

Samoocena młodych dorosłych w kryzysie pierwszorazowej hospitalizacji psychiatrycznej

Karolina Zalewska-Łunkiewicz*

SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny, Wydział Zamiejscowy w Katowicach

SELF-ESTEEM OF YOUNG ADULTS FACING THE CRISIS OF THEIR FIRST PSYCHIATRIC HOSPITALISATION

Aim: This article presents the results of a research on self-esteem among young adults in the situation of the first psychiatric hospitalisation. Young adults hospitalised in an inpatients psychiatric ward may experience a serious crisis connected with the cause of their hospitalisation and with the very fact of being hospitalised. Such a crisis may affect the image of one's self, one's self-esteem. **Method:** The study was conducted in the Silesian Voivodeship. The clinical group (N=23) consisted of first-time hospitalised patients of psychiatric wards, aged 19-32 with the diagnosis of acute stress reaction – adaptation disorders F43.2 according to ICD-10. The control group (N-23) was composed of young adults that have never been hospitalised. All the subjects filled out the Multidimensional Self-Esteem Inventory MSEI by O'Brien and Epstein (1988) adapted to Polish by Fecenec (2008). **Results:** The levels of self-esteem in the first – time hospitalised patients and in non-hospitalised adults were similar, however, there were some significant differences in the level of defensive self-enhancement, which was significantly higher in the hospitalised persons than in the control group. The study also showed significantly higher levels of self-esteem in men than in women, which confirms the gender-related differences observed in the general population. The experience of psychiatric hospitalisation may be a moment of crisis manifested as lowered self-perception, including self-esteem in young adults, especially women.

Key words: first psychiatric hospitalisation, self-esteem, young adults

WPROWADZENIE

W Polsce nadal niewiele jest artykułów i badań poświęconych doświadczeniu pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej w kontekście rozwoju i adaptacji życiowej młodych dorosłych. A to właśnie ten okres rozwoju jednostki jest szczególnie istotny z punktu widzenia przygotowań do życia w określonych warunkach społeczno-ekonomicznych i podejmowania w nich dojrzałych ról społecznych (Fatyga, 2004). Sytuacja pierwszorazowej hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym stacjonarnym stanowi dla pacjenta szczególnie trudne wydarzenie, związane z koniecznością adaptowania się do: izolacji, wdrażanych procedur leczenia, przebywania w grupie osób dotkniętych różnicowanymi zaburzeniami i chorobami psychicznymi, często utrudniającymi kontakt interpersonalny. Badania amerykańskie na młodzieży leczonej stacjonarnie (Haynes, Eivors i in., 2011) wykazały, że pacjenci leczeni pierwszorazowo doświadczali negatywnej odpowiedzi afektywnej, mieli istotnie obniżoną samoocenę, hospitalizacja wpłynęła na ich poczucie tożsamości oraz strategię radzenia sobie ze stresem. Z hospitalizacją psychiatryczną bardzo często wiąże się silny lęk przed

stygmatyzacją i konieczność mierzenia się z własnym – bywa, że negatywnym – stereotypem na temat chorych psychicznie (Stathi, Tsantila i in., 2012). W badaniach szwajcarskich rejestrowano negatywny wpływ reakcji emocjonalnych i stresu związanego ze stygmatyzacją spowodowaną pobytem w szpitalu psychiatrycznym na jakość życia i samoocenę osób dorosłych. Mediatorem tego efektu okazały się zwiększona tendencja do auto-stygmatyzacji oraz bezsilność (Rüsh i in., 2014).

Zadaniem psychiatrycznych oddziałów stacjonarnych jest zapewnienie całodobowej opieki człowiekowi, którego stan psychiczny uległ załamaniu (*Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego*, 2013). W przypadkach nagłych, w obliczu tak silnego zaburzenia funkcji psychicznych, że osoba zagraża bezpośrednio swojemu życiu albo życiu lub zdrowiu innych, możliwe jest przyjęcie na oddział psychiatryczny bez skierowania, w wyniku badania przez lekarza specjalistę na izbie przyjęć – zachodzi wówczas procedura zgodnie z art. 23 *Ustawy o Ochronie Zdrowia Psychicznego* (1994), wskazująca na możliwość przyjęcia do leczenia zamkniętego pacjenta bez jego zgody. Gdy zachodzą wątpliwości, czy osoba rzeczywiście jest chora psychicznie, może ona zostać przyjęta bez zgody do szpitala w celu wyjaśnienia tych wątpliwości. Wówczas pobyt w szpitalu nie może trwać dłużej niż 10 dni, o czym mówi art. 24 wspomnianej Ustawy. Jak pokazują badania zespołu Nicolasa

* Korespondencję dotyczącą artykułu można kierować na adres: Karolina Zalewska-Łunkiewicz, SWPS Wydział Zamiejscowy w Katowicach, ul. Techników 9, 40-326 Katowice.
kzalewska@swps.edu.pl

Rüsha i innych (2014), w obliczu hospitalizacji bez zgody pacjenci w większości doświadczają poczucia wstydu i pogardy dla samych siebie.

Wśród rozpoznań psychiatrycznych u osób przyjmowanych do oddziałów stacjonarnych w stanach nagłych spotyka się, oprócz dezorganizacji psychotycznej, w tym halucynoz indukowanych zażyciem środków psychoaktywnych i alkoholu, także tzw. reakcję sytuacyjną, czyli zaburzenia adaptacyjne F43.2 (ICD-10, 2007). Jest to przejściowe zaburzenie, które rozwija się w odpowiedzi na wyjątkowo silny stres fizyczny lub/i psychiczny u osoby, która nie wykazuje innego zaburzenia psychicznego. Wśród objawów rejestruje się stany napięcia, niepokoju, przygnębienia i rozstroju emocjonalnego, które powstają często w okresie adaptacji do znaczących zmian życiowych lub do stresującego, obciążającego psychicznie wydarzenia życiowego, a które zazwyczaj utrudniają społeczne przystosowanie i efektywne działanie (ICD-10, 2007).

Osoba, która na drodze do osiągnięcia ważnych celów życiowych napotkała przeszkody i nie jest w stanie ich przezwyciężyć za pomocą dotychczasowych strategii rozwiązywania problemów, może wejść w stan braku równowagi i dezorganizacji. Stan ten z definicji jest kryzysem (Caplan, 1964; Everly i Mitchell, 2000). Kryzys hospitalizacji zgodnie ze stanowiskiem Betty E. Cogswell (1984) obejmuje moment trafienia do placówki leczniczej, czas wyjścia oraz czas powrotu do typowej organizacji swojego życia czyli readaptację. W pierwszym z etapów obecne są specyficzne czynniki doświadczania kryzysu, jak: izolacja wiodąca do ograniczenia stymulacji sensorycznej, niepełnej swobody interakcji społecznych, konieczność przestrzegania regulaminu placówki i ograniczeń swobody działania, presja zorganizowanego czasu poprzez monotony rytmu dnia, niepewność oczekiwania na diagnozę i utrata pełnej kontroli nad swoją sytuacją. Podobnie o hospitalizacji piszą Irena Heszen i Helena Sęk (2008) wskazując, iż zmiana statusu w trakcie hospitalizacji – izolacja od naturalnego środowiska życia, zakazy i nakazy, brak intymności – powoduje zmianę perspektywy życiowej chorego. Jest to przyczyną szczególnego, można powiedzieć jatrogennego stresu szpitalnego, który może mieć negatywny wpływ na proces zdrowienia.

Osoba przebywająca po raz pierwszy w oddziale psychiatrycznym zamkniętym znajduje się zatem pod presją przedefiniowania własnego ja, której elementem staje się zmaganie z etykietą osoby zaburzonej psychicznie, kogoś, kto „sobie nie poradził”. Może przeżywać w związku z tym poczucie dezorientacji i niepewności wskutek utraty kontroli, a także realne w końcu nagle naruszenie swoich nawyków dnia codziennego czy rutynowych sposobów zachowania. Zmiana jest tak dramatyczna że może ona uderzyć w stabilność struktur psychicznych takich, jak samoocena (por. Cogswell, 1984; Rüşh i in., 2014).

Według raportu zamieszczonego w Śląskim Programie Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2020, grupy szczególnego ryzyka hospitalizacji psychiatrycznej w regionie Śląska to młodzież i młodzi dorośli. W grupach

tych rejestruje się bowiem pogarszające się samopoczucie psychospołeczne, ze względu na wzrost poziomu stresu, przemocy i dostępności narkotyków (ŚPOZP, 2013). Skala zapadalności na zaburzenia psychiczne wśród osób w młodym wieku generalnie w Europie zwiększa się systematycznie w okresie ostatnich kilkunastu lat (WHO, 2015). Ze względu na procesy rozwojowego doksztalcania się osobowości, zwłaszcza z powodu konieczności wychodzenia z rozwojowego moratorium, które ma za zadanie stabilizację struktur psychicznych dojrzewającej osobowości, młodzi dorośli to grupa szczególnie narażona na deformację obrazu siebie (Featherstone, 2000, za: Lemma, 2014). Zgodnie ze stadialną teorią biegu życia człowieka Erika H. Eriksona (2002), między 20 a 35 rokiem życia jednostka doświadcza konfliktu między intymnością a izolacją. Zadania młodej dorosłości z psychologicznego punktu widzenia wiążą się głównie z: określeniem kierunków samorealizacji, tworzeniem relacji partnerskiej, realizacją potrzeb bliskości i intymności, integrowaniem działań w różnych dziedzinach życia, jak zdobywaniem doświadczenia zawodowego, niezależności ekonomicznej lub kontynuowaniem nauki, wreszcie względną integracją osobowości, ukształtowaniem tożsamości jednostki (Erikson, 2002; Bee, 2004).

Stabilność poczucia własnej wartości, samooceny czy poczucie własnej skuteczności nie są oczywiste. Mogą one ulegać zmianom w zależności od sytuacji i nowych doświadczeń, które są związane między innymi z ważnymi momentami w życiu (*turning points*) (Rutter, 1987, 2006). Sytuacja hospitalizacji psychiatrycznej może więc silnie zachwiać dotychczasowym obrazem Ja, czego efektem może być spadek w samooceny. Przyjęcie do oddziału psychiatrycznego może być przeżyte przez młodych ludzi, jako sygnał niepowodzenia we wchodzeniu w dorosłe oczekiwane społecznie role. Jako obiektywny dowód nie tylko nieradzenia sobie z zadaniami rozwojowymi, ale źródłem stygmatyzacji.

W konstrukcjonistycznej koncepcji samooceny Seymoura Epsteina (1980, 2003) pojęcie Ja rozumiane jest jako schemat poznawczy formowany przez sieć nabywanych informacji o sobie oraz doświadczeń. Bierze on bezpośredni udział w regulacji dopływu informacji na temat siebie. Informacje te mają postać deskryptywną i ewaluatywną, wiążącą się z samowartościowaniem i regulacją równowagi między informacjami awersyjnymi i przyjemnymi doświadczeniami. Jednym z mechanizmów służących podtrzymaniu takiej równowagi jest obronne wzmocnienie samooceny. Samoocena według Epsteina (2003) budowana jest wielowymiarowo poprzez kilka komponentów. Są to: kompetencje, bycie kochanym, popularność, zdolności przywódcze, samokontrola, samoakceptacja moralna, atrakcyjność fizyczna, witalność. Samoocena jako złożony konstrukt wymaga integracji na poziomie tożsamości osobowej świadczącej o spójności danej osoby.

Efektywne przyswajanie informacji o sobie pozwala na rozbudowywanie pojęcia Ja i wzmocnianie jego spójności. Tymczasem w reakcjach pacjentów, co wynika z doświadczeń własnej praktyki w ośrodku klinicznym, obserwować

można w pierwszym etapie pobytu w oddziale poczucie zagubienia i lęk przed „innymi chorymi”. A także zaprzeczanie swym trudnościom i negatywizm, zwłaszcza jeśli osoba została przyjęta wbrew swej zgodzie. Bywa, że pacjenci deklarują chęć zapomnienia o tym doświadczeniu, wstydzą się do niego przyznać znajomym. Świadczy to, że obronnie uruchamiają pewne psychologiczne mechanizmy służące podtrzymaniu samooceny.

Pierwszorazowa hospitalizacja psychiatryczna wydaje się stanowić pole walki wewnętrznej pacjentów: między próbą zaprzeczenia kryzysowi psychicznemu, poszukiwaniem zrozumienia swojej sytuacji i chęcią realizacji zachowań prozdrowotnych.

METODA

Badania prowadzono na terenie woj. śląskiego wobec grupy młodych dorosłych. Ponieważ kryteria przynależności do okresu młodej dorosłości są powiązane z warunkami społeczno-kulturowymi, dlatego trudno określić jednoznacznie granice wiekowe wyznaczające przynależność do niej. Niektórzy badacze (Gruba, 2007) przyjmują za okres młodej dorosłości przedział między 18 a 26 rokiem życia. Inni (Brzezińska, 2013) wczesną dorosłość określają jako czas obejmujący przedział między 20 a 30/35 rokiem życia lub (Levinson, 1986) od 22 do 33 roku życia, uwzględniając okresy przejściowe, czyli fazę przejścia do wczesnej dorosłości (od 17 do 22 roku życia), fazę nowicjatu (od 22 do 28 roku życia) i fazę pośrednią (od 28 do 33 roku życia) wejścia w pełną dorosłość. Ponieważ w wielu pracach z zakresu psychologii rozwoju człowieka podkreśla się opóźnienie fazy przejścia w dorosłość, na przykład z powodu wydłużającej się edukacji, zmian na rynku pracy dających ogromną możliwość wyboru ścieżki samorozwoju i opóźnianie decyzji o wejściu z zobowiązania typu trwale związku czy założenie rodziny (por. Sirsch, Dreher, Mayr i Willinger, 2009), w niniejszych badaniach przyjęto szeroki zakres wieku młodej dorosłości obejmujący młodych ludzi także po trzydziestym roku życia.

Grupę kliniczną ($N=23$) stanowili pacjenci pierwszorazowo hospitalizowani w całodobowych oddziałach psychiatrycznych, w przedziale wieku 19 do 32 lata ($M=25.43$; $SD=4.18$). Pacjenci kwalifikowani byli do badania przez psychologów pracujących w oddziałach psychiatrycznych w szpitalach w Rybniku, Toszku oraz Lublińcu, w oparciu o kontrolę rozpoznania wstępnego i obserwację zachowania w pierwszych dobach pobytu. Do badań włączano pacjentów bez splątania, tj. w jasnej świadomości, w kontakcie logicznym, w normie intelektualnej i z diagnozą z grupy ostrej reakcji na stres, w szczególności zaburzeń adaptacyjnych (F43.2 wg ICD-10). Możliwe współwystępujące lub poddawane różnicowaniu w procesie diagnostycznym podczas pobytu badanych pacjentów w oddziale zaburzenia dotyczyły grup związanych z przyjmowaniem środków psychoaktywnych i alkoholu oraz stanów depresyjnych. Badania prowadzono między 2. a 8. dobą pobytu pacjentów w oddziałach.

W grupie kontrolnej ($N=23$) znalazły się osoby nigdy dotąd nie hospitalizowane psychiatrycznie, w przedziale wieku 20 do 32 lata ($M=25.48$; $SD=3.76$). Dobierane celowo pod względem wieku, płci, wykształcenia względem grupy klinicznej. Tabela 1 przedstawia zbiorczo charakterystyki socjodemograficzne badanych grup.

Badani wypełniali przygotowaną na potrzeby niniejszego badania metryczkę. Psycholodzy zatrudnieni na oddziałach szpitalnych dodatkowo wypełniali metryczki dotyczące rozpoznań w grupie klinicznej. Badanie ilościowe wykonano z wykorzystaniem Wielowymiarowego Kwestionariusza Samooceny MSEI O'Brien'a i Epstein'a (1988) w polskiej adaptacji Fecenec (2008). Kwestionariusz budują następujące skale: Ogólna samoocena, Kompetencje, Bycie kochanym, Popularność, Zdolności Przywódcze, Samokontrola, Samoakceptacja moralna, Atrakcyjność fizyczna, Witalność, Integracja Tożsamości, Obronne Wzmacnianie Samooceny. Skala Obronnego wzmacniania samooceny pełni rolę skali kontrolnej, wskazując potrzebę aprobaty społecznej osoby badanej, skłonność do kontroli odbioru swojej osoby przez otoczenie i jej możliwy lęk przed odrzuceniem, które skutkują

Tabela 1

Stan cywilny i wykształcenie osób pierwszorazowo hospitalizowanych psychiatrycznie (klinicznej, $N=23$) i osób niehospitalizowanych (kontrolnej, $N=23$)

			stan cywilny*					wykształcenie**		
			wolny	zw. part.	małż.	rozwód	podst.	zawod.	średnie	wyższe
Grupa	Kliniczna	N	13	2	5	3	5	3	12	3
		%	52.0	22.2	62.5	75.0	71.4	50.0	48.0	37.5
	Kontrolna	N	12	7	3	1	2	3	13	5
		%	48.0	77.8	37.5	25.0	28.6	50.0	52.0	62.5
Ogółem		N	25	9	8	4	7	6	25	8
		%	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

*stan cyw. $\chi^2=4.318$, $p=.229$, **wykształc. $\chi^2=1.826$; $p=.609$

udzielaniem odpowiedzi w teście ukazujących tę osobę w lepszym świetle (Fecenec, 2008). Narzędzie charakteryzują dobre właściwości psychometryczne – rzetelność określona współczynnikiem zgodności wewnętrznej *alfa* Cronbacha dla poszczególnych skal waha się od .64 (skala Akceptacja moralna) do .88 (skala Witalność), test posiada wysokie wskaźniki stabilności bezwzględnej (*r*-Pearsona) od .73 (skala Akceptacja moralna) do .96 (skala Witalność).

WYNIKI

Ze względu na liczebność grupy klinicznej oraz brak istotnych różnic pod kątem rozkładów wyników nieodbiegających od normalnego, posłużono się analizą statystyczną porównań średnich w oparciu o test T. Wyniki wskazują, iż poziom samooceny badanych pierwszorazowo hospitalizowanych psychiatrycznie utrzymywał się na porównywalnym poziomie w zakresie samooceny ogólnej, każdej z komponentów zarówno samooceny, jak i integracji tożsamości jak w grupie kontrolnej. Jednakże istotne różnice ($p < .05$) dotyczyły stopnia obronnego wzmacnia-

nia samooceny, który u osób hospitalizowanych okazał się istotnie wyższy ($M=54.22$; $SD=8.628$) niż w grupie kontrolnej ($M=49.78$; $SD=5.697$). Rezultaty przedstawia Tabela 2.

Dodatkowo podjęto analizę efektu płci w zakresie samooceny w badanych grupach. Jak pokazuje Tabela 3. zarówno w grupie klinicznej jak i kontrolnej pojawiły się różnice na poziomie istotnym pomiędzy kobietami i mężczyznami. W grupie osób hospitalizowanych kobiety uzyskiwały istotnie niższe ($p < .05$) od mężczyzn wartości w skalach: Kompetencji (odpowiednio $M=30.25$; $SD=8.345$ i $M=38.73$; $SD=6.296$), Atrakcyjności fizycznej ($M=25.88$; $SD=7.605$ i $M=33.20$; $SD=6.259$) oraz Witalności ($M=28.88$; $SD=10.148$ i $M=37.87$; $SD=5.951$). Wyraźne różnice, bliskie poziomowi statystycznej istotności zarejestrowano także dla Ogólnej samooceny ($p=.064$), która jest niższa u kobiet oraz Zdolności Przywódczych ($p=.078$), również niższych u kobiet niż u mężczyzn w grupie klinicznej. Natomiast w grupie osób niehospitalizowanych ogólny poziom samooceny nie różnił się ze względu na płeć. Przy czym w tej grupie kobiety oceniały się istotnie niżej niż mężczyźni w zakresie Zdol-

Tabela 2

Porównanie samooceny w grupie osób pierwszorazowo hospitalizowanych psychiatrycznie (klinicznej, $N=23$) i osób niehospitalizowanych (kontrolnej, $N=23$)

MSEI	grupa	M	SD	SE	t	p
OS	kliniczna	29.22	8.273	1.725	-.550	.585
	kontrolna	30.48	7.242	1.510		
K	kliniczna	35.78	8.028	1.674	.466	.643
	kontrolna	34.83	5.686	1.186		
BK	kliniczna	33.83	5.416	1.129	-.947	.349
	kontrolna	35.65	7.499	1.564		
P	kliniczna	33.00	3.873	.808	-.435	.666
	kontrolna	33.70	6.629	1.382		
ZP	kliniczna	32.30	6.342	1.322	.390	.698
	kontrolna	31.52	7.242	1.510		
S	kliniczna	33.61	6.444	1.344	1.001	.322
	kontrolna	31.70	6.512	1.358		
SM	kliniczna	37.22	6.640	1.384	-.962	.341
	kontrolna	39.00	5.901	1.230		
AF	kliniczna	30.65	7.487	1.561	-.045	.964
	kontrolna	30.74	5.328	1.111		
W	kliniczna	34.74	8.630	1.799	1.385	.173
	kontrolna	31.39	7.739	1.614		
IT	kliniczna	30.87	9.177	1.913	-.307	.760
	kontrolna	31.65	8.066	1.682		
OWS	kliniczna	54.22	8.628	1.799	2.057	.046
	kontrolna	49.78	5.697	1.188		

ności przywódczych (odpowiednio: $M=29.13$; $SD=6.534$ i $M=34.00$; $SD=5.745$). W grupie kontrolnej odnotowano jeszcze jedną bardziej wyraźną różnicę między płciami – kobiety uzyskały wyższe wyniki niż mężczyźni w skali Integracji tożsamości, jednak różnica ta nie osiągnęła poziomu założonej istotności statystycznej ($p=.100$) (Tabela 3).

DYSKUSJA WYNIKÓW I WNIOSKI

Przeprowadzona analiza ukazała, iż wśród badanych młodych dorosłych ogólny poziom samooceny nie różnił się istotnie. Potwierdziła się natomiast hipoteza o nasilonym mechanizmie obronnego wzmacniania samooceny u osób pierwszorazowo hospitalizowanych psychiatrycz-

Tabela 3

Porównanie samooceny kobiet ($N=8$) i mężczyzn ($N=15$) w grupie osób hospitalizowanych oraz kobiet ($N=9$) i mężczyzn ($N=14$) w grupie kontrolnej

MSEI	grupa	Płeć	M	SD	SE	t	p
kliniczna	OS	Kobieta	24.88	8.806	3.114	-1.952	.064
		Mężczyzna	31.53	7.230	1.867		
	K	Kobieta	30.25	8.345	2.950	-2.750	.012
		Mężczyzna	38.73	6.296	1.626		
	BK	Kobieta	33.75	6.798	2.403	-.048	.962
		Mężczyzna	33.87	4.794	1.238		
	P	Kobieta	32.25	3.327	1.176	-.670	.510
		Mężczyzna	33.40	4.188	1.081		
	ZP	Kobieta	29.13	6.534	2.310	-1.850	.078
		Mężczyzna	34.00	5.745	1.483		
	S	Kobieta	32.25	6.112	2.161	-.731	.473
		Mężczyzna	34.33	6.705	1.731		
	SM	Kobieta	36.88	5.939	2.100	-.177	.862
		Mężczyzna	37.40	7.179	1.854		
	AF	Kobieta	25.88	7.605	2.698	-2.483	.022
		Mężczyzna	33.20	6.259	1.616		
	W	Kobieta	28.88	10.148	3.588	-2.698	.013
		Mężczyzna	37.87	5.951	1.536		
	IT	Kobieta	28.50	7.211	2.555	-.900	.378
		Mężczyzna	32.13	10.070	2.600		
OWS	Kobieta	54.75	9.036	3.195	.211	.835	
	Mężczyzna	53.93	8.713	2.250			
kontrolna	OS	Kobieta	30.78	5.805	1.935	.259	.694
		Mężczyzna	30.29	8.241	2.202		
	K	Kobieta	33.22	5.585	1.862	.843	.113
		Mężczyzna	35.86	5.709	1.526		
	BK	Kobieta	36.44	8.734	2.911	.093	.044
		Mężczyzna	35.14	6.893	1.842		
	P	Kobieta	36.44	5.503	1.834	.026	.936
		Mężczyzna	31.93	6.866	1.835		
	ZP	Kobieta	27.78	4.711	1.570	.510	.439
		Mężczyzna	33.93	7.691	2.055		
	S	Kobieta	31.56	3.609	1.123	.026	.936
		Mężczyzna	31.79	7.982	2.133		

SM	Kobieta	40.22	4.994	1.665	.510	.439
	Mężczyzna	38.21	6.471	1.729		
AF	Kobieta	31.00	4.213	1.404	.195	.856
	Mężczyzna	30.57	6.085	1.626		
W	Kobieta	30.44	5.457	1.819	.149	.649
	Mężczyzna	32.00	9.055	2.420		
IT	Kobieta	35.11	5.134	1.711	.192	.100
	Mężczyzna	29.43	8.959	2.394		
OWS	Kobieta	51.89	5.988	1.996	.586	.160
	Mężczyzna	48.43	5.273	1.409		

nie. Taka konstelacja wyników może sugerować, iż brak różnic w profilu samooceny między dwoma grupami badanych, wiąże się z podwyższeniem wyników w skalach opisujących komponenty samooceny u pacjentów oddziałów psychiatrycznych wskutek ich obronnego mechanizmu wzmacniania samooceny. Taki rezultat znajduje swoje uzasadnienie w danych z literatury, gdzie wykazano, że pacjenci przeżywają wstyd ze względu na fakt hospitalizacji psychiatrycznej i obawiają się stygmatyzacji (Stathi, Tsantila i Crisp, 2012; Lengler, Blank i Rossler, 2014; Rush i in., 2014). Zadanie związane z koncentracją na Ja (wypełnienie kwestionariusza samooceny) mogło zaktywizować potrzebę zaprzeczania swoim trudnościom, łagodzenia postrzegania w kierunku podtrzymania wizerunku społecznie akceptowanego, by uchronić się przed przeżywaniem negatywnych emocji. Możliwe zatem, że pierwsza hospitalizacja młodych dorosłych nie tylko wiąże się z obniżeniem samooceny przez postrzeganie siebie jako kogoś, komu się nie udało podjąć zadaniom rozwojowym (por. Haynes, Eivors i Crossley, 2011), ale także może uruchamiać mechanizmów obronnych i skutkować podejmowaniem aktywności w kierunku realizacji potrzeby wzmacniania siebie w budowaniu obrazu Ja i swej tożsamości.

Budowanie tożsamości w okresie dorastania i wczesnej dorosłości realizuje się dwu fazowo (Marcia, 1989). Po pierwsze przez zaangażowanie jednostki w eksplorację swojego otoczenia i eksperymentowanie z różnorodnymi rolami, stylami życia, sposobami myślenia i wzorami zachowania w konkretnych sytuacjach. Po drugie przez uzyskanie szerokiej wiedzy na temat samego siebie, czyli swoich mocnych i słabych stron w zależności od okoliczności, oczekiwań, marzeń, jak również na temat swojego otoczenia, czyli dostępnych stylów życia, możliwych ścieżek rozwoju. Zatem doświadczenie pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej, które następuje w okresie młodej dorosłości, ze względu na wpływ na samoocenę, może także zaważyć na procesie krystalizowania tożsamości.

Kolejnym ważnym rezultatem opisanych badań okazują się zdiagnozowane różnice międzypłciowe w samoocenie zarówno u młodych osób pierwszorazowo hospitalizowanych psychiatrycznie jak i niehospitalizowanych. Oczywiście ze względu na wielkość próby wyniki te

należy traktować z ostrożnością. Większa ilość różnic ujawniła się w grupie pacjentów psychiatrycznych, gdzie kobiety uzyskiwały niższe wyniki niż mężczyźni w skalach dotyczących obszarów kompetencji i przywództwa. Podobnie w grupie kontrolnej kobiety słabiej wypadły pod względem samooceny w aspekcie zdolności przywódczych niż mężczyźni. Z jednej strony odzwierciedla to opisywany w literaturze z zakresu psychologii płci, powszechny między kulturowo podział domen na typowo męską – określaną jako sprawczość i typowo kobiecą – określaną jako wspólnotowość (Wojciszke, 2010). Ponadto wyniki te są zgodne z uzyskanymi w procedurze normalizacyjnej testu MSEI (Fecenec, 2008), gdzie kobiety również określały swoją samoocenę niżej dla komponent związanych ze sprawczością niż mężczyźni. Z drugiej strony uzyskane wyniki mogą wiązać się z przekonaniem hospitalizowanych psychiatrycznie kobiet, na temat swojej submisyjności i mniejszej zaradności, niekompetencji, które przyczyniły się do zablokowania zdolności radzenia sobie z problemami i ostatecznie koniecznością leczenia w oddziale stacjonarnym. Obniżenie samooceny tych kobiet jest wyraźne także w sferach typowo kobiecych jak atrakcyjność fizyczna i witalność. Pozostaje to spójne z wynikami badań nad kobietami, które znalazły się w szpitalu psychiatrycznym po próbach samobójczych (Mandal i Zalewska, 2010), gdzie wykazano, że kobiety te w zakresie poczucia własnej atrakcyjności najniżej oceniały się pod względem atrakcyjności fizycznej, zawodowej i intelektualnej, a także generalnie uzyskiwały wyniki niższe niż kobiety niehospitalizowane i niepodlegające prób samobójczych oraz stosowały autodeprecjację jako technikę autoprezentacji.

Jest kwestią otwartą, czy kobiety, które znalazły się w sytuacji pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej mają wyjściowo tak obniżoną samoocenę, że sprzyja ona przeżywaniu kryzysu prowadzącego do konieczności leczenia psychiatrycznego, czy też fakt hospitalizacji wpływa zwrotnie na ich samoocenę powodując jej spadek, zgodnie koncepcją zależności od sytuacji i nowych doświadczeń w życiu (*turning points*) Michaela Ruttera (2006).

Wniosek praktyczny płynący z niniejszych badań wskazuje na potrzebę wdrażania takiej formy pomocy psychologicznej wobec młodych dorosłych w sytuacji kry-

zysu hospitalizacji psychiatrycznej, która nakierowana będzie na łagodzenie uczucia porażki, lęku czy wstydu. Ponadto, która będzie budziła zaufanie pacjenta i utożsamia drogę do współpracy terapeutycznej, skierowanej na pracę nad dotychczasową niestabilnością samooceny i przyczynami przyjęcia do szpitala.

LITERATURA

- Bee, H. (2004). *Psychologia rozwoju człowieka*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Brzezińska, A. (2013). *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*. Sopot: GWP.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Cogswell, B.E. (1984). Socialization after disability. Recently in the community. W: D.W. Krueger (red.), *Rehabilitation psychology* (s. 111-118). Rockville: An Aspen Publication.
- Epstein, S. (1980). The self-concept: A review and the proposal of an integrated theory of personality. W: E. Staub (red.), *Personality: basic aspect and current research* (s. 81-132). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Epstein, S. (2003). Cognitive-experiential self-theory of personality. W: T. Millon, M.J. Lerner (red.), *Comprehensive handbook of psychology*, tom 5: *Personality and social psychology* (s. 159-184). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.
- Erikson, E. (2002). *Dopełniony cykl życia*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Everly, G.S., Mitchell, J.T. (2000). The „debriefing” controversy and crisis intervention: a review of lexical and substantive issues. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2, 4, 211-225.
- Fatyga, B. (2004). Definicja młodzieży. W: B. Fatyga (red.), *„Biała Księga” młodzieży polskiej* (s. 12-13). Warszawa: MENiS.
- Fecenc, D. (2008). *Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny MSEI*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Gruba, E. (2007). Wczesna dorosłość. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia* (s. 202-223). Warszawa: PWN.
- Haynes, C., Eivors, A., Crossley, J. (2011). ‘Living in an alternative reality’: adolescents’ experiences of psychiatric inpatient care. *Child and Adolescent Mental Health*, 16, 3, 150-157.
- Heszen, I., Sęk, H. (2008). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: PWN.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. (2007). *Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków-Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”.
- Lemma, A. (2014). *Terapia dorosłych i młodych dorosłych*. Warszawa: Oficyna Ingenium.
- Lengler S., Blank, Ch., Rossler, W. (2014). Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264, 35-43.
- Levinson, D.J. (1986). A conception of adult development. *American Psychologist*, 41, 1, 3-13.
- Mandal, E., Zalewska, K. (2010). Psychiczna kobiecość i męskość, poczucie atrakcyjności, style przywiązania, style radzenia sobie i strategię autoprezentacji u kobiet podejmujących próby samobójcze. *Psychiatria Polska*, 3, 329-339.
- Marcia, J.E. (1989). Identity and intervention. *Journal of Adolescence*, 12, 401-410.
- O'Brien, E., Epstein, S. (1988). *MSEI: The Multidimensional Self-esteem Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 3, 316-331.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annales of the New York Academy of Sciences*, 1094, 1-12.
- Rüsch, N., Müller, M., Lay, B., Corrigan, P.W., Zahn, R., Schönenberger, T., Bleiker, M., Lengler, S., Blank, Ch., Rossler, W. (2014). Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264, 35-43.
- Sirsch, U., Dreher, E., Mayr, E., Willinger, U. (2009). What does it take to be an adult in Austria? – Views of adulthood in Austrian adolescents, emerging adults, and adults. *Journal of Adolescent Research*, 24, 3, 275-292.
- Stathi, S., Tsantila, K., Crisp, R.J. (2012). Imaginig intergroup contact can combat mental health stigma by reducing anxiety, avoidance and negative stereotyping. *The Journal of Social Psychology*, 152, 6, 746-757.
- Śląski Program Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2013-2020. (2013). Katowice: Wydział Zdrowia i Polityki Społecznej Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego.
- Ustawa z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego: Dz. U. z 2011 r. Nr 231 (1994)
- WHO (2015). Mental health data and statistics. doi: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-statistics>
- Wojciszke, B. (2010). *Sprawczość i wspólnotowość. Podstawowe wymiary spostrzegania społecznego*. Gdańsk: GWP.