

TADEUSZ WITKOWSKI
Lublin

OBRAZ SIEBIE U OSÓB Z ZABURZENIAMI W UKŁADZIE KRĄŻENIA

Od kilku lat w Katedrze Psychologii Rehabilitacji KUL prowadzone są badania nad obrazem siebie (*self-image*) na podstawie testu GT (w uproszczonej adaptacji polskiej) u osób o różnych rodzajach niepełnosprawności i przewlekłych chorób, a także nad wybranymi jego uwarunkowaniami. Owocem tych prac jest pozycja książkowa (Witkowski 1996) oraz kilka artykułów powstających w miarę opracowywania dość obszernego materiału obejmującego niepełnosprawność intelektualną, sensoryczną, ruchową, kilka rodzajów chorób przewlekłych, a także społeczne niedostosowanie.

Prezentowany artykuł dotyczy obrazu siebie u osób z zaburzeniami w układzie krążenia, a dokładniej: osób po zawale serca i osób z tętniczym nadciśnieniem, a ponadto osób z tzw. nerwicą serca – zaburzeniami psychopochodnymi, funkcjonalnymi (a nie organicznymi), ujawniającymi się w swych objawach głównie w układzie krążenia, nie zaś w jakimś innym. Głównym przedmiotem badań jest ewentualne zróżnicowanie profili obrazu siebie w wymienionych kategoriach zaburzeń w układzie krążenia, z potraktowaniem w sposób odmienny tzw. nerwicy serca. W celach porównawczych dodatkowo wprowadzono uśrednione wyniki uzyskane od osób z niepełnosprawnością intelektualną i sensoryczną (łącznie), wyjęte z wcześniej wzmiankowanej książki, nazywane dalej grupą „O”. Należy od razu zaznaczyć, że nie są one traktowane jako grupa kontrolna. Służą tylko dla orientacyjnych odniesień porównawczych.

Test GT został dość obszernie omówiony we wspomnianej książce oraz w *Rocznikach Filozoficznych* (1996 z. 4. Psychologia). Nie wydaje się rzeczą słuszną poświęcać mu zbyt wiele miejsca w niniejszym artykule, jakkolwiek nie da się pominąć podstawowych informacji o wprowadzonych zmianach

w wykorzystanej tu wersji testu GT (Witkowski 1992) wobec istnienia innej polskiej wersji testu (Januszewski 1992).

Niektórzy członkowie zespołu badawczego powstałego przy Katedrze Psychologii Rehabilitacji sprawdzali istotność dla obrazu siebie wybranych zmiennych niezależnych. Ważniejsze z tych prac zostaną uwzględnione w bibliografii.

Po przedstawionych informacjach zarysowuje się następująca struktura artykułu: zaburzenia w układzie krążenia, podstawowe zagadnienia obrazu siebie, test GT i dane o badanych grupach oraz różnicowania w skalach obrazu siebie w badanych grupach.

I. NIEKTÓRE ZABURZENIA W UKŁADZIE KRĄŻENIA

Zaburzenia w układzie krążenia, będące przedmiotem naszej uwagi, nie są zestawione przypadkowo. Otóż zawał serca i tętnicze nadciśnienie są powszechnie zaliczane do zaburzeń *układu krążenia*, ale i o nich można powiedzieć, że występują w układzie krążenia, natomiast zaburzenia w postaci tzw. nerwicy serca są funkcjonalne, psychopochodne, ale i one ujawniają się głównie w *układzie krążenia* (a nie np. w układzie kostnym). Rozpocznijmy od zawałów serca, by następnie przejść pokrótce do tętniczego nadciśnienia i do tzw. nerwicy serca, mającej swoje przyczyny poza układem krążenia, natomiast objawy – w tymże układzie.

Zawał serca. Choroby układu krążenia stały się nagminne, a wśród nich zawał serca. Zachodzące u chorego zmiany można traktować jako kontinuum prowadzące do choroby wieńcowej, której dalszym etapem jest zawał serca (Brouant 1992). Gdy dojdzie do zamknięcia przekroju większej gałęzi tętnicy wieńcowej, czyli niedrożności tego naczynia, dochodzi do przerwania dopływu krwi do określonego obszaru mięśnia sercowego i jego obumarcia, martwicy, która w sprzyjających warunkach zamienia się na niekurczliwą bliznę. Ogranicza to powierzchnię mięśnia sercowego w efektywnej jego pracy.

W przebiegu zawału serca wyróżnia się cztery okresy: okres przedzawałowy – kilkanaście dni lub tygodni przed zamknięciem tętnicy z bólami przedzawałowymi; wczesny okres zawału – trwający około trzech tygodni od wystąpienia napadu bólowego, groźny, z powikłaniami lub śmiercią, wymagający leżenia w łóżku; późny okres zawału – czas na tworzenie się blizny pozawałowej, wymaga leżenia w łóżku z możliwością wykonywania pewnych ruchów; okres pozawałowy – blizna już wytworzona po 6-8 tygodniach.

W sytuacji przedzawałowej występuje osłabienie i pocenie się, czasem nagły wzrost lub spadek ciśnienia tętniczego i zaburzenia rytmu serca. Zawał serca u mężczyzn, zwłaszcza żyjących w sytuacjach stresowych, występuje czterokrotnie częściej niż u kobiet (Burrell, Burrell 1981), a według innych badań 7-8-krotnie. Umiejętność radzenia sobie ze stresogennymi sytuacjami u osób z zaburzeniami wieńcowymi ma wiele do życzenia. Szczególnie mężczyźni po przebytym zawale serca muszą prowadzić tryb życia dostosowany do możliwości w nowych warunkach pracy serca (Hoffman, Rydlewska-Sadowska 1982).

Po zawale 36-60% chorych odczuwa bolesną dusznicę – ostre i częste bóle z uczuciem duszności, zwłaszcza przy wysiłku, 17-26% przeżywa późną niewydolność krążenia, a u 1/3 chorych po pierwszym zawale występuje w ciągu dwóch lat drugi zawał. Tylko 2/5 chorych po pierwszym zawale czuje się zupełnie dobrze (Szczeklik, Szczeklik 1981).

Niebezpieczeństwo bezpośredniej śmierci sprawia, że zawał serca jest przeżywany jako wstrząs połączony z lękiem (Whitehouse 1972). Lęk jest najbardziej nasilony w momencie ataku serca i może utrzymywać się przez kilka dni, tygodni, miesięcy, a nawet lat. Może on mieć określoną treść, np. przed nagłym zgonem, powtórny zawalem, trwałym inwalidztwem, albo występuje w formie ogólnego niepokoju (Ostrowski, Śnieżek-Maciejewska 1983). Napięcia emocjonalne występują u 78% chorych, nadmierny lęk i konflikty u 70%, obniżony nastrój u 47%, a trudności w przystosowaniu do nowych warunków, z negowaniem zawału w jego konsekwencjach życiowych lub z wyolbrzymianiem jego skutków u 79% chorych (Grymuza 1975).

Badano realny i idealny obraz siebie, ale nie testem GT, u osób po zawale serca i stwierdzono, zgodnie z oczekiwaniami, że różnica między tymi obrazami jest istotna. Oznacza to, że nie pogodziły się one do końca ze swoją nową sytuacją. Chciałyby mieć więcej cech pozytywnych, jak: ufność, zdecydowanie, energia, opanowanie, przystosowanie, niezależność, samowystarczalność, optymizm, zrównoważenie, stanowczość, ambicja. Podkreślają ponadto kontrolę własnego postępowania i wykazują szczególne uwrażliwienie w sprawach dokładnego wypełniania własnych obowiązków. Powrót jednak do normalnego życia w rodzinie, w sytuacjach społecznych i zawodowych nasila reakcje nieprzystosowawcze wobec wielu zmian związanych z tymże powrotem (Majczak i in. 1975).

Tętnicze nadciśnienie. Według Światowej Organizacji Zdrowia za nadciśnienie uważa się tętnicze ciśnienie 160 na 95 oraz wyższe. Rozróżnia się nadciśnienie wtórne (objawowe), w którym u podstaw są inne choroby (np. nerek), oraz nadciśnienie pierwotne (samoistne), którego przyczyna jest trudna do usta-

lenia wobec braku organicznych zmian. Badania nad obrazem siebie według GT dotyczą osób z drugim rodzajem nadciśnienia. Bezpośrednią jego przyczyną jest wzrost ciśnienia w obwodzie krążenia, wywołany skróczem mięśniówki drobnych tętniczek. Nadciśnienie narasta stopniowo i prowadzi do zmian przede wszystkim w układzie naczyniowo-sercowym (Januszewicz, Sznajderman 1988).

Wyróżnia się cztery fazy narastania nadciśnienia: 1) wczesna, ponadciśnieniowa, 2) chwiejnego nadciśnienia, 3) ustalonego ciśnienia (170/100, 250/120), 4) zejściowa, która głównie była przedmiotem naszych badań.

W fazie zejściowej pojawiają się najgroźniejsze skutki choroby nadciśnieniowej: powiększenie serca, niedomoga krążeniowa oraz ewentualny wylew krwi do mózgu lub zawał serca. Występują trudności w formułowaniu myśli i odbioru informacji, a kontakty społeczne ulegają zubożeniu.

„*Nerwica serca*”. Zajmując się obrazem siebie u osób z tzw. nerwicą serca nie ma, na szczęście, konieczności wchodzenia w zawile i kontrowersyjne poglądy na jej temat, będące zazwyczaj konsekwencją różnorodnego rozumienia już samej tylko nerwicy. Pewna zgodność psychiatrów zaznacza się w sprawie etiologii i patogenezy nerwicy jako zaburzenia psychopochodnego, choć np. Bilikiewicz (1988) przeczy w ogóle istnieniu czegoś takiego, jak tzw. nerwica serca.

W „nerwicy serca” mamy do czynienia z dolegliwościami sercowymi u osób z anatomicznie zdrowym układem krążenia, traktowanym zwłaszcza przez internistów i kardiologów jako tzw. nerwica narządowa (Januszewicz, Sznajderman 1988), czyli czynnościowe, psychopochodne zaburzenie funkcji określonego narządu.

Do często wymienianych objawów „nerwicy serca” należą: przyspieszenie lub zwolnienie pracy serca, arytmia, skurcze naczyń wieńcowych i obwodowych, bóle głowy, zmiany w ukrwieniu kończyn, zaczerwienienia lub zblednięcia, tętnicze nadciśnienie, obrzęki, zasłabnięcia (Aleksandrowicz 1988) oraz typowe ostre lub tępe bóle w okolicach klatki piersiowej (serca), którym towarzyszy poczucie zagrożenia życia. Z powyższego wynika, że najistotniejsze objawy mają swe miejsce w układzie krążenia, jakkolwiek przyczyny pochodzą spoza tego układu.

II. ROZUMIENIE OBRAZU SIEBIE

Obraz siebie można określić jako „zorganizowany zespół cech, których jednostka nauczyła się, na podstawie wcześniejszych i aktualnych doświadczeń,

uznawać za własne; pełniący funkcje integracji i stabilizacji struktury osobowości i zapewniający jej względną trwałość i powtarzalność zespołów schematów zachowań” (Siek 1986).

Z obrazem siebie związane jest pojęcie samooceny, wnoszące do niego emocjonalny stosunek oceny samego siebie. Struktura obrazu własnej osoby (Reykowski 1970) pozwala wyróżnić *poczucie własnego ja*, *ja świadome* i *ja idealne*. Obraz własnej osoby jest strukturą regulacyjną osobowości, w której działaniu uwidacznia się współzależność sfery emocjonalnej i poznawczej. Zawiera się on w niezwerbalizowanych przeświadczeniach na temat własnej osoby (możliwości, wyglądu, umiejętności) i sądach (świadomych opiniach) o sobie samym.

Inne określenie obrazu własnej osoby akcentuje wiedzę o własnych cechach, możliwościach, umiejętnościach, a także emocjonalny stosunek do nich i ich ocenę (Brzezińska 1973).

W podejściu poznawczym (Kozielecki 1986) obraz siebie jest przedstawiany w kategoriach samowiedzy. Obraz własnej osoby jest świadomie ukształtowany, a jego elementy jednostka może przedstawiać w pamięci, werbalizować je. Zgodnie ze współczesnymi koncepcjami poznawczymi, zachowanie się człowieka zdeterminowane jest w znacznej mierze tym, w jaki sposób spostrzega on świat i swoje w nim miejsce oraz samego siebie.

W nurcie psychoanalitycznym zagadnieniem obrazu siebie zaczęto się zajmować w latach trzydziestych naszego stulecia. Prekursorem badań nad tą problematyką był A. Adler (1986). W swoich pracach dowodził on, że postępowanie człowieka wynika z jego mniemania czy poglądu, jaki ma o samym sobie i świecie. W codziennym życiu jesteśmy tacy, jaki mamy obraz siebie, a zachowujemy się zgodnie z tym, jakie mamy zdanie o sobie. Różne odcienie obrazu siebie znajdujemy w koncepcjach psychoanalitycznych C. Junga, E. Fromma, K. Horney, H. S. Sullivana (por. Gasiul 1992).

Według Sullivana obraz samego siebie tworzy się między innymi na bazie *odzwierciedlonych* ocen społecznych (por. Januszewski 1989). Układy interpersonalne są podstawą do określonych zachowań. Osobowość jest również układem względnie trwałych, powtarzających się układów interpersonalnych (Sullivan 1953). Pochodzenie tzw. *self-systemu* opiera się na oddziaływaniu kultury i społeczeństwa i może powodować naruszenie potrzeb osobistych człowieka, np. potrzeby bezpieczeństwa i wprowadzać niepokój. By z niego wyjść, jednostka próbuje przewartościowywać siebie lub doświadczenia płynące ze społeczeństwa. Rozważania Sullivana wprowadzają nas do psychospołecznych teorii obrazu siebie.

Znaczenie wpływu czynników psychospołecznych na obraz siebie podkreśla ją autorzy podejścia społecznego, jak: W. James, G. H. Mead, C. H. Cooley. Jednym z prekursorów badań w omawianej dziedzinie był James, który określa obraz siebie jako „empiryczne ja” (*Empirical Me*). Jest to, jego zdaniem, „ogólna suma tego, co człowiek może nazwać swoim” (por. Brzezińska 1973).

Wśród psychologów zajmujących się obrazem siebie w ujęciu teorii społecznych najbardziej reprezentatywne wydają się poglądy Meada (1975). Uważa on, że obraz siebie kształtuje się w procesie społecznego doświadczania i działania, jako rezultat związków z całością procesów społecznych i z jednostkami uczestniczącymi w tym procesie. Bardzo mocno podkreśla on społeczną konstrukcję obrazu siebie, który jest całkowitym odbiciem opinii i nastawień osób znaczących. Jednostka doświadcza siebie samej pośrednio, przyjmując punkty widzenia innych członków tej samej grupy społecznej lub uogólniony punkt widzenia tej grupy.

Mead i inni psychologowie społeczni opierali się na teorii *jaźni odzwierciedlonej*, która zdaniem Cooleya jest wyobrażeniem jednostki o sobie samej, a kształtuje się na podstawie spostrzegania tego, jakie są reakcje innych ludzi w stosunku do niej. Znaczenie reakcji i ocen innych ludzi dla kształtowania się wiedzy o sobie akcentowane jest w teorii *odzwierciedlonego ja* Cooleya (por. Koziński 1986), zwanej także teorią *lustrzanego odbicia* (*looking-glass self*).

Zdaniem autorów testu GT, D. Beckmanna i H. E. Richtera, struktura obrazu siebie (*self image*) obejmuje:

- twierdzenia o treści emocjonalnej, takie jak niepokój, nastrój podstawowy, kontrola siebie;
- twierdzenia o jakości ego, takie jak: introspekcja, wyobraźnia, otwartość-dostępność;
- twierdzenia dotyczące sytuacji międzyosobowych, takich jak emocjonalna bliskość, zależność, zaufanie;
- twierdzenia o społecznych reakcjach i odpowiedziach (rezonansie) ze strony innych.

Należy zauważyć, że termin *self image* dotyczy tych wiadomości o sobie, które są kodowane w strukturach percepcyjno-wyobrażeniowych. Są to więc raczej wyobrażenia, jakie osoba ma o sobie, niż szersza wiedza na swój temat. Obraz siebie (*self image*) jest to zbiór cech, jakimi opisuje siebie badana osoba. Jest to widzenie siebie w sześciu następujących wymiarach: dominacja, otwartość-dostępność, kontrola siebie, nastrój podstawowy, rezonans społeczny i możliwości społeczne (por. Witkowski 1992). Autorzy testu GT nie tworzą

nowej teorii, lecz nawiązują do już istniejących, zwłaszcza psychoanalitycznych i społecznych.

III. ZASTOSOWANA WERSJA TESTU GT I PODSTAWOWE DANE O BADANYCH GRUPACH

Uproszczona polska wersja testu GT. W polskiej uproszczonej wersji (Witkowski 1992) o 36 twierdzeniach wprowadzono wiele modyfikacji dotyczących sformułowania twierdzeń i instrukcji testu, opisu skal i ich kolejności, nanoszenia wyników na skalę metryczną i kształtu psychogramu.

W wersji oryginalnej całe przeciwstawne twierdzenia występują po obydwu stronach skali ocen, na której badany nanosi swój wybór. Badany mając dwa zdania przeciwstawne musi się ustosunkowywać do całej ich treści. Gdy się miało na uwadze osoby o niższym poziomie funkcjonowania intelektualnego, należało wprowadzić następujące ułatwienie. Całe zdania pozostały tylko po lewej stronie i otrzymały taką redakcję, że wyraz podlegający ocenie znalazł się blisko skali ocen, a po drugiej stronie tej skali znajduje się tylko wyraz przeciwstawny (a nie całe zdanie). W tej sytuacji badany ustosunkowuje się tylko do pojedynczych wyrazów w zdaniu, a nie do całych zdań.

W instrukcji wprowadzono zmianę zmierzającą do dwuetapowości badań. Na pierwszym etapie badany ustala, po której stronie skali ocen opowiada się w danym twierdzeniu, np. „Jestem na ogół niecierpliwy 3210123 cierpliwy” – czy po stronie lewej (niecierpliwy) czy też prawej (cierpliwy). Gdy to już zostanie ustalone, na drugim etapie mamy do czynienia ze skalą tylko trzystopniową. Niekiedy zaś, gdy treść twierdzenia okazuje się zbyt trudna do zrozumienia, badający wyjaśnia ją w sposób bardziej przystępny i po ponownym przeczytaniu twierdzenia przystępuje do etapu pierwszego i następnie drugiego.

Dwubiegunowość twierdzeń prowadzi do dwubiegunowości skal testu, których mamy sześć. Opis treści skal (dla rozumienia uzyskanych wyników) jest dokonany za pomocą przymiotników nawiązujących do treści twierdzeń. Nazwy zaś skal testu w wersji oryginalnej są podwójne w każdej ze skal – dla wyniku najniższego i dla wyniku najwyższego, np. dominacja i submisja. W prezentowanej wersji polskiej zrezygnowano z podwójnego nazewnictwa skal testu, przyjmując, że nazwa skali testu odpowiada jej wysokim wynikom (np. dominacji), a wyniki niskie (poniżej 4 na skali 7-punktowej) oznaczają jej przeciwieństwo (tu submisję). Każda skala zatem ma tylko jedną nazwę, a ba-

dający na podstawie uzyskanego wyniku w danej skali łatwo spostrzeże się, czy ma do czynienia z cechą zgodną z jej nazwą, czy też z jej przeciwieństwem.

W wersji oryginalnej jest ponadto inna kolejność skal i inaczej są rozłożone strony oceny skal testu na skali metrycznej. Obraz tego w wersji oryginalnej na wykresie o kontynuach poziomych jest taki, że np. w skali dominacji im wynik jest wyższy, tym bliżej znajduje się od krańca lewego, co na wykresie pionowym (kontynuach umieszczonych pionowo) oznaczałoby, że im niższy mamy wynik, tym bardziej dominująca jest dana osoba. Przyjęto zatem jedną zasadę – wyniki wysokie wskazują na treść nazwy skali, a wyniki niskie – na jej przeciwieństwo. Do tej zasady dostosowano klucze przeliczeniowe. Wykresy uzyskanych wyników sporządza się na kontynuach pionowych od 1 do 7 przy średniej 4, analogicznie do stosowanej w teście siedmiostopniowej skali ocen dla każdego twierdzenia. Statystyczne zaś operacje na wynikach wykonywane są na danych wyjściowych, czyli na sumach z sześciu twierdzeń dla każdej skali.

A oto nazwy skal oraz ich opis przymiotnikowy: 1. DO – dominacja – niecierpliwy; kierujący, rządzący; umiejący przekonywać; trudny w bliskiej współpracy, nieustępliwy; jest dobry w aktorstwie. 2. OD – otwartość-dostępność – ufny; ujawniający uczucia miłości; dający z siebie wiele; otwiera się z łatwością; jest bliski dla innych; ma silne uczucia miłości. 3. KO – kontrola siebie – umie wykorzystać pieniądze; zależy mu na prawdzie; lubi schłodność, porządek; jest wymagający od siebie; łatwo się na czymś skupia; trudno mu być beztroskim. 4. NP – nastrój podstawowy – niezależność uczuć od warunków zewnętrznych; nie zamartwia się swoimi problemami; gniew rozładowuje, nie tłumii; jest śmiały, nielekliwy; nie jest przygnębiony; rzadko się obwinia. 5. RS – rezonans społeczny – doceniany w pracy; łatwo pozyskujący innych; uchodzący za wartościowego; dbający o swój wygląd; skutecznie dążący do celów; interesujący dla innych. 6. MS – możliwości społeczne – towarzyski; lubiący prześcigać innych; łatwo podtrzymujący kontakty; posiadający bogatą wyobraźnię; oferujący wiele w miłości; osoby płci przeciwnej nie peszą go (jej).

Podstawowe dane o badanych grupach. W badaniach nad obrazem siebie według GT u osób po zawale serca dobrano 60-osobową grupę (w czym 45 mężczyzn i 15 kobiet) w wieku 38-70 lat, po kilku miesiącach od przeżytego zawału serca.

W badaniach nad obrazem siebie według GT u osób z rozpoznanym tętnicznym nadciśnieniem dobrano grupę 30-osobową (po 15 kobiet i mężczyzn)

w wieku 31-70 lat. Granice wieku w obydwu zarysowanych grupach są bardzo zbliżone.

W niższych granicach wieku mieszczą się osoby z „nerwicą serca”. Jest to zaburzenie, którego objawy tylko ujawniają się w układzie krążenia, gdyż jest ono psychochodne. Badaniami objęto 30 osób (18 kobiet i 12 mężczyzn) w wieku 20-37 lat z rozpoznaną „nerwicą serca”.

Dla dokonania orientacyjnych porównań wyników uzyskanych przez osoby z zaburzeniami w układzie krążenia z wynikami opublikowanymi wcześniej, wprowadzono w niniejszym artykule wyniki (wzięte łącznie) pochodzące od osób z lekkim upośledzeniem umysłowym, z dolną normą intelektualną, z zaburzeniami wzroku (osoby niewidome i słabo widzące), z zaburzeniami słuchu (niesłyszące i słabo słyszające). Badana młodzież w liczbie 560 osób, wprowadzona tu jako grupa orientacyjnych odniesień porównawczych, to około połowy dziewczęta i chłopcy w wieku 16-25 lat.

IV. PORÓWNANIE WYNIKÓW UZYSKANYCH PRZY RÓŻNYCH ZABURZENIACH W UKŁADZIE KRĄŻENIA

Zwróćmy najpierw uwagę na wyniki orientacyjnych odniesień porównawczych (grupa O). Jak już zaznaczono, obejmuje ona osoby z niepełnosprawnością intelektualną oraz sensoryczną. W wyróżnionych tam podgrupach płci łatwo zauważyć, że różnice między tymi parami średnich są nieznaczne, pozostające zazwyczaj w dziesiątych lub setnych punktu. Wobec powyższego przy ewentualnych porównaniach uzyskane wyniki można z powodzeniem odnieść do całej grupy – bez względu na płeć badanych. Najwyższy wynik w grupie O uzyskała skala kontroli siebie (KO), a następnymi w kolejności są: rezonans społeczny (RS) i możliwości społeczne (MS). Najniższy wynik mamy w skali dominacji (DO), zaś najbardziej zbliżony do średniej teoretycznej (24) jest wynik skali nastroju podstawowego (NP).

Uzyskane wyniki (średnie) w skalach testu GT wymagają przynajmniej krótkich wyjaśnień. Trudno widzieć siebie jako osobę dominującą w sytuacji ograniczenia własnej samodzielności i uzależnienia od innych. Najwyższy zaś wynik, który wystąpił w KO, może być konsekwencją czuwania osób niepełnosprawnych nad tym, by nie ukazywać swoich braków i tzw. słabych stron.

Ze stwierdzeniem wysokiego wyniku w KO zdaje się jednak kłócić wysoki wynik w RS, czyli w tym elemencie obrazu siebie, który mówi, że osoba niepełnosprawna wyobraża sobie, iż jest dobrze odbierana przez innych. Jeżeli po-

nadto odnotujemy zbieżność wyniku skali RS z wynikiem skali MS, powstanie pytanie, czy wyniki skal RS i MS nie są elementami nieadekwatnego obrazu siebie. Być może, skale te mówią o przejawach niezbyt dojrzałego przystosowania w formie ubarwiania własnej rzeczywistości.

Rozkład liczebności (tu pominięto tabelę) najbardziej jest zbliżony do normalnego w dwóch skalach: nastroju podstawowego (NP) i dominacji (DO). Nie tylko w całej grupie, lecz również w podgrupach wyodrębnionych ze względu na płeć, prawidłowość ta jest wyraźna. W pozostałych skalach, w których wyniki przekraczają średnią teoretyczną, nie mamy ani jednej skali takiej, w której maksymalna liczebność znalazłaby się w najwyższym przedziale wyników, co wskazywałoby na zdecydowaną skośność rozkładu wyników.

Wyniki w skalach GT osób po zawale serca (A),
z tętnicznym nadciśnieniem (B), z tzw. nerwicą serca (C) oraz grupa porównawcza (O)

Sk.	DO		OD		KO		NP		RS		MS	
Gr.	M	σ	M	σ	M	σ	M	σ	M	σ	M	σ
O	22,7	5,5	28,4	6,5	31,4	5,1	24,1	6,1	30,6	6,0	29,7	6,1
A	23,1	4,6	28,8	6,2	31,5	3,5	19,8	6,0	31,2	5,0	28,8	6,3
B	22,2	8,6	30,6	6,9	34,2	5,5	21,0	5,2	31,2	6,7	27,0	6,7
C	22,8	5,3	21,6	6,7	31,2	4,5	13,8	4,3	23,4	6,4	26,4	6,3

Przedstawione wyniki średnie i odchylenia standardowe znajdują się w zamieszczonej wspólnej tabeli, co ułatwia dokonanie porównań. Ustalone zaś poziomy ufności (p.u.) dla istotnych różnic (F) są podane w tekście.

Osoby z zaburzeniami układu krążenia grupy A (po zawale serca) i grupy B (z tętnicznym nadciśnieniem) uzyskały wyniki zbliżone do siebie i do wyników grupy odniesienia porównawczego. Podobieństwo wyników grupy A i B zdaje się być zrozumiałe wobec faktu, że nadciśnienie w swej końcowej fazie prowadzi często do zawałów. Ponadto nie można nie zauważyć, że w tych dwóch grupach zaburzeń układu krążenia najbardziej charakterystyczne są wyniki skali nastroju podstawowego. Są one obniżone i mieszczą się przy dolnej granicy przedziału wyników przeciętnych.

Najmniej zróżnicowane są wyniki w skali dominacji (DO). Okazały się one także najbliższe średniej M. Skala ta zdaje się nie być podatna na rodzaj zaburzeń, co jest zrozumiałe. W skali otwartości-dostępności (OD) zróżnicowanie jest podobnie małe, ale wszystkie wyniki są wysokie, zbliżone do górnej granicy przeciętnych. Prawidłowość ta występuje także w grupie 0 i zdaje się być

charakterystyczna dla osób nie tylko chorych (A i B), lecz również niepełnosprawnych (O). Kontrola siebie (KO) charakteryzuje się zdecydowanie wysokim wynikiem w grupie B – osób z tętnicznym nadciśnieniem – przekraczając wyniki przeciętne (w GT), ale nie różni się w sposób istotny od pozostałych grup. Codzienne kontrolowanie, pomiar ciśnienia nie wydaje się w pełni wyjaśniać tak wysokiego wyniku KO w grupie B. W zależności od nasilenia ciśnienia bardzo wydatnie zmienia się ogólne samopoczucie osoby z nadciśnieniem i tu możemy szukać przynajmniej częściowego wyjaśnienia wyniku skali KO. Na koniec spójrzmy na wyniki w skalach rezonansu społecznego (RS) i możliwości społecznych (MS) w grupie A i B. Są one wysokie, blisko górnej granicy przeciętnych, podobnie zresztą, jak w grupie orientacyjnych odniesień porównawczych. Tu wszystkie wyniki są zbliżone do siebie.

Inaczej przedstawia się profil grupy C – z „nerwicą serca”, a więc grupy z zaburzeniami funkcjonalnymi, psychopochodnymi – gdzie aż trzy skale wyraźnie odbiegają w kierunku minus od wyników grupy O oraz od średniej teoretycznej, która wynosi 24. Idąc od najbardziej obniżonych skal mamy następującą kolejność: nastrój podstawowy (NP), otwartość-dostępność (OD) i rezonans społeczny (RS).

Przypomnijmy treść powyższych trzech skal w opisie przymiotnikowym, pamiętając, że mamy tu do czynienia z przeciwieństwem tej treści: NP – nastrój podstawowy – niezależność uczuć od warunków zewnętrznych; nie zmartwia się swoimi problemami; gniew rozładowuje, nie tłum; jest śmiały, nie-łękliwy; nie jest przygnębiony; rzadko się obwinia. OD – otwartość-dostępność – ufny; ujawniający uczucia miłości; dający z siebie wiele; otwiera się z łatwością; jest bliski dla innych; ma silne uczucia miłości. RS – rezonans społeczny – doceniany w pracy; łatwo pozyskujący innych; uchodzący za wartościowego; dbający o swój wygląd; skutecznie dążący do celów; interesujący dla innych.

Pamiętając o tym, że mamy do czynienia z nerwicą (serca), nie możemy czuć się zaskoczeni treścią uzyskanych przeciwieństw w wymienionych skalach. Na szczególną jednak uwagę zasługuje skala NP, ponieważ wartość liczbowa jej średniej M znajduje się poniżej granicy wyników przeciętnych ($M-\sigma$) i wskazuje na bardzo istotne obniżenie wyniku tej skali (p.u. 0.002 w stosunku do grupy A). Oznacza to, że osoby z „nerwicą serca” widzą siebie jako zdecydowanie depresyjne. Stąd wniosek, że w teście GT najbardziej diagnostyczna dla grupy C jest skala nastroju podstawowego.

Obniżona otwartość-dostępność – wprawdzie w ramach niskich wyników przeciętnych, ale istotnie niższych niż w pozostałych grupach (p.u. 0.01) –

zdaje się być w zgodzie z wynikiem nastroju podstawowego. Podobnie jest z wynikiem skali rezonansu społecznego (p.u. 0.05 w stosunku do pozostałych grup).

Dokonane porównania zwracają uwagę na wyniki najbardziej wyróżniające się, ale załączona tabela pozwala zainteresowanym na dokonanie dalszych analiz.

*

Zaburzenia układu krążenia – zawał serca, tętnicze nadciśnienie – oraz funkcjonalne, psychopochodne zaburzenia ujawniane w układzie krążenia, jako tzw. nerwica serca, zostały przedstawione w świetle badań nad obrazem siebie, przeprowadzonych bardziej prostą polską wersją testu GT.

Na podstawie literatury przedmiotu zarysowano podstawowe informacje zarówno o wybranych zaburzeniach, jak też o obrazie siebie i zastosowanej wersji testu.

Na podstawie uzyskanych wyników stwierdzono, że profil obrazu siebie osób z zaburzeniami funkcjonalnymi, psychopochodnymi, czyli z „nerwicą serca” najbardziej odbiega, w kierunku niskich wyników, od pozostałych grup w następujących skalach: nastroju podstawowego, otwartości-dostępności i rezonansu społecznego. Ponadto skala nastroju podstawowego okazała się najbardziej diagnostyczna także dla osób po zawale serca i z nadciśnieniem tętniczym, co może być wykorzystane w praktyce psychologicznej.

BIBLIOGRAFIA

- Adler A. (1986). *Sens życia*. Warszawa: PWN.
- Aleksandrowicz J. (1988). *Nerwice – psychopatologia i psychoterapia*. Warszawa: PZWL.
- Beckmann D., Bräkler E., Richter H. E. (1983). *Der Gießen Test (GT) – Ein Handbuch für Individual – und Gruppendiagnostik*. Bern–Stuttgart–Vienna: Huber.
- Bilikiewicz T. (1988). Psychozy reaktywne i nerwice. W: T. Bilikiewicz (red.), *Psychiatria kliniczna*. Warszawa: PZWL, t. 2, s. 269-334.
- Borkowska E. (1992). Poziom poczucia beznadziejności a obraz siebie u osób po zawale serca. Lublin (nie publ., Arch.KUL).
- Brouant B. (1992). *Choroby serca i układu krwionośnego*. Warszawa: Wyd. PAN.
- Brzezińska A. (1973). Struktura obrazu własnej osoby i jego wpływ na zachowanie. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 3, 87-97.
- Burrell Z. L., Burrell L. O. (1981). *Postępowanie w stanach zagrożenia życia*. Warszawa: PZWL.
- Fromm E. (1970). *Ucieczka od wolności*. Warszawa: Czytelnik.

- Gasiul H. (1992). *Oblicza „Ja” w świetle wybranych koncepcji psychologicznych – pojęcie, rozwój, patologia*. Bydgoszcz: WU WSP.
- Grymuza A. (1975). Poziom niepokoju a stosunek do choroby zawałowej. *Polski Tygodnik Lekarski*, 16, 677-682.
- Hofman M., Rydlewska-Sadowska W. (1982). *Serce i jego choroby*. Warszawa: PZWL.
- Januszewicz W., Sznajderman M. (1988). Nerwica serca. W: W. Orłowski (red.nacz.), *Nauka o chorobach wewnętrznych*. Warszawa: PZWL, t. 2, s. 415-420.
- Januszewski A. (1989). Dystrakcyjna funkcja potrzeby dominacji w poznawaniu innych ludzi. W: A. Biela, Z. Uchnast, T. Witkowski, *Wykłady z psychologii w KUL w r. ak. 1986/87*. Lublin: RW KUL, s. 83-102.
- Januszewski A. (1992). Test Giessen (GT). Wprowadzenie do polskiej adaptacji. Lublin (nie publ., Pracownia Psychometryczna KUL).
- Łazowski J., Płużek Z. (1982). *Problemy psychosomatyczne w pierwotnym nadciśnieniu tętniczym i chorobie wieńcowej*. Warszawa: PZWL.
- Kozielecki J. (1986). *Psychologiczna teoria samowiedzy*. Warszawa: PWN.
- Majczak A. i in. (1975). Analiza źródeł kształtowania się postaw psychicznych po zawale. *Polski Tygodnik Lekarski*, 6, 255-258.
- Mead G.H. (1975). *Umysł, osobowość, społeczeństwo*. Warszawa: PWN.
- Nawrocka E. (1992). Realny oraz idealny obraz siebie u osób z tak zwaną nerwicą serca. Lublin (nie publ., Arch.KUL).
- Nowacka K. (1993). Obraz siebie a poziom niepokoju u osób z nadciśnieniem tętniczym. Lublin (nie publ., Arch.KUL).
- Ostrowski T. M., Śnieżek-Maciejewska M. (1983). Postawa wobec choroby u osób po przebytym zawale mięśnia serca powikłanym migotaniem komór. *Polski Tygodnik Lekarski*, 4, 925-938.
- Reykowski J. (1970). Obraz własnej osoby jako mechanizm regulujący postępowanie. *Kwartalnik Pedagogiczny*, 3, 46-55.
- Siek S. (1986). *Formowanie osobowości*. Warszawa: ATK.
- Siek S. (1984). *Rozwój potrzeb psychicznych, mechanizmów obronnych i obrazu siebie*. Warszawa: KAW.
- Sullivan H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W.W. Norton and Company.
- Szczeklik A., Szczeklik E. (1981). *Zawał serca*. Warszawa: PZWL.
- Szczeklik E. (1968). Choroby układu krążenia. W: E. Szczeklik (red.), *Choroby wewnętrzne*. Warszawa: PZWL, t. 1, s. 1-123.
- Whitehose F. A. (1972). Choroby układu krążenia. W: J. E. Garrett, E. S. Levine (red.), *Praktyka psychologiczna w rehabilitacji inwalidów*. Warszawa: PZWL, s. 60-89.
- Witkowski T. (1992). *Podręcznik do testu GT*. Lublin: RW KUL.
- Witkowski T. (1996). *Obraz siebie u osób z niepełnosprawnością intelektualną oraz sensoryczną*. Warszawa: MDBO.
- Wójcik T. (1992). Obraz siebie a postawy wobec przyszłości u osób po zawale serca. Lublin (nie publ., Arch.KUL).

SELF-IMAGE OF THE PEOPLE WITH DISORDERS
IN BLOOD CIRCULATION SYSTEM

S u m m a r y

The paper bases on the empirical research in the problem of the people with disorders in blood circulation system.

The used techniques: *The Gissen Test (GT)* by D. Beckmann and H.E. Richter in Polish adaptation by T. Witkowski – to exam 6 dimensions of self-image; and *Individual Chard (KI) for the Disabled* by T. Witkowski – to note most important data.

The groups: of three categories – heart attack (group A) age 38-70, high blood pressure (group B) age 31-70 and also „heart neurosis” (group C) age 20-37, as a group of psycho-derived, functional disorders, revealed in blood circulation system. Additionally there is a group O – intellectual and sensoria disability, as a reference group – 562 young people, boys and girls age 16-25.

Results: The dimensions of the self-image are analogical and proportional in the disability group (O) and also in heart attack (A) and high blood pressure (B). The scores in the dimensions of the self-image are: medium – *dominance* and *basic mood*; high (in the frames of average) – *perspicacity*; significantly high (above standard deviation) *self-control*, *social resonance*, where the scores are medium) and *social possibilities*.

The results are different in group C with functional disorders, where are the significantly lower scores in the dimensions of *basic mood*, *perspicacity* and *social resonance*. The dimension of *basic mood* is the most diagnostic for the examined disorders.