

ANALIZA WYNIKÓW BADAŃ PSYCHOLOGICZNYCH WYKONANYCH DLA ZAKŁADU UBEZPIECZEŃ SPOŁECZNYCH W SOSNOWCU W LATACH 2003-2008

ANALYSIS OF RESULTS OF PSYCHOLOGICAL TESTS CARRIED OUT OF THE SOCIAL INSURANCE INSTITUTION IN SOSNOWIEC IN THE YEARS 2003-2008

Grażyna Jurczyńska^{1 (a, c, d, e, f)}, *Danuta Fazan*^{2 (c, d)}, *Maria Zajac-Nędzka*^{3 (a, c)},
Maciej Śliwiński^{4 (c, d)}, *Andrzej Utracki*^{3 (a, c)}

¹ Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego. Dyrektor: dr n. med. P.Z. Brewczyński

² Powiatowy Zespół ZOZ, Oddział dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych, Szpital Miejski, Czeladź

³ Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Sosnowiec. Główny Lekarz Orzecznik: lek. med. A. Utracki

⁴ Centrum Psychiatrii SPZOZ, Katowice

^(a) koncepcja

^(b) opracowanie wniosku

^(c) zebranie materiału do badań

^(d) przeprowadzenie badań

^(e) statystyka

^(f) opracowanie tekstu i piśmiennictwa

Streszczenie

Wstęp: Celem pracy było scharakteryzowanie badanej populacji w oparciu o wyniki uzyskane w wykonanych badaniach psychologicznych.

Materiał i metody: Praca opracowana została na podstawie zastosowanych w badaniu wyników testów osobowościowych, sprawności intelektualnej, organicznych. Zmienne, które również były brane pod uwagę to: okres aktywności zawodowej, pobierania świadczeń rentowych oraz okres leczenia psychiatrycznego. Do badań i opracowania tematu zostały wykorzystane dane z dokumentacji medycznej, w tym wyniki i opinie z badań psychiatrycznych, a także wywiad i obserwacja.

Badania prowadzone były przy pomocy następujących narzędzi badawczych: Test Wechsler WAIS-R(PL), Skala Inteligencji Wechsler-Bellevue dla Młodzieży i Dorosłych,

Test B. Biegeleisen, Wieloobjawowa Skala Osobowości (S.O.P.E.R) J. Tylka, MMPI – 168 M. Matkowski, Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI, Arkusz Samopoznania R.B. Cattell, Test Woodworth-Mathews, Kwestionariusz Objawowy „O”, Skala Depresji Montgomery-Åsberg (MADRS), Skala Depresji Becka, Test Depresji J.A. Taylor, Test Mini-Mentall, Inwentarz Syndromu Agresji, Triada organiczna: L. Bender, F. Graham – B. Kendall, A. Benton.

Wyniki: Przy opracowaniu tematu został dokonany podział na trzy grupy badanych tj. osoby pozostające na świadczeniach rentowych z powodu zaburzeń stanu psychicznego, po przebytych wypadkach oraz z powodu schorzeń ogólnych.

Średnia wieku osób badanych wynosiła 46l. W grupie I i III najwięcej było kobiet, w grupie po wypadkach przeważali mężczyźni. Badani z grupy II i III posiadali

Nadesłano: 22.08.2011

Zatwierdzono do druku: 7.12.2011

w większości wykształcenie zawodowe, w I – wykształcenie średnie. Wśród ubezpieczonych przeważały osoby starające się o świadczenia z ZUS z powodu zaburzeń stanu psychicznego.

Wnioski: Okres pobierania renty przez ubezpieczonych zawierał się w przedziale 1–20 lat. Najwięcej osób pozostawało na rencie przez okres 5–10 lat. Przeważali ubezpieczeni z okresem aktywności zawodowej 10–20 oraz 20–30 lat.

W każdej badanej grupie osoby uzyskiwały w większości niższy niż przeciętny poziom sprawności intelektualnej. Ponad 30% badanych miało wykazane zaburzenia sugerujące dezintegrację osobowości. Wśród stwierdzanych najczęściej zaburzeń osobowości dominowały zaburzenia dotyczące sfery emocjonalnej. Organiczne pourazowe podłoże stwierdzanych zaburzeń funkcjonowania psychicznego stwierdzono u ok. 50% badanych. Najczęściej stwierdzanymi zarówno w badaniach psychologicznych jak i psychiatrycznych były zaburzenia depresyjne oraz lękowo depresyjne.

Ok. 70% badanych było leczonych psychiatrycznie.

Słowa kluczowe: świadczenia rentowe, zaburzenia funkcjonowania psychicznego, sprawność intelektualna, organiczne zaburzenia osobowości, zaburzenia afektywne

Abstract

Background: The paper was intended to characterize the individuals applying for a specific type of benefits based on the scores of psychological tests.

Materials and methods: Test Wechsler WAIS-R(PL), Intelligence Scale Wechsler – Bellevue for Teenagers and Adults, Test B. Biegeleisen, Test MMPI – 168 M. Matkowski, Multisymptom of Personality Scale (S.O.P.E.R)

J. Tylka, State – Trait Anxiety Inventory – STAI, Self-knowledge Scale R.B. Cattell, Test Woodworth – Mathews, Symptom Questionnaire „O”, Test Depression Beck, Test Depression J. A. Taylor, Scale Depression Montgomery-Åsberg (MADRS), Test Mini-Mental, Aggression Syndrome Inventory, Organics Test: L. Bender, F. Graham – B. Kendall, A. Benton.

Results: Three groups of subjects were scrutinized: individuals receiving disability pension due to mental disorders resulting from an accident or general ailments. The average age was 46. Groups I and III were dominated by women, group II – by men. The subjects in groups II and III had mostly vocational education and in group I – secondary education. Majority of subjects applying for benefits from the Social Insurance Company suffered from mental disorders amongst the insured.

Conclusions: Disability pension covered the period from 1 to 20 years. Most individuals were granted the pension for the period of 5–10 years. The professional activity of those insured lasted 10–20 years and 20–30 years. In 60% of subjects, lower than average level of intellectual abilities was diagnosed. Over 30% of the subjects displayed proven disorders of personality disintegration. Emotional disorders dominated amongst cases of personality disorders. Depression-based as well as fear and depression-based disorders were most frequently diagnosed. About 70% of the subjects received psychiatric treatment. Psychiatric treatment was administered least frequently to individuals after accidents. Organic post-traumatic origin of the mental disorders was diagnosed in about 50% of subjects, mostly those after accidents and suffering from general diseases.

Key words: disability pension, mental function disorders, intellectual ability, organic personality disorders, affective disorders

Wstęp

Zdrowie to problem o wymiarze nie tylko indywidualnym ale i ogólnospołecznym. To jak funkcjonuje pod względem zdrowotnym jednostka zależy nie tylko od niej samej ale również od podmiotów zaangażowanych w proces promowania zdrowia, jego ochronę, poprawę oraz finansowanie zarówno opieki profilaktycznej jak i leczniczej dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego całej populacji [1].

Na ogólny stan zdrowia człowieka składa się zarówno jego funkcjonowanie fizyczne jak i psychiczne na każdym etapie rozwoju i życia.

Zdrowie i dobre samopoczucie psychiczne decydują o jakości życia pojedynczych osób i całego społeczeństwa, a zapobieganie, wczesne wykrywanie, interweniowanie i leczenie zaburzeń psychicznych znacznie zmniejsza ich osobiste, finansowe i społeczne konsekwencje związane z funkcjonowaniem osób chorych psychicznie [2–4].

Wg WHO ze względu na różnice kulturowe i subiektywne odczucia oraz wiele profesjonalnych teorii dotyczących tego zagadnienia nie ma jednej, oficjalnej definicji zdrowia psychicznego. Jednym ze sposobów na określenie stanu zdrowia psychicznego jest sprawdzenie jak pomyślnie osoba funkcjonuje na co dzień. Jeżeli jest zdolna do działania, potrafi znieść stres życia codziennego, utrzymać poprawne stosunki międzyludzkie i być niezależna oraz jest w stanie odzyskać siły po trudnych sytuacjach życiowych, oznacza to, że jest zdrowa psychicznie [5].

Z badań dotyczących stanu zdrowia psychicznego Polaków wynika, że w ostatnich latach znacząco wzrosła liczba osób cierpiących na zaburzenia psychiczne [6–10].

Zły stan zdrowia psychicznego zwiększa zapotrzebowanie na świadczenia w zakresie opieki medycznej i usług społecznych oraz staje się jednym

z głównych powodów przechodzenia na renty i wcześniejsze emerytury [11].

Ubezpieczeni pobierający świadczenia z ZUS z powodu zaburzeń funkcjonowania psychicznego podlegają badaniom psychiatrycznym [12], a w wielu przypadkach także psychologicznym. Badania te wykonywane są również wówczas, kiedy niesprawność organizmu powodowana jest inną przyczyną, ale istnieje podejrzenie występowania zakłóceń w stanie psychicznym ubezpieczonego starającego się o niezdolność do pracy.

Materiał i metody

Celem pracy była analiza wyników przeprowadzonych badań z uwzględnieniem tych zmiennych, które pozwoliły scharakteryzować pod względem psychologicznym badaną populację.

Praca została opracowana na podstawie wyników 381 konsultacji psychologicznych wykonanych dla potrzeb ZUS w Sosnowcu w latach 2003–2008. Wśród świadczeń, o które ubiegały się osoby badane przeważały renta z powodu częściowej lub całkowitej niezdolności do pracy, w tym renta wypadkowa [13]. Ubezpieczeni starali się również o renty rodzinne i socjalne, a także świadczenia rehabilitacyjne i przedemerytalne oraz zasiłki chorobowe [14]. Na badania psychologiczne kierowane były zarówno osoby, które już pobierały z ZUS określony rodzaj świadczeń jak i te, które starały się o nie po raz pierwszy.

Analiza obejmowała wyniki zastosowanych testów osobowościowych, sprawności intelektualnej oraz organicznych. W charakteryzowaniu badanej populacji został również uwzględniony okres aktywności zawodowej, pobierania świadczeń rentowych oraz leczenia psychiatrycznego, który w większości dotyczył osób pozostających na świadczeniach rentowych z powodu zaburzeń psychicznych. Do wykazania różnic między poszczególnymi grupami dotyczących ww. zmiennych zastosowany został test t-Studenta. Za wartość znamiennej statystycznej przyjęto $p < 0,05$. W badaniach wykorzystane zostały dane zawarte w dokumentacji medycznej, w tym wyniki i opinie z badań psychiatrycznych oraz wywiad i obserwacja.

Uzyskane wyniki pozwoliły określić sprawność psychiczną osób badanych pod względem takich właściwości osobowościowych jak: emocjonalność, zachowania społeczne, zdolność do samodzielnego funkcjonowania [15–17]. Umożliwiło to zaklasyfikować stwierdzone zaburzenie albo do grupy zaburzeń emocjonalnych [18–22], albo zaburzeń dotyczących innych sfer funkcjonowania, a także wskazać na ich podłoże [23–26].

Sprawność intelektualna osób badanych mierzona była testem Wechsler WAIS-R(PL), Wechsler-Bellevue

dla Młodzieży i Dorosłych oraz testem B. Biegeleisen.

Do badania osobowości i zaburzeń emocjonalnych zastosowane zostały: Wieloobjawowa Skala Osobowości (S.O.P.E.R) J. Tylka, MMPI –168 M. Matkowski, Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI, Arkusz Samopoznania R. B. Cattell, test Woodworth-Matthewsa. Zaburzenia nerwicowe wykrywane były Kwestionariuszem Objawowym „O”. Poziom depresji mierzyła Skala Montgomery-Åsberg (MADRS) oraz Skala Depresji Becka, a także Test Depresji J. A. Taylor. Zaburzenia otępienne wykazywane były testem Mini-Mentall, zachowania i myśli agresywne Inwentarzem Syndromu Agresji. Do badania organicznych uszkodzeń OUN posłużyła Triada Organiczna: L. Bender, F. Graham – B. Kendall, A. Benton.

Wyniki i omówienie

Ze względu na przyczynę niezdolności do pracy wyszczególnione zostały trzy grupy badanych:

I – osoby starające się o świadczenia z powodu zaburzeń stanu psychicznego,

II – osoby ubiegające się o świadczenia po przebytym wypadku,

III – osoby niezdolne do pracy z powodu schorzeń ogólnych, wśród których przeważały choroby: kręgosłupa, reumatyczna, krążenia, serca, tarczycy, nowotworowa, epilepsja.

Średnia wieku osób badanych wynosiła 46l (19–65). W grupie I (62,58%) i III (52,67%) stanowiły kobiety, w grupie II przeważali mężczyźni (88,42%). Badani z grupy II (46,32%) i III (41,98%) posiadali w większości wykształcenie zawodowe, w I grupie przeważały osoby z wykształceniem średnim (35,48%) (tab. I).

Ponad 40% osób każdej grupy pobierało świadczenia rentowe w okresie 5–10 lat przy średniej nie przekraczającej 8 lat. Przez 1–4 lat przebywało na świadczeniach rentowych ponad 26% osób, a przez 11–20 lat 20% badanych (średnia 12,89 ± 13,52 l).

Analiza wyników między poszczególnymi grupami nie wykazała istotnych statystycznie różnic dotyczących okresu pozostawania na świadczeniach rentowych w latach 1–4 i 11–20. Za znamiennej statystycznie można uznać okres pobierania świadczeń rentowych przez 5–10 lat w odniesieniu do grupy po wypadkach i grupy przebywającej na świadczeniach z ogólnego stanu zdrowia. Mała liczebność osób pobierających świadczenia rentowe dłużej niż 20 lat mogła wpłynąć na obliczenia statystyczne dotyczące tego przedziału czasowego (tab. II).

Najwięcej osób badanej populacji było aktywnych

Tabela I. Charakterystyka badanych osób (informacje ogólne)**Table I.** Characteristics of subjects (general informations)

Grupy badane	Ilość osób	Płeć [%]		Średnia wieku [w latach]		Wykształcenie [%]			
		M	K	M	K	wyż.	śred.	zaw.	podst.
I	155	37,42	62,58	46,81	46,76	5,81	43,23	35,48	15,48
II	95	88,42	11,58	44,51	45,36	5,26	25,26	46,32	23,16
III	131	47,33	52,67	45,24	49,04	6,11	25,19	41,98	26,72

I – osoby pozostające na rencie z powodu zaburzeń stanu psychicznego

II – osoby pozostające na rencie z powodu wypadku

III – osoby pozostające na rencie z ogólnego stanu zdrowia

Tabela II. Okres pobierania świadczeń rentowych (w latach)**Table II.** Period of pension receipt (in years)

Grupy badane	Okres przebywania osób badanych na świadczeniach rentowych											
	1–4 lat			5–10 lat			11–20 lat			pow. 20 lat		
	X	SD	V	X	SD	V	X	SD	V	X	SD	V
I	2,56	1,21	0,47	7,35	1,71	0,23	13,52	2,11	0,16	25,00	0,00	0,00
	I i II p > 0,05			I i II p > 0,05			I i II p > 0,05			I i II p > 0,05		
II	3,11	1,65	0,53	7,95	1,46	0,18	12,89	2,95	0,23	26,50	0,71	0,03
	II i III p > 0,05			II i III p < 0,05			II i III p > 0,05			II i III p < 0,05		
III	2,56	0,98	0,38	7,33	1,72	0,23	13,24	2,41	0,18	21,00	0,00	0,00
	I i III p > 0,05			I i III p > 0,05			I i III p > 0,05			I i III p > 0,05		

X – średnia arytmetyczna

SD – odchylenie standardowe

V – współczynnik zmienności

p – istotność statystyczna

Tabela III. Okres aktywności zawodowej**Table III.** Period of vocational activity

Grupy badane	Aktywność zawodowa osób badanych w latach											
	pow. 30 lat			21–30 lat			11–20 lat			5–10 lat		
	X	SD	V	X	SD	V	X	SD	V	X	SD	V
I	33,50	2,91	0,09	26,20	2,50	0,09	16,20	2,29	0,14	7,69	2,62	0,34
	I i II p > 0,05			I i II p < 0,05			I i II p > 0,05			I i II p < 0,05		
II	34,00	2,16	0,06	24,60	3,00	0,12	15,74	3,32	0,21	8,67	1,72	0,20
	II i III p > 0,05			II i III p > 0,05			II i III p < 0,05			II i III p > 0,05		
III	33,91	2,38	0,07	25,42	2,63	0,10	17,22	2,86	0,17	8,00	1,71	0,21
	I i III p > 0,05			I i III p > 0,05			I i III p < 0,05			I i III p > 0,05		

X – średnia arytmetyczna

SD – odchylenie standardowe

V – współczynnik zmienności

p – istotność statystyczna

zawodowo przez 11–20 lat (37%) oraz 21–30 lat (36,22%). Osoby, które pracowały dłużej niż 30 lat stanowiły 7,1%. W okresie zatrudnienia przez 5–10 lat pozostawało 19% badanych, 3,41% ubezpieczonych do chwili badania nigdy nie podjęło pracy.

Za istotne statystycznie okazały się wyniki dotyczące aktywności zawodowej grupy II i I w okresie 21–30 lat przy średniej $24,60 \pm 26,20$ l oraz grupy II i III (średnia $15,74 \pm 17,22$) w okresie 11–20 lat (tab. III).

W grupie I 100% osób pozostawało w leczeniu psychiatrycznym w PZP lub w prywatnych gabinetach lekarskich, ponad 36% tej grupy to osoby leczone również szpitalnie. W grupie osób uznanych za nie-

zdolne do pracy z ogólnego stanu zdrowia 61,07% było leczonych psychiatrycznie, z tego 16,03% na oddziałach szpitalnych. W grupie II na 44,21% osób leczonych psychiatrycznie, hospitalizowanych było niecałe 10%.

W badanej populacji przeważał okres leczenia 1–5 lat i dotyczył głównie osób z zaburzeniami psychicznymi. Okazał się on istotny statystycznie na poziomie 5% w przypadku I i III grupy przy współczynniku zmienności 0,43 (I) i 0,5 (II). Okres leczenia przez 6–10 lat można uznać za znamienny statystycznie dla grupy II i III przy średniej $7,20 \pm 8,10$ natomiast 11–15 lat dla grupy II i I przy średniej $12,25 \pm 12,80$ oraz II i III (średnia $12,25 \pm 12,87$) (tab. IV).

Tabela IV. Okres korzystania z leczenia psychiatrycznego
Table IV. Period of psychiatric treatment

Grupy badane	Okres leczenia psychiatrycznego w latach											
	1–5 lat			6–10 lat			11–15 lat			pow. 15 lat		
	X	SD	V	X	SD	V	X	SD	V	X	SD	V
I	2,72	1,82	0,67	7,83	1,50	0,19	12,80	1,38	0,11	21,70	3,48	0,16
	I i II p > 0,05			I i II p > 0,05			I i II p < 0,05			I i II p < 0,05		
II	2,38	1,02	0,43	8,1	1,29	0,16	12,25	0,50	0,04	16,00	0,00	0,00
	II i III p > 0,05			II i III p < 0,05			II i III p < 0,05			II i III p < 0,05		
III	2,37	1,41	0,59	7,20	1,36	0,19	12,87	1,28	0,10	19,33	2,08	0,11
	I i III p < 0,05			I i III p > 0,05			I i III p > 0,05			I i III p > 0,05		

X – średnia arytmetyczna
SD – odchylenie standardowe
V – współczynnik zmienności
p – istotność statystyczna

Niski poziom sprawności intelektualnej stwierdzany był przede wszystkim u os. z wykształceniem zawodowym. Powyżej 30% osób każdej grupy reprezentowało przeciętny poziom sprawności intelektualnej. Wysoki poziom umysłowy w I grupie dotyczył 5,16% osób, w II – 4,21%, w III – 3,82% (tab. V). W grupie z zaburzeniami psychicznymi osób z niską sprawnością umysłową było 60,03%, w grupie starającej się o niezdolność do pracy po wypadkach oraz z ogólnego stanu zdrowia osoby te stanowiły ponad 64%. Niską sprawność intelektualną w grupie II uzyskiwały osoby po przebytych wypadkach zarówno z urazami jak i bez urazów głowy (tab. V).

Nie stwierdzono istotnych zależności między sprawnością intelektualną osób pozostających w leczeniu psychiatrycznym ambulatoryjnym, a poziomem umysłowym osób leczonych szpitalnie oraz między poziomem umysłowym, a okresem leczenia

psychiatrycznego.

Ponad 46% osób pozostających na rencie z ogólnego stanu zdrowia oraz po wypadkach uzyskało w testach organicznych wyniki z obszaru patologii. W grupie niezdolnej do pracy z powodu zaburzeń psychicznych wyników patologicznych było 43,53% (tab. VI).

W każdej grupie ok. 40% osób, które miały stwierdzoną patologię w testach organicznych uzyskało niski poziom sprawności intelektualnej.

U badanych przeważały zaburzenia dotyczące emocjonalnej sfery osobowości. W grupie II i III dotyczyły one ponad 70%, w I – 60,71% badanych przypadków.

Osoby z zaburzeniami funkcjonowania społecznego i zachowania w I grupie stanowiły 36,90% stwierdzanych zaburzeń osobowości. W grupie II osób tych było 26,42%, w III – 29,11% (tab. VII).

Tabela V. Sprawność intelektualna osób badanych
Table V. Intellectual ability of subjects

Grupy badane [ilość os. w %]	Poziom sprawności intelektualnej osób badanych			
	wysoki	przeciętny		niski
		dolna	górna	
I	5,16%	10,94%	23,87%	60,03%
II	4,21%	8,42%	23,16%	64,21%
III	3,82%	14,50%	17,56%	64,12%

Tabela VI. Wyniki zastosowanych testów organicznych: L. Bender, F. Graham – B. Kendall, A. Benton
Table VI. Results of organic tests: L. Bender, F. Graham – B. Kendall, A. Benton

Grupy badane [ilość os. w %]	Wyniki uzyskane w testach organicznych		
	norma	pogranicze	patologia
I	8,16%	31,30%	43,53%
II	18,89%	20,00%	46,67%
III	8,53%	20,93%	46,51%

Tabela VII. Zaburzenia funkcjonowania psychicznego stwierdzone na podstawie wyników zastosowanych testów osobowości

Table VII. Mental function disorders diagnosed on the basis of personality tests

Rodzaje zaburzeń	Grupy badane [ilość os. %]		
	I	II	III
Zaburzenia osobowości z przewagą zaburzeń zachowania i funkcjonowania społecznego	36,90%	26,42%	29,11%
Zaburzenia osobowości z przewagą zaburzeń emocjonalnych	61,71%	73,58%	70,89%

Wśród zaburzeń emocjonalnych dominowały stany depresyjne, które w I grupie dotyczyły 54,44% badanych przypadków, w grupie II – 47,06%, w III miało je stwierdzone 52,75% osób. Nasilony lęk w II grupie charakteryzował prawie 28% badanych, w grupie III osoby te stanowiły około 22%, w I – 15,56%. Zaburzenia lękowo-depresyjne w I grupie występowały u 30% ubezpieczonych, w II u 25%, w III u 25,27% osób (tab. VIII).

Ponad 50% badanych przypadków stanowiły osoby z cechami osobowości lękowej. Ok. 30% osób wykazywało zaburzenia sugerujące dezintegrację osobowości. U osób z grupy I, które były aktywne zawodowo przez okres 10–20 lat i 21–30 lat częściej występowały zaburzenia funkcjonowania psychicznego w porównaniu z osobami o krótszym okresie zatrudnienia.

W badaniach psychiatrycznych w I grupie najczęściej stwierdzanymi były zaburzenia depresyjne oraz zaburzenia osobowości ze stanami depresyjnymi, a także zaburzenia lękowo-depresyjne. Przejawiały się one głównie stanami obniżonego nastroju i napędu psychoruchowego, obniżoną aktywnością oraz zaburzeniami snu. Wśród zaburzeń osobowości stwierdzane były przypadki schizoafektywne, a także charakteropatie. W grupie II najczęściej było stwierdzonych organicznych zaburzeń osobowości i zachowania, w tym encefalopatii pourazowej oraz zaburzeń afektywnych z przewagą lęków i depresji. W grupie III przeważały zaburzenia lękowo-depresyjne oraz depresyjne. Stwierdzane były również zaburzenia o obrazie nerwicy oraz pourazowe zaburzenia osobowości i zachowania. Ok. 40% zaburzeń sugerowało związek z organicznym uszkodzeniem OUN.

Tabela VIII. Zaburzenia emocjonalne najczęściej występujące u osób badanych (dane opracowane na podstawie zastosowanych testów psychologicznych, obserwacji, wywiadu)

Table VIII. Emotional disorders most frequent in subjects (data developed on the basis of tests, observations, interview)

Rodzaje zaburzeń emocjonalnych	Grupy badane [ilość os. %]		
	I	II	III
Lękowe	15,56%	27,94%	21,98%
Depresyjne	54,44%	47,06%	52,75%
Lękowo-depresyjne	30,00%	25,00%	25,27%

Wnioski

1. Wśród badanej populacji przeważali ubezpieczeni pobierający świadczenia z ZUS z powodu zaburzeń stanu psychicznego – stanowili oni ponad 40% kierowanych na badania psychologiczne przypadków. O niezdolność do pracy z ogólnego stanu zdrowia starało się prawie 35%, po wypadkach ok. 25% badanych.
2. Po raz pierwszy o świadczenia z ZUS ubiegało się ok. 12% ubezpieczonych wśród których przeważały osoby starające się o niezdolność do pracy z powodu zaburzeń stanu psychicznego.
3. U osób z dłuższym okresem zatrudnienia pozostających na świadczeniach rentowych z powodu zaburzeń psychicznych częściej wykazywane były nieprawidłowości funkcjonowania psychologicznego. W niewielkim stopniu okres aktywności zawodowej korelował z funkcjonowaniem psychicznym osób ze schorzeniami ogólnymi. Nie stwierdzono takiej zależności w grupie po wypadkach.
4. Wyniki nie wykazały istotnego związku między sprawnością umysłową badanych, a aktywnością zawodową oraz okresem pozostawania w leczeniu psychiatrycznym. Niższy poziom intelektualny korelował z patologią w testach organicznych.
5. Problemy dotyczące funkcjonowania psychicznego wykazywane były w każdej grupie. W najmniejszym stopniu z leczenia psychiatrycznego korzystały osoby przebywające na rencie z powodu przebytych wypadków.
6. Ok. 70% stwierdzanych zaburzeń funkcjonowania psychicznego dotyczyło sfery emocjonalnej osobowości. Pozostałe 30% wskazywało na zaburzenia funkcjonowania społecznego i zachowania sugerując utrwalone zmiany w strukturze osobowości i jej dezintegrację.
Najczęściej wykazywanymi zarówno w badaniach psychologicznych jak i psychiatrycznych były zaburzenia depresyjne oraz lękowo-depre-

syjne. Ponad 20% przypadków określone zostało jako nerwicowe z wysoką somatyzacją emocji. Wśród zaburzeń afektywnych dominowały zaburzenia afektywne jednobiegunowe /depresyjne nawracające/o podłożu organicznym.

7. Organiczne podłoże zaburzeń funkcjonowania psychicznego przeważało u osób niezdolnych do pracy z powodu przebytego wypadku oraz ogólnego stanu zdrowia.

Piśmiennictwo

1. Adler N., Stone G.: Psychologia, a system opieki zdrowotnej. Nowiny Psychologiczne, 1986; 3-4: 40-92.
2. Rezolucja Parlamentu Europejskiego z 19.02.2009 w sprawie zdrowia psychicznego [2008/2009(INI)].
3. Karta Ottawska. Zdrowie i promocja zdrowia (w:) Karski J.B., Słońska Z., Wasilewski B.W. (red.). Promocja zdrowia. Sanmedia. Warszawa 1994: 423-429.
4. Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, Projekt Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29.10.2009.
5. Dąbrowski K.: Zdrowie psychiczne. PWN, Warszawa 1985.
6. J. Heitzman, J.: Zagrożenia stanu zdrowia psychicznego Polaków. Nauka, 2010; 4: 53-59.
7. CBOS – Polacy o niepokojach, zagrożeniach i oczekiwaniach dotyczących zdrowia psychicznego. Komunikat z badań BS/105/2008. Warszawa, lipiec 2008.
8. Horney K.: Neurotyczna osobowość naszych czasów. PWN, Warszawa 1976.
9. Tylka J.: Psychospołeczne aspekty wyzwań cywilizacyjnych a zagrożenia zdrowotne. Sztuka Leczenia, 2000; 3: 33-40.
10. Płużek Z.: Kryzysy psychologiczne i rodzaje kryzysów osobowościowych (w:) D. Kubacka-Jasiecka, A. Lipowska-Teutsch (red.): Oblicza kryzysu psychologicznego i pracy interwencyjnej. Wydawnictwo ALL, Kraków 1997: 113-130.
11. Ustawa o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych z 17.12.1998 (Dz. U. Nr162, poz. 1118).
12. Śpila B., Makara-Studzińska M., Skorska M., Urbańska A. Analiza leczenia psychiatrycznego w grupie osób opiniowanych dla celów rentowych. Psychiatr. Pol. 2002; 36 (6 supl.): 339-346.
13. Ustawa o ubezpieczeniu społecznym z tytułu wypadków przy pracy i chorób zawodowych z 30.10.2002 (Dz. U. Nr199, poz 1673).
14. Ustawa o rencie socjalnej z 27.06.2003(Dz. U. Nr135, poz. 1268).

15. Antonowski, A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
16. Strelau J.: Osobowość jako zespół cech (w:) Strelau J. (red.): Psychologia. GWP, Gdańsk 2000; 2: 525-560.
17. Heszen-Klemens I.: Poznawcze uwarunkowania zachowania się wobec własnej choroby. Ossolineum, Wrocław 1979.
18. Tylka J.: Psychosomatyka. Wydawnictwo UKSW, Warszawa 2000.
19. Rybakowski J.: Oblicza choroby maniakalno-depresyjnej. Termedia, Poznań 2008.
20. Heitzman J.: Zaburzenia nerwicowe, związane ze stresem i pod postacią somatyczną. PZWL, Warszawa 2007: 131-147.
21. Heizman J., Wojnar N.: Zaburzenia i choroby afektywne (w:) Heizman J. (ed.): Psychiatria-podręcznik dla studiów medycznych. PZWL, Warszawa 2007: 107-130.
22. Pużyński S.: Depresje. PZWL, Warszawa 1988.
23. Bandura, A.: Self-efficacy mechanism in physiological activation and health promoting behavior (w:) Madden J (red.): Neurobiology of learning, emotion and affect. Raven Press, New York 1991: 229-270.
24. Kozubski W, Liberski P.P.: Choroby układu nerwowego. PZWL, Warszawa 2003.
25. Caramazza, A.: The logic of neuropsychological research and the problem of patient classification in aphasia. Brain and Language, 1984, 21: 9-20.
26. Herzyk A.: Zaburzenia emocjonalne w dysfunkcjach mózgowych (w:) Herzyk A., Kędzielawa D. (red.): Zaburzenia w funkcjonowaniu człowieka z perspektywy neuropsychologii klinicznej. Wydawnictwo UMCS, Lublin 1996: 205-238.

Adres do korespondencji:

Grażyna Jurczyńska

41-200 Sosnowiec, ul. Czeladzka 57/27

tel. 518 385 440

e-mail: g.jurczynska@imp.sosnowiec.pl