacyjny (K-I). Badania poszczególnymi Kwestionariuszami przeprowadzano indywidualnie. Badający, czytając badanemu poszczególne pytania danego Kwestionariusza, prosił go o odpowiedź i zakreślenie kółkiem na arkuszu obliczeniowym czytany numer pytania (każda odpowiedź była też dyskretnie kontrolowana i w przypadku jej nieprawidłowości modyfikowana).

Uzyskane dane pomiarowe (126 zmiennych) opracowano dwustopniowo: na poziomie analizy prostej oraz przy zastosowaniu regresyjnej metody modelowania matematycznego. Obliczenia wykonano przy zastosowaniu programów DANA (program M. Warmusa dotąd nie publikowany).

III. WYNIKI BADAŃ I ICH OMÓWIENIE

W pierwszym etapie prezentacji wyników z danych kwestionariuszowych (pomiarowych) dokonano porównania profilów uzyskanych w poszczególnych narzędziach psychometrycznych przez pacjentów przynależących do wyróżnionych grup A i B. Uwzględniając wyniki średnie uzyskane przy zastosowaniu Kwestionariusza 16 PF w porównaniu z grupą A osoby grupy B charakteryzowały się mniejszą odpornością psychiczną (H), tzn. były mniej zrównoważone, zaś bardziej nieśmiałe i powściągliwe ($t = 2,31$, $p < 0,05$) i ze znacznie mniejszą wrażliwością (I^+ , $t = 5,62$, $p < 0,001$). W pozostałych czynnikach nie stwierdzono istotności różnic statystycznych.

Dalsze notowane różnice pochodzą już tylko z porównań rozkładów procentowych. Zauważono, że w przedziale od 7 do 9 stena ($U = 2,42$, $p < 0,05$ więcej mieści się wyników charakteryzujących grupę B, zaś w przedziale od

5 do 6 stena ($U = 2,16$, $p < 0,05$) jest więcej wyników charakteryzujących grupę A. Odnoszą się one głównie do czynników będących miarą niepokoju (C i L) oraz temperamentu (A, L, Q_1). W czynniku temperamentalnym (A) wyniki osób przynależących do grupy B istotnie ($U = 3,92$, $p < 0,001$) bardziej skoncentrowane są wokół przedziału wskazującego na schizotypię (1-4 sten). Osoby z grupy A są zatem mniej schizotypiczne (krytyczne, podejrzliwe, ostrożne wobec innych), z większą dojrzałością emocjonalną i samodzielnością myślenia, bowiem ich wyniki są istotnie ($U = 2,53$, $p < 0,05$) bardziej skoncentrowane w przedziale wskazującym na umiarkowanie wyżej wymienionych cech: 5-6 sten. Z kolei osoby z zaawansowanym zespołem otępienym przy $p < 0,01$ były zdecydowanie schizotypiczne, podejrzliwe i krytyczne oraz znacznie bardziej ostrożne w nawiązywaniu nowych stosunków z innymi ludźmi.

Cattell wśród hipotez interpretacyjnych dla wyodrębnionych – najbardziej znaczących – czynników zwraca uwagę, że wymiar I (wrażliwość–brak wrażliwości) może mieć trojokie uwarunkowania albo 1. jako „kobiecość” i jest wtedy wynikiem oddziaływania środowiska rodzinnego, albo jako 2. cecha temperamentu uwarunkowana genetycznie lub 3. jest wynikiem nadmiernej troskliwości i opiekuńczości rodziny, które to oddziaływanie rozwijają nadmierną wrażliwość i idealistyczny stosunek do życia. Wymiar L (nadmierna podejrzliwość–brak podejrzliwości) jest albo cechą osób posługujących się mechanizmem radzenia sobie w sytuacji trudnej, lub 2. może być cechą uwarunkowaną silnymi związkami uczuciowymi panującymi wewnątrz rodziny i jednocześnie licznymi konfliktami z otoczeniem. Wymiar Q_1 (radikalizm–konserwatyzm) wyraża bardziej postawę społeczną konsekwentną lub radykalną aniżeli cechę osobowości.

Powyższą interpretację poszerzono o wyodrębnienie potrzeb psychicznych stanowiące podstawę do pogłębionej analizy zmiennych modelujących pozytywny obraz ja-realnego i ja-idealnego, owych najintymniejszych podmiotów wewnętrznego życia ludzkiego, interpretowanych jako źródła życia psychicznego.

W zakresie porównań wyników średnich uzyskanych przy zastosowaniu ACL-37 w wymiarze realnym („Taki jestem”) stwierdzono cztery istotne statystycznie różnice pomiędzy porównywanymi grupami A i B. Dotyczą one przystosowania osobistego (P-Adj, $t = 4,62$, $p < 0,001$), potrzeby zmiany (Cha, $t = 4,57$, $p < 0,001$), gotowości do poddania się poradnictwu psychologicznemu (Crs, $t = 5,28$, $p < 0,001$) i skali samokontroli (S-Cn, $t = 6,45$, $p < 0,001$), zaś w wymiarze idealnym („Taki chciałbym być”) tylko jedną istotną statystycznie różnicę zanotowano w potrzebie osiągnięć (Ach, $t = 4,27$, $p < 0,001$) na

korzyść grupy A (z zespołem otępiennym w fazie początkowej). Potrzeba ta motywuje dążenia do wybitnych osiągnięć w pracach o społecznie uznanym znaczeniu.

Warto również wskazać, że w wymiarze realnym istnieją tendencje do uzyskiwania niższych rezultatów przez osoby badane z zespołem otępiennym w fazie zaawansowanej (grupa B) w zakresie potrzeb: dominacji (Dom, $t = 2,95$, $p < 0.01$), wytrwałości (End, $t = 3,01$, $t = 0.01$), porządku (Ord, $t = 2,38$, $p < 0.01$), zmiany (Cha, $t = 2,87$, $p < 0.01$) i afiliacji (Aff, $t = 1,98$, 0.05). Oznacza to, że badane osoby z grupy B nie sygnalizują chęci obejmowania ról przywódczych w grupie ani dążenia do bycia wpływowym i kontrolującym w indywidualnych stosunkach. Łatwo też rozpraszają się w działaniu, a przez to w porównaniu z grupą A posiadają mniejszą możliwość do utrzymywania równomiernego tempa pracy szczególnie wtedy, gdy jej określony cel jest odległy. Nie szukają też nowych doświadczeń, lecz raczej starają się o utrzymanie stabilności i ciągłości w relacjach ze środowiskiem. Badani są też indywidualistami (wysoki procent niskich wyników w skali Aff), ponieważ w kontaktach interpersonalnych doświadczają wiele trudności. Sami też je komplikują, a ukryty w nich lęk może być przyczyną złych kontaktów rodzinno-towarzyskich.

Stwierdzono wyraźne podobieństwo pomiędzy grupami w zakresie ogólnej niskiej samoakceptacji (wskaźnikiem poziomu akceptacji siebie jest odległość profilu „ja realnego” w stosunku do profilu „ja idealnego”). Rozbieżność pomiędzy realnym obrazem siebie dla grupy A i B wyniosła odpowiednio: $D = 7,85$ oraz $D = 7,42$. Szczegółowa analiza poziomu samoakceptacji może stać się źródłem bardziej interesujących wniosków. Porównanie (odrębnie kształtujących się w grupach) istotności różnic pomiędzy średnimi wynikami pochodzącymi z obrazu realnego i obrazu idealnego dla każdej skali dowodzi, że badani z grupy A bardziej akceptują siebie w zakresie:

- liczby wybranych przymiotników negatywnych ($t = 3,92$, $p < 0.001$)
- potrzeby dominacji ($t = 4,39$, $p < 0,001$)
- potrzeby ujawniania się ($t = 5,11$, $p < 0.001$)
- potrzeby agresji ($t = 4,30$, $p < 0.001$)

W analogicznych porównaniach grupa B charakteryzuje się:

- potrzebą wsparcia ze strony innych (Suc, $t = 3,82$, $p < 0.001$)
- gotowością na porady i pomoc innych ludzi (Crs, $t = 2,52$, $p < 0.01$)
- zaufaniem do siebie (S-Cfd, $t = 2,65$, $p < 0.001$).

Cytowane porównania pozwalają przypuszczać, że osoby badane z zespołem otępiennym w fazie zaawansowanej w porównaniu z osobami również z zespołem otępiennym, ale w fazie początkowej pragną mniej dominować nad

innymi i oczekują większego wsparcia ze strony innych, „potwierdzenia siebie” od osób z otoczenia.

Na podstawie powyższych analiz nasuwa się przypuszczenie, że trudności w stopniu odczuwania własnej choroby, jako faktu związanego z subiektywnym odczuciem pogarszania się stanu wydolności umysłowej ze względu na postępujące zubożenie sfery uczuciowej, szczególnie dotyczące uczuć wyższych współwystępują z trudnościami osobistego przystosowania się do środowiska naturalnego. Teoretycznie taki stan winien być odpowiedzią na zagrożenie przerastające siły danego człowieka, bowiem przeżycia ludzkie nie są wyłącznie jednopłaszczyznowe. Stąd w Inwentarzu CPI w porównaniu z grupą A osoby przynależące do grupy B, a więc z zaawansowanym procesem chorobowym oceniają swoją sytuację miarą niezrównoważenia i braku uspołecznienia. I tu na uwagę zasługują skale: towarzyskość (To, $t = 2,16$, $p < 0.001$), poczucie własnej wartości (Pw, $t = 2,77$, $p < 0.01$), dobre samopoczucie (DS, $t = 4,62$, $p < 0.001$), tolerancja (TI, $t = 4,01$, $p < 0.001$) i chęć podobania się (Po, $t = 1,98$, $p < 0.05$). Można więc uznać, że omawiany materiał empiryczny ma podobną wartość wyjaśniającą i stanowi potwierdzenie poprzednich opisów w zakresie omawianego problemu.

Ciekawym uzupełnieniem uzyskanych wyników są wypowiedzi chorych. Oto dwie charakterystyczne z nich: „[...] moim największym pragnieniem być do końca swego życia przystępnym dla innych, utrzymywać kontakt z kolegami i w miarę swoich możliwości nawiązywać nowe przyjaźnie” (mężczyzna w wieku 79 lat, wykształcenie średnie) oraz „Sądzę, że warto wziąć się w garść i dużo ćwiczyć umysł, by i po osiemdziesiątce uczynić coś dobrego ze swego życia i nie stać się przedwcześnie matroną pytającą się, gdzie ja mieszkam” (kobieta w wieku 78 lat, prawnik).

Analiza dalszych wyników otrzymanych przy zastosowaniu Kwestionariusza MMPI-WISKAD nieco zaciemnia tworzący się obraz, ponieważ struktura badanych cech jest niejednakowa. Badani przynależący do obu badanych grup uzyskali wysokie wyniki w triadzie neurotycznej – hipochondrii (Hp), depresji (D) i hysterii (Hy) z charakterystyczną dla tego opisu „dolinką konwersyjną” z podwyższoną skalą psychastenii (Ps), zaś w grupie B zanotowano w porównaniu z grupą A podwyższone wszystkie skale tworzące triadę psychotyczną: psychastenię (Pt = 79T, $t = 4,82$, $p < 0.001$), schizofrenię (Sc = 85T, $t = 4,11$, $p < 0.001$) i manię (Ma = 83T, $t = 4,13$, $p < 0.001$).

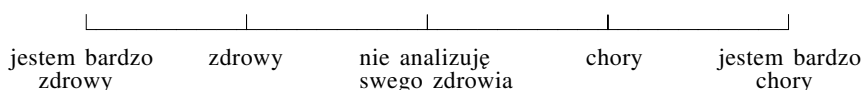
W celu głębszego zrozumienia tego złożonego zagadnienia, a także odpowiedzi na pytanie: jakie zmienne psychologiczne modyfikują subiektywny obraz zespołu otępiennego u osób badanych (grupy A i B), zastosowano

metodę wyboru cech najsilniej dyskryminujących opartą na równaniu regresji liniowej Y względem X według wzoru:

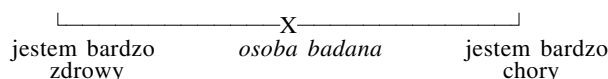
$$Y = ax + b, \text{ gdzie} \quad a = \frac{Cov(x, y)}{SD^2x}$$

$$b = \bar{y} - a\bar{x}$$

Uwzględniając logikę obrazu własnej choroby (sposobem „powagę” istniejącej choroby) badany wskaźnik, subiektywny obraz zespołu otępiennego, opisano dla każdego badanego dwukrotnie: raz w skali graficznej dyskretnej według niżej podanego wzoru:



drugi raz w skali graficznej ciągłej (długość skali stanowi odcinek 100 mm) opisanej na jego obu końcach według wzoru:



Osoba badana miała za zadanie zaznaczyć swoje miejsce dotyczące samopoczucia na tym odcinku.

Punktem wyjścia analizy prognostycznej stała się macierz korelacji o wymiarach 126 (kolumn) parametrów z utworzonymi zmiennymi psychologicznymi i 116 (wierszy) osób badanych. W sumie otrzymano macierz z 4616 danymi liczbowymi. Do modelowania matematycznego użyto metodę kroczącej regresji normalnej (odchylenie od normy) licząc również i centralną (odchylenie od średniej arytmetycznej) z dołączeniem (po dwa) nowych czynników na każdym kroku regresyjnym.

Analizując współczynniki korelacji prostej całej macierzy największe wartości przy $p < 0.001$ uzyskały następujące cechy podane w kolejności ich wartości malejących:

Cechy korelujące		Współczynnik korelacji
I	II	
Gotowość na porady i pomoc innych ludzi (Cr)	Adoptowane Dziecko (AC)	0.823
Potrzeba autonomii (Aut)	Chęć podobań się (Po)	0.801
Liczba wybranych przymiotników negatywnych (Unfav)	Potrzeba rozumienia siebie i innych (Inf)	0.749
Potrzeba agresji (Agg)	Zaufanie do siebie (S-Cfd)	0.712
Poczucie własnej wartości (Pw)	Skala psychastenii (Ps)	0.682
Wrażliwość psychiczna (I ⁺)	Potrzeba wytrwałości (End)	0.681
Skala idealnego obrazu siebie (Iss)	Poczucie własnej wartości (Pw)	0.680
Skłonność do obwiniania siebie, zamartwiania się (O ⁺)	Wrażliwość psychiczna (I ⁺)	0.678
Tolerancja (Tl)	Krytyczny Rodzic (CP)	0.671
Wychowawczy Rodzic (NP)	Skala depresji (D)	0.660
Skala hipochondrii (Hp)	Dobre samopoczucie (DS)	0.653

Wprowadzając pojęcie „moc dyskryminacyjna” jako współczynnik korelacji danej cechy z pozostałymi podniesiony do kwadratu można było wyróżnić cechy o największej mocy wyjaśniającej, tzn. cechy centralne najsilniej korelujące z pozostałymi. Takimi cechami okazały się:

Cecha	Moc korelacji R ²
Potrzeba zrozumienia siebie i innych (Int)	0.583
Potrzeba wytrwałości (End)	0.581
Wrażliwość psychiczna (I ⁺)	0.569
Potrzeba agresji (Agg)	0.542
Gotowość na porady i pomoc innych ludzi (Crs)	0.499
Potrzeba autonomii (Aut)	0.490

Skłonność do obwiniania siebie, zamartwiania się (O ⁺)	0.486
Silne napięcie wewnętrzne Q ₄ ⁺)	0.483
Brak odporności na zagrożenie (H-)	0.471
Tolerancja (T1)	0.468
Depresja (D)	0.457

Z przedstawionych wyników badań można się zorientować, że struktura osobowości badanych jest bardzo zróżnicowana. Prawidłowe funkcjonowanie osobowości w trudnych warunkach stresu spowodowanego postępującą chorobą otępienną wymaga od pacjenta wysiłku adaptacyjnego. Zbyt silne działanie stresorów związanych z izolacją i lękiem o swoją przyszłość, który często występuje jako strach przed niemożnością zapewnienia przez rodzinę pełnej opieki, powoduje załamanie się mechanizmów przystosowawczych i pojawienie się takich negatywnych cech, jak: potrzeba agresji, silne napięcie wewnętrzne, brak odporności na zagrożenie i depresja.

Badając łącznie pozytywne i negatywne cechy tworzące strukturę osobowości badanych stwierdza się, że każda zmienna wyłoniona z korelacji prostych jest przyczynowo warunkowana innymi zmiennymi, których przedstawiona analiza wykazać nie jest w stanie. Stąd do dalszych obliczeń użyto metodę kroczącej regresji centralnej licząc również i normalną z dołączeniem nowych czynników (po dwa) na każdym kroku regresyjnym. Na jej podstawie okazało się, że wskaźnik „subiektywny obraz zespołu otępiennego”, który zgodnie z założeniem został opracowany w skali ciągłej, zależy przede wszystkim od następujących czynników podanych w kolejności ich znaczenia obliczanego według metody maksymalnego wzrostu współczynnika korelacji wielorakiej. A zatem równanie takie przyjęło postać:

$$\begin{aligned}
 & [\text{subiektywny obraz zespołu otępiennego}] \approx \\
 & \approx \\
 & + 0.2204x \text{ (wrażliwość psychiczna - I}^+) \\
 & + 0.1152x \text{ (wysoka oryginalność i niska inteligencja - A-1)} \\
 & + 0.1740x \text{ (potrzeba zmiany - Cha)} \\
 & + 0.2284x \text{ (tolerancja - T1)} \\
 & + 0.1345x \text{ (poczucie własnej wartości - (Pw)} \\
 & + 0.1456x \text{ (chęć podobań się - Po)} \\
 & + 0.3321x \text{ (potrzeba wytrwałości - End)}
 \end{aligned}$$

I tu zatrzymano się na modelu siedmioczynnikowym, gdyż dołączanie dalszych czynników nie dało znamiennego określenia dokładności modelu. Stopień, w jakim zmienne „subiektywny obraz zespołu otępiennego” są określane przez uwzględnione wyżej wymienione równanie (przez zmienne niezależne), może być różny. To uzasadnia potrzebę rozpatrywania (siły) korelacji w zależności od odchyłeń badanego czynnika, a więc od jego wartości normalnej (normy) i od jego wartości średniej. A zatem współczynnik korelacji prostej wskaźnika „subiektywny obraz zespołu otępiennego” z cechami opisującymi stopień poczucia własnej starości przyjęły następujące wartości:

Czynniki	Współczynnik korelacji prostej	
	centralnej	normalnej
Wrażliwość psychiczna	0.0232	0.5432
Wysoka oryginalność i niska inteligencja	0.1142	0.6243
Potrzeba zmiany	0.2210	0.6243
Tolerancja	0.1421	0.7210
Poczucie własnej wartości	0.0231	0.5371
Chęć podobań się	0.1456	0.6821
Potrzeba wytrwałości	0.2357	0.7432

Dokładność powyższego równania mierzona współczynnikiem wartości korelacji normalnej, tzn. korelacji między zmienną zależną i zmiennymi niezależnymi, wynosi 0.7315 przy $p < 0.001$, zaś współczynnik wielorakiej korelacji centralnej jest statystycznie nieistotny i wynosi 0.1103.

Małe wartości cytowanych współczynników korelacji prostej centralnej wyraźnie sugerują, że nie można nimi opisywać subiektywnego obrazu zespołu otępiennego, ponieważ odchylenia od średniej uzyskano z subpopulacji ludzi chorych. Prezentowany model jest tego przykładem, bowiem równanie regresji wielokrotnej centralnej znacznie gorzej przybliża zmienną zależną, czyli obraz subiektywnego odczuwania postępującego procesu otępiennego.

Oznacza to również, że badając stopień odczuwania własnej choroby, należy uwzględniać jedynie odchylenia od wartości prawidłowych (od norm), a nie od wartości średnich, ponieważ w badanej populacji mamy do czynienia

ze znacznymi zaburzeniami struktury osobowości spowodowanymi postępującymi procesami psychoorganicznymi tworzącymi zespół otępienny.

IV. ZAKOŃCZENIE I WNIOSKI

Przedstawione wyniki badań, mimo ich fragmentarycznego charakteru, dostarczają pewnego zasobu wiedzy z danych empirycznych. Fakt ten wskazuje na określone nowe możliwości kontaktu interpersonalnego z pacjentami leczącymi się z powodu postępującego zespołu otępiennego, które nie zawsze są w pełni wykorzystywane. Nasuwa się tu wniosek, że również w odniesieniu do tych chorych, których dotychczasowy kierunek leczenia określa się jako paliatywny, celowe jest podkreślenie optymistycznych perspektyw dotyczących wyników leczenia interdyscyplinarnego z uwzględnieniem psychoterapii głębokiej. Tymczasem dla wielu lekarzy i psychologów naturalnym sposobem oddziaływania w programie leczenia farmakologicznego jest wskazywanie na powagę jego obecnego stanu zdrowia i bardzo negatywnej prognozy w kierunku całkowitej amnezji, niedołęstwa i umieszczenia go na oddziale dla psychicznie przewlekle chorych.

Uzyskane wyniki badań w pełni potwierdzają zasadność sformułowanego problemu oraz przyjęty kierunek jego rozwiązywania. Przede wszystkim ujawniły one głębokie powiązanie określonej fazy procesu otępiennego badanych z ich cechami osobowości. Związek ten najistotniej wystąpił w zakresie układu potrzeb i funkcjonowania „ja”. Sięga on zatem, jak się wydaje, podstawowych elementów strukturalnych osobowości.

W opisywanym zespole psychologicznym zrozumiałe jest również, że cytowane zmienne, stanowiące być może priorytetowe determinanty procesu chorobowego, nakładają się na efekt leczenia farmakologicznego i stanowią część cech tworzących strukturę osobowości podatnej na rozwój choroby otępiennej. W związku z powyższym opracowano model prognostyczny opisujący czynnikami psychologicznymi subiektywny obraz zespołu otępiennego. Znamienność statystyczna przy $p < 0.001$ cytowanego modelu sugeruje, że subiektywny obraz zespołu otępiennego mierzony w skali 5-stopniowej jest określony stopniem wrażliwości psychicznej, wysoką oryginalnością w zachowaniu i niską inteligencją, potrzebą zmiany, tolerancją, poczuciem własnej wartości, chęcią podobań się oraz potrzebą wytrwałości.

Udowodniony związek zwraca uwagę na konieczność opracowania takich metod psychoterapeutycznych, które mogłyby stanowić element o dużym znaczeniu rutynowym w postępowaniu psychologa z ludźmi z rozpoznaniem

postępującego zespołu otępiennego. Metoda ta winna być opracowana w aspekcie zmierzającym do optymalizacji dotychczasowych wyników leczenia, które na obecnym etapie wiedzy medycznej mają jedynie charakter opieki paliatywnej w znaczeniu CARE (system opieki, który można nazwać systemem troski o jakość życia człowieka w chorobie).

Oceniając wartość poznawczą przeprowadzonych badań i uzyskane w nich wyniki, stwierdzić należy, że był to empiryczny sondaż problemu o znaczeniu praktycznym. W ich świetle leczenie ludzi z postępującym zespołem otępiennym nie może odrywać się od struktury osobowości i subiektywnego obrazu choroby, który jest zmienną współzależną z obrazem siebie. Stąd istnieje potrzeba podniesienia rangi psychoterapii aktywnej w praktyce psychologicznej w odniesieniu do pacjentów z postępującym zespołem otępiennym w wieku starszym.

BIBLIOGRAFIA

- Black J. E., Greenough W. T., Anderson B. J., Issacs K. R.: Environment and the Aging Brain. „Canadian Journal Psychology” 41:1987 nr 2 s. 11-130.
- Bühler C.: Old Age and Fulfilment of Life with Considerations of the Use of Time in Old Age. „Acta Psychologica” 19:1961 s. 126-148.
- Członkowska A., Członkowska A. (red.): Diagnostyka i leczenie w neurologii. Warszawa 1992. IPiN.
- Frąckiewicz L.: Karta praw człowieka starego. Warszawa 1985. IWZZ.
- Glenner G. G.: The Pathobiology of Alzheimer of Disease. „Annual Review of Medicine” 40:1989 s. 45-51.
- Górkowski S.: Metodyka resocjalizacji. Warszawa 1985. IWZZ.
- Heszen-Klémens I.: Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby. Wrocław 1979. Ossolineum.
- Pecyna M. B., Wróblewski T.: Psychologiczno-medyczne problemy ludzi starych w badaniach demograficznych i epidemiologicznych w Polsce w latach 1976-1987. Cz. I-IV. „Zdrowie Psychiczne” cz. I: 1990a nr 5 s. 248-257; cz. III: 1990a nr 7 s. 377-385; cz. V: 1990a nr 8 s. 433-442.
- Pecyna M. B.: Psychoprofilaktyka procesu starzenia się. „Zdrowie Psychiczne” 1990b nr 1-4 s. 59-68.
- Pecyna M. B.: Struktura potrzeb psychicznych po 60 roku życia hospitalizowanych z powodu niedokrwiennej choroby serca powikłanej zespołem asteniczno-depresyjnym, niedokrwinną chorobą serca i u osób zdrowych. „Wiadomości Lekarskie” 1992a nr 5-6 s. 175-179.
- Pecyna M. B.: Samotność i jej korelaty osobowościowe a stopień zaawansowania miażdżycy naczyń mózgowych u ludzi starych w badaniach epidemiologicznych. „Przegląd Epidemiologiczny” 2:1992b s. 277-283.

- P e c y n a M. B.: Wpływ psychologicznych kryzysów rodzinnych na ujawnianie się objawów choroby Alzheimera u ludzi w wieku produkcyjnym. „Przegląd Epidemiologiczny” 3:1993a s. 343-348.
- P e c y n a M. B.: Czynniki warunkujące psychologiczny proces starzenia się w świetle własnych badań. „Zdrowie Psychiczne” 1993b nr 1-2 s. 69-77.
- P ę d i c h W., Ż a k o w s k a - W a c h e l k o B.: Podręcznik geriatry dla lekarzy. Warszawa 1988. PZWL.
- R e m b o w s k i J.: Dynamika zmian psychicznych i społecznych w starości. W: B. Synak, T. Wróblewski (red.). Postępy gerontologii. Warszawa 1988. PZWL s. 62-93.
- S ę k o w s k i T.: Środowisko społeczne jako czynnik kształtujący niektóre cechy osobowości u ludzi w podeszłym wieku. „Psychologia Wychowawcza” 3:1989 s. 270-279.
- S t e e n G., H a g b e r g B., J o h n s o n G., S t e n n B.: Cognitive Function, Cognitive Style and Life Satisfaction in a 68-year – old Male Population. „Comprehensive Gerontology” 2:1987 s. 54-61.
- T ł o k i ń s k i W.: Mowa ludzi u schyłku życia. Warszawa 1990. PWN.

PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF ELDERLY PEOPLE
WHO GET TREATMENT FOR SENILE DEMENTIA

S u m m a r y

The dynamics of psychic traits was examined (by means of: CPI, 16 PF, ACL-37, MMPI-WISKAD and the author's Information Questionnaire) in elderly people who get treatment due to senile dementia in the initial stage and advanced stage.

As a result of comparative analyses we could state that the level of feeling one's own dementia is affected by the following psychological variables: psychic sensitivity, high originality in the manner of conduct and low intelligence, the need for change, tolerance, sense of self-esteem, a willingness to be accepted and the need for perseverance.

To treat elderly people diagnosed with senile dementia we must combine pharmacological therapy with an active intensive psychotherapy, taking into account the structures of personality that have been altered by the disease.

Translated by Jan Kłos