

ŁUSZCZYCA JAKO CZYNNIK RYZYKA DLA ZAKŁÓCEŃ W JA CIELESNYM – MODERUJĄCA ROLA PŁCI

Olga Sakson-Obada¹, Jowita Wycisk¹, Mariola Pawlaczyk²,
Katarzyna Gerke³, Zygmunt Adamski³

¹Institut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu

Institute of Psychology, Adam Mickiewicz University in Poznan

²Katedra Geriatrii i Gerontologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Department of Geriatrics and Gerontology, Poznan University of Medical Sciences

³Katedra i Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Department and Clinic of Dermatology, Poznan University of Medical Sciences

PSORIASIS AS A RISK FACTOR FOR BODY SELF DISTURBANCES – MODERATING EFFECT OF GENDER

Summary. Unpleasant skin sensations (pruritus, pain) and fear of stigmatization are potential risk factors for the disturbances of body experiences and body image in psoriasis patients. We aimed to investigate whether psoriasis patients manifest more body Self disturbances than the control group and to examine if gender moderates the interaction between psoriasis and negative effects for body Self.

The Body Self Questionnaire was administered to psoriasis patients aged 16-70 ($n = 109$) and control group ($n = 104$). Disease severity was measured with PASI. Psoriasis patients as compared with control group, demonstrated more disturbances in regulation of emotions or physiological needs and in body identity, moreover, their satisfaction with body appearance was lower. Merely in women group, psoriasis was proved to be a risk factor for disturbances in perception of stimuli, understanding and coping with emotions and sense of body identity. Disturbances in the body Self were independent from the age of onset and disease severity (PASI).

Key words: psoriasis, body Self, body image, gender differences

Wprowadzenie

Łuszczyca jest przewlekłą, nieuleczalną chorobą, z którą boryka się około 2% ogółu populacji. Charakteryzuje się okresami zaostrzeń i remisji, a często zmiany skórne nigdy nie ustępują (Vardy i in., 2002). Oznacza to, że pacjenci dotknięci chorobą doświadczają chronicznego dyskomfortu, który ma dwa jakościowo różne źródła.

Adres do korespondencji: Olga Sakson-Obada, e-mail, osakson@amu.edu.pl

Pierwszym i podstawowym są przykre doznania fizyczne. Wykwitom skórnym najczęściej towarzyszy świąd, rzadziej ból, co może ograniczać aktywność ruchową (Kaniłowska, Michalak, Pawlaczyk, 2008; Balato i in., 2015) i utrudniać odbiór innych bodźców, emocji czy potrzeb cielesnych. W przeciwieństwie do osób zdrowych, niekoncentrujących uwagi na procesach zachodzących w ciele (poza przejściowymi okresami niedyspozycji), chorzy na łuszczycę twierdzą, że w trakcie zaostrzenia nieprzyjemne doznania są nieustająco obecne w polu ich świadomości, a świąd jest nie tylko doświadczeniem fizycznym, ale i emocjonalnym, powodującym rozdrażnienie, irytację i zmęczenie. Świąd jest objawem wyjątkowo przykrym i dokuczliwym, przez niektórych autorów porównywanym do bólu (Zhang i in., 2012).

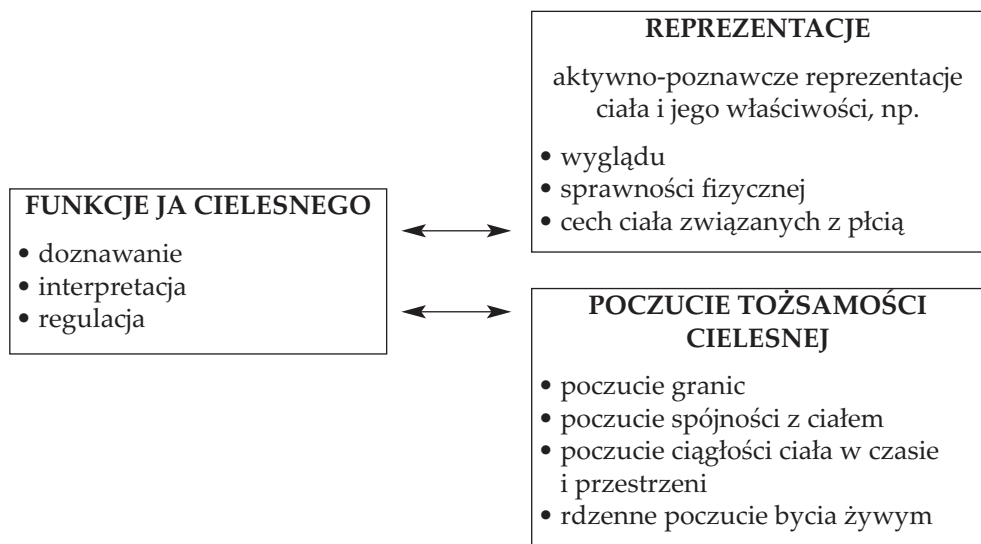
Drugim istotnym źródłem dyskomfortu jest antycypacja negatywnej oceny własnego wyglądu przez innych. Chorzy przeżywają wstyd w sytuacjach związanych z ekspozycją ciała, takich jak prozaiczny uścisk dłoni, noszenie krótkich rękawów czy uprawianie sportów (Khoury, Danielsen, Skiveren, 2014). Pacjenci podejmują wiele strategii służących ukrywaniu ciała oraz unikaniu jego ekspozycji. Według Gupty i Gupty (1995) chroniczny stres o niezbyt wysokim natężeniu, wynikający z braku akceptacji własnego ciała oraz społecznego odrzucenia, wywiera większy wpływ na przebieg łuszczycy niż pojedyncze zdarzenie stresowe o dużej sile. Uznaje się, że utrzymujący się stan napięcia, będący efektem zmagania się z łuszczycą, jest istotnym czynnikiem ryzyka zaburzeń, wśród których wymienia się depresję (Akay i in., 2002; Wojtyna i in., 2017), myśli samobójcze (Picardi, Lega, Tarolla, 2013), alkoholizm (Morse, Perry, Hurt, 1985) i trudności w kontaktach intymnych (Molina-Leyva i in., 2014).

W świetle przedstawionych doniesień można sądzić, że łuszczycą jest czynnikiem ryzyka dla zaburzeń w obszarze obrazu i sposobu doświadczenia własnego ciała. Jak dotąd przeprowadzono tylko jedno badanie (jakościowe) próbujące zweryfikować tę hipotezę. Khoury, Danielsen i Skiveren (2014), badając ośmiu chorych, wyodrębnili w ich wypowiedziach następujące tematy będące przejawem zakłóceń w obrazie ciała: zahamowanie seksualne, zakrywanie ciała, zmniejszoną aktywność ruchową i negatywny obraz siebie. Wyniki te należy jednak traktować z ostrożnością z powodu niewielkiej liczebności grupy badanej. Jak dotąd w próbach eksploracji Ja cielesnego w chorobach dermatologicznych wybór badanych aspektów był arbitralny (por. Stumpf i in., 2013) lub zawężony do satysfakcji z własnego wyglądu (Bowe i in., 2011; Wojtyna i in., 2017). Taki stan rzeczy jest konsekwencją braku spójnych modeli teoretycznych opisujących związki między poszczególnymi aspektami doświadczenia, spostrzegania i stosunku emocjonalnego do własnego ciała.

W niniejszym badaniu podjęto decyzję o zastosowaniu modelu Ja cielesnego autorstwa Sakson-Obada (2009) oraz Miruckiej i Sakson-Obada (2013), który stanowi próbę całościowego ujęcia problematyki doświadczenia i oceny własnego ciała. W proponowanym ujęciu Ja cielesne składa się z trzech wymiarów, do których zalicza się: (1) funkcje; (2) reprezentacje i (3) poczucie tożsamości cielesnej. Funkcje Ja cielesnego obejmują (a) percepcję doznań, (b) ich interpretację w kategoriach emocji

i potrzeb cielesnych oraz (c) ich regulację. Drugim aspektem Ja cielesnego są reprezentacje, konkretnie zaś: (a) satysfakcja z własnego wyglądu i (b) sprawności fizycznej oraz (c) akceptacja płci biologicznej. W opisywanym modelu przyjęto, że płynne przetwarzanie doznań i emocji powinno znaleźć odzwierciedlenie w adekwatnym poczuciu tożsamości cielesnej, która odnosi się do podstawowego poczucia, że jest się żywym, poczucia granic ciała oraz jego ciągłości w czasie i przestrzeni, a także poczucia spójności ze swoim ciałem. Relacje między trzema aspektami Ja cielesnego prezentuje rycina 1. Przedstawiony model Ja cielesnego został pozytywnie zweryfikowany w badaniach prowadzonych zarówno w grupach klinicznych (osoby okaleczające się, z zaburzeniami jedzenia, ofiary traumy), jak i w populacji ogólnej (Włodarczyk, Dolińska-Zygmunt, 2012; Sakson-Obada, Wycisk, 2015).

Ja cielesne rozwija się przy znaczącym udziale opiekunów, rówieśników oraz dyskursu kulturowego, w którym wygląd jest jedną z centralnych kategorii definiujących tożsamość. Choroba, szczególnie ta związana z długotrwałym dyskomfortem fizycznym i zmianami w wyglądzie, może stanowić istotny czynnik dla powstania zakłóceń w Ja cielesnym (Vamos, 1993; White, 2000). Taka optyka leży u podstaw hipotez o związkach między łuszczycą a dezadaptacyjnymi cechami Ja cielesnego, szczegółowo opisanych dalej.



Rycina 1. Autorski model Ja cielesnego

Źródło: opracowanie na podstawie: Sakson-Obada, 2009; Sakson-Obada, Wycisk, 2015.

Odrębnym czynnikiem, który postanowiono uwzględnić w prowadzonym badaniu, jest płeć. Włączenie płci jako ważnego czynnika różnicującego charakter związków między doświadczeniem łuszczycy a niekorzystnymi zmianami w Ja cie-

lesnym miało dwojakie uzasadnienie. Po pierwsze, jakkolwiek kobiety i mężczyźni zapadają na łuszczycę z równą częstotliwością (Michalak, Kaszuba, 2012), to istnieją dane wskazujące na gorsze przystosowanie do choroby kobiet niż mężczyzn. I tak, kobiety niżej oceniają jakość życia związaną z chorobą (Sampogna i in., 2006; Kaniowska, Michalak, Pawlaczyk, 2008), przejawiają więcej symptomów depresyjnych (Wojtyna i in., 2017), jako wyższy oceniają także poziom stresu związanego z chorobą, niezależnie od nasilenia objawów (Finzi i in., 2007). Szczegółowe badania sugerują również, że mężczyźni i kobiety różnią się strategiami radzenia sobie z łuszczycą (Finzi i in., 2007). Doniesienia te wpisują się w szerszy nurt badań wskazujących na różnice między płciami w zakresie zachowań prozdrowotnych i radzenia sobie z chorobą (Greaves, 2012). Po drugie, istnieje wiele fragmentarycznych doniesień wskazujących na różnice między funkcjonowaniem kobiet i mężczyzn w obszarze Ja cielesnego, przy czym największa liczba badań skupia się na obrazie ciała. Metaanalizy prowadzone w tym obszarze potwierdzają, że kobiety są bardziej niezadowolone ze swojej aparycji w porównaniu z mężczyznami, a tendencja ta w drugiej połowie XX wieku wyraźnie się nasiliła (Feingold, Mazzella, 1998; Brytek-Matera, 2008). Ponadto kobiety już od dzieciństwa rzadziej niż mężczyźni angażują się w aktywność fizyczną, a różnice te nasilają się w okresie adolescencji (Thomas, Thomas, 1988), co każe zastanawiać się, na ile ich sprawność jest dla nich satysfakcjonująca. Co więcej, doniesienia kliniczne dotyczące akceptacji cech ciała związanych z płcią wskazują na większy samokrytycyzm i brak satysfakcji u kobiet (Cross, 1993). Różnice te traktowane są jako jeden z czynników etiologii zaburzeń występujących z większą częstotliwością u kobiet, takich jak zaburzenia odżywiania czy samookaleczenia, w których celem autodestrukcyjnych zachowań staje się własne ciało (Cross, 1993; Wycisk, 2002; Izidorczyk, 2011; Mirucka, 2013; Kubiak, Sakson-Obada, 2016). W świetle tych doniesień nie zaskakują wyniki badań chorych na łuszczycę, wśród których kobiety traktują wygląd jako ważniejszy element samookreślenia i poczucia własnej wartości niż mężczyźni (Wojtyna i in., 2017).

Różnice między płciami rzadziej stanowiły przedmiot eksploracji, jeśli chodzi o regulacyjne i tożsamościowe aspekty Ja cielesnego. Metaanalizy dotyczące aleksytymii wykazują większe jej natężenie u mężczyzn, co sugeruje, że kobiety mają lepszą orientację w swoich emocjach i doznaniach fizycznych oraz lepiej rozwiniętą zdolność regulacji tych stanów (Levant i in., 2009). Z drugiej strony mężczyźni lepiej rozpoznają pobudzenia o charakterze agresywnym i seksualnym (Brody, Hall, 2005), zaś w badaniach prowadzonych wśród młodych dorosłych na podstawie przedstawionej wyżej koncepcji Ja cielesnego (Sakson-Obada, 2009) kobiety konsekwentnie ujawniały więcej zakłóceń w obrębie regulacyjnych i tożsamościowych aspektów w porównaniu z mężczyznami. Dotychczasowe badania nie przyniosły więc jednoznacznych rozstrzygnięć w tej kwestii, choć zmienna płci wyraźnie nie jest obojętna dla sposobu doświadczania ciała.

Podsumowując: skoro łuszczycy może pociągać za sobą zakłócenia w obrębie Ja cielesnego, o którym są podstawy by sądzić, że odgrywa inną rolę u mężczyzn

i kobiet, to uzasadniona wydaje się teza, że konsekwencje objawów łuszczycy dla Ja cielesnego mogą się różnić w zależności od płci.

Na podstawie zaprezentowanych wyżej rozważań teoretycznych i doniesień empirycznych sformułowano następujące hipotezy dotyczące funkcjonalnych, treściowych i tożsamościowych aspektów Ja cielesnego u chorych na łuszczycę:

1. Oczekiwano, że osoby chore na łuszczycę będą doświadczały więcej zakłóceń w obrębie funkcjonalnych aspektów Ja cielesnego niż osoby z grupy kontrolnej.
2. Zakłócenia w poczuciu tożsamości cielesnej są fenomenologicznym wyrazem zakłóceń w obrębie percepcji doznań, ich interpretacji i regulacji; w związku z tym spodziewano się, że osoby chore na łuszczycę również i w tym aspekcie będą przejawiały więcej zakłóceń w porównaniu z grupą kontrolną.
3. Oczekiwano, że osoby chore na łuszczycę będą przejawiały więcej zakłóceń w zakresie treściowych aspektów Ja cielesnego w porównaniu z grupą kontrolną. Osoby te ze względu na zmiany skórne mogą negatywnie oceniać swój wygląd, a ich poziom satysfakcji z aktywności fizycznej może być niższy niż u osób zdrowych. Jeżeli chodzi o poziom akceptacji płci biologicznej, to nie ma jednoznacznych przesłanek pozwalających sformułować hipotezę kierunkową. Z jednej strony można sądzić, że aktywność seksualna może być ograniczona ze względu na przykre doznania, co przemawiałoby za mniejszą akceptacją tej sfery życia. Z drugiej strony jednak akceptacja przynależności do płci jest na tyle fundamentalnym elementem ludzkiej tożsamości, że wydaje się mało prawdopodobne, aby uległ on zmianie pod wpływem choroby.
4. Ponadto przyjęto hipotezę dotyczącą moderującego wpływu płci na związek między łuszczycą a zakłóceniami w obrębie wszystkich aspektów Ja cielesnego z wyłączeniem akceptacji płci biologicznej. Spodziewano się, że znaczenie łuszczycy dla Ja cielesnego będzie silniejsze u kobiet. Oczekiwano również, że w grupie kobiet łuszczycy będzie silniejszym czynnikiem ryzyka zakłóceń w obrębie Ja cielesnego niż w grupie mężczyzn.
5. Przewidywano także, że im wcześniej osoba zaczęła chorować, tym więcej zakłóceń będzie przejawiać w Ja cielesnym. Nie spodziewano się natomiast związku okresowego zaostrzenia choroby (PASI) z funkcjonalnymi i tożsamościowymi aspektami Ja cielesnego, jakkolwiek przewidywano, że mogą one pociągać za sobą obniżenie satysfakcji z wyglądu i sprawności fizycznej.

Metoda

Osoby badane

W badaniu wzięło udział 213 osób. Grupa badana objęła 109 pacjentów ze zdiagnozowaną łuszczycą leczonych na oddziale dermatologii w lokalnym szpitalu uniwersyteckim i w poradni przyszpitalnej. W grupie kontrolnej znalazły się 104 osoby niecierpiące na łuszczycę lub inne choroby skóry, przy czym zastosowano dobór

celowy z uwzględnieniem płci i wieku. Szczegółowe dane demograficzne przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Demograficzne i medyczne charakterystyki osób badanych

Zmienna	Chorzy na łuszczycę (<i>n</i> = 109)	Grupa kontrolna (<i>n</i> = 104)
Wiek <i>M</i> (<i>SD</i>)	46,43 (13,8)	45,44 (14,38)
Płeć		
mężczyzna	54 (49,5%)	57 (54,8%)
kobieta	55 (50%)	47 (45,2%)
Sytuacja osobista (<i>n</i> , %)		
samotna/y	27 (25%)	21 (20,2%)
w związku	82 (75%)	83 (79,8%)
Wykształcenie*		
podstawowe	3 (2,7%)	4 (3,8%)
zawodowe	12 (11%)	5 (4,8%)
średnie	43 (39,4%)	26 (25%)
niepełne wyższe	12 (11%)	8 (7,7%)
wyższe	39 (35,8%)	60 (57,7%)
Miejsce zamieszkania		
wieś	22 (20,2%)	10 (9,6%)
miasto do 50 tys.	29 (26,6%)	17 (16,3%)
miasto powyżej 50 tys.	58 (53,2%)	77 (74%)
Charakterystyki medyczne	<i>M</i> (<i>SD</i>)	
Wiek rozpoczęcia choroby	26,65 (11,99)	
Indeks PASI	11,09 (4,59)	

* Jedna osoba nie podała swojego wykształcenia.

Źródło: opracowanie własne.

Zastosowane narzędzia i procedura badania

W badaniu zastosowano Kwestionariusz Ja Cieleśnego (Sakson-Obada, 2009; Sakson-Obada, Wycisk, 2015). Kwestionariusz ten składa się z 78 twierdzeń w wersji dla kobiet i 81 w wersji dla mężczyzn oraz służy do oszacowania: zakłóceń w funkcjach Ja cielesnego (doznawanie, interpretacja, regulacja), poczucia tożsamości fizycznej oraz trzech aspektów treściowych (akceptacja wyglądu, akceptacja płci biologicznej, ocena sprawności fizycznej). Odpowiedzi zaznaczano na 5-stopniowej skali Likerta (1 = *całkowicie się nie zgadzam*, 5 = *zdecydowanie się zgadzam*). Podstawowa

funkcja Ja cielesnego, jaką jest doznawanie bodźców, była mierzona za pomocą dwóch podskal. Pierwsza (10 pytań; α -Cronbacha = 0,74) mierzy symptomy obniżonych progów doznań, druga zaś (7 pytań; α -Cronbacha = 0,75) bada podwyższenie progów doznań. Zdolność do interpretacji stanów cielesnych jest mierzona przy użyciu skali składającej się z 13 pytań (α -Cronbacha = 0,75), zaś umiejętność regulacji za pomocą skali obejmującej 20 pytań (α -Cronbacha = 0,76). Poczucie tożsamości fizycznej było oszacowane przy użyciu 10-itemowej skali (α -Cronbacha = 0,84). Aspekty treściowe Ja cielesnego były badane przy użyciu skal o następujących nazwach: akceptacja wyglądu (8 itemów; α -Cronbacha = 0,90), zadowolenie ze sprawności fizycznej (5 pytań w wersji dla kobiet; α -Cronbacha = 0,87; 6 – w wersji dla mężczyzn; α -Cronbacha = 0,85) i akceptacja płci biologicznej (5 pytań w wersji dla kobiet; α -Cronbacha = 0,75; 7 pytań w wersji dla mężczyzn; α -Cronbacha = 0,78). Im wyższe wyniki w każdej skali, tym wyższy poziom zakłóceń.

Chorzy na łuszczycę zostali także poddani ocenie stopnia nasilenia zmian skórnych przez doświadczonego lekarza dermatologa na podstawie indeksu PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) (Schmitt, Wozel, 2005). Ocena rumienia, nacieku i grubości łuski zawiera się w przedziale od 1 do 4 punktów, zajętej powierzchni od 1 do 6 punktów i jest wykonywana osobno dla każdego z czterech obszarów ciała. Im więcej punktów, tym większe nasilenie choroby. Badania uzyskały pozytywną opinię lokalnej komisji etycznej.

Analiza statystyczna obejmowała statystyki opisowe, testy istotności różnic między grupami oraz dwuczynnikową analizę wariancji i została wykonana przy użyciu pakietu SPSS Statistics dla Windows (wersja 2.3).

Wyniki badań

Aby zweryfikować hipotezy na temat różnic w Ja cielesnym między grupą chorujących na łuszczycę i kontrolną, zastosowano test istotności różnic (tabela 2). Okazało się, że badane grupy różniły się w sposób istotny tylko trzema aspektami Ja cielesnego: regulacją emocji i potrzeb fizycznych, poczuciem tożsamości cielesnej oraz poziomem akceptacji wyglądu. Osoby chore na łuszczycę wykazywały większą liczbę zakłóceń w tych obszarach niż osoby zdrowe.

W celu zweryfikowania hipotezy dotyczącej moderacji związku między zachorowalnością na łuszczycę a zakłóceniami w Ja cielesnym przez czynnik płci zastosowano dwuczynnikową analizę wariancji. Zmienną niezależną była zatem przynależność do grupy osób zdrowych lub chorych. Po stronie zmiennych zależnych znalazły się opisane wcześniej aspekty treściowe (satysfakcja z wyglądu, sprawności fizycznej oraz akceptacja płci biologicznej), poczucie tożsamości cielesnej oraz zagregowana zmienna: siła funkcji Ja cielesnego. Decyzja o zagregowaniu zmiennych odnoszących się do funkcji Ja cielesnego opierała się na dwóch przesłankach: po pierwsze, zmienne te cechowały wysokie wskaźniki interkorelacji (od $r = 0,471$ do $r = 0,763$, $p < 0,001$); po drugie, analiza moderacji dla każdej z tych zmiennych konsekwentnie dawała ten

sam rezultat. Płeć osób badanych potraktowano jako moderator. Kontrolowano także wpływ wieku, ponieważ zmienna ta pozytywnie korelowała z zakłóceniami w obrębie funkcji Ja cielesnego ($r = 0,216, p = 0,002$), poczuciem tożsamości cielesnej ($r = 0,228, p = 0,001$) oraz satysfakcji ze sprawności fizycznej ($r = 0,318, p = 0,001$).

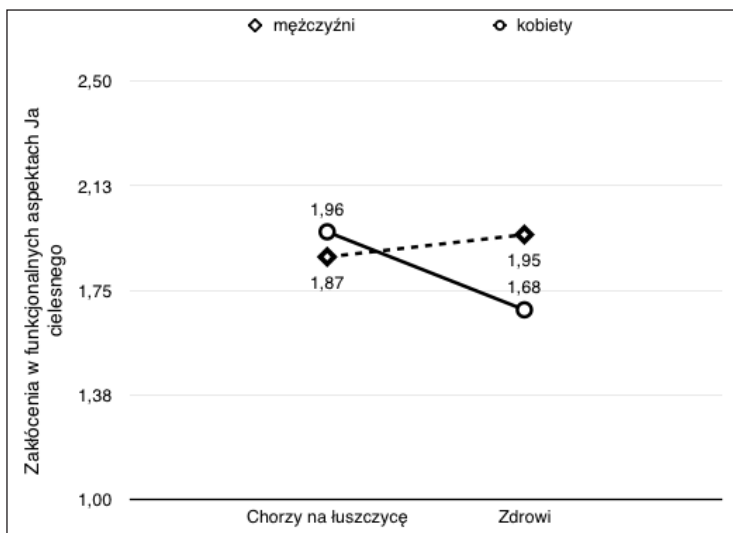
Tabela 2. Wyniki testu istotności różnic w poszczególnych aspektach Ja cielesnego między grupą osób chorych na łuszczycę i grupą kontrolną

Zmienna	Grupa	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>t</i>	<i>df</i>
Podwyższony próg doznań	badana	1,44	0,46	0,93	211
	kontrolna	1,38	0,44		
Obniżony próg doznań	badana	1,72	0,63	1,63	211
	kontrolna	1,59	0,54		
Interpretacja emocji i potrzeb fizycznych	badana	2,05	0,66	-0,05	211
	kontrolna	2,05	0,58		
Regulacja emocji i potrzeb fizycznych	badana	2,46	0,61	2,52*	211
	kontrolna	2,27	0,51		
Poczucie tożsamości cielesnej	badana	1,66	0,65	2,08*	211
	kontrolna	1,49	0,51		
Akceptacja wyglądu	badana	2,37	0,86	3,85**	194,3
	kontrolna	1,98	0,60		
Ocena sprawności fizycznej	badana	2,44	0,82	0,58	211
	kontrolna	2,38	0,76		
Akceptacja płci biologicznej	badana	1,29	0,44	1,16	211
	kontrolna	1,24	0,36		

$n_{\text{badana}} = 109, n_{\text{kontrolna}} = 104; ** p < 0,001; * p < 0,05$

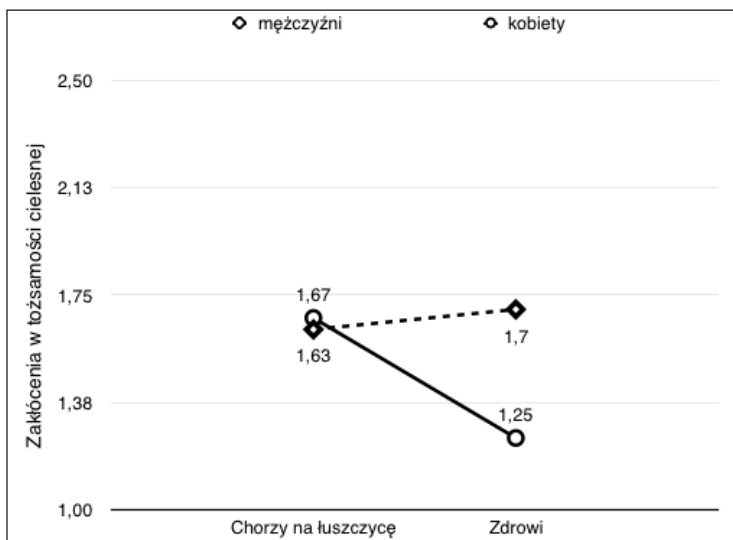
Źródło: opracowanie własne.

Przeprowadzona analiza wariancji (wykres 1) wykazała, że ani płeć ($F(1, 208) = 2,10, p = 0,149$), ani przynależność do grupy ($F(1, 208), F = 2,64, p = 0,106$) rozpatrywane niezależnie od siebie nie różnicują istotnie poziomu zakłóceń w funkcjach Ja cielesnego. Różnice między osobami chorymi na łuszczycę i zdrowymi ujawniają się natomiast przy uwzględnieniu płci – istnieje istotny statystycznie, choć słaby efekt interakcji ($F(1, 208) = 9,0, p = 0,003, \eta^2 = 0,041$). Wskazuje on na zgodne z hipotezą różnice między kobietami chorymi na łuszczycę i zdrowymi ($p = 0,002$). Ponadto zaobserwowano, że mężczyźni z grupy kontrolnej wykazywali więcej zakłóceń w funkcjach Ja cielesnego w porównaniu ze zdrowymi kobietami ($p = 0,002$).



Wykres 1. Zakłócenia w funkcjonalnych aspektach Ja cielesnego u osób chorych na łuszczycę i zdrowych z uwzględnieniem płci. Wyniki dwuczynnikowej analizy wariancji

Źródło: opracowanie własne.

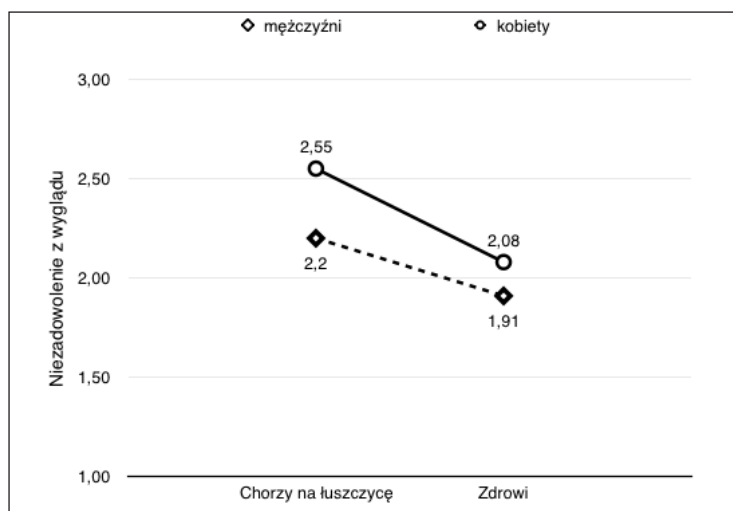


Wykres 2. Zakłócenia w tożsamości cielesnej u osób chorych na łuszczycę i zdrowych z uwzględnieniem płci. Wyniki dwuczynnikowej analizy wariancji

Źródło: opracowanie własne.

Przynależność do grupy oraz płeć okazały się istotnymi czynnikami dla poziomu zakłóceń w poczuciu tożsamości cielesnej ($F_{grupa}(1, 208) = 5,507, p = 0,02, \eta^2 = 0,026$; $F_{płeć}(1, 208) = 7,02, p = 0,009, \eta^2 = 0,033$) (por. wykres 2). Ponadto zaobserwowano efekt interakcji między zmiennymi płeć i przynależność do grupy chorych lub zdrowych ($F(1, 208) = 10,02, p = 0,002, \eta^2 = 0,046$). Szczegółowa analiza wykazała istotne i zgodne z hipotezą różnice między kobietami chorymi na łuszczycę i zdrowymi ($p < 0,001$), a także między mężczyznami i kobietami z grupy kontrolnej ($p < 0,001$). Podobnie jak w przypadku funkcji Ja cielesnego kobiety zdrowe wykazywały mniejszą liczbę zakłóceń niż zdrowi mężczyźni.

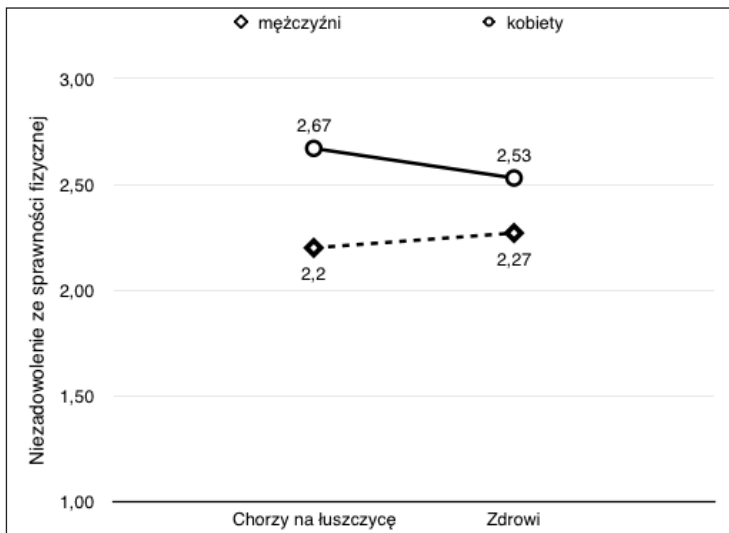
Podobnie obie analizowane zmienne (przynależność do grupy, płeć) okazały się istotnymi czynnikami dla poziomu zadowolenia z wyglądu ($F_{grupa}(1, 208) = 13,878, p < 0,001, \eta^2 = 0,063$; $F_{płeć} = 6,277, p = 0,013, \eta^2 = 0,029$). W tym przypadku jednak nie zaobserwowano efektu interakcji między zmiennymi ($F(1, 208) = 0,875, p = 0,351$). Innymi słowy, zarówno kobiety, jak i mężczyźni chorzy na łuszczycę są mniej zadowoleni z własnego wyglądu niż osoby zdrowe (por. wykres 3).



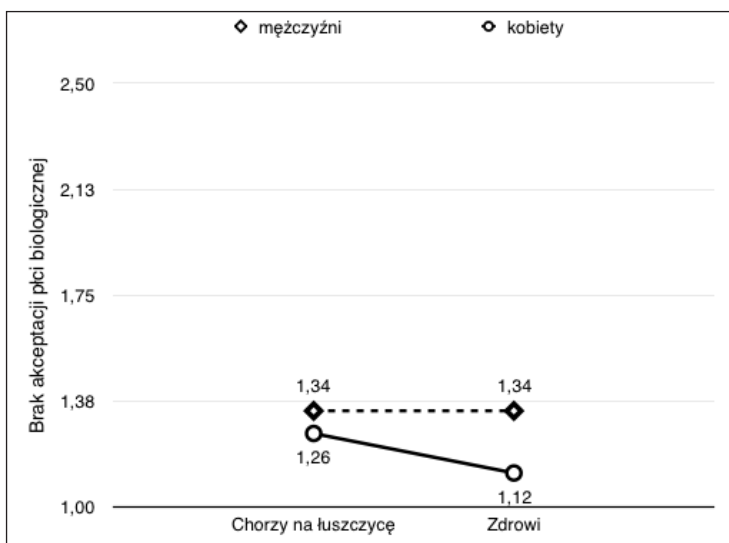
Wykres 3. Niezadowolenie z wyglądu u osób chorych na łuszczycę i zdrowych z uwzględnieniem płci. Wyniki dwuczynnikowej analizy wariancji

Źródło: opracowanie własne.

Przynależność do grupy nie różnicowała poziomu zadowolenia ze sprawności fizycznej ($F(1, 208) = 0,096, p = 0,758$), w przeciwieństwie do płci ($F_{grupa}(1, 208) = 12,807, p < 0,001, \eta^2 = 0,058$). Nie stwierdzono efektu interakcji między płcią i przynależnością do grupy chorych lub zdrowych ($F(1, 208) = 1,102, p = 0,295$), choć – jak wskazuje wykres 4 – kobiety cechował wyższy poziom niezadowolenia w porównaniu z mężczyznami. Szczegółowe analizy wykazały jednak, że różnica ta jest istotna statystycznie wyłącznie w przypadku kobiet i mężczyzn chorych na łuszczycę ($p = 0,001$).



Wykres 4. Niezadowolenie ze sprawności fizycznej u osób chorych na łuszczycę i zdrowych z uwzględnieniem płci. Wyniki dwuczynnikowej analizy wariancji
 Źródło: opracowanie własne.



Wykres 5. Brak akceptacji płci biologicznej u osób chorych na łuszczycę i zdrowych z uwzględnieniem płci. Wyniki dwuczynnikowej analizy wariancji
 Źródło: opracowanie własne.

Ostatnią z analizowanych zmiennych była akceptacja płci biologicznej (por. wykres 5). Przynależność do grupy, a także interakcja tej zmiennej z płcią nie były istotnymi czynnikami dla zmiennej zależnej ($F_{grupa}(1, 208) = 1,839, p = 0,177$; $F_{interakcja}(1, 208) = 1,628, p = 0,203$). Okazało się natomiast, że kobiety i mężczyźni istotnie różnią się poziomem akceptacji płci biologicznej ($F(1, 208) = 8,019, p = 0,005, \eta^2 = 0,037$), przy czym różnica ta dotyczyła wyłącznie grupy kontrolnej, w której mężczyźni deklaruwali niższy poziom akceptacji cech własnego ciała związanych z płcią w porównaniu z kobietami ($p = 0,005$).

Na zakończenie sprawdzono, czy wskaźnik stanu dermatologicznego (PASI) oraz wiek zachorowania są związane z zakłóceniami w Ja cielesnym. Przeprowadzone analizy wykazały, że wymienione zmienne nie mają znaczenia dla żadnego z badanych aspektów Ja cielesnego.

Dyskusja

W przeprowadzonym badaniu przy całościowym porównaniu grup osób chorych na łuszczycę i zdrowych (bez uwzględnienia czynnika płci) stwierdzono, że osoby chorujące przejawiają więcej zakłóceń w zakresie poczucia tożsamości cielesnej oraz regulacji emocji i potrzeb fizycznych. Innymi słowy, łuszczycyca może działać jako czynnik zakłócający trafne rozpoznawanie przyczyn własnych stanów afektywnych oraz takich potrzeb, jak głód czy podniecenie seksualne, a także adaptacyjne radzenie sobie z nimi. Ponadto podwyższone wskaźniki dezadaptacyjności poczucia tożsamości fizycznej u osób chorych sugerują, że doświadczają oni obcości wobec własnego ciała lub jego części (prawdopodobnie tych dotkniętych chorobą). Możliwe, że przykre doznania świadku dodatkowo utrudniają im podtrzymanie identyfikacji z ciałem. Uzyskane wyniki są zgodne z rezultatami badań prowadzonych przez innych autorów, w których pacjenci z łuszczycą charakteryzowali się większym nasileniem aleksytymii niż osoby zdrowe (Masmoudi i in. 2009; Korkoliakou i in., 2014). Co prawda aleksytymia nie odnosi się wprost do zakłóceń w poczuciu tożsamości cielesnej, jednak wydaje się teoretycznie uzasadnione wskazanie związku między zagubieniem w świecie własnych doznań i emocji a poczuciem obcości własnego ciała, zwłaszcza gdy jest ono źródłem przykrych przeżyć.

Kolejnym aspektem różnicującym grupę badaną i kontrolną była akceptacja własnego wyglądu. Wynik ten pozostaje spójny z wieloma doniesieniami, w których wykazano, iż łuszczycyca była istotnym czynnikiem ryzyka dla poczucia niskiej atrakcyjności fizycznej i braku akceptacji własnego ciała (por. Bove i in., 2011; Stumpf i in., 2013; Houry, Danielsen, Skiveren, 2014; Wojtyna i in., 2017).

Zaskakujący okazał się brak różnic między grupami, jeśli chodzi o zmiany w percepcji oraz interpretacji doznań i emocji, a także satysfakcji z własnej sprawności fizycznej. Uwzględnienie czynnika płci rzuca jednak nowe światło na uzyskane wyniki. I tak, okazało się, że przewidywane w hipotezach różnice w zakresie wszystkich funkcji (w tym wyżej wymienionych) i poczucia tożsamości wystąpiły

wyłącznie u kobiet. Jednocześnie w grupie kontrolnej to mężczyźni przejawiali więcej zakłóceń w tych obszarach w porównaniu z kobietami. A zatem uzyskane wyniki prowadzą do wniosku, że mężczyźni wyjściowo mają słabszą niż kobiety orientację we własnych doświadczeniach cielesnych i choroba, jaką jest łuszczyca, nie pogarsza ich funkcjonowania w tym obszarze. Grupa kontrolna dostarcza nam informacji o funkcjonowaniu osób nieobarczonych chorobą. Skoro więc wśród nich kobiety cechują się większą adaptacyjnością funkcjonalnego i tożsamościowego wymiaru Ja cielesnego niż mężczyźni, to można przyjąć, że łuszczyca właśnie u nich oddziałuje niekorzystnie na wspomniane aspekty. Opisany proces nie zachodzi u mężczyzn. Wynik ten można interpretować, odwołując się do różnic w socjalizacji dziewcząt i chłopców w zakresie sposobu odnoszenia się do własnego ciała i zachodzących w nim procesów, takich jak percepcja doznań fizycznych, emocji i potrzeb. Kultura zachodnia oraz związana z nią rodzima obyczajowość i role płciowe utożsamiają kobiecość z cielesnością i emocjonalnością, męskość zaś – z myśleniem racjonalnym, zdystansowanym do uczuć (Bordo, 1993; Bem, 2000). Dziewczyny w ramach socjalizacji do kobiecej roli płciowej zachęcane są do koncentracji na doznaniach zmysłowych i emocjach, których wyrażanie wiąże się z większym przyzwoleniem społecznym niż w przypadku chłopców (Kaschack, 1996; Brody, Hall, 2005). U tych ostatnich przejawianie emocji innych niż złość często wiąże się z dezaprobatą, a koncentracja na własnym ciele spostrzegana bywa jako wyraz słabości, który nie wpisuje się w wizerunek odważnego i odpornego na ból mężczyzny. W wieku szkolnym chłopcy stosują strategię radzenia sobie ze stresem oparte na aktywności fizycznej, dziewczęta zaś częściej odwołują się do strategii skoncentrowanych na emocjach i angażujących funkcje werbalne, co umożliwi im szukanie wsparcia u bliskich i poddawanie refleksji własnych doznań (Brenner, Salovey, 1999). Można więc sądzić, że wskutek różnic socjalizacyjnych mężczyźni mają słabszy wgląd we własne doznania cielesne, emocje i potrzeby oraz mniejszą zdolność świadomej regulacji tych stanów.

Nie udało się potwierdzić zakładanego efektu interakcji między płcią i zachowalnością na łuszczycę a treściowymi aspektami Ja cielesnego. Jeśli chodzi o akceptację wyglądu, osoby chore, bez względu na płeć, uzyskują niższe wyniki niż osoby zdrowe. A zatem – wbrew przewidywaniom – łuszczyca jest czynnikiem ryzyka niezadowolenia z ciała u obu płci. Można więc sądzić, że założenie o mniejszej randze wyglądu dla mężczyzn w przypadku występowania zmian skórnych jest bezpodstawne. Na marginesie warto dodać, że kobiety niezależnie od przynależności do grupy deklarowały mniejsze zadowolenie z własnego wyglądu w porównaniu z mężczyznami. Wynik ten jest zgodny z innymi doniesieniami z badań (Feingold, Mazzella, 1998; Brytek-Matera, 2008; Sakson-Obada, 2009).

Jeśli chodzi o dwa pozostałe treściowe aspekty Ja cielesnego, uwzględnienie czynnika płci nie zmieniło uzyskanych wcześniej wyników. Innymi słowy, zarówno w przypadku oceny własnej sprawności fizycznej, jak i poziomu akceptacji płci biologicznej osoby chore na łuszczycę nie różnią się od grupy kontrolnej, a potraktowanie płci jako moderatora nie spowodowało zmiany obrazu zależności między

zmiennymi. W odniesieniu do oceny sprawności fizycznej przedstawiona wcześniej hipoteza opierała się na założeniu o powstrzymywaniu się od aktywności sportowej u osób chorych na łuszczycę, co miało znaleźć odzwierciedlenie w niskim jej oszacowaniu. Hipoteza ta była podparta wynikami badań mówiącymi o zaprzestaniu aktywności fizycznej po zachorowaniu na łuszczycę (Balato i in., 2015). Nie można jednak wykluczyć, że osoby chore, dla których aktywność ruchowa jest ważna, decydują się na takie formy pracy nad własną kondycją, które nie wiążą się z ekspozycją ciała. Możliwe także, że ocena własnej sprawności jest względnie niezależna od podejmowanych aktywności sportowych (nie uwzględnionych w prezentowanym badaniu). Osoby mogą spostrzegać siebie jako jednostkę zwinną, silną i wytrzymałą niezależnie od tego, czy uprawiają sport, czy nie. Korzystne byłoby przeprowadzenie badań podejmujących zagadnienie aktywności fizycznej osób chorych na łuszczycę w sposób bardziej wnikliwy i kompleksowy (z uwzględnieniem częstotliwości, formy i ewentualnych zmian aktywności sportowej w okresach zaostrzenia objawów oraz jej znaczenia dla spostrzegania siebie). Jedyną prawidłowością, którą udało się uchwycić, było większe zadowolenie z własnej sprawności chorych mężczyzn w porównaniu z chorymi kobietami. Co do akceptacji płci biologicznej uzyskane wyniki pozwoliły potwierdzić hipotezę, zgodnie z którą łuszczycyca nie ma znaczenia dla tego obszaru odnoszenia się do własnego ciała.

Podsumowując, obraz uzyskanych wyników tylko częściowo jest zgodny ze sformułowanymi hipotezami. Interakcja zmiennych płci i przynależności do grupy nie jest czynnikiem wyjaśniającym treściowe aspekty Ja cielesnego, natomiast stanowi istotny, choć słaby predyktor dla aspektów funkcjonalnego i tożsamościowego. Niespodziewanym wynikiem było więcej zakłóceń w funkcjach i poczuciu tożsamości cielesnej u zdrowych mężczyzn w porównaniu ze zdrowymi kobietami. Wynik ten jest sprzeczny z rezultatami uzyskanymi przez Sakson-Obada (2009) w grupie młodych dorosłych. Fakt, że grupa biorąca udział w niniejszych badaniach jest znacznie bardziej zróżnicowana pod względem wieku, a średnia wynosi 45 lat, nasuwa przypuszczenie, że prawidłowości dotyczące różnic w tych aspektach Ja cielesnego u kobiet i mężczyzn zmieniają się w toku życia, co wymaga dalszej eksploracji.

Dokonując całościowej interpretacji wyników, można stwierdzić, że u kobiet, które lepiej niż mężczyźni orientują się w świecie własnych doznań i emocji, łuszczycyca może prowadzić do pogorszenia ich zdolności do integracji, rozumienia i regulacji własnych doświadczeń cielesnych. Mężczyźni – mając słabsze zdolności w tym zakresie – nie doświadczają podobnej niekorzystnej zmiany w obszarze Ja cielesnego pod wpływem łuszczycy. Ponadto, niezależnie od płci, łuszczycyca prowadzi także do pogorszenia poziomu zadowolenia z własnego wyglądu. Aby uprawomocnić te wnioski, należałoby przeprowadzić badania podłużne.

Wbrew przyjętej hipotezie nie stwierdzono związku między wiekiem zachorowania, nasileniem łuszczycy (PASI) a poziomem zakłóceń w Ja cielesnym. Być może nie tyle wiek wystąpienia objawów, co sposób opracowania tego doświadczenia

przez jednostkę zależny od dostępnych zasobów medycznych i psychologicznych, w większym stopniu oddziałuje na kształtujące się Ja cielesne. Ponadto przedstawione badania wykazały, że Ja cielesne jest względnie odporne na przejściowe zmiany wyglądu ciała, które znajdują swoje odzwierciedlenie w indeksie PASI.

Odrębnym zagadnieniem pozostaje kwestia kierunku związku między Ja cielesnym (czy szerzej – charakterystykami osobowościowymi) a zachorowalnością na łuszczycę. W przedstawionych badaniach przyjęto, że specyfika omawianej choroby (widoczne na ciele zmiany skórne i towarzyszący im świąd) pociąga za sobą zmiany w obrębie Ja cielesnego. Jakkolwiek przyjęta przez nas koncepcja Ja cielesnego zakłada jego względną trwałość w czasie (przynajmniej w obszarze funkcjonalnym i tożsamościowym), to wydaje się prawdopodobne, że przewlekły, chroniczny stan powodujący rzeczywiste zmiany w obrębie doznań cielesnych wywiera wpływ na wewnętrzny, psychiczny obszar funkcjonowania Ja cielesnego. Należy jednak podkreślić, że łuszczycę, której etiologia pozostaje wciąż nierozpoznana, w wielu opracowaniach rozpatrywana jest jako choroba psychosomatyczna, a jej geneza badana jest na podstawie modelu zależności zakładającego kierunek odwrotny od przyjętego w niniejszym tekście (Willemsen, Roseeuw, Vanderlinden, 2008; Korkoliakou i in., 2014). Wydaje się prawdopodobne, że zależność między Ja cielesnym a zapadalnością na łuszczycę może mieć charakter dwukierunkowy, jakkolwiek kwestia ta wymaga dalszych dociekań.

Wnioski

Niniejsze badania pozwalają sformułować następujące wnioski:

1. Płeć jest istotnym moderatorem związku pomiędzy łuszczycą a zakłóceniami w obrębie wybranych aspektów Ja cielesnego. Z tego powodu powinna być ona uwzględniana w dalszych badaniach oraz oddziaływaniach terapeutycznych.
2. Łuszczycę jest czynnikiem ryzyka dla zakłóceń percepcji doznań, rozumienia i radzenia sobie z emocjami i potrzebami fizycznymi oraz poczucia tożsamości cielesnej w grupie kobiet.
3. Niezależnie od płci łuszczycę pociąga za sobą obniżenie satysfakcji z własnego wyglądu.
4. Dalszych badań wymagają prawidłowości rozwoju Ja cielesnego u mężczyzn i kobiet z uwzględnieniem okresów sensytywnych (adolescencja, menopauza i andropauza, starość), które mogą czasowo pogorszyć funkcjonowanie w tym obszarze.
5. Zmiany w Ja cielesnym są niezależne od takich zmiennych medycznych, jak wiek ujawnienia się choroby oraz jej nasilenie (PASI).
6. W praktyce terapeutycznej, w tym lekarskiej, należy uwzględnić fakt, że czasowe ustąpienie objawów nie musi pociągać za sobą korzystnych zmian w doświadczeniu i ocenie własnego ciała, szczególnie u kobiet. Z tego powodu wsparcie psychologiczne osób chorych na łuszczycę jest opcją wartą rozważenia.

Literatura cytowana

- Akay, A., Pakcanlar, A., Bozdog, K.E., Altintas, L., Karaman, A. (2002). Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 16 (4), 347-352, doi: 10.1046/j.1468-3083.2002.00467.x
- Balato, N., Megna, M., Palmisano, F., Patrino, C., Napolitano, M., Scalvenzi, M., Ayala, F. (2015). Psoriasis and sport: a new ally? *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 29 (3), 515-520, doi: 10.1111/jdv.12607
- Bem, S.L. (2000). *Męskość, kobiecość. O różnicach wynikających z płci*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bordo, S. (1993). *Unbearable Weight. Feminism, Western Culture and the Body*. Berkeley: University of California Press.
- Bowe, W.P., Doyle, A.K., Crerand, C.E., Margolis, D.J., Shalita, A.R. (2011). Body image disturbance in patients with acne vulgaris. *The Journal of Clinical and Aesthetic Dermatology*, 4 (7), 35-41.
- Brenner, E.M., Salovey, P. (1999). Regulacja emocjonalna w okresie dzieciństwa: aspekty rozwojowe, interpersonalne i indywidualne. W: P. Salovey, D.J. Salovey (red.), *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna. Problemy edukacyjne* (s. 288-327). Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Brody, L.R., Hall, J.A. (2005). Płeć, emocja i ekspresja. W: M. Lewis, J.M. Haviland-Jones (red.), *Psychologia emocji* (s. 431-445). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Brytek-Matera, A. (2008). Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym. Warszawa: Difin.
- Cross, L. (1993). Body and self in feminine development: Implications for eating disorders and delicate self-mutilation. *Bulletin of Menninger Clinic*, 57 (1), 41-68.
- Feingold, A., Mazzella, R. (1998). Gender differences in body image are increasing. *Psychological Science*, 9 (3), 190-195.
- Finzi, A., Colombo, D., Caputo, A., Andreassi, L., Chimenti, S., Vena, G., Simoni, L., Sgarbi, S., Giannetti, A. (2007). Psychological distress and coping strategies in patients with psoriasis: the PSYCHAE Study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 21, 1161-1169, doi: 10.1111/j.1468-3083.2007.02079.x
- Greaves, L. (2012). Why put gender and sex into health research? W: J.L. Oliffe, L. Greaves (red.), *Designing and Conducting Gender, Sex, and Health Research* (s. 3-14). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Gupta, M.A., Gupta, A.K. (1995). The Psoriasis Life Stress Inventory: a preliminary index of psoriasis-related stress. *Acta Dermato-Venereologica*, 75, 240-243.
- Izydorczyk, B. (2011). Psychologiczny profil cech ja cielesnego u młodych kobiet polskich – analiza porównawcza struktury ja cielesnego u kobiet chorych na zaburzenia odżywiania się i zaburzenia psychotyczne. *Psychiatria Polska*, 5, 653-670.
- Kanikowska, A., Michalak, M., Pawlaczyk, M. (2008). Zastosowanie oceny jakości życia chorych na łuszczycę w praktyce lekarskiej. *Nowiny Lekarskie*, 77, 3, 195-203.

- Kaschack, E. (1996). *Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Khoury, L.R., Danielsen, P.L., Skiveren, J. (2014). Body image altered by psoriasis. A study based on individual interviews and a model for body image. *The Journal of Dermatological Treatment*, 25 (1), 2-7, doi: 10.3109/09546634.2012.739278
- Korkoliakou, P., Christodoulou, C., Kouris, A., Porichi, E., Efstathiou, V., Kaloudi, E., Kokkevi, A., Stavrianeas, N., Papageorgiou, C., Douzenis, A. (2014). Alexithymia, anxiety and depression in patients with psoriasis: a case-control study. *Annals of General Psychiatry*, 13, 38-48, doi: 10.1186/s12991-014-0038-7
- Kubiak, A., Sakson-Obada, O. (2016). Nawykowe samouszkodzenia a Ja cielesne. *Psychiatria Polska*, 50 (1), 43-54, doi: <http://dx.doi.org/10.12740/PP/44453>
- Levant, R.F., Hall, R.J., Williams, C.M. Hasan, N.T. (2009). Gender differences in alexithymia. *Psychology of Men & Masculinity*, 10 (3), 190-203.
- Masmoudi, J., Maalej, I., Masmoudi, A., Rached, H., Rebai, A., Turki, H., Jaoua, A. (2009). Alexithymia and psoriasis: a case-control study of 53 patients. *Encephale*, 35, 10-17.
- Michalak, I., Kaszuba, A. (2012). Łuszczycza i choroby z kręgu łuszczycy W: A. Kaszuba, Z. Adamski (red.), *Dermatologia. Poradnik lekarza praktyka* (s. 122-124). Lublin: Wydawnictwo Czelej.
- Mirucka, B. (2013). Exploring the relationship between the body self and personality defence mechanisms in women with bulimia nervosa. *Polish Psychological Bulletin*, 44, 118-126, doi: 10.2478/ppb=2013-0012
- Mirucka, B., Sakson-Obada, O. (2013). *Ja cielesne. Od normy do zaburzeń*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Molina-Leyva, A., Jiménez-Moleón, J.J., Naranjo-Sintes, R., Ruiz-Carrascosa, J.C. (2014). Sexual dysfunction in psoriasis: a systematic review. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 29, 649-55, doi: 10.1111/jdv.12845
- Morse, R.M., Perry, H.O., Hurt, R.D. (1985). Alcoholism and psoriasis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 9 (5), 396-399, doi: 10.1111/j.1530-0277.1985.tb05570.x
- Picardi, A., Lega, I., Tarolla, E. (2013). Suicide risk in skin disorders. *Clinics in Dermatology*, 31 (1), 47-56, doi: 10.1016/j.clindermatol.2011.11.006
- Sakson-Obada, O. (2009). *Ja cielesne w relacji przywiązania i traumie*. Warszawa: Difin.
- Sakson-Obada, O., Wycisk, J. (2015). The body self and the frequency, intensity and acceptance of menopausal symptoms. *Przegląd Menopauzalny*, 14 (2), 82-89, doi: 10.5114/pm.2015.52150
- Sampogna, F., Chren, M.M., Melchi, C.F., Pasquini, P., Tabolli, S., Abeni, D. (2006). Age, gender, quality of life and psychological distress in patients hospitalized with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 154, 325-331, doi: 10.1111/j.1365-2133.2005.06909.x
- Schmitt, J., Wozel, G. (2005). The Psoriasis Area and Severity Index is the adequate criterion to define severity in chronic plaque-type psoriasis. *Dermatology*, 210, 194-199, doi: 10.1159/000083509

- Stumpf, A., Stander, S., Phan, N.Q., Tanneberger, A., Heuft, G., Schneider, G. (2013). Body concept of patients with chronic pruritus in relation to scratch lesions and psychic symptoms. *Dermatology*, 227, 263-269, doi: 10.1159/000354911
- Thomas, J.R., Thomas, K.T. (1988). Development of gender differences in physical activity. *Quest*, 40 (3), 219-229.
- Vamos, M. (1993). Body image in chronic illness-a reconceptualization. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 23, 163-178, doi: 10.2190/BLL4-EVAL-49Y3-4G66
- Vardy, D., Besser, A., Amir, M., Biton, A., Buskila, D. (2002). Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *British Journal of Dermatology*, 147, 736-42, doi: 10.1046/j.1365-2133.2002.04899.x
- White, C.A. (2000). Body image dimensions and cancer: A heuristic cognitive behavioural model. *Psycho-Oncology*, 9, 183-192.
- Willemsen, R., Roseeuw, D., Vanderlinden, J. (2008). Alexithymia and dermatology: The state of the art. *International Journal of Dermatology*, 47, 903-910, doi: 10.1111/j.1365-4632.2008.03726.x
- Włodarczyk, M., Dolińska- Zygmont, G. (2012). Ja cielesne a percepcja objawów menopauzy. W: N. Ogińska-Bulik, J. Miniszewska (red.), *Zdrowie w cyklu życia człowieka* (s. 233-258). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Wojtyna, E., Łakuta, P., Marcinkiewicz, K., Bergler-Czop, B., Brzezińska-Wcisło, L. (2017). Gender, body image and social support: Biopsychosocial determinants of depression among patients with psoriasis. *Acta Dermato-Venereologica*, 97 (1), 91-97, doi: 10.2340/00015555-2483
- Wycisk, J. (2002). Czy samoniszczzenie ma płęć? Autodestruktywne zachowania mężczyzn i kobiet. W: A. Hulewska, A. Jasielska, M. Ziarko (red.), *Interdyscyplinarne studia nad płcią. Od polaryzacji płciowej ku depolaryzacji rodzajowej* (s. 67-82). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Zhang, H., Yang, Y., Cui, J., Zhang, Y. (2012). Gaining a comprehensive understanding of pruritus. *Indian Journal of Dermatology, Venereology and Loprology*, 78 (5), 532-544, doi: 10.4103/0378-6323.100516

Streszczenie. Przykre doznania skórne (świąd, ból) oraz lęk przed stygmatyzacją stanowią potencjalne czynniki ryzyka dla zakłóceń w obszarze doświadczeń cielesnych i obrazu ciała u pacjentów z łuszczycą. Celem badania było sprawdzenie, czy osoby chore na łuszczycę przejawiają więcej zakłóceń w obszarze Ja cielesnego w porównaniu z grupą kontrolną i czy płęć moderuje związek między zachorowalnością na łuszczycę a negatywnymi skutkami dla Ja cielesnego.

109 pacjentów z łuszczycą w wieku 16-70 lat i 104 osoby z grupy kontrolnej wypełniły Kwestionariusz Ja Cielesnego. Do oceny nasilenia symptomów łuszczycy użyto PASI. Osoby chore na łuszczycę w porównaniu z grupą kontrolną wykazywały większą liczbę zakłóceń w regulacji emocji i potrzeb fizycznych oraz w poczuciu tożsamości cielesnej, ponadto w mniejszym stopniu akceptowały swój wygląd. U kobiet (ale nie u mężczyzn) łuszczycy okazała się czynnikiem ryzyka dla zakłóceń

percepcji doznań, rozumienia i radzenia sobie z emocjami oraz poczucia tożsamości cielesnej. Zmiany w Ja cielesnym były niezależne od wieku zachorowania i nasilenia symptomów (PASI).

Słowa kluczowe: łuszczyca, Ja cielesne, obraz ciała, płęć

Data wpłyńięcia: 30.08.2016

Data wpłyńięcia po poprawkach: 20.01.2017

Data zatwierdzenia tekstu do druku: 9.02.2017