

mgr Kinga Kot

Zaburzenia nastroju u chorych leczonych z powodu celiakii

Rozprawa na stopień naukowy doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu
w dyscyplinie nauki medyczne

Promotor: dr hab. n. o zdrowiu Ewa Misterska



Kolegium Nauk Medycznych
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Poznań, 2021

*Serdeczne podziękowania dla Pani promotor
dr hab. n. o zdr. Ewie Misterskiej
za poświęcony czas, wsparcie i wyrozumiałość, a także
za udzielenie wszechstronnej pomocy naukowej
w opracowaniu niniejszej pracy.*

*Składam również wyrazy wdzięczności dla
dr hab. n. med. Iwony Kreli- Kazmierczak,
która również przyczyniła się do napisania
niniejszej pracy udzielając wsparcia oraz
merytorycznych wskazówek.*

*Szczególne podziękowania dla
Rodziny za pomoc i wsparcie,
którym obdarzali mnie każdego dnia.*

SPIS TREŚCI

1. Wykaz stosowanych skrótów.....	6
2. Wstęp.....	8
2.1. Celiakia.....	9
2.1.1. Epidemiologia.....	9
2.1.2. Etiologia.....	10
2.1.3. Symptomatologia.....	11
2.1.4. Diagnostyka.....	12
2.2. Zaburzenia zdrowia psychicznego u chorych z celiakią.....	14
2.2.1. Zaburzenia nastroju u osób z celiakią.....	14
2.3. Aleksytymia.....	15
2.3.1. Etymologia pojęcia.....	15
2.3.2. Etiologia aleksytymii.....	15
2.3.3. Powiązania aleksytymii z zaburzeniami psychosomatycznymi.....	16
2.3.4. Aleksytymia u osób z celiakią.....	17
3. Założenia, cele badań i hipotezy badawcze.....	18
3.1. Założenia.....	18
3.2. Cele badań i hipotezy badawcze.....	18
4. Materiał i metody.....	20
4.1. Zmienne zależne, niezależne i ich operacjonalizacja.....	20
4.2. Projekt badania.....	22
4.3. Kryteria włączenia do badań.....	23
4.4. Oszacowanie wielkości próby badawczej.....	23
4.5. Obszar i organizacja badań.....	23
4.6. Metody badawcze.....	24
4.6.1. Skala badania symptomów depresji CES-D.....	24
4.6.2. Inwentarz Depresji Becka BDI.....	24

4.6.3. Kwestionariusz Triady Poznawczej CTI.....	25
4.6.4. Polski Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI.....	25
4.6.5. Kwestionariusz PASTAS.....	26
4.6.6. Skala Pomiaru Aleksytymii TAS- 26.....	26
4.6.7. Kwestionariusz oceny ciała BES.....	26
4.6.8. Ocena Zdrowia Psychicznego według Goldberga GHQ- 28.....	27
4.7. Metody statystyczne.....	28
4.8. Zagadnienia etyczne.....	28
5. Wyniki badań.....	29
5.1. Dane społeczno-demograficzne	29
5.2. Dane kliniczne i dotyczące stosowania diety bezglutenowej w grupie chorych z celiakią.....	31
5.3. Wyniki badania psychologicznego.....	34
5.4. Analiza statystyczna związków pomiędzy zmiennymi zależnymi i niezależnymi.....	42
5.4.1. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy CES-D, a danymi zebranymi za pomocą CTI, BES, TAS-26 oraz GHQ-28.....	42
5.4.2. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy BDI, a CTI, BES, TAS-26 oraz GHQ-28.....	44
5.4.3. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy STAI, a CTI, BES, TAS-26, GHQ-28.....	46
5.4.4. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy PASTAS A i B, a CTI, BES, TAS-26, oraz GHQ-28.....	48
5.4.5. Zależności między wynikiem ogólnym PASTAS, a CTI, BES, TAS-26, GHQ-28.....	52
5.4.6. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy zmiennymi społeczno-demograficznymi, klinicznymi oraz związanymi z podporządkowaniem się zaleceniom stosowania diety bezglutenowej, a zmiennymi psychologicznymi.....	54
6. Dyskusja.....	70

7. Wnioski.....	85
8. Streszczenie.....	86
9. Abstract.....	89
10. Piśmiennictwo.....	92
11. Spis tabel.....	105
12. Załączniki.....	108

1. Wykaz stosowanych skrótów

AF	atrakcyjność fizyczna
AS	atrakcyjność seksualna
BDI	Inwentarz Depresji Becka (ang. Beck Depression Inventory)
BES	Skala Oceny Ciała (ang. Body Esteem Scale)
CCK	cholecystokinina (ang. cholecystokinin)
CES-D	Skala depresji (ang. Center for Epidemiologic Studies- Depression Scale)
ChLC	choroba Leśniowskiego- Crohna
CTI	Kwestionariusz Triady Poznawczej (ang. Cognitive Triad Inventory)
EMA	przeciwciała przeciwendomyszjalne (ang. anti-endomysial antibody)
ESPGHAN	Europejskie Towarzystwo Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci (ang. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition)
GHQ-28	Ocena Zdrowia Psychicznego według D. Goldberga (ang. General Health Questionnaire-28)
HLA-DQ2	haplotyp genowyDQ2 (ang. human leukocyte antigens DQ2)
HLA-DQ8	haplotyp genowy DQ8 (ang. human leukocyte antigens DQ8)
IgA	selektywna immunoglobulinaA (ang. selective immunoglobulin A)
IgA-ARA	przeciwciała IgA przeciw retikulinie (ang. IgA anti-reticulin antibodies)
IgA-EMA	przeciwciał a IgA przeciwko endomysium mięśni gładkich (ang. antibodies and IgA against the smooth muscle endomysium)
KF	kondycja fizyczna

KW	kontrola wagi
OS	odchylenie standardowe
PASTAS	Skala Lęku-Cechy i Lęku-Stanu wobec wyglądu fizycznego (ang. Physical Appearance State And Trait Anxiety Scale)
SC	siła ciała
STAI	Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (ang. State And Trait Anxiety Inventory)
TAS-26	Torontowska Skala Aleksytymii (ang. Toronto Alexithymia Scale-26)
WZJG	wrzodziejące zapalenie jelita grubego
HLA-DR3	haplotyp antygenu leukocytowego (ang. leukocyte antigen haplotype)
HLA-B8	haplotypowy antygen leukocytowy B serotypu (ang. haplotype serotype B leukocyte antigen)

2. Wstęp

Choroba stanowi element nieodłączny życia człowieka. Opanowanie większości chorób zakaźnych powodujących w przeszłości największą śmiertelność, procesy starzenia się ludności oraz niekorzystne dla zdrowia człowieka zmiany w środowisku naturalnym sprzyjają rozpowszechnianiu innego typu schorzeń– cywilizacyjnych o przewlekłym charakterze [1].

Podjęcie problematyki celiakii na gruncie psychologii wydaje się zasadne z kilku względów. Czynniki psychologiczne stanowią istotny aspekt w genezie wielu chorób (np. choroby wieńcowej serca, choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, chorobie nowotworowej) [2]. Obecna wiedza medyczna w tym obszarze jest szeroko wykorzystywana w profilaktyce i terapii tych schorzeń, w celu poprawy jakości życia pacjentów. W patogenezie i przebiegu celiakii czynniki psychiczne odgrywają istotną rolę [3]. Względy te przyczyniły się do podjęcia badań w tym zakresie.

Po drugie, pojęcie choroby charakteryzuje się złożonością. To nie tylko problem zdrowotny, czyli zaburzenie biologicznego funkcjonowania organizmu, ale ma także dla chorego wymiar psychologiczny. Wymiar ten nabiera znaczenia w momencie gdy choroba w znacznym stopniu zaburza codzienne funkcjonowanie chorego, wpływa na jego poczucie bezpieczeństwa, relacje z innymi, uniemożliwiając tym samym zaspokajanie ważnych potrzeb życiowych [2].

Po trzecie, wreszcie, dużą rolę w przebiegu celiakii odgrywa wymiar społeczny choroby. Negatywne reakcje i zachowania innych są dla osób chorych na celiakię źródłem dodatkowego stresu o charakterze psychospołecznym. Należy podkreślić, że obok zaspokojenia głodu, sytuacje związane z konsumpcją pełnią również funkcję psychologiczną, sprzyjając emocjonalnemu dobrostanowi oraz stanowią źródło zachowań społecznych [4]. W tym kontekście, zmiana dotychczasowego stylu życia pod wpływem leczenia dietą bezglutenową może przyczyniać się do odczuwania lęku i wycofania z życia społecznego. Wsparcie psychologiczne może w znaczący sposób pomóc chorym w radzeniu sobie z własną chorobą i jej psychospołecznymi konsekwencjami.

W literaturze polskojęzycznej brakuje doniesień o funkcjonowaniu chorych z celiakią w kontekście zaburzeń nastroju. Dodatkowo, niewielka świadomość psychologicznych aspektów choroby u chorych wynika zapewne w dużym stopniu z braku publikacji w języku polskim, które popularyzowałyby to zagadnienie.

W literaturze anglojęzycznej problematyka ta była przedmiotem badań i licznych doniesień [10, 12, 13, 18, 19, 25, 26].

2.1. Celiakia

Celiakia (choroba trzewna)– jest chorobą autoimmunologiczną, będącą wynikiem nietolerancji glutenu zawartego w zbożach, doprowadzająca do zaburzeń trawienia i wchłaniania w przewodzie pokarmowym, głównie w jelicie cienkim [6].

Początkowo uznawana była za schorzenie występujące tylko u dzieci, które ustępuje wraz z wiekiem [6]. W 2012 zostały opublikowane wytyczne ze strony Europejskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci (European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition-ESPGHAN) w zakresie diagnostyki i leczenia celiakii w stosunku do dzieci [7]. Natomiast w roku 2021 została opublikowana uzupełniona wersja wytycznych ESPGHAN [8]. Zmieniła się zarówno definicja samej choroby, z niegdyś uznanej za rzadko występującą enteropatię, na jednostkę kliniczną, mającą wpływ na wiele narządów w organizmie, silnie sprzężoną z genetyką. Zmianie uległy również kryteria diagnostyczne choroby [6, 7, 8]. W odniesieniu do dorosłych z badań przeprowadzonych przez Efthymakis i wsp. [10] w których ocenili możliwości zastosowania kryteriów ESPGHAN i ocenę dokładności serologii w przewidywaniu choroby wynikało, że możliwe jest zastosowanie strategii oszczędzania biopsji u niektórych dorosłych.

2.1.1. Epidemiologia

W ostatnich trzydziestu latach zanotowano wzrost wykrywalności nowych przypadków zachorowania celiakię, co zapewne wynika w znacznej mierze z coraz większej świadomości populacji na temat tego schorzenia, jak również ze względu na wprowadzenie czułych i swoistych badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej [15–17]. Obecnie szacuje się, że w krajach Europy i Ameryce Północnej z celiakią zmagają się średnio 1: 100-200 mieszkańców, przy czym chorobę dwukrotnie częściej diagnozuje się u kobiet niż u mężczyzn [18]. W Polsce nie prowadzi się krajowego rejestru chorych z celiakią, jednak szacuje się, że częstość jej występowania może wynosić nawet 1/100 osób [19, 20].

Częstość występowania celiakii jest wyższa u krewnych pierwszego stopnia (10–15%) oraz w innych grupach ryzyka, zwłaszcza wśród pacjentów z zespołem

Downa, cukrzycą typu 1 lub niedoborem selektywnej immunoglobulinie A (ang. selective immunoglobulin A, IgA) [21].

2.1.2. Etiologia

Celiakia jest przewlekłą chorobą przewodu pokarmowego o nieustalonej etiologii, a jej wystąpienie wyjaśnia kilka hipotez tłumaczących mechanizm prowadzący do uszkodzenia błony śluzowej jelita cienkiego [5]. Jedną z przyczyn celiakii jest rozpatrywana w oparciu o tzw. teorię toksyczną. Hipotezą tej teorii jest istnienie zaburzeń enzymatycznych, tzw. dysenzymatozy, która odpowiedzialna jest za nieprawidłowe trawienie glutenu. Ten w swojej formie nierozłożonej wykazuje działanie toksyczne na enterocyty (komórki jelitowe) [6]. O immunologicznym podłożu celiakii świadczy produkcja przez organizm przeciwciał przeciwgliadynowych (wykrywanych w badaniu krwi) oraz obecność w błonie śluzowej jelita cienkiego nacieków limfocytarnych z przewagą komórek T [6].

Drugą z hipotez braną pod uwagę w etiologii celiakii jest hipoteza autoagresji organizmu [9]. Autoagresja jest to zjawisko polegające na zaistnieniu odpowiedzi immunologicznej przeciwko własnym, prawidłowym komórkom organizmu. W surowicy chorego na celiakię wykrywane są specyficzne przeciwciała, np. przeciwciała a IgA przeciwko endomysium mięśni gładkich (ang. antibodies and IgA against the smooth muscle endomysium, IgA-EMA), przeciwciała IgA przeciw retikulinie (ang. IgA anti-reticulin antibodies, IgA-ARA), współistniejące z innymi chorobami z autoagresji np. z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit, wrzodziejące zapalenie jelita grubego (WZJG) i choroba Leśniowskiego- Crohna (ang. Crohn's disease, ChLC), toczniem układowym, sarkoidozą [9]. Oznaczenie przeciwciał przeciw transglutaminazie tkankowej (anty-tTG) w klasach IgA i IgG metodą ELISA w surowicy jako przydatne w diagnostyce choroby [10].

Kolejna z hipotez przyczyn celiakii podkreśla znaczenie predyspozycji genetycznych. Wykazano istnienie ścisłego związku między celiakią, a antygenami zgodności tkankowej haplotyp genowy (ang. human leukocyte antigens, HLA-DR3 i/lub DR7, DC3, HLA-B8 [9, 8].

Dzięki stałym postępom badań i obserwacji klinicznych wiemy dziś, że celiakia jest nie tylko chorobą jelit, ale też całego ustroju. Podsumowując, wywołana jest przez genetycznie uwarunkowaną nieprawidłową odpowiedź immunologiczną organizmu na

spożywany gluten. Rozwój celiakii jest więc wynikiem współdziałania czynników immunologicznych, genetycznych oraz środowiskowych [18].

Predysponowane do zachorowania na celiakię są osoby rodzinnie obciążone, zhaplotypem HLA-DQ2 i HLA-DQ8 [9]. Geny te występują aż u 80–90% chorych na celiakię [20, 86, 99]. Ze względu na dużą zawartość proliny w glutenie, immunogenne fragmenty glutenu nie podlegają całkowitej degradacji w świetle jelita i w efekcie przy udziale swoistych limfocytów T dochodzi do zainicjowania reakcji immunologicznej skierowanej przeciwko komórkom nabłonka jelita i w konsekwencji– jego stopniowego niszczenia. W przypadku celiakii patologiczna odpowiedź immunologiczna organizmu skierowana jest przeciw enzymowi–transglutaminazie tkankowej, która staje się autoantygenem. W surowicy krwi, aż u 40–90% pacjentów wykrywa się charakterystyczne dla tej choroby przeciwciała przeciw transglutaminazie tkankowej i endomysium [99]. Gluten jest głównym czynnikiem środowiskowym inicjującym rozwój celiakii [13].

Gluten to substancja białkowa, w skład której wchodzi gliadyna– będąca białkiem z grupy prolaminy oraz glutenina– białko z grupy glutelin pszenicy. Za wywoływanie objawów choroby odpowiedzialna jest gliadyna. Do produktów zawierających dużą ilość glutenu należą: mąka pszenna, mąka żytnia, makarony zwykłe, pieczywo zwykłe (chleb biały i razowy, bułki) i chrupkie, kasze (manna, jęczmienna, płatki owsiane, pęczak), ciasta, herbatniki oraz inne słodczyce zawierające mąkę pszenną [13].

2.1.3. Symptomatologia

Ze względu na rodzaj i stopień nasilenia objawów, a także stan błony śluzowej jelit, celiakia może przebiegać w 3 postaciach klinicznych: pełnoobjawowej, ubogoobjawowej i latentnej [13]. Postać pełnoobjawowa manifestuje się klinicznie przewlekłą biegunką (obfite, cuchnące, tłuszczowe stolce), wzdęciami i bólami brzucha, niedoborem masy ciała (u dzieci obserwujemy niski wzrost, opóźnione pokwitanie), zaburzeniami zachowania, bólami kostno-stawowymi, niedokrwistością, obwodowymi obrzękami (w cięższych przypadkach rozwija się wodobrzusze) oraz objawami związanymi z niedoborem witamin, makro i mikroelementów [14]. Wystąpić mogą objawy spoza przewodu pokarmowego: niedokrwistość, osteoporoza i osteopenia, skłonność do krwawień, objawy neurologiczne (parestezje, osłabienie mięśniowe,

ataksja, napady drgawkowe), skórne, zaburzenia hormonalne (brak miesiączki, opóźnione miesiączkowanie, niepłodność).

W badaniu fizykalnym w przypadku postaci jawnej celiakii można zauważyć: wzdęty, uwypuklony ponad poziom klatki piersiowej brzuch, znaczne wychudzenie, hipotonię ortostatyczną, obrzęki obwodowe, wybroczyny na skórze, nadmierne rogowacenie skóry lub cechy *dermatitis herpetiformis*, zajady w kącikach ust i zapalenie języka, obwodową neuropatię, objaw Chvostka lub Trousseau, jak również zmęczenie i rozdrażnienie u pacjenta [9].

Postać ubogoobjawowa (skąpoobjawowa) może ujawnić się w każdym wieku, a jej obraz chorobowy jest niezmiernie zróżnicowany. W obrazie błony śluzowej jelita widoczne są zmiany charakterystyczne dla celiakii, jednakże cofają się one po zastosowaniu diety bezglutenowej, bez towarzyszących objawów typowych dla choroby aktywnej [9]. W tej postaci mogą występować: niedokrwistość, hipercholesterolemia, zaburzenia neurologiczne (ataksja, neuropatia obwodowa), oraz próchnica zębów [12].

Postać latentną (utajoną) rozpoznajemy ją, gdy u osób z prawidłowym wynikiem biopsji jelita cienkiego stwierdza się obecność przeciwciał antyendomysialnych w klasie IgA [12]. U osób z tą postacią nie można wykluczyć, iż w przyszłości dojdzie do zaniku kosmków jelitowych [13].

W zależności od wieku pacjenta, w obrazie choroby dominują różne objawy, przy czym najczęściej celiakia ma przebieg nietypowy, monosymptomatyczny. Dominuje wówczas jeden objaw np. tężyżka, wczesna osteopenia czy osteoporoza, niedokrwistość, skaza krwotoczna, objawy neurologiczne, psychiatryczne, uszkodzenie wątroby, zaburzenia płodności, hipoplazja szkliwa lub zaparcia [13]. Objawy choroby mogą pojawić się lub nasilić w związku z infekcją, zabiegiem operacyjnym, a u kobiet dodatkowo w związku ze zmianami hormonalnymi w przebiegu ciąży.

2.1.4. Diagnostyka

Wytyczne ESPGHAN z 2012 roku które zostały zweryfikowane i opublikowane w 2020 roku pokazują, że największe znaczenie w rozpoznaniu choroby ma nie tylko oznaczenie alleli HLA-DQ2 i/lub HLA-DQ8, ale także oznaczenie przeciwciał przeciw transglutaminazie tkankowej w klasie IgA i przeciwciał przeciw endomysyjnym (ang. anti-endomysial antibody, EMA), całkowite stężenie IgA, a także w odniesieniu do dorosłych pacjentów biopsja jelita cienkiego z oceną błony śluzowej zgodnie z klasyfikacją Marsha [9, 10, 21, 22].

Badanie endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego umożliwia ocenę dwunastnicy, która stanowi początkowy odcinek jelita cienkiego. Objawy endoskopowe celiakii charakteryzują się wygładzeniem i zmniejszeniem liczby fałdów błony śluzowej dwunastnicy, ich karbowaniem (ubytkami lub wcięciami na ich szczytach) oraz grudkowym wyglądem błony śluzowej [23]. Na chorobę trzewną może wskazywać obraz spłaszczonych lub całkowity zanik fałdów błony śluzowej, jej nierówna powierzchnia czy przeświecanie naczyń krwionośnych. Biopsja stanowi podstawę w rozpoznaniu celiakii, badania serologiczne nie mogą jej zastąpić. Ogromną zaletą badania endoskopowego jest możliwość pobrania kilku wycinków z różnych miejsc do badania mikroskopowego, co daje odpowiedź na pytanie, czy występuje zanik kosmków jelitowych. Histopatologiczne rozpoznanie zaniku kosmków jest konieczne w rozpoznaniu celiakii [23].

W diagnozie celiakii uwzględnia się również stan zapalny błony śluzowej jelita. Zmiany w błonie śluzowej ocenia się według skali Marsha lub zmodyfikowanej skali Marsha, w której bierze się pod uwagę liczbę śródnabłonkowych limfocytów T na 100 erytrocytów, architekturę i stopień zaniku kosmków jelitowych oraz wygląd krypt jelitowych [24]. Skala zakłada 4 stopnie: stopień 0- charakterystyczny jest dla obrazu prawidłowej błony śluzowej jelita, stopień 1- charakteryzuje się zwiększonym odsetkiem śródnabłonkowych limfocytów ($> 30\%$), stopień 2- zwiększoną obecnością komórek zapalnych oraz wzrostem proliferacji komórek krypt jelitowych z zachowaną architekturą kosmków jelitowych, a stopień 3- łagodną (A), umiarkowaną (B), subtotalną lub totalną atrofią kosmków jelita cienkiego. Stopień 4- ukazuje obraz całkowitej hipoplazji błony śluzowej jelita cienkiego [20]. W przebiegu choroby trzewnej dochodzi również do aktywacji limfocytów B, które wytwarzają charakterystyczne przeciwciała, będące markerami choroby [20, 26].

Wszelkie powikłania w następstwie celiakii wynikają z niedoborów na skutek żywienia. Wyniszczenie śluzówki jelita cienkiego w konsekwencji prowadzi do zmniejszenia wydzielania hormonów pankreatotropowych, jak sekretyna i cholecystokinina (ang. cholecystokinin, CCK), skutkuje to na zmniejszeniem wydzielania przez trzustkę enzymów trawiennych oraz zmniejszeniem dopływu żółci do dwunastnicy. W konsekwencji dochodzi do zaburzenia wchłaniania zarówno białek, tłuszczów jak również witamin z grupy A, D, E, K.

Podsumowując, w przeciągu ostatnich lat nastąpiły znaczące zmiany w diagnostyce, patogenezie i historii schorzenia [26], przy czym celiakia przeszła

prawdziwą „metamorfozę” ze względu na stały wzrost liczby rozpoznania choroby, nawet u pacjentów geriatrycznych [26].

2.2. Zaburzenia zdrowia psychicznego u chorych z celiakią

Obciążenia psychiczne występujące u pacjentów z celiakią może wynikać z kilku powodów. Po pierwsze długotrwałe okresy złego stanu zdrowia, zarówno ciągle i epizodycznie występujących objawów ze strony układu żołądkowo- jelitowego, często od wczesnego dzieciństwa, mogą negatywnie wpływać na przebieg rozwoju dziecka. Po drugie, obciążenie może stanowić świadomość faktu, że choroba ma charakter przewlekły i nieuleczalny. Po trzecie, trudności związane z przestrzeganiem bezglutenowego schematu diety, zakłóca regularne codzienne życie (praca, rozrywka itp.) [26]. Powyższe czynniki mogą skutkować nadmiernym przeciążeniem psychicznym.

Czynnikami, które mogą istotnie wpływać na jakość życia chorych z celiakią są liczne choroby współwystępujące u tych pacjentów. Zaburzenia zdrowia psychicznego oraz powikłania neurologiczne stwierdza się aż u 22% chorych [13], w tym między innymi zaburzenia ze spektrum autyzmu, nadpobudliwość psychoruchową z deficytem uwagi, zaburzenia depresyjne, dystymię, zaburzenia lękowe, aleksytymię, schizofrenię, zespoły padaczkowe, neuropatię, ataksję, czy bóle migrenowe [30- 48].

2.2.1. Zaburzenia nastroju u osób z celiakią

Na rolę emocji i stresu w chorobie trzewnej zwraca się uwagę od lat, wiedza ta nie znalazła szerszych i praktycznych eksplikacji w medycynie [13]. Na jakość życia tych osób mogą wpływać czynniki somatyczne takie jak: bóle brzucha, biegunka, wzdęcia, niedożywienie, choroby współistniejące, jak również zaburzenia równowagi psychosomatycznej oraz konieczność przestrzegania diety [13].

Wiele badań wskazuje na częstsze występowanie depresji lub pojedynczych objawów depresyjnych u osób cierpiących na choroby somatyczne w porównaniu z populacją ogólną. Obecność choroby somatycznej wydaje się istotnym czynnikiem ryzyka zachorowania na dużą depresję [28]. Objawy depresyjne można stwierdzić u ponad 40% osób przebywających w szpitalach z przyczyn somatycznych, a ich nasilenie nie zależy ani od ciężkości podstawowego schorzenia, ani też od liczby poprzednich hospitalizacji [28, 32].

Zaburzenia depresyjne są szczególnym tego przykładem, między innymi ze względu na duże rozpowszechnienie depresji, jej znaczące konsekwencje psychospołeczne oraz licznie towarzyszące jej wieloukładowe procesy patofizjologiczne [16].

Zwiększone ryzyko wystąpienia objawów depresyjnych u pacjentów z celiakią można wytłumaczyć kilkoma mechanizmami. Po pierwsze, nieprzestrzeganie przepisów dietetycznych i utrzymujące się zaburzenia wchłaniania mogą w znaczący sposób wpływać na utrzymanie się niedoborów żywieniowych [36], co może zwiększać ryzyko wystąpienia epizodów depresji [37]. Po drugie, niedobory żywieniowe mogą być konsekwencją ściśle restrykcyjnego zastosowania diety bezglutenowej. Wiele ziaren bezglutenowych nie zawiera z natury tiaminy, ryboflawiny, niacyny, kwasu foliowego i żelaza [38]. Po trzecie, ze względu na ścisły schemat diety, pacjenci z celiakią mogą uniknąć sytuacji społecznych, które wiążą się z jedzeniem [4]. Ponadto, należy mieć na uwadze, że życiu z celiakią towarzyszy poczucie nieufności i konieczność zachowania ciągłej czujności w związku z brakiem zaufania innym, że są w stanie zapewnić osobie chorej bezpieczne posiłki [4].

2.3 Aleksytymia

2.3.1 Etymologia pojęcia

Etymologicznie termin aleksytymia oznacza „brak słów dla emocji”. Do psychologii został wprowadzony przez Petera Sifneosa w 1973 r. i według pierwotnej definicji obejmował takie cechy, jak niezdolność do identyfikacji uczuć, a także wykorzystania języka do ich opisu, trudność w różnicowaniu emocji i wrażeń somatycznych, ubóstwo w zakresie marzeń i fantazji oraz operacyjny styl myślenia [63].

2.3.2. Etiologia aleksytymii

Etiologia aleksytymii nie jest jednorodna. Freyberger różnicuje aleksytymię na pierwotną o podłożu genetycznym (biologicznym) oraz wtórną, która wynika z doświadczenia traumy. Z kolei Bermond wyróżnia aleksytymię typu I oraz typu II. Typ I charakteryzuje się niską świadomością pobudzenia emocjonalnego, jak również niską sprawnością poznawczą w odniesieniu do identyfikowania, werbalizowania i analizowania emocji. W typie II aleksytymii zdolność do doświadczania emocji jest

zachowana, jednak występuje deficyt kompetencji poznawczych w obszarze przetwarzania informacji o emocjach [64].

Przeglądu teorii etiologicznych aleksytymii w polskim piśmiennictwie dokonali Matuszewski i Ścigała oraz Schier [63, 65]. Wspólnym mianownikiem wszelkich koncepcji aleksytymii jest ich zdanie, że wystarczające wykształcenie się reprezentacji emocji.

Aleksytymia określana jest również „ślepotą emocjonalną” i może być postrzegana jako cecha, którą każdy z nas ma w pewnym natężeniu [63]. Jak wskazują Maruszewski i Ścigała, osoby z aleksytymią cechują również trudności w rozpoznawaniu emocji u innych ludzi [65].

Podsumowując, trudność w określeniu własnych emocji przejawia w aleksytymii na trzech płaszczyznach: psychicznej regulacji emocji (stąd zachowania rozładowujące lub unikanie sytuacji stymulujących), wskaźników behawioralnych (dominujący styl poznawczy skierowany na bodźce zewnętrzne, jak również brak zachowań empatycznych), oraz wskaźników fizjologicznych [65].

2.3.3. Powiązania aleksytymii z zaburzeniami psychosomatycznymi

Już w pierwszych pracach nad aleksytymią pojawiły się próby opisu jej, jako trwałego syndromu osobowości, zwiększającego prawdopodobieństwo rozpoznania zaburzeń psychosomatycznych [40]. Ponadto, osoby z aleksytymią częściej dostrzegają u siebie symptomy określone, jako psychosomatyczne. Dodatkowo, jak wskazują Halicka i Herzog-Krzywoszańska, aleksytymia wiąże się nie tylko z obniżoną refleksyjnością psychiczną, ale także z podwyższonym poziomem hipochondrii [63].

Najbardziej specyficznym czynnikiem predykcyjnym somatyzacji u osób z aleksytymią wydają się trudności w identyfikowaniu emocji [63]. Dokonując przeglądu szeregu badań w analizowanym obszarze, Taylor i Bagby [64] twierdzą, że aleksytymia może się wiązać z podwyższonymi wskaźnikami somatyzacji ze względu na trzy różne i niezależne sposoby: 1) skoncentrowanie, amplifikacja i błędna interpretacja doznań somatycznych towarzyszących pobudzeniu emocjonalnemu, mogą prowadzić do somatyzacji i podwyższonych wskaźników hipochondrii, 2) skłonność do psychologicznego dystresu oraz doświadczanie stanu nie zróżnicowanego, negatywnego afektu, mogą sprzyjać zaburzeniom afektywnym, 3) zwiększona aktywność autonomicznego układu nerwowego i podwyższona odpowiedź neuroendokrynną u

osób z aleksytymią stwarzają sytuacje sprzyjające rozwojowi chorób somatycznych [63].

2.3.4. Aleksytymia u osób z celiakią

Pierwsze próby weryfikacji hipotez o związkach pomiędzy aleksytymią, a celiakią oraz nietolerancją glutenu pojawiły się dopiero w trakcie ostatniej dekady [29, 30, 31]. Collin i wsp. [30] nie potwierdzili zależności pomiędzy podwyższonym poziomem aleksytymii, a diagnozą celiakii oraz pozostawaniem na diecie bezglutenowej, jednakże Kreitler i Kreitler [31] wskazali na wyższy poziom aleksytymii w grupie chorych z celiakią, w porównaniu z kontrolną grupą zdrowych osób. Dodatkowo, rozpoznanie aleksytymii zwiększa ryzyko zaburzeń depresyjnych [42], które z kolei, jak już wskazano, są częstymi chorobami współistniejącymi z celiakią [36, 37].

3. Założenia, cele badań i hipotezy badawcze

3.1. Założenia

Wyniki badań w analizowanym obszarze nie pozwalają na wyciągnięcie jednoznacznych wniosków w odniesieniu do wieloczynnikowych uwarunkowań celiakii, jak również wpływu zaburzeń nastroju na jakość życia, poziom akceptacji diagnozy czy stosowania się do zaleceń dietetycznych. W tym kontekście, szczególnie istotna wydaje się analiza związków pomiędzy zaburzeniami regulacji emocji, schematami poznawczymi charakterystycznymi dla zaburzeń nastroju, poziomem aleksytymii oraz postrzeganiem sylwetki u chorych na celiakię.

Podsumowując, uzyskane rezultaty pozwolą na lepsze zrozumienie konsekwencji psychospołecznych tych chorób zarówno wśród pacjentów, ich bliskich, jak i lekarzy prowadzących, co zwiększy szanse na bardziej kompleksową i wielopłaszczyznową opiekę nad chorymi.

3.2. Cele badań i hipotezy badawcze

Do powyższych założeń, sformułowano następujące cele badawcze:

1. ocena częstości współwystępowania i nasilenia zaburzeń nastroju u chorych leczonych z powodu celiakii (grupa A), w tym zdrowia psychicznego, zaburzeń depresyjnych, poziomu lęku (ze szczególnym uwzględnieniem poziomu lęku odnoszącego się do wyglądu zewnętrznego), poziomu aleksytymii, zaburzeń obrazu ciała oraz schematów poznawczych charakterystycznych dla depresji.

2. ocena zależności pomiędzy poziomem depresji i lęku, a schematami poznawczymi charakterystycznymi dla depresji, zaburzeniami obrazu ciała i oceną zdrowia psychicznego chorych z celiakią.

3. ocena związków pomiędzy poziomem depresji i lęku, schematami poznawczymi charakterystycznymi dla depresji, zaburzeniami obrazu ciała oraz oceną zdrowia psychicznego u tych chorych, a danymi klinicznymi i związanymi z podporządkowaniem się zaleceniom stosowania diety bezglutenowej.

Przedstawione cele badań, były podstawą do sformułowania hipotez badawczych:

1. Nasilenie zaburzeń depresyjnych, poziomu lęku, aleksytymii, zaburzeń obrazu ciała, zdrowia psychicznego oraz depresyjnych schematów poznawczych będzie wyższe w porównaniu z kontrolną grupą zdrowych osób.

2. Wysoki poziom depresji u chorych leczonych z powodu celiakii będzie powiązany z poznawczymi zniekształceniami charakterystycznymi dla depresji, wyższym nasileniem zaburzeń obrazu ciała oraz zdrowia psychicznego tych chorych oraz wyższym poziomem aleksytymii.

3. Wysoki poziom depresji, lęku oraz aleksytymii u chorych leczonych z powodu celiakii będzie powiązany danymi klinicznymi i związanymi z podporządkowaniem się zaleceniom stosowania diety bezglutenowej: czasem, jaki upłynął od momentu diagnozy do momentu aktualnego badania, oraz od momentu pojawienia się pierwszych objawów do momentu diagnozy, wieku zachorowania, częstotliwości spożywania pokarmów zawierających gluten.

4. Materiał i metody

4.1. Zmienne zależne, niezależne i ich operacjonalizacja

W badaniu za zmienne zależne przyjęto: poziom depresji, depresyjne schematy poznawcze, poziom lęku rozumianego, jako cecha, a także związanego z wyglądem zewnętrznym, poziom aleksytymii, obraz ciała, zdrowie psychiczne (w wymiarach: symptomy somatyczne; niepokój, bezsenność; zaburzenia funkcjonowania i symptomy depresji).

Poziom depresji oceniono za pomocą polskich wersji: Skali symptomów depresji (ang. Center for Epidemiologic Studies- Depression Scale, CES-D) oraz Inwentarza Depresji Becka (ang. Beck Depression Inventory, BDI) [74, 88, 90]. Depresyjne schematy poznawcze zbadano za pomocą polskiej wersji Kwestionariusza Triady Poznawczej (ang. Cognitive Triad Inventory, CTI) [75,76]. Poziom lęku rozumianego jako względnie stała cecha osobowości został oceniony za pomocą polskiej wersji Inwentarza Stanu i Cechy Lęku (ang. State And Trait Anxiety Inventory, STAI) [80, 81, 92]. Nasilenie lęku wobec wyglądu fizycznego ciała, zmierzono za pomocą polskiej wersji Skali Lęku-Cechy i Lęku-Stanu wobec wyglądu fizycznego (ang. Physical Appearance State And Trait Anxiety Scale, PASTAS) [83]. Poziom i wymiary aleksytymii zostały ocenione dzięki wersji Torontowskiej Skali Aleksytymii (ang. Toronto Alexithymia Scale-26, TAS-26) [65]. Obraz ciała i jego wymiary oszacowano dzięki polskiej wersji Skali Oceny Ciała (ang. Body Esteem Scale, BES) [82, 84]. Zdrowie psychiczne zostało zbadane za pomocą polskiej wersji Ocena Zdrowia Psychicznego według Goldberga (ang. Goldberg General Health Questionnaire-28, GHQ-28) [85, 93, 94].

W analizie danych uwzględniono następujące zmienne społeczno-demograficzne jako zmienne niezależne: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, aktywność zawodowa.

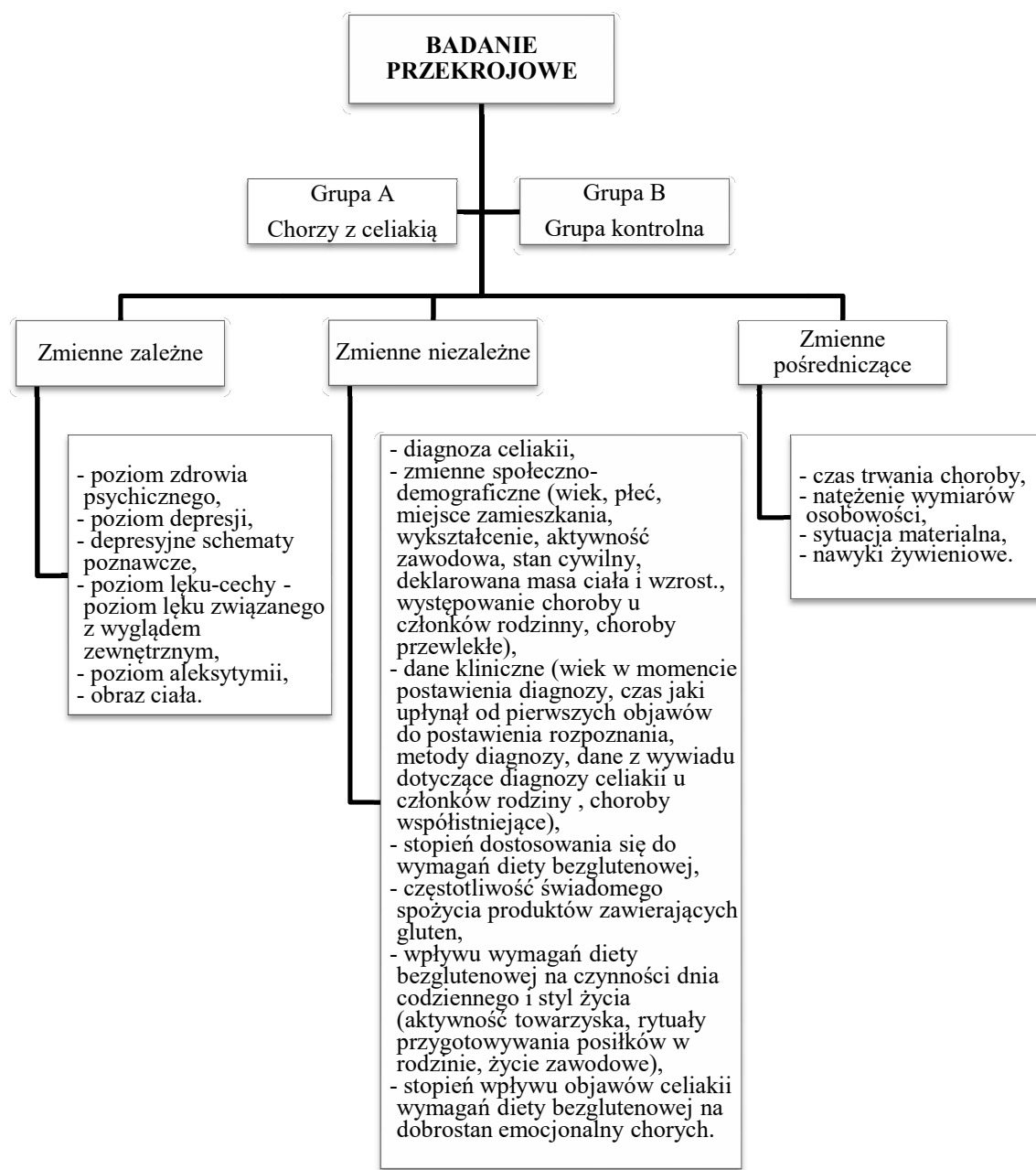
Do zmiennych niezależnych zaliczono diagnozę celiaki, a także dane kliniczne (wiek w momencie postawienia diagnozy, czas jaki upłynął od pierwszych objawów do postawienia rozpoznania, metody diagnozy, stopień nasilenia objawów celiakii oraz czas ich trwania po spożyciu glutenu, dane z wywiadu dotyczące diagnozy celiakii u członków rodziny oraz chorób współistniejących), a także dodatkowo deklarowaną masę ciała i wzrost.

W grupie zmiennych niezależnych znalazły się również dane w obszarze stosowania się do zaleceń diety bezglutenowej (stopień dostosowania się do wymagań

diety bezglutenowej, częstotliwość świadomego spożycia produktów zawierających gluten) oraz wpływu wymagań diety bezglutenowej na czynności dnia codziennego i styl życia (aktywność towarzyska, rytuały przygotowywania posiłków w rodzinie, życie zawodowe). Analizowane dane dotyczyły również stopnia wpływu objawów celiakii i jej zaostrzeń na uczestniczenie w życiu zawodowym oraz stopnia wpływu objawów celiakii wymagań diety bezglutenowej na dobrostan emocjonalny chorych. Dane w obszarze zmiennych niezależnych zebrano na podstawie metryczki.

W badaniu wyróżniono następujące zmienne pośredniczące: wykształcenie osób badanych, cechy osobowości, dieta. Zmienne pośredniczące nie zostały uwzględnione w badaniu, a mogą w sposób istotny oddziaływać na zmienne zależne.

Przyjęty model badawczy został zaprezentowany na rycinie 1.



Rycina 1. Model badawczy.
Źródło: Opracowanie własne.

4.2. Projekt badania

Badanie miało charakter przekrojowy i dotyczyło porównania pomiędzy dwoma grupami osób badanych: leczonych z powodu celiakii (A), oraz kontrolnej grupy zdrowych osób (B). Dobór osób do badań miał charakter celowy, zgodnie z kryteriami włączenia.

4.3. Kryteria włączenia do badań

Kryteria włączenia osób do grupy badawczej z celiakią były następujące: diagnoza celiakii (poprzez: badania laboratoryjne, badanie endoskopowe lub wywiad z lekarzem i analiza objawów po spożyciu glutenu); wiek 18-65 lat; płeć żeńska lub męska; pisemna i świadoma zgoda na udział w badaniach.

Kryteria włączenia osób do grupy badawczej kontrolnej były następujące: brak diagnozy celiakii (poprzez: badania laboratoryjne, badanie endoskopowe lub wywiad z lekarzem i analiza objawów po spożyciu glutenu); wiek 18-65 lat; płeć żeńska lub męska; pisemna i świadoma zgoda na udział w badaniach.

4.4. Oszacowanie wielkości próby badawczej

Wielkość próby badawczej została oszacowana na podstawie wzoru:

$$n = N / (1 + (4d^2(N-1)) / u\alpha^2), \text{ gdzie}$$

n = wymagana liczebność osób do badań

N = populacja osób z populacją osób z stwierdzoną celiakią i nietolerancją pokarmową w Polsce = 400 000 [87]

$u\alpha$ = 0,05 (stała wartość)

d = 10% (przyjęty, akceptowalny błąd pomiaru)

Na podstawie wyliczeń, ustalono, iż minimalna niezbędna liczebność osób z celiakią wynosi $n = 96$. Przyjęto, że liczebność osób w grupie kontrolnej również wyniesie 96 osób.

4.5. Obszar i organizacja badań

Obszar czasowy badania zawierał się w okresie od 2018 do 2021 r. Badania zostały przeprowadzone u chorych leczonych w Katedrze i Klinice Gastroenterologii, Dietetyki i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, jak również w kontrolnej grupie zdrowych osób, przez jedną osobę, autorkę pracy mgr Kingę Kot.

W procedurze zostały uwzględnione warunki zapewniające osobom badanym anonimowość i komfort podczas badania.

4.6. Metody badawcze

Wszystkie osoby badane zostały poproszone o wypełnienie danych społeczno-demograficznych zawartych w metryczce. Dodatkowo, osoby z grupy osób z celiakią wypełniły arkusz danych klinicznych oraz dotyczących wpływu stosowania się do zaleceń diety bezglutenowej na codzienną aktywność i dobrostan psychiczny.

W zakresie metodyki badania psychologicznego, osoby z obydwu grup badawczych wypełniły polskie wersje następujących narzędzi badawczych: CES-D, BDI, CTI, STAI, PASTAS, TAS-26, BES oraz GHQ-28 [62, 73, 74, 75, 76, 77, 83, 84, 85, 91, 92, 93, 94].

4.6.1. Skala badania symptomów depresji CES-D

CES-D stworzono przez National Institute of Mental Health i zaadaptowano do polskich warunków przez Jankowskiego [74]. CES-D składa się z 20 twierdzeń (np. „Zadręczałam się rzeczami, które zazwyczaj mnie nie martwią”), przy których badany ma za zadanie określić częstotliwość występowania danego objawu na czterostopniowej skali (od 0 do 3). Osoba badana ocenia natężenie poszczególnych symptomów określając ich występowanie w ciągu ostatniego tygodnia. W kwestionariuszu można uzyskać od 0 do 60 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie objawów depresyjnych. Za punkt odcięcia przyjęto wartość większą lub równą 16 pkt. [74, 77, 78]. Skala wykazuje bardzo dobrą spójność wewnętrzną, mierzoną za pomocą współczynnika alfa Cronbacha (0,90).

4.6.2. Inwentarz Depresji Becka BDI

BDI jest narzędziem standaryzowanym, samoopisowym, służącym do pomiaru częstości, zróżnicowania i nasilenia objawów depresyjnych [75]. W niniejszym badaniu użyto polskiej adaptacji skali dokonanej przez Parnowskiego i Jernajczyka [88]. BDI jest trafnym narzędziem przesiewowym i diagnostycznym. Składa się z 21 pozycji wielokrotnego wyboru, punktowanych na skali od 0 do 3, z których każda mierzy określony objaw zaburzeń depresyjnych. Oceniane są takie symptomy zaburzenia, jak: smutek, bezsenność, wzmożoną męczliwość, poczucie winy, niechęć do siebie, dolegliwości somatyczne, utratę zainteresowań seksualnych czy myśli samobójcze. Maksymalna do uzyskania ilość punktów wynosi 63. Osoba badana odnosi się do doświadczeń z ostatniego miesiąca. Wynik ogólny powyżej 9 punktów może wskazywać na to, że dana osoba cierpi na depresję, co jednak wymaga dalszej diagnozy klinicznej.

Inwentarz umożliwia również ilościową ocenę stopnia nasilenia depresji. Oryginalna wersja posiada sprawdzone, satysfakcjonujące własności psychometryczne [75, 88, 89, 90, 91].

4.6.3. Kwestionariusz Triady Poznawczej CTI

CTI w polskiej adaptacji Śliwerskiego [75] składa się z 36 pytań, które tworzą trzy podskale: wizja siebie, świata i przyszłości. Każda z podskal zawiera 10 stwierdzeń, przy czym 30 stwierdzeń jest punktowane, a 6 pełni funkcje filtrujące. Osoby badane oceniają, jak bardzo zgadzają się z podanym stwierdzeniem na siedmiopunktowej skali Likerta. W kwestionariuszu można uzyskać od 30 do 210 punktów. Skala charakteryzuje się dużą spójnością wewnętrzną, ze współczynnikiem α Cronbacha równym 0,95 dla pełnej skali i od 0,77 do 0,91 dla podskal. CTI wykazuje silne korelacje ze skalami depresji (min. BDI) i lęku [76].

4.6.4. Polski Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI

Polski Inwentarz Stanu i Cechy Lęku jest adaptacją amerykańskiego testu *State Traite Anxiety Inventory* opracowanego przez Spielbergera, Gorsucha i Lushene'a. Autorami polskiej adaptacji testu są Strelau, Tysarczyk i Wrześniewski [85].

Kwestionariusz STAI składa się z dwóch niezależnych części zawierających po 20 stwierdzeń każda. Za pomocą pierwszej części STAI (X-1) badany jest poziom lęku rozumiany, jako aktualny stan emocjonalny. Część druga STAI (X-2) dotyczy lęku w znaczeniu trwałej dyspozycji osobowościowej [85]. W niniejszej pracy zastosowano STAI (X-2). Osoba ustosunkowuje się do każdego stwierdzenia na 4-punktowej skali. Wartości punktowe dla każdej części kwestionariusza mogą wynosić od 20 do 80 punktów. Wysokie wartości punktowe oznaczają wyższy poziom lęku. Wartości punktowe dla każdej części kwestionariusza mogą wynosić od 20 do 80 punktów. Uzyskane wyniki surowe należy przeliczyć na normy stenowe, odnoszące się do wyników badań normalizacyjnych przeprowadzonych w 2000 roku na populacji osób dorosłych w wieku od 21 do 79 lat. Rzetelność mierzona przy użyciu współczynnika alfa Cronbachadla skali X-1 wynosi od 0,83 do 0,92 zaś dla skali X-2 od 0,86 do 0,92 [93, 94].

4.6.5. Kwestionariusz PASTAS

Kwestionariusz PASTAS diagnozuje lęk jako cechę i stan wobec wyglądu fizycznego. PASTAS mierzy stopień nasilenia lęku wobec 16 części ciała, z których 8 jest kojarzonych z gromadzeniem się tkanki tłuszczowej (nadwaga, uda, pośladki, biodra, brzuch, nogi, talia, napięcie mięśni). Kolejnych 8 ocenianych części ciała nie jest postrzeganych jako otyłe (uszy, usta, nadgarstki, ręce, czoło, szyja, podbródek, stopy). Każdej z wymienionych części przypisano poziom odczuwanego lęku w pięciostopniowej skali Likerta, od „nie” (0 punktów) do „wyjątkowo” (4 punkty). Osoba badana wskazuje, w jakim stopniu czuje się aktualnie (lęk-stan) lub generalnie (lęk-cecha) jest zaniepokojona wyglądem i częściami swojego ciała. Wynik ogólny mieści się w przedziale 0-32 punktów dla części ciała kojarzonych z gromadzeniem tkanki tłuszczowej oraz 0-32 punktów dla części ciała powszechnie nieuznawanych za otyłe. Im wyższy uzyskany wynik, tym wyższy poziom lęku wobec określonych części ciała [83]. Współczynnik alfa Cronbacha dla skali lęku-cechy ma wartość 0,92, a dla skali lęku-stanu 0,90 [83].

4.6.6. Skala Pomiaru Aleksytymii TAS- 26

Toronto Alexithymia Scale-26 autorstwa Taylor, Bagby i Parker [66] w adaptacji Maruszewskiego, E. Zdankiewicz- Ścigały zastosowano do oceny poziomu i wymiarów aleksytymii. TAS-26 składa się z 26 twierdzeń, przy czym każdy item jest oceniany w 5-punktowej skali Likerta, gdzie 1- oznacza, że twierdzenie charakteryzuje badanego w *minimalnym stopniu*, a 5- że w *dużym stopniu*. Oprócz wyniku ogólnego, będącego sumą wyników częściowych, analizuje się wyniki w czterech podskalach: trudności w identyfikacji uczuć, trudności w opisywaniu uczuć, operacyjny styl myślenia i ubóstwo wyobraźni. Wynik ogólny mieści się w przedziale od 26 do 130 pkt. Zaburzenie jest diagnozowane powyżej 78 pkt. w zakresie wyniku ogólnego. Rzetelność mierzona współczynnikiem alfa Cronbacha jest zadowalająca i wynosi 0,79 [65, 66, 69].

4.6.7. Kwestionariusz oceny ciała BES

Kwestionariusz BES autorstwa Franzoi i Shields [82], w normalizacji dla populacji polskiej, składa się z 35 pozycji testowych w trzech podskalach odmiennych dla kobiet i dla mężczyzn. Kwestionariusz pozwala na określenie stosunku badanych do własnego ciała. Osoba badana udziela odpowiedzi na 5- stopniowej skali

Likerta, gdzie 1- oznacza silne negatywne odczucia, 5- świadczy o silnych pozytywnych odczuciach, a 3- oznacza stosunek neutralny [83, 84].

Poszczególne itemy pogrupowane są w 3 podskale, odrębne dla mężczyzn i kobiet. W przypadku mężczyzn są to: AF- *atrakcyjność fizyczna*, SC- *siła ciała* i KF- *kondycja fizyczna*, a w przypadku kobiet: AS- *atrakcyjność seksualna*, KW- *kontrola wagi* i KF- *kondycja fizyczna* [84]. Uzyskane wyniki mogą plasować się od 35 do 175 punktów. Im wyższy wynik dla danej podskali, tym bardziej pozytywna ocena obrazu ciała w danym wymiarze. Dodatkowo, uzyskane wyniki surowe w zakresie poszczególnych podskal należy odnieść do norm stenowych, oddzielnych dla płci oraz wieku. Wartości psychometryczne skali BES, w badaniach Francoia i Shields [82] uzyskały zadawalające wartości, przy czym współczynnik alfa Cronbacha, dla kobiet wynosił od 0,78 dla skali AS do 0,87 dla skali KW. Skala BES w adaptacji Lipowskiego i Lipowskiej jest narzędziem rzetelnym [84]. Wskaźniki rzetelności podskal, odpowiednio dla kobiet waha się od 0,80 do 0,89, a dla mężczyzn od 0,80 do 0,89 [83, 84].

4.6.8. Ocena Zdrowia Psychicznego według Goldberga GHQ- 28

GHQ-28 służy do oceny stanu zdrowia psychicznego osób dorosłych. Pozwala na wyłonienie osób, których stan psychiczny uległ czasowemu lub długookresowemu załamaniu w wyniku doświadczanych trudności, problemów lub na skutek choroby psychicznej oraz takich, u których występuje istotne ryzyko zaburzeń zdrowia psychicznego [85]. GHQ-28 składa się z 28 pytań i jest wersją skróconą GHQ-60. Metoda ta oprócz wyniku ogólnego różnicuje stan na poziomie czterech podskal: A- *symptomy somatyczne*, B- *bezsenna i niepokój*, C- *zaburzenia funkcjonowania*, D- *symptomy depresji* [93]. Każda z części składa się z 7 pytań, na które udzielane są 4 możliwe odpowiedzi. Odpowiedzi punktowane są w skali od 0 („mniej niż zwykle”) do 3 („znacznie bardziej niż zwykle”). Maksymalnie z każdej części kwestionariusza można uzyskać 21 punktów, a z całości-84 punkty [93, 94]. Uzyskane wyniki surowe w zakresie wyniku ogólnego należy odnieść do norm stenowych, oddzielnych dla płci.

Polska wersja GHQ-28 ma satysfakcjonujące właściwości psychometryczne. Współczynnik alfa Cronbacha wynosi 0,93 dla całej skali oraz 0,77 do 0,89 dla poszczególnych podskal [85].

4.7. Metody statystyczne

Wyniki badań zostały poddane analizie statystycznej z zastosowaniem pakietu statystycznego Statistica 13 firmy TIBCO oraz PQStat firmy PQStat Software.

W zakresie statystyki cech ilościowych, określono wartość minimalną i maksymalną, średnią, medianę i odchylenie standardowe. W zakresie cech jakościowych, podano liczbę jednostek należących do wyróżnionych kategorii danej cechy i odpowiadające im wartości procentowe. Normalność rozkładu zmiennych zbadano testem Shapiro-Wilka. W celu porównania zmiennych pomiędzy 2 grupami obliczono test Manna-Whitneya, a pomiędzy większą liczbą grup test Kruskala-Wallisa z testem Conovera-Imana wielokrotnych porównań. W celu zbadania zależności pomiędzy zmiennymi ciągłymi użyto współczynnika korelacji rang Spearmana (oznaczonego przez r_s). W celu zbadania zależności pomiędzy zmiennymi kategorialnym obliczono test niezależności χ^2 lub test Fishera-Freemana-Haltona. Za graniczny poziom istotności statystycznej przyjęto $p=0,05$. Wyniki testów przy poziomach większych od tej wartości uznano za statystycznie nieistotne.

4.8. Zagadnienia etyczne

Na prowadzenie badań uzyskano zezwolenie Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu nr 527/2018 wraz z aneksami nr 377/19 oraz 890/20.

Badania były prowadzone zgodnie z międzynarodowymi zasadami etycznymi. Wszyscy badani otrzymali wyczerpującą informację na temat celu pracy i zostali zapewnieni o anonimowości danych. Następnie osoby badane wyraziły pisemną zgodę na udział w badaniu. Wszystkie biorące udział w badaniu osoby zostały poinformowane, że jest ono całkowicie dobrowolne.

5. Wyniki badań

5.1. Dane społeczno-demograficzne

Zmienne dotyczące płci, wykształcenia, stanu cywilnego, wieku i czasu pracy zebrano za pomocą metryczki.

Istotną różnicę pomiędzy grupami odnotowano dla zmiennej płeć ($p < 0,001$). W grupie A, z celiakią przeważają kobiety, a w kontrolnej (B)- mężczyźni.

Liczba osób z podstawowym wykształceniem pozostaje w obydwu grupach na poziomie 1%. Liczba osób z zawodowym wykształceniem jest pięciokrotnie wyższa w grupie kontrolnej B (15,6%), niż w grupie z celiakią (3,1%). Osoby ze średnim wykształceniem pozostają na zbliżonym poziomie w obu grupach (37,5% w grupie A i 41,7% w grupie B). Natomiast osoby z wykształceniem wyższym w grupie A plasują się na poziomie 56,3%, w przeciwieństwie do grupy B, gdzie osób z wykształceniem wyższym jest 40,1%. Różnica w zakresie poziomu wykształcenia pomiędzy grupami jest istotna statystycznie ($p = 0,009$).

W zakresie stanu cywilnego, osób zamężnych jest w grupie A 61,5%, a w grupie B 45,8%. Liczba osób niezamężnych pozostaje na zbliżonym poziomie w obydwu grupach (61,5% w grupie A i 45,8% w grupie B). Szczegółowe dane na temat liczba osób rozwiedzionych oraz wdów/wdowców zawiera Tabela 1. Różnica w zakresie stanu cywilnego pomiędzy grupami jest istotna statystycznie ($p = 0,029$).

Zmienne dotyczące wieku osób badanych oraz czasu pracy zebrano za pomocą metryczki. Średnia wieku w grupie A wynosi 39,7(OS 14,2), a w grupie B 40,0(OS 14,5). W zakresie czasu pracy osób badanych w tygodniu, średnia czasu pracy w grupie A wyniosła 30,3 (OS 19,8), a w grupie B 32,9 (OS 19,0). W zakresie tych zmiennych nie odnotowano różnic pomiędzy grupami. Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 1.

Tabela 1. Charakterystyka społeczno-demograficzna osób badanych.

	Grupa chorych na celiakię (A)		Grupa kontrolna (B)		
	Ilość osób	%	Ilość osób	%	poziom istotności (p)
Płeć					
kobiety	75	78,1%	55	57,3%	p<0,001*
mężczyźni	21	21,9%	41	42,7%	

Wykształcenie					
podstawowe	1	1,0%	1	1,0%	p=0,009*
zawodowe	3	3,1%	15	15,6%	
średnie	36	37,5%	40	41,7%	
wyższe	54	56,3%	39	40,6%	
Stan cywilny					
niezamężna/ny	30	31,3%	32	33,3%	p= 0,029*
zamężna/ny	59	61,5%	44	45,8%	
wdowa/wdowiec	3	3,1%	7	7,3%	
rozwiedziona/ny	4	4,2%	13	13,5%	
Miejsce zamieszkania					
wieś	12	12,5%	12	12,5%	p=0,080
miasto do 25 tys. mieszkańców	13	13,5%	27	28,1%	
miasto od 25 do 200 tys. mieszkańców	18	18,8%	17	17,7%	
miasto powyżej 200 tys. mieszkańców	53	55,2%	40	41,7%	
Aktywność zawodowa					
praca na pełen etat	65	67,7%	62	64,6%	p=0,002*
praca na część etatu	10	10,4%	14	14,6%	
emerytura	4	4,2%	7	7,3%	
renta	11	11,5%	0	0%	
bezrobocie	5	5,2%	12	12,5%	
studia	1	1,0%	1	1,0%	

prowadzenie domu	0	0%	0	0%	
	średnia (OS)	min - max	średnia (OS)	min - max	poziom istotności (p)
Wiek osoby badanej	39,7(14,2)	18- 85	40,0(14,5)	19- 89	p= 0,802
Czas pracy [h/tydzień]	30,3(19,8)	0-75	32,9(19,0)	0-70	p= 0,185

Legenda: OS – odchylenie standardowe; min-max – wartości minimalne i maksymalne; N% - odsetek badanych; p – poziom istotności; * – wynik istotny statystycznie ($p < 0,05$).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W zakresie zmiennej miejsca zamieszkania, w obydwu grupach najwyższa liczebność osób badanych zamieszkiwała miasta powyżej 200 tys. mieszkańców (55,2% osób w grupie A i 41,7% osób w grupie B). Pozostałe dane dotyczące miejsca zamieszkania zawiera Tabela 1. W zakresie zmiennej aktywności zawodowej, przeważająca liczba osób badanych pracuje na pełen etat (67,7% grupy A oraz 64,6% grupy B). Szczegółowe dane przedstawia Tabela 1. Odnotowano istotną statystycznie różnicę pomiędzy grupami w przypadku zmiennej dotyczącej aktywności zawodowej ($p = 0,002$).

5.2. Dane kliniczne i dotyczące stosowania diety bezglutenowej w grupie z celiakią

Zmienne odnoszące się do wieku w momencie diagnozy, czasu występowania objawów zanim została postawiona diagnoza (lata), wzrostu oraz masy ciała w grupie A zostały zebrane za pomocą metryczki. Średnia wieku postawienia diagnozy w grupie A wynosi 33,6 lat (OS 13,4), wzrostu 166,1 cm (OS 7,8), deklarowanej masy ciała 57,8 kg (OS 9,7). Czas, jaki upłynął od pojawienia się objawów do diagnozy celiakii wynosił średnio 5,4 lat (OS 5,1).

Diagnoza celiakii została postawiona w oparciu o wcześniej wykonane testy laboratoryjne u 39,6% osób badanych, a u 51% po badaniach endoskopowych. Ponadto, 25% potwierdziło diagnozę celiakii u innego członka rodziny, 54,2% potwierdziło choroby współistniejące z celiakią, w tym 27,1% badanych wskazało na choroby autoimmunologiczne. Szczegółowe dane przedstawia Tabela 2.

Tabela 2. Dane kliniczne w grupie chorych z celiakią.

	średnia (OS)	min - max	mediana
Wiek w momencie postawienia diagnozy	33,6 (13,4)	1 - 70	32
Objawy zanim postawiono diagnozę [lata]	5,4 (5,1)	0,5- 24	4
Wzrost [cm]	166,1(7,8)	154- 188	166
Deklarowana masa ciała[kg]	57,8(9,7)	41- 92	56
	Ilość osób	%	
Sposób postawienia diagnozy			
Testy laboratoryjne	38	39,6%	
Badanie endoskopowe	49	51,0%	
Wywiad z lekarzem i analiza objawów	2	2,1%	
Inny	6	6,3%	
Wywiad rodzinny w kierunku celiakii			
Tak	24	25%	
Nie	72	75%	
Choroby współistniejące			
Tak	44	45,8%	
Nie	52	54,2%	
W tym choroby autoimmunologiczne			
Tak	26	27,1%	
Nie	68	70,8%	

Legenda: OS – odchylenie standardowe; min-max – wartości minimalne i maksymalne; N% - odsetek badanych; p – poziom istotności; * – wynik istotny statystycznie ($p < 0,05$).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Osoby badane wysoko, ze średnią 7,2 (OS 2,8) w 10 punktowej skali oceniały stopień dostosowania do diety bezglutenowej, przy czym natężenie objawów celiakii

oszacowały na 5,3 (OS 2,7), a ocenę utrzymania objawów po tzw. zatruciu glutenem na 4,4 (2,5). Średnia ocena świadomego spożycia glutenu została oszacowana w podobnej skali na 3,3 (OS 2,4). W przypadku stwierdzeń odnoszących się do negatywnego wpływu wymagań diety na aktywność towarzyską, życie rodzinne i zawodowe osób badanych, w podobnej skali średnia wyniosła odpowiednio 4,6 (OS 2,0), 4,1 (OS 2,2) oraz 4,6 (OS 2,0). Wpływ przebiegu celiakii dla hospitalizacji oraz jako czynnika obciążającego emocjonalnie oceniono odpowiednio 4,1 (OS 2,5) oraz 3,4 (OS 2,2). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 3.

Tabela 3. Dane dotyczące stosowania diety bezglutenowej w grupie chorych z celiakią.

	średnia (OS)	min - max	mediana
Stopień nasilenia objawów celiakii [1-10]*	5,3(2,7)	1-10	5
Ocena utrzymania objawów po tzw. zatruciu glutenem [1-10]	4,4(2,5)	1-10	4
Ocena stopnia dostosowania do diety bezglutenowej [1-10]*	7,2(2,8)	1-10	8
Ocena świadomego spożywania glutenu [1-10]**	3,3(2,4)	1-10	3
Wpływ wymagań diety na aktywność towarzyską [1-10]***	4,6(2,0)	1-10	5
Wpływ wymagań diety na życie rodzinne [1-10]***	4,1(2,2)	1-10	5
Wpływ wymagań diety na życie zawodowe [1-10]***	4,6(2,0)	1-10	5
Wpływ objawów celiakii i jej zaostrzeń na hospitalizację [1-10]***	4,1(2,5)	1-10	4
Wpływ objawów celiakii na obciążenie emocjonalne [1-10]***	3,4(2,2)	1-9	3

Legenda:(OS) odchylenie standardowe; *1-10, gdzie 1 oznacza: niewielki stopień nasilenia objawów/utrzymania objawów/stopnia dostosowania do diety, 5 oznacza: umiarkowany stopień nasilenia objawów/utrzymania objawów/stopnia dostosowania do diety a 10 oznacza: bardzo wysoki stopień intensywności objawów, utrzymania objawów/stopnia dostosowania do diety; **1-10, gdzie 1 oznacza nigdy, 5 oznacza: raz na kilka tygodni, a 10 oznacza: co najmniej raz w tygodniu; *** 1-10, gdzie 1 oznacza: wymagania diety/objawy celiakii w niewielkim stopniu negatywnie wpływają, 5 oznacza: w umiarkowanym stopniu negatywnie wpływają, a 10 oznacza: w bardzo dużym stopniu negatywnie wpływają.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

5.3. Wyniki badania psychologicznego

Wyniki dotyczące symptomów depresji badanych za pomocą CES-D, w obydwu grupach osiągały zbliżone wartości. Średnia wartość punktów dla wyniku ogólnego w grupie A wyniosła 16,1 (OS 8,8), a w grupie B 15,8 (10,4). Grupy nie różnią się w sposób statystycznie istotny. Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 4.

Tabela 4. Ocena poziomu depresji za pomocą CES-D w obydwu badanych grupach.

	Grupa chorych na celiakię (A)			Grupa kontrolna (B)			
CES-D	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)	poziom istotności (p)
wynik ogólny	16,1(8,8)	14,3- 17,9	0- 39	15,8(10,4)	13,7- 17,9	3 - 45	p=0,386

Legenda: OS – odchylenie standardowe; min-max – wartości minimalne i maksymalne; p – poziom istotności; * – wynik istotny statystycznie ($p<0,05$).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Średnie wartości BDI, w grupie A osiągnęły poziom 8,4 (OS 7,9), a grupie B 6,6 (OS 8,0). Odnotowano statystyczne różnice pomiędzy grupami w zakresie wyniku BDI ($p=0,049$). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 5.

Tabela 5. Ocena poziomu depresji za pomocą BDI w obydwu badanych grupach.

	Grupa chorych na celiakię (A)			Grupa kontrolna (B)			
BDI	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)	poziom istotności (p)
wynik ogólny	8,4(7,9)	6,8-10	0- 29	6,6(8,0)	5- 8,3	0-34	p=0,049*

Legenda: OS – odchylenie standardowe; min-max – wartości minimalne i maksymalne; p – poziom istotności; * – wynik istotny statystycznie ($p<0,05$).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Grupy nie różnią się częstością rozkładu wyników opisujących brak zaburzeń depresyjnych oraz poszczególne jej stopnie nasilenia. W grupie chorych na celiakię (A) o 3,1 % więcej osób wykazała umiarkowaną depresję w stosunku do grupy B. Zauważyć można wysoki poziom 70,8% osób w grupie A i 76,0% w grupie B

wskazujący na brak depresji. W grupie chorych na celiakię odnotować można 4,2% osób z ciężką depresją, a w grupie kontrolnej 3,1% ($p=0,821$). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 6.

Tabela 6. Przedziały różnicujące poziom zaburzeń depresyjnych w BDI w obydwu badanych grupach.

BDI					
przedziały	brakdepresji	łagodna depresja	umiarkowana depresja	ciężka depresja	poziom istotności (p)
Grupa chorych na celiakię (A)	68	15	9	4	p=0,821
	70,8%	15,6%	9,4%	4,2%	
Grupa kontrolna (B)	73	14	6	3	
	76,0%	14,6%	6,3%	3,1%	

Legenda: N% - odsetek badanych; p – poziom istotności; * – wynik istotny statystycznie ($p<0,05$).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wynik ogólny CTI w grupie A wyniósł 122,7 (OS 8,7), a w grupie B 121,0 (OS 8,9). Nie zaobserwowano różnic pomiędzy grupami w zakresie wyniku ogólnego CTI oraz w obszarze poszczególnych podskal. Warto zwrócić uwagę, że najwyższe średnie wartości wykazano na poziomie podskali *wizja świata*, zaobserwowane zarówno w grupie chorych na celiakię, jak i w grupie kontrolnej (odpowiednio 44,3 (OS 3,3) oraz 43,6 (OS 3,9). Szczegółowe dane zawarto w Tabeli 7.

Tabela 7. Ocena zniekształceń poznawczych za pomocą CTI w obydwu badanych grupach.

	Grupa chorych na celiakię (A)			Grupa kontrolna (B)			
CTI	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)	poziom istotności (p)
wizja siebie	37,3(4,6)	36,4-38,3	29-45	36,7(5,2)	35,6-37,7	23-46	p=0,417
wizja świata	44,3(3,3)	43,7-45,0	37-55	43,6(3,9)	42,8-44,4	33-52	p=0,228
wizja przyszłości	41,0(4,1)	40,2-41,9	32-55	40,8(3,4)	40,1-41,4	32-49	p=0,731

wynik ogólny	122,7(8,7)	120,9-124,5	99-145	121,0(8,9)	119,2-122,8	105-147	p=0,165
--------------	------------	-------------	--------	------------	-------------	---------	---------

Legenda: OS – odchylenie standardowe; min-max – wartości minimalne i maksymalne; p – poziom istotności; * – wynik istotny statystycznie ($p < 0,05$).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Średnia wartość punktów dla wyniku ogólnego STAI X-2 (lęk, jako cecha) w grupie A osiągnęła poziom 44,3 (OS 9,3), a w grupie B wyniosła 40,5 (OS 10,3). Zaobserwowano istotne różnice pomiędzy grupami w zakresie poziomu lęku rozumianego zarówno jako cecha ($p = 0,007$). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 8.

Tabela 8. Ocena lęku-cechy za pomocą STAI X-2 w obydwu badanych grupach.

	Grupa chorych na celiakię (A)			Grupa kontrolna (B)			
STAI	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)	poziom istotności (p)
lęk-cecha	44,3(9,3)	42,5-46,2	23-64	40,5(10,3)	38,4-42,6	20-68	p=0,007*

Legenda: OS – odchylenie standardowe; min-max – wartości minimalne i maksymalne; p – poziom istotności; * – wynik istotny statystycznie ($p < 0,05$).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Średnia wartość punktów wyniku ogólnego PASTAS wyniosła w grupie A 6,9 (OS 6,7), a w grupie B 8,1 (OS 10,1). Szczegółowe wyniki odnoszące się do podskal PASTAS w obydwu badanych grupach zawiera Tabela 9. Nie odnotowano statystycznie istotnych różnic pomiędzy grupami A i B.

Tabela 9. Ocena lęku wobec wyglądu fizycznego ciała za pomocą PASTAS w obydwu grupach.

	Grupa chorych na celiakię (A)			Grupa kontrolna (B)			
PASTAS	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)	poziom istotności (p)
PASTAS A (części ciała kojarzone z gromadzeniem tkanki tłuszczowej)	5,4(5,5)	4,3-6,5	0-24	5,9(7,4)	4,4-7,3	0-30	p=0,490
PASTAS B (części ciała powszechnie)	1,5(2,0)	1,1-1,9	0-10	2,2(3,5)	1,5-2,9	0-16	p=0,964

nieuznawane za otyłe)							
wynik ogólny	6,9(6,7)	5,6-8,3	0-29	8,1(10,1)	6,0-10,1	0-46	p=0,667

Legenda: OS – odchylenie standardowe; min-max – wartości minimalne i maksymalne; p – poziom istotności; * – wynik istotny statystycznie (p<0,05).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Średni wynik ogólny TAS-26 w grupie A wyniósł 69,7 (OS 11,5), a w grupie B 64,8 (OS 11,1). Szczegółowe wyniki dotyczące średnich wyników uzyskanych przez osoby badane w zakresie poszczególnych podskal TAS-26 przedstawia Tabela 10. Grupy A i B różnią się w zakresie: wyniku ogólnego TAS-26 (p=0,006), domen: *identyfikacja uczuć* i *wyobrażenia* (p=0,005 oraz p=0,005), jak również częstości rozpoznania aleksytymii (26% w grupie osób z celiakią i 8% w grupie kontrolnej, różnica jest istotna na poziomie p<0,001).

Tabela 10. Ocena poziomu aleksytymii za pomocą TAS-26 w obydwu grupach.

	Grupa chorych na celiakię (A)			Grupa kontrolna (B)			poziom istotności (p)
TAS-26	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)	
identyfikacja uczuć	28,9(7,3)	27,4-30,4	15-44	26,0(7,5)	24,5-27,5	15-43	p=0,005*
wyobrażenia	13,7(4,2)	12,9-14,6	5-22	12,1(3,8)	11,3-12,8	5-21	p=0,005*
styl myślenia	14,1(2,6)	13,6-14,6	9-21	13,6(2,3)	13,1-14,1	9-20	p=0,078
opisywanie uczuć	13,0(3,0)	12,4-13,6	5-20	13,1(3,9)	12,3-13,9	5-21	p=0,951
wynik ogólny	69,7(11,5)	67,3-72,0	40-95	64,8(11,1)	62,5-67,1	44-90	p=0,006*
Osoby powyżej punktu odcięcia (78 pkt)	26%			8%			p<0,001*

Legenda: OS – odchylenie standardowe; min-max – wartości minimalne i maksymalne; p – poziom istotności; * – wynik istotny statystycznie (p<0,05).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W zakresie wyników BES, w grupie kobiet z celiakią, średni wynik dla podskali *atrakcyjność seksualna* wyniósł 46,8 (OS 8,0), dla podskali *kontrola wagi* 33,4 (OS 8,2), a dla domeny *kondycja fizyczna* 31,1 (OS 7,3). Natomiast w grupie kontrolnej średni wynik dla podskali *atrakcyjność seksualna* wyniósł 48,3 (OS 9,5), dla podskali

kontrola wagi 32,3 (OS 9,4) a dla domeny *kondycja fizyczna* 30,8 (OS 8,1). Grupy nie różnią się w sposób statystycznie istotny w obszarze wskazanych wymiarów BES. Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 11.

Tabela 11. Ocena stosunku kobiet do własnego ciała za pomocą BES w obydwu grupach.

	Grupa chorych na celiakię (A)			Grupa kontrolna (B)			
BES (podskale dla kobiet)	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)	poziom istotności (p)
atrakcyjność seksualna	46,8(8,0)	45,0-48,6	34-65	48,3(9,5)	45,7-50,8	27-65	p=0,220
kontrola wagi	33,4(8,2)	31,5-35,3	11-50	32,3(9,4)	29,8-34,9	13-50	p=0,563
kondycja fizyczna	31,1(7,3)	29,4-32,7	17-45	30,8(8,1)	28,6-33,0	16-45	p=0,678

Legenda: OS – odchylenie standardowe; min-max – wartości minimalne i maksymalne; p – poziom istotności; * – wynik istotny statystycznie ($p < 0,05$).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zastosowanie skali stenowej pozwoliło na interpretację wyników BES w zakresie poszczególnych podskal. Wśród kobiet, w podskali *atrakcyjność seksualna*, najczęściej obserwowanymi wartościami były steny określone, jako niskie (49,3%, grupa A) lub niskie i wysokie (odpowiednio 36,3% i 36,3%, grupa B), w podskali *kontrola wagi* steny średnie (47,9%, grupa A), a także steny niskie lub wysokie (odpowiednio 34,5% i 34,5%, grupa B). W podskali *kondycja fizyczna* najczęstszymi wartościami w grupach A i B były steny niskie (odpowiednio 41,2% i 44,7%). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 11.1.

Tabela 11.1. Wyniki BES w grupie kobiet po odniesieniu do norm stenowych w obu grupach.

BES				
poziom	Niski	Średni	Wysoki	poziom istotności (p)
atrakcyjność seksualna				
Grupa chorych na celiakię (A)	37	22	16	p=0,275

	49,3%	29,3%	21,2%	
Grupa kontrolna (B)	20	15	20	
	36,3%	27,4%	36,3%	
kontrola wagi				
Grupa chorych na celiakię (A)	16	36	23	p=0,459
	26,6%	47,9%	30,5%	
Grupa kontrolna (B)	19	17	19	
	34,5%	31%	34,5%	
kondycja fizyczna				
Grupa chorych na celiakię (A)	31	16	28	p=0,542
	41,2%	21,3%	37,2%	
Grupa kontrolna (B)	27	12	16	
	44,7%	21,8%	28,9%	

Legenda:; N% - odsetek badanych; p – poziom istotności; * – wynik istotny statystycznie ($p < 0,05$).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W zakresie wyników BES, w grupie mężczyzn z celiakią, średni wynik dla podskali atrakcyjność fizyczna wyniósł 36 (OS 86,8), dla podskali siła ciała 28,7 (OS 7,4), a dla domeny kondycja fizyczna 38,8 (OS 10,7). Znacząco wyższe wyniki uzyskali mężczyźni z grupy kontrolnej (wartości odpowiednio 44,4 (OS 8,4), 34,6 (OS 8,3) oraz 49,5 (OS 11,6). Różnice są statystycznie istotne na poziomach $p < 0,001$, $p = 0,009$ oraz $p < 0,001$. Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 12.

Tabela 12. Ocena stosunku mężczyzn do własnego ciała za pomocą BES w obydwu grupach.

	Grupa chorych na celiakię (A)			Grupa kontrolna (B)			
BES (podskale dla mężczyzn)	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)	poziom istotności (p)
atrakcyjność fizyczna	36,0(6,8)	32,9-39,1	22-55	44,4(8,4)	41,7-47,0	27-55	$p < 0,001$ *

siła ciała	28,7(7,4)	25,3-32,1	15-45	34,6(8,3)	32,0-37,2	16-45	p=0,009*
kondycja fizyczna	38,8(10,7)	34,0-43,7	21-62	49,5(11,6)	45,8-53,2	23-65	p<0,001*

Legenda: OS – odchylenie standardowe; min-max – wartości minimalne i maksymalne; p – poziom istotności; * – wynik istotny statystycznie (p<0,05).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Dzięki skali stenowej dokonano interpretacji wyników BES w zakresie poszczególnych podskal. W grupie A, wśród mężczyzn, w każdej z podskal, najczęściej obserwowanymi wartościami były steny niskie: w podskali *atrakcyjność fizyczna* na poziomie 71,3%, w podskali *siła ciała* na poziomie 57,1% oraz w *kondycji fizycznej* na poziomie 71,4%. Warto zwrócić uwagę, że mężczyźni w grupie B, w przeciwieństwie do grupy A, najczęściej uzyskiwali steny określone jako wysokie, w zarówno w podskali *atrakcyjność fizyczna* (58,5%), *kondycja fizyczna* (46,4%) oraz *siła ciała* (43,9%). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 12.1.

Tabela 12.1. Wyniki BES w grupie mężczyzn po odniesieniu do norm stenowych w obydwu grupach.

BES				
poziom	niski	średnie	wysokie	poziom istotności (p)
atrakcyjność fizyczna				
Grupa chorych na celiakię (A)	15	4	2	p<0,001*
	71,3%	19%	9,5%	
Grupa kontrolna (B)	11	6	24	
	26,8%	14,7%	58,5%	
siła ciała				
Grupa chorych na celiakię (A)	12	5	4	p=0,010*
	57,1%	23,8%	19,1%	
Grupa kontrolna (B)	14	9	18	
	34,1%	22%	43,9%	
kondycja fizyczna				

Grupa chorych na celiakię (A)	15	4	2	p<0,001*
	71,4%	19%	9,6%	
Grupa kontrolna (B)	13	9	9	
	37,1%	21,9%	46,4%	

Legenda: N% - odsetek badanych; p – poziom istotności; * – wynik istotny statystycznie (p<0,05).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W grupie mężczyzn stwierdzono różnice pomiędzy grupami w zakresie częstości wyników BES określanych, jako steny niskie, średnie i wysokie, w obszarze podskali *atrakcyjność fizyczna* (p<0,001), *siła ciała* (p=0,010) oraz *kondycja fizyczna* (p<0,001).

Średnie wartości punktów odnoszące się do wyniku ogólnego GHQ-28, w grupie A osiągnęły poziom 24,7 (OS 12,2), a grupie B wyniosły 23,9 (OS 11,3). Odnotowano różnice pomiędzy grupami w zakresie *symptomów somatycznych* (p=0,031, wyższe wartości osiągnięto w grupie A), *niepokoj i bezsenności* (p=0,009, wyższe wartości uzyskano w grupie A) oraz *symptomów depresji* (p=0,031, wyższe wartości uzyskano w grupie B). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 13.

Tabela 13. Ocena stanu zdrowia psychicznego osób dorosłych za pomocą GHQ-28 w obydwu grupach.

	Grupa chorych na celiakię (A)			Grupa kontrolna (B)			
GHQ-28	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)	poziom istotności (p)
symptomy somatyczne	8,0(3,5)	7,2-8,7	1-17	6,7(4,4)	5,8-7,6	0-21	p=0,031*
niepokój i bezsenność	7,0(3,3)	6,3-7,7	0-19	5,8(3,2)	5,2-6,5	0-15	p=0,009*
zaburzenia funkcjonowania	6,7(4,0)	6,0-7,5	0-15	7,0(2,8)	6,4-7,6	1-16	p=0,794
symptomy depresji	3,0(4,1)	2,2-3,9	0-21	4,3(4,7)	3,4-5,3	0-18	p=0,031*
wynik ogólny	24,7(12,2)	22,2-27,2	2-61	23,9(11,3)	21,6-26,1	7-63	p=0,641

Legenda: OS – odchylenie standardowe; min-max – wartości minimalne i maksymalne; p – poziom istotności; * – wynik istotny statystycznie (p<0,05).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zastosowanie skali stenowej pozwoliło na interpretację wyników ogólnych GHQ-28 określanych jako niskie, średnie lub wysokie. W grupie chorych z celiakią

najczęściej stwierdzanymi wartościami były steny niskie (40%), podczas gdy w grupie kontrolnej- średnie wartości (43,8%). Różnica jest istotna statystycznie ($p<0,001$). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 13.1.

Tabela 13.1. Przedziały wyników GHQ-28 w odniesieniu do norm stenowych w obydwu grupach.

przedziały stenów	niskie	średnie	wysokie	poziom istotności (p)
Grupa chorych na celiakię (A)	38	22	36	$p<0,001^*$
	40,0%	23,0%	37,5%	
Grupa kontrolna (B)	27	42	27	
	28,1%	43,8%	28,1%	

Legenda: N% - odsetek badanych; p – poziom istotności; * – wynik istotny statystycznie ($p<0,05$).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

5.4. Analiza statystyczna związków pomiędzy zmiennymi zależnymi i niezależnymi

5.4.1. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy CES-D, a danymi zebranymi za pomocą CTI, BES, TAS-26 oraz GHQ-28

Analiza liniowej współzależności zmiennych wykazała w grupie A ujemne zależności pomiędzy wynikami CES-D, a podskalami BES: w grupie kobiet z *atrakcyjnością seksualną* ($rS=-0,26$), *kontrolą wagi* ($rS=-0,27$) oraz *kondycją fizyczną* ($rS=-0,26$) jak i mężczyzn: z podskalami *atrakcyjności fizycznej* ($rS=-0,64$), *siły ciała* ($rS=-0,72$) oraz *kondycji fizycznej* ($rS=-0,74$). Również w grupie A zaobserwowano dodatnią korelację pomiędzy wynikami ogólnymi CES-D, a CTI ($rS=0,34$), oraz podskala *wizja siebie* ($rS=0,45$). Zaobserwowano także dodatnią korelację pomiędzy wynikami ogólnymi CES-D, a GHQ-28 ($rS=0,46$) oraz podskalami: *symptomy somatyczne* ($rS=0,33$), *niepokój i bezsenność* ($rS=0,23$), *zaburzenia funkcjonowania* ($rS=0,38$), *symptomy depresji* ($rS=0,53$).

W grupie B stwierdzono natomiast ujemną korelację pomiędzy wynikami CES-D, a podskalami BES w grupie kobiet: *atrakcyjności seksualnej* ($rS=-0,39$), *kontroli wagi* ($rS=-0,46$), *kondycji fizycznej* ($rS=-0,50$) oraz mężczyzn: *atrakcyjności fizycznej* ($rS=-0,39$), *siły ciała* ($rS=-0,35$) oraz *kontroli fizycznej* ($rS=-0,33$). W grupie tej zaobserwowano także dodatnią korelację pomiędzy wynikami ogólnymi CES-D, a wynikiem ogólnym TAS-26 ($rS=0,30$) i podskala *identyfikacji uczuć*, a także wynikiem

ogólnym CTI ($rS=0,30$) i podskala *wizja siebie* ($rS=0,38$). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 14.

Tabela 14. Zależności pomiędzy CES-D, a danymi zebranymi za pomocą CTI, BES, TAS-26, STAI, PASTAS, GHQ-28 w obydwu grupach.

	CES-D			
	Grupa chorych na celiakię (A)		Grupa kontrolna (B)	
	poziom istotności (p)	rS	poziom istotności (p)	rS
TAS-26				
identyfikacja uczuć	$p=0,070$	$rS=0,19$	$p<0,000^*$	$rS=0,42$
wyobrażnia	$p=0,352$	$rS=0,10$	$p=0,400$	$rS=-0,09$
styl myślenia	$p=0,428$	$rS=0,08$	$p=0,331$	$rS=0,10$
opisywanie uczuć	$p=0,911$	$rS=-0,01$	$p=0,459$	$rS=0,08$
wynik ogólny	$p=0,217$	$rS=0,13$	$p<0,001^*$	$rS=0,30$
PASTAS				
PASTAS A (części ciała kojarzone z gromadzeniem tkanki tłuszczowej)	$p=0,311$	$rS=0,10$	$p<0,001^*$	$rS=0,59^*$
PASTAS B (części ciała powszechnie nieuznawane za otyłe)	$p<0,001^*$	$rS=0,28^*$	$p<0,001^*$	$rS=0,59^*$
CTI				
wizja siebie	$p<0,001^*$	$rS=0,45$	$p<0,001^*$	$rS=0,38$
wizja świata	$p=0,860$	$rS=0,02$	$p=0,228$	$rS=0,12$
wizja przyszłości	$p=0,205$	$rS=0,13$	$p=0,636$	$rS=0,05$
wynik ogólny	$p<0,001^*$	$rS=0,34$	$p<0,001^*$	$rS=0,30$
STAI				
lęk-cecha	$p<0,001^*$	$rS=0,46^*$	$p<0,001^*$	$rS=0,49^*$
BES (podskale dla kobiet)				

atrakcyjność seksualna	p=0,027*	rS=-0,26	p<0,001*	rS=-0,39
kontrola wagi	p=0,021*	rS=-0,27	p<0,001*	rS=-0,46
kondycja fizyczna	p=0,023*	rS=-0,26	p<0,001*	rS=-0,50
BES (podskale dla mężczyzn)				
atrakcyjność fizyczna	p<0,001*	rS=-0,64	p=0,012*	rS=-0,39
siła ciała	p<0,001*	rS=-0,72	p=0,026*	rS=-0,35
kondycja fizyczna	p<0,001*	rS=-0,74	p=0,035*	rS=-0,33
GHQ-28				
symptomy somatyczne	p<0,001*	rS=0,33	p<0,001*	rS=0,44
niepokój bezsenność	p=0,023*	rS=0,23	p=0,951	rS=0,01
zaburzenia funkcjonowania	p<0,001*	rS=0,38	p=0,202	rS=0,13
symptomy depresji	p<0,001*	rS=0,53	p<0,001*	rS=0,46
wynik ogólny	p<0,001*	rS=0,46	p<0,001*	rS=0,47

Legenda: p – poziom istotności; rS – współczynnik korelacji rangowej Spearmana; * – wynik istotny statystycznie (p<0,05).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

5.4.2. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy BDI, a CTI, BES, TAS-26 oraz GHQ-28

W grupie chorych z celiakią wykazano ujemną korelację pomiędzy wynikami BDI, a podskalami BES w grupie kobiet: *kontrola wagi* (rS=-0,27) oraz *kondycja fizyczna* (rS=-0,29). Zaobserwowano także dodatnią korelację pomiędzy wynikami BDI, a wynikiem ogólnym CTI (rS=0,25) i podskalą *wizja siebie* (rS=0,25) oraz wynikiem ogólnym GHQ-28 (rS=0,35) i podskalami: *niepokój i bezsenność* (rS=0,35), *zaburzenia funkcjonowania* (rS=0,25), *symptomy depresji* (rS=0,37).

W kontrolnej grupie zdrowych osób wykazano dodatnią zależność pomiędzy wynikami BDI, a wynikiem ogólnym CTI (rS=0,25) i podskalą *wizja siebie* (rS=0,30) oraz pomiędzy BDI, a podskalami BES w grupie kobiet: *kondycja fizyczna* (rS=-0,47), a w grupie mężczyzn z podskalami: *atrakcyjność fizyczna* (rS=-0,62), *siła ciała* (rS=-0,63) oraz *kondycja fizyczna* (rS=-0,64).

W grupie B zaobserwowano także dodatnią korelację pomiędzy wynikami BDI, a wynikiem ogólnym TAS-26 ($rS=0,41$) oraz podskala *identyfikacja uczuć* ($rS=0,56$), a także wynikiem ogólnym GHQ-28 ($rS=0,49$) oraz podskalami: *symptomy somatyczne* ($rS=0,46$) i *symptomy depresji* ($rS=0,54$). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 15.

Tabela 15. Zależności pomiędzy BDI, a CTI, BES, TAS-26 i GHQ-28 w obydwu grupach.

	BDI			
	Grupa chorych na celiakię (A)		Grupa kontrolna (B)	
	poziom istotności (p)	rS	poziom istotności (p)	rS
TAS-26				
identyfikacja uczuć	p=0,242	rS=0,12	p<0,001*	rS=0,56
wyobraźnia	p=0,467	rS=0,08	p=0,442	rS=-0,08
styl myślenia	p=0,076	rS=0,18	p=0,313	rS=0,10
opisywanie uczuć	p=0,205	rS=0,13	p=0,105	rS=0,17
wynik ogólny	p=0,115	rS=0,16	p<0,001*	rS=0,41
PASTAS				
PASTAS A (części ciała kojarzone z gromadzeniem tkanki tłuszczowej)	p=0,121	rS=0,16	p<0,001*	rS=0,52*
PASTAS B (części ciała powszechnie nieuznawane za otyłe)	p<0,001*	rS=0,40*	p<0,001*	rS=0,48*
CTI				
wizja siebie	p<0,001*	rS=0,30	p<0,001*	rS=0,46*
wizja świata	p=0,208	rS=0,11	p=0,378	rS=0,09
wizja przyszłości	p=0,082	rS=0,18	p=0,303	rS=0,11
wynik ogólny	p=0,015	rS=0,25	p=0,004*	rS=0,29*
STAI				
lęk-cecha	p=0,03*	rS=0,23*	p<0,001*	rS=0,68*

BES (podskale dla kobiet)				
atrakcyjność seksualna	p=0,121	rS=-0,18	p=0,068	rS=-0,25
kontrola wagi	p=0,018	rS=-0,27	p=0,096	rS=-0,23
kondycja fizyczna	p=0,011	rS=-0,29	p<0,001*	rS=-0,47*
BES (podskale dla mężczyzn)				
atrakcyjność fizyczna	p=0,469	rS=-0,17	p<0,001*	rS=-0,62*
siła ciała	p=0,658	rS=-0,10	p<0,001*	rS=-0,63*
kondycja fizyczna	p=0,393	rS=-0,20	p<0,001*	rS=-0,64*
GHQ-28				
symptomy somatyczne	p=0,059	rS=0,19	p<0,001*	rS=0,46
niepokój i bezsenność	p<0,001*	rS=0,35	p=0,998	rS=-0,01
zaburzenia funkcjonowania	p=0,012*	rS=0,25	p=0,242	rS=0,12
symptomy depresji	p<0,001*	rS=0,37	p<0,001*	rS=0,54
wynik ogólny	p<0,001*	rS=0,35	p<0,001*	rS=0,49

Legenda: p – poziom istotności; rS – współczynnik korelacji rangowej Spearmana; * – wynik istotny statystycznie (p<0,05).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

5.4.3. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy STAI, a CTI, BES, TAS-26, GHQ-28

W grupie z celiakią, w obszarze zależności pomiędzy wynikami ogólnymi uzyskanymi za pomocą kwestionariusza STAI (X2-lęk, jako cecha) wykazano korelację z wynikami ogólnymi CTI (rS=0,29) oraz z podskalą *wizja siebie* (rS=0,49). Uzyskano również ujemne korelacje z wynikami BES w grupie kobiet w podskalach *atrakcyjności seksualnej* (rS=-0,35), *kontroli wagi* (rS=-0,32) i *kondycji fizycznej* (rS=-0,31). Zaobserwowano także dodatnią korelację pomiędzy wynikami STAI-X2, a wynikiem ogólnym w TAS-26 (rS=0,24) oraz podskalą *identyfikacja uczuć* (rS=0,27) oraz *opisywaniem uczuć* (rS=0,22). Zaobserwowano także dodatnią korelację pomiędzy STAI-X2, a wynikiem ogólnym GHQ-28 (rS=0,31), oraz poszczególnymi podskalami:

niepokój i bezsenność ($rS=0,25$), *zaburzenia funkcjonowania* ($rS=0,22$) i *symptomy depresji* ($rS=0,43$).

W grupie kontrolnej kobiet stwierdzono natomiast ujemną korelację pomiędzy wynikami STAI-X2, a podskalami BES: *atrakcyjności seksualnej* ($rS=-0,48$), *kontroli wagi* ($rS=-0,44$) oraz *kondycji fizycznej* ($rS=-0,48$). W grupie mężczyzn odnotowano z kolei zależność między STAI-X2, a wymiarem *kondycji fizycznej* ($rS=-0,32$). W grupie B zaobserwowano także dodatnią korelację pomiędzy wynikami STAI-X2, a wynikiem ogólnym w TAS-26 ($rS=0,49$) oraz podskala *identyfikacja uczuć* ($rS=0,65$), a także wynikiem ogólnym CTI ($rS=0,25$) oraz podskala: *wizja siebie* ($rS=0,46$). Zaobserwowano także dodatnią korelację pomiędzy STAI-X2, a wynikiem ogólnym GHQ-28 ($rS=0,51$), oraz poszczególnymi podskala: *symptomów depresji* ($rS=0,55$). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 16.

Tabela 16. Zależności pomiędzy STAI, a CTI, BES, TAS-26 oraz GHQ-28 w obydwu grupach.

	STAI: lęk-cecha			
	Grupa chorych na celiakię (A)		Grupa kontrolna (B)	
	poziom istotności (p)	rS	poziom istotności (p)	rS
TAS-26				
identyfikacja uczuć	$p=0,008^*$	$rS=0,27$	$p<0,001^*$	$rS=0,65^*$
wyobrażenia	$p=0,477$	$rS=0,07$	$p=0,495$	$rS=-0,07$
styl myślenia	$p=0,738$	$rS=-0,03$	$p=0,771$	$rS=0,03$
opisywanie uczuć	$p=0,028^*$	$rS=0,22^*$	$p=0,054$	$rS=0,20$
wynik ogólny	$p=0,017^*$	$rS=0,24^*$	$p<0,001^*$	$rS=0,49^*$
PASTAS				
PASTAS A (części ciała kojarzone z gromadzeniem tkanki tłuszczowej)	$p=0,361$	$rS=0,09$	$p<0,001^*$	$rS=0,45^*$
PASTAS B (części ciała powszechnie nieuznawane za otyłe)	$p=0,581$	$rS=0,06$	$p<0,001^*$	$rS=0,44^*$
CTI				

wizja siebie	p<0,001*	rS=0,49*	p<0,001*	rS=0,46*
wizja świata	p=0,573	rS=0,06	p=0,918	rS=0,01
wizja przyszłości	p=0,973	rS=0,01	p=0,179	rS=0,14
wynik ogólny	p<0,001*	rS=0,29*	p=0,014*	rS=0,25*
BES (podskale dla kobiet)				
atrakcyjność seksualna	p<0,001*	rS=-0,35*	p<0,001*	rS=-0,48*
kontrola wagi	p=0,010*	rS=-0,32*	p<0,001*	rS=-0,44*
kondycja fizyczna	p=0,010*	rS=-0,31*	p<0,001*	rS=-0,48*
BES (podskale dla mężczyzn)				
atrakcyjność fizyczna	p=0,682	rS=0,10	p=0,054	rS=-0,30
siła ciała	p=0,924	rS=0,02	p=0,062	rS=-0,29
kondycja fizyczna	p=0,338	rS=-0,22	p=0,043*	rS=-0,32*
GHQ-28				
symptomy somatyczne	p=0,159	rS=0,15	p=0,001*	rS=0,44*
niepokój i bezsenność	p=0,014*	rS=0,25*	p=0,877	rS=0,02
zaburzenia funkcjonowania	p=0,029*	rS=0,22*	p=0,144	rS=0,15
symptomy depresji	p=0,001*	rS=0,43*	p=0,001*	rS=0,55*
wynik ogólny	p=0,001*	rS=0,31*	p=0,001*	rS=0,51*

Legenda: p – poziom istotności; rS – współczynnik korelacji rangowej Spearmana; * – wynik istotny statystycznie (p<0,05).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

5.4.4. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy PASTAS A i B, a CTI, BES, TAS-26, oraz GHQ-28

Analiza związków w obszarze zależności pomiędzy wynikami PASTAS A (lęk-
cecha), a TAS-26 wykazała istotne statystycznie zależności w grupie A. Odnotowano
w niej zależności pomiędzy PASTAS, a podskalą *wyobraźni* TAS-26 (rS=0,28).

Zaobserwowano zależności pomiędzy podskala *kontrola wagi* BES w grupie kobiet ($rS=-0,27$).

W grupie B wykazano zależności pomiędzy wynikami PASTAS A, a podskala *identyfikacja uczuć* ($rS=0,38$) oraz wynikiem ogólnym TAS-26 ($rS=0,31$) oraz podskala *wizja siebie* i wynikiem ogólnym CTI ($rS=0,22$ oraz $rS=0,22$). Wykazano również zależności pomiędzy wynikiem PASTAS A, a podskalami BES w grupie kobiet: *atrakcyjności seksualnej* ($rS=-0,42$), *kontroli wagi* ($rS=-0,60$), a także *kondycji fizycznej* ($rS=-0,35$). W przypadku podskal dotyczących mężczyzn ujemne korelacje odnotowano pomiędzy PASTAS A, a domenami: *atrakcyjności fizycznej* ($rS=-0,32$), *siły ciała* ($rS=-0,43$) oraz *kondycji fizycznej* ($rS=-0,43$). W grupie kontrolnej odnotowano również korelacje pomiędzy PASTAS A, a wynikiem ogólnym GHQ-28 ($rS=0,29$) oraz podskal *symptomów somatycznych* ($rS=0,27$) i *symptomów depresji* ($rS=0,29$). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 17.

Tabela 17. Zależności pomiędzy PASTAS A, a CTI, BES, TAS-26, oraz GHQ-28w obydwu grupach.

	PASTAS A (części ciała kojarzone z gromadzeniem tkanki tłuszczowej)			
	Grupa chorych na celiakię (A)		Grupa kontrolna (B)	
	poziom istotności (p)	rS	poziom istotności (p)	rS
TAS-26				
identyfikacja uczuć	$p=0,347$	$rS=0,10$	$p=0,000^*$	$rS=0,38^*$
wyobrażenia	$p<0,001^*$	$rS=-0,28^*$	$p=0,969$	$rS=0,01$
styl myślenia	$p=0,205$	$rS=-0,13$	$p=0,636$	$rS=0,05$
opisywanie uczuć	$p=0,213$	$rS=0,13$	$p=0,377$	$rS=0,09$
wynik ogólny	$p=0,519$	$rS=-0,07$	$p<0,001^*$	$rS=0,31^*$
CTI				
wizja siebie	$p=0,158$	$rS=0,15$	$p=0,031^*$	$rS=0,22^*$
wizja świata	$p=0,601$	$rS=0,05$	$p=0,344$	$rS=0,10$

wizja przyszłości	p=0,163	rS=0,14	p=0,830	rS=0,02
wynik ogólny	p=0,063	rS=0,19	p=0,035*	rS=0,22*
STAI				
lęk-cecha	p=0,361	rS=0,09	p<0,001*	rS=0,45*
BES (podskale dla kobiet)				
atrakcyjność seksualna	p=0,163	rS=-0,16	p<0,001*	rS=-0,42*
kontrola wagi	p=0,022*	rS=-0,27*	p<0,001*	rS=-0,60*
kondycja fizyczna	p=0,104	rS=-0,19	p=0,001*	rS=-0,35*
BES (podskale dla mężczyzn)				
atrakcyjność fizyczna	p=0,139	rS=-0,33	p=0,045*	rS=-0,32*
siła ciała	p=0,416	rS=-0,19	p=0,005*	rS=-0,43*
kondycja fizyczna	p=0,090	rS=-0,38	p=0,005*	rS=-0,43*
GHQ-28				
symptomy somatyczne	p=0,667	rS=-0,04	p=0,009*	rS=0,27*
niepokój i bezsenność	p=0,261	rS=-0,12	p=0,648	rS=-0,05
zaburzenia funkcjonowania	p=0,399	rS=-0,09	p=0,519	rS=0,07
symptomy depresji	p=0,185	rS=0,14	p<0,001*	rS=0,29*
wynik ogólny	p=0,595	rS=-0,06	p<0,001*	rS=0,29*

Legenda: p – poziom istotności; rS – współczynnik korelacji rangowej Spearmana; * – wynik istotny statystycznie (p<0,05).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zaobserwowano następujące istotne statystycznie zależności w grupie A w obszarze pomiędzy zmiennymi PASTAS B, a wynikiem ogólnym oraz podskala *wizja przyszłości* CTI (odpowiednio rS=0,27 oraz rS=0,29), podskala *kontroli wagi* BES w grupie kobiet (rS=-0,29) oraz podskalami *atrakcyjności fizycznej* (rS=-0,74), *siły ciała* (rS=-0,67) oraz *kondycji fizycznej* (rS=-0,63) w grupie mężczyzn. Zaobserwowano

również zależności pomiędzy PASTAS B podskala GHQ-28 dotyczącą *symptomów depresji* ($rS=0,21$).

W grupie B wykazano relacje między PASTAS B, a wynikiem ogólnym TAS-26 ($rS=0,21$) oraz podskala *identyfikacja uczuć* ($rS=0,32$), podskala CTI *wizja siebie* ($rS=0,22$), a w grupie kobiet podskalami BES: *atrakcyjności seksualnej* ($rS=-0,50$), *kontroli wagi* ($rS=-0,47$), a także *kondycji fizycznej* ($rS=-0,37$). W przypadku podskal dotyczących mężczyzn ujemne korelacje odnotowano pomiędzy PASTAS B, a podskalami BES: *atrakcyjności fizycznej* ($rS=-0,41$), *siły ciała* ($rS=-0,41$) oraz *kondycji fizycznej* ($rS=-0,40$). Zaobserwowano również zależności pomiędzy wynikami PASTAS B, a podskalami GHQ-28: *symptomów somatycznych* ($rS=0,32$) i *symptomów depresji* ($rS=0,32$). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 18.

Tabela 18. Zależności między PASTAS B, a CTI, BES, TAS-26 oraz GHQ-28 w obydwu grupach.

	PASTAS B (części ciała powszechnie nieuznawane za otyłe)			
	Grupa chorych na celiakię (A)		Grupa kontrolna (B)	
	poziom istotności (p)	rS	poziom istotności (p)	rS
TAS-26				
identyfikacja uczuć	p=0,281	rS=0,11	p<0,001*	rS=0,32*
wyobrażenia	p=0,108	rS=-0,17	p=0,632	rS=-0,05
styl myślenia	p=0,995	rS=0,00	p=0,920	rS=-0,01
opisywanie uczuć	p=0,114	rS=0,16	p=0,432	rS=0,08
wynik ogólny	p=0,842	rS=0,02	p=0,038*	rS=0,21*
CTI				
wizja siebie	p=0,203	rS=0,13	p=0,030*	rS=0,22*
wizja świata	p=0,179	rS=0,14	p=0,796	rS=0,03
wizja przyszłości	p=0,005*	rS=0,29*	p=0,905	rS=-0,01
wynik ogólny	p=0,008*	rS=0,27*	p=0,179	rS=0,14

STAI				
lęk-cecha	p=0,581	rS=0,06	p<0,001*	rS=0,44*
BES (podskale dla kobiet)				
atrakcyjność seksualna	p=0,082	rS=-0,20	p<0,001*	rS=-0,50*
kontrola wagi	p=0,011*	rS=-0,29*	p<0,001*	rS=-0,47*
kondycja fizyczna	p=0,175	rS=-0,16	p=0,006*	rS=-0,37*
BES (podskale dla mężczyzn)				
atrakcyjność fizyczna	p<0,001*	rS=-0,74*	p=0,007*	rS=-0,41*
siła ciała	p<0,001*	rS=-0,67*	p=0,012*	rS=-0,39*
kondycja fizyczna	p<0,001*	rS=-0,63*	p=0,009*	rS=-0,40*
GHQ-28				
symptomy somatyczne	p=0,668	rS=0,04	p<0,001*	rS=0,32*
niepokój i bezsenność	p=0,735	rS=0,04	p=0,378	rS=-0,09
zaburzenia funkcjonowania	p=0,316	rS=0,10	p=0,802	rS=0,03
symptomy depresji	p=0,044*	rS=0,21*	p<0,001*	rS=0,32*
wynik ogólny	p=0,220	rS=0,13	p<0,001*	rS=0,32*

Legenda: p – poziom istotności; rS – współczynnik korelacji rangowej Spearmana; * – wynik istotny statystycznie (p<0,05).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

5.4.5. Zależności między wynikiem ogólnym PASTAS, a CTI, BES, TAS-26, GHQ-28

Wykazano również zależności w grupie A pomiędzy wynikiem ogólnym PASTAS, a podskalą wyobraźni TAS-26 (rS=-0,27), wynikiem ogólnym CTI (rS=0,22) podskalą BES *kontrola wagi* w grupie kobiet (rS=-0,30), a w grupie mężczyzn podskalami: *atrakcyjności fizycznej* (rS=-0,47) oraz *kondycji fizycznej* (rS=-0,47).

W grupie B wykazano zależności pomiędzy wynikiem ogólnym PASTAS, a wynikiem ogólnym TAS-26 (rS=0,21) oraz podskalą *identyfikacja uczuć* (rS=0,32), podskalą CTI *wizja siebie* (rS=0,22), podskalą BES w grupie kobiet: *atrakcyjności*

seksualnej ($rS=-0,50$), *kontroli wagi* ($rS=-0,47$), a także *kondycji fizycznej* ($rS=-0,37$). W przypadku podskali dotyczącej mężczyzn ujemne korelacje odnotowano pomiędzy wynikiem ogólnym PASTAS, a podskal BES: *atrakcyjności fizycznej* ($rS=-0,41$), *siły ciała* ($rS=-0,39$) oraz *kondycji fizycznej* ($rS=-0,40$). Zaobserwowano również zależności pomiędzy wynikiem ogólnym PASTAS, a wynikiem ogólnym GHQ-28 ($rS=0,32$) oraz podskal *symptomów somatycznych* ($rS=0,32$) i *symptomów depresji* ($rS=0,32$). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 19.

Tabela 19. Zależności pomiędzy wynikiem ogólnymi PASTAS, a CTI, BES, TAS-26 oraz GHQ-28 w obydwu grupach.

	PASTAS wynik ogólny			
	Grupa chorych na celiakię (A)		Grupa kontrolna (B)	
	poziom istotności (p)	rS	poziom istotności (p)	rS
TAS-26				
identyfikacja uczuć	p=0,283	rS=0,11	p<0,001*	rS=0,38*
wyobrażenia	p=0,008*	rS=-0,27*	p=0,850	rS=-0,02
styl myślenia	p=0,240	rS=-0,12	p=0,886	rS=-0,01
opisywanie uczuć	p=0,160	rS=0,14	p=0,528	rS=0,07
wynik ogólny	p=0,613	rS=-0,05	p=0,005*	rS=0,28*
CTI				
wizja siebie	p=0,195	rS=0,13	p=0,025*	rS=0,23*
wizja świata	p=0,451	rS=0,08	p=0,296	rS=0,11
wizja przyszłości	p=0,053	rS=0,20	p=0,738	rS=0,04
wynik ogólny	p=0,032*	rS=0,22*	p=0,031	rS=0,22
STAI				
lęk-cecha	p=0,460	rS=0,08	p<0,001*	rS=0,47*
BES (podskale dla kobiet)				

atrakcyjność seksualna	p=0,097	rS=-0,19	p<0,001*	rS=-0,47*
kontrola wagi	p=0,009*	rS=-0,30*	p<0,001*	rS=-0,59*
kondycja fizyczna	p=0,078	rS=-0,21	p=0,004*	rS=-0,38*
BES (podskale dla mężczyzn)				
atrakcyjność fizyczna	p=0,030*	rS=-0,47*	p=0,015*	rS=-0,38*
siła ciała	p=0,151	rS=-0,32	p=0,002*	rS=-0,46*
kondycja fizyczna	p=0,031*	rS=-0,47*	p=0,002*	rS=-0,46*
GHQ-28				
symptomy somatyczne	p=0,946	rS=-0,01	p<0,001*	rS=0,29*
niepokój i bezsenność	p=0,409	rS=-0,09	p=0,663	rS=-0,05
zaburzenia funkcjonowania	p=0,621	rS=-0,05	p=0,617	rS=0,05
symptomy depresji	p=0,124	rS=0,16	p<0,001*	rS=0,30*
wynik ogólny	p=0,916	rS=-0,01	p<0,001*	rS=0,32*

Legenda: p – poziom istotności; rS – współczynnik korelacji rangowej Spearmana; * – wynik istotny statystycznie (p<0,05).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

5.4.6. Wyniki dotyczące zależności pomiędzy zmiennymi społeczno-demograficznymi, klinicznymi oraz związanymi z podporządkowaniem się zaleceniom stosowania diety bezglutenowej, a zmiennymi psychologicznymi

W obszarze zależności pomiędzy danymi społeczno-demograficznymi, a zmiennymi psychologicznymi, w grupie A wykazano zależność pomiędzy płcią, a wynikiem ogólnym CES-D (p=0,014), domenami GHQ-28: *zaburzenia funkcjonowania* (p=0,005), *symptomy depresji* (p=0,030) oraz wynikiem ogólnym GHQ-28 (p=0,048). Wskazano zależność pomiędzy wiekiem, domeną STAI X2- lęku jako cechy (p=0,016). Wskazano także zależność pomiędzy miejscem zamieszkania, a domeną TAS-26: *styl myślenia* (p=0,040). Szczegółowe wyniki przedstawiają Tabele 20, 20.1, 20.2 oraz 20.3.

Tabela 20. Zależności pomiędzy zmiennymi społeczno-demograficznymi, a zmiennymi psychologicznymi w grupie chorych z celiakią.

	Grupa chorych na celiakię (A)				
	Płeć	Wiek	Stan cywilny	Miejsce zamieszkania	Aktywność zawodowa
	poziom istotności (p)	poziom istotności (p), rS	poziom istotności (p)	poziom istotności (p)	poziom istotności (p)
TAS-26					
identyfikacja uczuć	p=0,459	rS=-0,10 p=0,339	p=0,189	p=0,377	p=0,997
wyobraźnia	p=0,257	rS=0,11 p=0,285	p=0,109	p=0,167	p=0,035*
styl myślenia	p=0,463	rS=0,02 p=0,857	p=0,239	p=0,040*	p=0,607
opisywanie uczuć	p=0,399	rS=-0,07 p=0,511	p=0,055	p=0,080	p=0,656
wynik ogólny	p=0,880	rS=-0,05 p=0,644	p=0,282	p=0,571	p=0,342
CES-D					
wynik ogólny	p=0,014*	rS=-0,08 p=0,455	p=0,721	p=0,819	p=0,824
PASTAS					
PASTAS A (części ciała kojarzone z gromadzeniem tkanki tłuszczowej)	p=0,360	rS=-0,04 p=0,721	p=0,355	p=0,124	p=0,544
PASTAS B (części ciała powszechnie nieuznawane za otyłe)	p=0,812	rS=0,17 p=0,095	p=0,553	p=0,927	p=0,217
wynik ogólny	p=0,373	rS=0,04 p=0,709	p=0,345	p=0,204	p=0,301
GHQ-28					
symptomy somatyczne	p=0,417	rS=0,03 p=0,740	p=0,825	p=0,896	p=0,277
niepokój i bezsenność	p=0,893	rS=-0,08 p=0,444	p=0,841	p=0,697	p=0,553
zaburzenia funkcjonowania	p=0,005*	rS=-0,04 p=0,722	p=0,661	p=0,940	p=0,915
symptomy depresji	p=0,030*	rS=-0,07 p=0,514	p=0,331	p=0,852	p=0,083
wynik ogólny	p=0,048*	rS=-0,09 p=0,621	p=0,883	p=0,962	p=0,340
CTI					

wizja siebie	p=0,434	rS=-0,15 p=0,154	p=0,087	p=0,602	p=0,627
wizja świata	p=0,373	rS=-0,04 p=0,723	p=0,679	p=0,174	p=0,474
wizja przyszłości	p=0,621	rS=0,04 p=0,708	p=0,219	p=0,096	p=0,918
wynik ogólny	p=0,546	rS=-0,10 p=0,351	p=0,299	p=0,157	p=0,691
BDI					
wynik ogólny	p=0,465	rS=-0,08 p=0,421	p=0,318	p=0,187	p=0,407
STAI					
lęk-cecha	p=0,127	rS=-0,25 p=0,016*	p=0,277	p=0,586	p=0,482
BES (podskala dla kobiet)					
atrakcyjność seksualna	Brak wyników	rS=0,03 p=0,771	p=0,517	p=0,170	p=0,165
kontrola wagi	Brak wyników	rS=0,04 p=0,727	p=0,232	p=0,849	p=0,065
kondycja fizyczna	Brak wyników	rS=0,02 p=0,873	p=0,417	p=0,314	p=0,134
BES (podskala dla mężczyzn)					
atrakcyjność fizyczna	Brak wyników	p=0,101	Brak wyników	p=0,679	p=0,792
siła ciała	Brak wyników	p=0,077	Brak wyników	p=0,752	p=0,734
kondycja fizyczna	Brak wyników	p=0,362	Brak wyników	p=0,409	p=0,822

Legenda: p – poziom istotności; rS – współczynnik korelacji rangowej Spearmana; * – wynik istotny statystycznie ($p < 0,05$).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Tabela 20.1. Zależności pomiędzy płcią, a CES-D w grupie chorych z celiakią.

	Grupa chorych na celiakię (A)					
	mężczyźni			Kobiety		
	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)
CES-D						
wynik ogólny	20,1(9,4)	15,9-24,4	0-35	15,0(8,3)	13,1-16,9	0-38

Legenda: OS – odchylenie standardowe; min-max – wartości minimalne i maksymalne.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Tabela 20.2. Zależności pomiędzy płcią, a GHQ-28 w grupie chorych z celiakią.

	Grupa chorych na celiakię (A)					
	mężczyźni			Kobiety		
	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)
GHQ-28						
zaburzenia funkcjonowania	8,7(3,1)	7,3-10,1	0-14	6,2(4,1)	5,2-7,1	0-15
symptomy depresji	4,1(4,2)	2,2-6,0	0-15	2,8(4,1)	1,8-3,7	0-21
wynik ogólny	28,4(11,6)	23,1-33,6	2-47	23,7(12,3)	20,9-26,5	2-61

Legenda: OS – odchylenie standardowe; min-max – wartości minimalne i maksymalne.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Porównania wielokrotne wykazały, że zależności dotyczą różnic w średnich wynikach w domenie *styl myślenia* TAS-26, pomiędzy osobami zamieszkującymi wieś i miasto od 25 do 200 tys. mieszkańców ($p=0,014$), osobami zamieszkującymi miasto do 25 tys. mieszkańców i zamieszkującymi miasto od 25 do 200 tys. mieszkańców ($p=0,015$), oraz pomiędzy osobami zamieszkującymi miasto od 25 do 200 tys. mieszkańców oraz miasto powyżej 200 tys. mieszkańców ($p=0,039$). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 20.3.

Tabela 20.3. Zależności pomiędzy miejscem zamieszkania, domeną stylu myślenia w TAS-26 w grupie chorych z celiakią.

Miejsce zamieszkania, a domena styl myślenia z TAS-26					
	wieś	miasto do 25 tys. mieszkańców	miasto od 25- 200 tys. mieszkańców	miasto pow. 200 tys. mieszkańców	średnia (OS)
wieś		$p=0,939$	$p=0,014^*$	$p=0,262$	15,3(2,4)
miasto do 25 tys. mieszkańców	$p=0,939$		$p=0,015^*$	$p=0,289$	15,0(2,5)
miasto od 25- 200 tys. mieszkańców	$p=0,014^*$	$p=0,015^*$		$p=0,039^*$	12,7(2,4)
miasto pow. 200 tys. mieszkańców	$p=0,262$	$p=0,289$	$p=0,039^*$		14,1(2,61)

Legenda: OS – odchylenie standardowe; p – poziom istotności; * – wynik istotny statystycznie ($p<0,05$).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W obszarze zależności pomiędzy danymi społeczno-demograficznymi, a zmiennymi psychologicznymi, w grupie A wykazano zależność pomiędzy wiekiem w momencie diagnozy, a wynikiem mierzonym za pomocą PASTAS w obszarze części ciała powszechnie nieuznawanych za otyłe ($rS=0,23$) oraz domeną STAI określającą lęk jako cechę ($rS=0,22$). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 21.

Tabela 21. Zależności pomiędzy czasem pracy, wiekiem w momencie diagnozy, czasem trwania objawów zanim postawiono diagnozę, a zmiennymi psychologicznymi w grupie chorych z celiakią.

	Grupa chorych na celiakię (A)		
	Czas pracy	Wiek w momencie postawienia diagnozy	Objawy zanim postawiono diagnozę
	poziom istotności (p), rS	poziom istotności (p)	poziom istotności (p), rS
TAS-26			
identyfikacja uczuć	$rS=-0,09$ $p=0,405$	$rS=-0,08$ $p=0,418$	$rS=0,01$ $p=0,913$
wyobraźnia	$rS=0,16$ $p=0,114$	$rS=0,12$ $p=0,246$	$rS=-0,13$ $p=0,189$
styl myślenia	$rS=0,05$ $p=0,618$	$rS=0,07$ $p=0,498$	$rS=-0,11$ $p=0,287$
opisywanie uczuć	$rS=-0,09$ $p=0,432$	$rS=-0,02$ $p=0,875$	$rS=-0,06$ $p=0,591$
wynik ogólny	$rS=0,01$ $p=0,972$	$rS=0,01$ $p=0,982$	$rS=-0,12$ $p=0,256$
CES-D			
wynik ogólny	$rS=-0,07$ $p=0,496$	$rS=-0,10$ $p=0,334$	$rS=0,09$ $p=0,388$
PASTAS			
PASTAS A (części ciała kojarzone z gromadzeniem tkanki tłuszczowej)	$rS=0,04$ $p=0,637$	$rS=-0,02$ $p=0,818$	$rS=-0,01$ $p=0,949$
PASTAS B (części ciała powszechnie nieuznawane za otyłe)	$rS=-0,07$ $p=0,509$	$rS=0,23^*$ $p=0,023^*$	$rS=0,07$ $p=0,479$
wynik ogólny	$rS=0,01$ $p=0,924$	$rS=0,07$ $p=0,526$	$rS=0,03$ $p=0,763$
GHQ-28			
symptomy somatyczne	$rS=0,01$ $p=0,911$	$rS=-0,01$ $p=0,902$	$rS=0,13$ $p=0,215$

niepokój i bezsenność	rS=0,09 p=0,401	rS=-0,13 p=0,194	rS=0,06 p=0,577
zaburzenia funkcjonowania	rS=-0,04 p=0,717	rS=-0,02 p=0,873	rS=0,18 p=0,078
symptomy depresji	rS=0,13 p=0,222	rS=-0,03 p=0,786	rS=0,09 p=0,372
wynik ogólny	rS=0,03 p=0,763	rS=-0,05 p=0,613	rS=0,15 p=0,158
CTI			
wizja siebie	rS=-0,01 p=0,917	rS=-0,09 p=0,383	rS=0,04 p=0,723
wizja świata	rS=-0,12 p=0,263	rS=0,03 p=0,715	rS=-0,19 p=0,066
wizja przyszłości	rS=-0,02 p=0,862	rS=0,01 p=0,905	rS=-0,03 p=0,795
wynik ogólny	rS=-0,04 p=0,706	rS=-0,06 p=0,563	rS=-0,09 p=0,368
BDI			
wynik ogólny	rS=-0,06 p=0,574	rS=-0,02 p=0,845	rS=-0,01 p=0,913
STAI			
lęk-cecha	rS=0,07 p=0,481	rS=0,22* p=0,031*	rS=-0,13 p=0,219
BES (skala dla kobiet)			
atrakcyjność seksualna	rS=-0,09 p=0,432	rS=0,07 p=0,575	rS=0,04 p=0,756
kontrola wagi	rS=-0,11 p=0,310	rS=0,06 p=0,633	rS=0,01 p=0,916
kondycja fizyczna	rS=-0,04 p=0,722	rS=0,01 p=0,922	rS=0,10 p=0,351
BES (skala dla mężczyzn)			
atrakcyjność fizyczna	rS=0,23 p=0,316	rS=-0,29 p=0,209	rS=-0,14 p=0,543
siła ciała	rS=0,24 p=0,291	rS=-0,30 p=0,192	rS=-0,15 p=0,503
kondycja fizyczna	rS=0,19 p=0,411	rS=-0,21 p=0,365	rS=-0,32 p=0,154

Legenda: p – poziom istotności; rS – współczynnik korelacji rangowej Spearmana; * – wynik istotny statystycznie (p<0,05).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wykazano również istotne statystycznie zależności pomiędzy rozpoznaniem chorób współistniejących, a domeną *wyobraźni* mierzoną za pomocą TAS-26

($p=0,026$). Wykazano zależności pomiędzy sposobem postawienia diagnozy, a wynikami uzyskanymi za pomocą kwestionariuszy BDI ($p=0,006$), STAI (lęk-cecha) ($p=0,006$), jak również domenami *atrakcyjności seksualnej* ($p=0,010$), *kontroli wagi* ($p<0,001$) oraz *kondycji fizycznej* ($p=0,006$) mierzonymi za pomocą BES dla skali kobiet. Szczegółowe wyniki przedstawiają Tabele 22, 22.1- 22.4.

Tabela 22. Zależności pomiędzy danymi klinicznymi, a zmiennymi psychologicznymi w grupie chorych z celiakią.

	Grupa chorych na celiakię (A)			
	Sposób postawienia diagnozy	Wywiad rodzinny w kierunku celiakii	Choroby współistniejące	W tym choroby autoimmunologiczne
	poziom istotności (p)	poziom istotności (p)	poziom istotności (p)	poziom istotności (p)
TAS-26				
identyfikacja uczuć	$p=0,909$	$p=0,741$	$p=0,974$	$p=0,178$
wyobrażenia	$p=0,857$	$p=0,710$	$p=0,026^*$	$p=0,323$
styl myślenia	$p=0,371$	$p=0,949$	$p=0,388$	$p=0,232$
opisywanie uczuć	$p=0,079$	$p=0,842$	$p=0,191$	$p=0,306$
wynik ogólny	$p=0,855$	$p=0,912$	$p=0,451$	$p=0,186$
CES-D				
wynik ogólny	$p=0,167$	$p=0,129$	$p=0,527$	$p=0,856$
PASTAS				
PASTAS A (części ciała kojarzone z gromadzeniem tkanki tłuszczowej)	$p=0,481$	$p=0,095$	$p=0,889$	$p=0,603$
PASTAS B (części ciała powszechnie nieuznawane za otyłe)	$p=0,148$	$p=0,562$	$p=0,427$	$p=0,252$
wynik ogólny	$p=0,462$	$p=0,091$	$p=0,697$	$p=0,444$

GHQ-28				
symptomy somatyczne	p=0,601	p=0,986	p=0,464	p=0,603
niepokój i bezsenność	p=0,434	p=0,441	p=0,659	p=0,281
zaburzenia funkcjonowania	p=0,964	p=0,337	p=0,811	p=0,483
symptomy depresji	p=0,438	p=0,829	p=0,705	p=0,350
wynik ogólny	p=0,986	p=0,526	p=0,974	p=0,352
CTI				
wizja siebie	p=0,169	p=0,588	p=0,534	p=0,304
wizja świata	p=0,507	p=0,331	p=0,991	p=0,571
wizja przyszłości	p=0,862	p=0,292	p=0,496	p=0,261
wynik ogólny	p=0,615	p=0,669	p=0,732	p=0,179
BDI				
wynik ogólny	p=0,006*	p=0,149	p=0,699	p=0,754
STAI				
lęk-cecha	p=0,006*	p=0,194	p=0,121	p=0,521
BES (skala dla kobiet)				
atrakcyjność seksualna	p=0,010*	p=0,165	p=0,743	p=0,754
kontrola wagi	p<0,001*	p=0,194	p=0,932	p=0,824
kondycja fizyczna	p=0,006*	p=0,125	p=0,676	p=0,407
BES (skala dla mężczyzn)				
atrakcyjność fizyczna	p=0,163	p=0,964	p=1,000	p=0,371
siła ciała	p=0,102	p=0,754	p=0,911	p=0,508
kondycja fizyczna	p=0,259	p=0,823	p=0,654	p=0,755

Legenda: p – poziom istotności; * – wynik istotny statystycznie (p<0,05).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Tabela 22.1. Zależności pomiędzy diagnozą chorób współistniejących, a domeną wyobraźni w TAS-26 w grupie chorych z celiakią.

	Grupa chorych na celiakię (A)					
	Choroby współistniejące					
	Tak			Nie		
	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)	średnia (OS)	95% przedziały ufności	(min - max)
TAS-26						
wyobraźnia	14,8(3,2)	13,8-15,8	8-21	12,8(4,8)	11,5-14,1	5-22

Legenda: OS – odchylenie standardowe; min-max – wartości minimalne i maksymalne.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Porównania wielokrotne wykazały, że zależności dotyczą różnic w wynikach BDI pomiędzy chorymi, u których diagnozę postawiono za pomocą testów laboratoryjnych i badań endoskopowych ($p=0,006$). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 22.2

Tabela 22.2. Zależności pomiędzy sposobem postawienia diagnozy, a BDI w grupie chorych z celiakią.

Sposób postawienia diagnozy, a wyniki ogólne BDI				
	Testy laboratoryjne	Badanie endoskopowe	Wywiad z lekarzem i analiza wyników	średnia (OS)
Testy laboratoryjne		$p=0,006^*$	$p=0,322$	12,0(9,4)
Badanie endoskopowe	$p=0,006^*$		$p=1,000$	5,8(5,6)
Wywiad z lekarzem i analiza wyników	$p=0,322$	$p=1,000$		6,0(5,5)

Legenda: OS – odchylenie standardowe; p – poziom istotności; * – wynik istotny statystycznie ($p<0,05$).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Porównania wielokrotne wykazały, że zależności dotyczą różnic w wynikach STAI (lęk-cecha) pomiędzy chorymi, u których diagnozę postawiono za pomocą testów laboratoryjnych i badań endoskopowych ($p=0,005$). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 22.3

Tabela 22.3. Zależności pomiędzy sposobem postawienia diagnozy, a STAI w grupie chorych z celiakią.

Sposób postawienia diagnozy, a domena lęku jako cechy mierzoną za pomocą STAI				
	Testy laboratoryjne	Badanie endoskopowe	Wywiad z lekarzem i analiza wyników	średnia (OS)
Testy laboratoryjne		p=0,005*	p=0,435	47,9(8,9)
Badanie endoskopowe	p=0,005*		p=1,000	41,9(8,7)
Wywiad z lekarzem i analiza wyników	p=0,435	p=1,000		42,9(10,3)

Legenda: OS – odchylenie standardowe; p – poziom istotności; * – wynik istotny statystycznie ($p < 0,05$).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Porównania wielokrotne wykazały, że zależności dotyczą różnic w wynikach BES odnoszących się do domeny *atrakcyjność seksualna* pomiędzy kobietami, u których diagnozę postawiono za pomocą testów laboratoryjnych lub badań endoskopowych ($p=0,034$), do domeny *kontrola wagi* pomiędzy kobietami, u których diagnozę postawiono za pomocą testów laboratoryjnych i badań endoskopowych ($p < 0,001$) oraz pomiędzy kobietami, u których diagnozę postawiono za pomocą wywiadu z lekarzem lub badań endoskopowych ($p < 0,001$), oraz do domeny *kondycja fizyczna* pomiędzy kobietami, u których diagnozę postawiono za pomocą testów laboratoryjnych lub wywiadu z lekarzem ($p=0,019$). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 22.4.

Tabela 22.4. Zależności pomiędzy sposobem postawienia diagnozy, a BES w grupie kobiet z celiakią.

	Testy laboratoryjne	Badanie endoskopowe	Wywiad z lekarzem i analiza wyników	średnia (OS)
Sposób postawienia diagnozy, a domena <i>atrakcyjność seksualna</i> mierzona za pomocą BES dla kobiet				
Testy laboratoryjne		p=0,034*	p=0,059	43,7(6,7)
Badanie endoskopowe	p=0,034*		p=0,848	35,5(7,5)
Wywiad z lekarzem i analiza wyników	p=0,059	p=0,848		55,2(11,6)
Sposób postawienia diagnozy, a domena <i>kontrola wagi</i> mierzona za pomocą BES dla kobiet				
Testy laboratoryjne		p<0,001*	p=0,011*	29,2(8,8)

Badanie endoskopowe	p<0,001*		p=0,575	32,5(5,7)
Wywiad z lekarzem i analiza wyników	p=0,011*	p=0,575		42,6(9,9)
Sposób postawienia diagnozy, a domena kondycja fizyczna mierzona za pomocą BES dla kobiet				
Testy laboratoryjne		p=0,053	p=0,019*	28,0(7,9)
Badanie endoskopowe	p=0,053		p=0,355	33,5(5,7)
Wywiad z lekarzem i analiza wyników	p=0,019*	p=0,355		38,6(7,5)

Legenda: OS – odchylenie standardowe; p – poziom istotności; * – wynik istotny statystycznie (p<0,05).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W zakresie związków pomiędzy zmiennymi dotyczącymi stosowania diety bezglutenowej, a zmiennymi psychologicznymi, wykazano zależności pomiędzy wynikami kwestionariusza CES-D, a stopniem dostosowania do diety bezglutenowej (rS=-0,21), wpływem objawów celiakii na hospitalizację (rS=0,21).

Zaobserwowano także zależności pomiędzy wynikiem ogólnym GHQ-28, a stopniem dostosowania do diety bezglutenowej (rS=-0,27), wpływem objawów celiakii na hospitalizację (rS=0,40). Stwierdzono także korelacje pomiędzy podskala *symptomów somatycznych*, a wpływem objawów celiakii na hospitalizację (rS=0,35).

W przypadku podskali odnoszącej się do *niepokoju i bezsenności*, odnotowano zależności pomiędzy oceną utrzymania objawów po zatruciu glutenem (rS=0,20), stopniem dostosowania do diety bezglutenowej (rS=-0,25), wpływem objawów celiakii na hospitalizację (rS=0,30). W przypadku podskali odnoszącej się do *zaburzeń w funkcjonowaniu*, stwierdzono zależności ze stopniem dostosowania do diety bezglutenowej (rS=-0,26) oraz wpływem objawów celiakii na hospitalizację (rS=0,37). W przypadku podskali GHQ-28 odnoszącej się do *symptomów depresji*, ukazano istotną zależność w odniesieniu do stwierdzeń oceniających stopień dostosowania do diety bezglutenowej (rS=-0,22), wpływ objawów celiakii na hospitalizację (rS=0,32).

Odnotowano istotne zależności w odniesieniu do wpływu objawów celiakii na hospitalizację w przypadku wyników ogólnych CTI (rS=0,23) oraz w przypadku podskali odnoszącej się do *wizji siebie* (rS=0,39).

W przypadku wyników STAI (lęk-cecha), stwierdzono zależności w odniesieniu do stwierdzeń oceniających stopień dostosowania do diety bezglutenowej (rS=-0,21), wpływ objawów celiakii na hospitalizację (rS=0,28).

W grupie kobiet odnotowano zależności pomiędzy wpływem objawów celiakii na hospitalizację, a podskalami BES *atrakcyjność seksualna* ($rS=-0,31$), *kontroli wagi* ($rS=-0,23$) oraz *kondycji fizycznej* ($rS=-0,41$). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 23.

Tabela 23. Zależności pomiędzy zmiennymi związanymi z objawami celiakii i podporządkowaniem się zaleceniom stosowania diety bezglutenowej, a zmiennymi psychologicznymi w grupie chorych z celiakią.

	Stopień nasilenia objawów celiakii	Ocena utrzymania objawów po tzw. zatruciu glutenem	Ocena stopnia dostosowania do diety bezglutenowej	Wpływ objawów celiakii i jej zaostrzeń na hospitalizację	Ocena świadomego spożywania glutenu
	poziom istotności (p), rS	poziom istotności (p), rS	poziom istotności (p), rS	poziom istotności (p), rS	poziom istotności (p)
TAS-26					
identyfikacja uczuć	$rS=-0,04$ $p=0,731$	$rS=-0,15$ $p=0,150$	$rS=-0,18$ $p=0,079$	$rS=0,10$ $p=0,313$	$rS=0,15$ $p=0,132$
wyobrażnia	$rS=0,11$ $p=0,262$	$rS=0,04$ $p=0,689$	$rS=-0,04$ $p=0,727$	$rS=0,10$ $p=0,350$	$rS=0,16$ $p=0,131$
styl myślenia	$rS=0,02$ $p=0,812$	$rS=0,00$ $p=0,972$	$rS=0,01$ $p=0,988$	$rS=-0,03$ $p=0,777$	$rS=0,11$ $p=0,296$
opisywanie uczuć	$rS=-0,07$ $p=0,519$	$rS=-0,00$ $p=0,981$	$rS=-0,04$ $p=0,728$	$rS=0,04$ $p=0,676$	$rS=0,05$ $p=0,662$
wynik ogólny	$rS=0,01$ $p=0,798$	$rS=-0,09$ $p=0,401$	$rS=-0,07$ $p=0,524$	$rS=0,08$ $p=0,445$	$rS=0,16$ $p=0,120$
CES-D					
wynik ogólny	$rS=-0,00$ $p=0,975$	$rS=0,11$ $p=0,277$	$rS=-0,21^*$ $p=0,044^*$	$rS=0,21^*$ $p=0,041^*$	$rS=0,03$ $p=0,785$
PASTAS					
PASTAS A (części ciała kojarzone z gromadzeniem tkanki tłuszczowej)	$rS=-0,12$ $p=0,228$	$rS=-0,02$ $p=0,852$	$rS=-0,15$ $p=0,142$	$rS=-0,10$ $p=0,352$	$rS=0,09$ $p=0,369$
PASTAS B (części ciała powszechnie nieuznawane za otyłe)	$rS=-0,07$ $p=0,505$	$rS=0,01$ $p=0,965$	$rS=-0,09$ $p=0,388$	$rS=-0,01$ $p=0,917$	$rS=-0,05$ $p=0,604$
wynik ogólny	$rS=-0,12$ $p=0,228$	$rS=-0,01$ $p=0,890$	$rS=-0,15$ $p=0,145$	$rS=-0,07$ $p=0,471$	$rS=0,07$ $p=0,513$

GHQ-28					
symptomy somatyczne	rS=0,14 p=0,173	rS=0,12 p=0,231	rS=-0,16 p=0,119	rS=0,35* p<0,001*	rS=0,08 p=0,479
niepokój i bezsenność	rS=0,05 p=0,642	rS=0,20* p=0,046*	rS=-0,25* p=0,015*	rS=0,30* p<0,001*	rS=0,10 p=0,310
zaburzenia funkcjonowania	rS=0,05 p=0,608	rS=0,08 p=0,451	rS=-0,26* p=0,011*	rS=0,37* p<0,001*	rS=0,01 p=0,908
symptomy depresji	rS=0,04 p=0,665	rS=0,03 p=0,769	rS=-0,22* p=0,029*	rS=0,32* p<0,001*	rS=0,05 p=0,647
wynik ogólny	rS=0,09 p=0,402	rS=0,14 p=0,176	rS=-0,27* p=0,009*	rS=0,40* p<0,001*	rS=0,08 p=0,459
CTI					
wizja siebie	rS=0,05 p=0,633	rS=0,09 p=0,386	rS=-0,15 p=0,120	rS=0,39* p<0,001*	rS=0,13 p=0,213
wizja świata	rS=0,05 p=0,602	rS=-0,03 p=0,774	rS=0,13 p=0,221	rS=0,11 p=0,298	rS=-0,16 p=0,112
wizja przyszłości	rS=-0,03 p=0,757	rS=0,00 p=0,985	rS=-0,11 p=0,280	rS=-0,01 p=0,916	rS=-0,06 p=0,598
wynik ogólny	rS=0,03 p=0,766	rS=0,07 p=0,511	rS=-0,08 p=0,425	rS=0,23* p=0,022*	rS=-0,03 p=0,750
BDI					
wynik ogólny	rS=0,10 p=0,336	rS=0,10 p=0,313	rS=-0,14 p=0,172	rS=0,17 p=0,109	rS=0,02 p=0,838
STAI					
lęk-cecha	rS=-0,01 p=0,894	rS=0,16 p=0,129	rS=-0,21* p=0,044*	rS=0,19 p=0,064	rS=0,28* p=0,069*
BES (skala dla kobiet)					
atrakcyjność seksualna	rS=-0,07 p=0,548	rS=-0,16 p=0,169	rS=0,10 p=0,383	rS=-0,31* p=0,007*	rS=-0,05 p=0,658
kontrola wagi	rS=-0,08 p=0,476	rS=-0,11 p=0,367	rS=0,07 p=0,536	rS=-0,23* p=0,047*	rS=-0,05 p=0,686
kondycja fizyczna	rS=-0,05 p=0,646	rS=-0,06 p=0,599	rS=0,13 p=0,278	rS=-0,41* p<0,001*	rS=-0,04 p=0,752
BES (skala dla mężczyzn)					
atrakcyjność fizyczna	rS=0,21 p=0,370	rS=-0,11 p=0,635	rS=-0,13 p=0,577	rS=-0,19 p=0,415	rS=0,37 p=0,094
siła ciała	rS=0,19 p=0,414	rS=-0,03 p=0,880	rS=-0,11 p=0,630	rS=-0,18 p=0,428	rS=0,28 p=0,212
kondycja fizyczna	rS=0,21 p=0,355	rS=-0,19 p=0,422	rS=-0,14 p=0,551	rS=-0,32 p=0,164	rS=0,12 p=0,602

Legenda: p – poziom istotności; rS – współczynnik korelacji rangowej Spearmana; * – wynik istotny statystycznie (p<0,05).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

W zakresie związków pomiędzy zmiennymi dotyczącymi psychospołecznych aspektów stosowania diety, a zmiennymi psychologicznymi, wykazano zależności pomiędzy podskalą TAS-26 *identyfikacja uczuć*, a stwierdzeniami dotyczącymi wpływu wymagań diety na życie rodzinne ($r_s=0,22$).

Wykazano zależności pomiędzy wynikami ogólnymi kwestionariusza CES-D, a wpływem objawów celiakii na obciążenie emocjonalne ($r_s=0,25$).

Zaobserwowano także istotne zależności pomiędzy wynikiem uzyskanym w kwestionariuszu PASTAS (części ciała powszechnie nieuznawane za otyłe), a stwierdzeniami dotyczącym stopnia negatywnego wpływu wymagań diety na życie zawodowe chorych na celiakię ($r_s=0,20$).

Istotne zależności odnotowano także w przypadku domeny *niepokoju i bezsenności* GHQ-28, a stwierdzeniami dotyczącymi wpływu wymagań diety na życie rodzinne ($r_s=0,24$) oraz wpływem objawów celiakii na obciążenie emocjonalne ($r_s=0,28$). Stwierdzono również zależności odnoszące się do wpływu objawów celiakii na obciążenie emocjonalne w przypadku wyniku ogólnego kwestionariusza GHQ-28, jak również podskal odnoszących się do *symptomów somatycznych* ($r_s=0,25$) oraz *symptomów depresji* ($r_s=0,26$).

W przypadku podskali CTI *wizja siebie* odnotowano istotne zależności w odniesieniu do wpływu wymagań diety na życie rodzinne ($r_s=0,31$) oraz obciążenia emocjonalnego ($r_s=0,29$). Również istotne zależności można zaobserwować w przypadku wyniku ogólnego CTI, a obciążeniem emocjonalnym ($r_s=0,24$).

Odnotowano także istotną zależność pomiędzy wynikami BDI, a stwierdzeniami określającymi wpływ celiakii na obciążenie emocjonalne ($r_s=0,25$).

Zaobserwowano istotne zależności pomiędzy wynikami STAI (lęk-cecha), a stopniem negatywnego wpływu wymagań diety na życie zawodowe ($r_s=0,35$).

W grupie badanych kobiet odnotowano także zależność pomiędzy domeną BES *kondycja fizyczna*, a stwierdzeniami określającymi stopień negatywnego wpływu wymagań diety na życie rodzinne ($r_s=-0,24$), zawodowe ($r_s=-0,23$) oraz obciążenie emocjonalne ($r_s=-0,24$). Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela 24.

Tabela 24. Zależności pomiędzy wpływem wymagań diety i objawów celiakii na funkcjonowanie chorych, a zmiennymi psychologicznymi w grupie chorych z celiakią.

	Wpływ wymagań diety na aktywność towarzyską	Wpływ wymagań diety na życie rodzinne	Wpływ wymagań diety na życie zawodowe	Wpływ objawów celiakii na obciążenie emocjonalne
	poziom istotności (p), rS	poziom istotności (p), rS	poziom istotności (p), rS	poziom istotności (p), rS
TAS-26				
identyfikacja uczuć	rS=0,14 p=0,181	rS=0,22* p=0,030*	rS=0,03 p=0,802	rS=0,10 p=0,337
wyobrażenia	rS=0,10 p=0,331	rS=0,07 p=0,497	rS=0,05 p=0,614	rS=0,12 p=0,906
styl myślenia	rS=0,12 p=0,237	rS=-0,04 p=0,679	rS=0,03 p=0,760	rS=-0,68 p=0,498
opisywanie uczuć	rS=-0,05 p=0,614	rS=0,06 p=0,544	rS=0,11 p=0,294	rS=0,08 p=0,465
wynik ogólny	rS=0,15 p=0,134	rS=0,16 p=0,117	rS=0,05 p=0,645	rS=0,03 p=0,744
CES-D				
wynik ogólny	rS=0,10 p=0,352	rS=0,08 p=0,431	rS=0,01 p=0,933	rS=0,25* p=0,013*
PASTAS				
PASTAS A (części ciała kojarzone z gromadzeniem tkanki tłuszczowej)	rS=-0,15 p=0,134	rS=-0,02 p=0,839	rS=0,14 p=0,174	rS=0,11 p=0,304
PASTAS B (części ciała powszechnie nieużywane za otyłe)	rS=0,01 p=0,935	rS=0,13 p=0,209	rS=0,20* p=0,047*	rS=0,15 p=0,137
wynik ogólny	rS=-0,11 p=0,267	rS=0,04 p=0,737	rS=0,17 p=0,101	rS=0,11 p=0,274
GHQ-28				
symptomy somatyczne	rS=-0,04 p=0,731	rS=0,07 p=0,518	rS=0,01 p=0,920	rS=0,25* p=0,014*
niepokój i bezsenność	rS=0,02 p=0,844	rS=0,24* p=0,019*	rS=0,14 p=0,164	rS=0,28* p<0,001*
zaburzenia funkcjonowania	rS=-0,15 p=0,153	rS=0,06 p=0,555	rS=-0,02 p=0,855	rS=0,19 p=0,063
symptomy depresji	rS=0,03 p=0,752	rS=0,18 p=0,076	rS=0,09 p=0,380	rS=0,26* p=0,011*
wynik ogólny	rS=-0,04 p=0,693	rS=0,16 p=0,116	rS=0,06 p=0,574	rS=0,29* p<0,001*

CTI				
wizja siebie	rS=0,09 p=0,386	rS=0,31* p<0,001*	rS=0,13 p=0,205	rS=0,33* p<0,001*
wizja świata	rS=-0,04 p=0,682	rS=-0,03 p=0,774	rS=-0,09 p=0,392	rS=-0,00 p=0,997
wizja przyszłości	rS=0,07 p=0,490	rS=0,06 p=0,533	rS=0,19 p=0,066	rS=0,15 p=0,144
wynik ogólny	rS=0,06 p=0,558	rS=0,17 p=0,096	rS=0,12 p=0,264	rS=0,24* p=0,018*
BDI				
wynik ogólny	rS=0,14 p=0,163	rS=0,14 p=0,183	rS=0,16 p=0,112	rS=0,25 p=0,018*
STAI				
lęk-cecha	rS=0,16 p=0,128	rS=0,35* p<0,001*	rS=0,35* p<0,001*	rS=0,28 p=0,005
BES (skala dla kobiet)				
atrakcyjność seksualna	rS=0,01 p=0,961	rS=-0,15 p=0,209	rS=-0,20 p=0,091	rS=-0,20 p=0,083
kontrola wagi	rS=0,01 p=0,983	rS=-0,13 p=0,249	rS=-0,19 p=0,106	rS=-0,21 p=0,073
kondycja fizyczna	rS=0,03 p=0,815	rS=-0,24* p=0,035*	rS=-0,23* p=0,047*	rS=-0,24* p=0,041*
BES (skala dla mężczyzn)				
atrakcyjność fizyczna	rS=-0,20 p=0,393	rS=-0,13 p=0,578	rS=-0,31 p=0,173	rS=-0,18 p=0,438
siła ciała	rS=-0,20 p=0,395	rS=-0,11 p=0,622	rS=-0,13 p=0,585	rS=-0,08 p=0,724
kondycja fizyczna	rS=-0,22 p=0,338	rS=-0,17 p=0,480	rS=-0,09 p=0,707	rS=-0,08 p=0,717

Legenda: p – poziom istotności; rS – współczynnik korelacji rangowej Spearmana; * – wynik istotny statystycznie (p<0,05).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

6. Dyskusja

Chorobę trzewną opisał po raz pierwszy w 1887 roku angielski pediatra Samuel Gee [95]. Na podstawie obserwacji sformułował objawy kliniczne celiakii. Jednak dopiero badania Dicke'a [96], prowadzone w czasie II wojny światowej w Holandii, stanowiło przełom dla zrozumienia znaczenia leczenia dietetycznego w celiakii i opracowania diety bezglutenowej [96]. W przypadku choroby trzewnej objawy choroby koncentrują się wokół układu pokarmowego, jednakże obraz kliniczny choroby jest znacznie bardziej złożony [121].

Dotychczasowe wyniki badań nie pozwalają na wyciągnięcie jednoznacznych wniosków w odniesieniu do wieloczynnikowych uwarunkowań celiakii, jak również do psychospołecznych konsekwencji objawów choroby czy też stosowania się do restrykcyjnych zaleceń dietetycznych. Jednakże, w ostatnich latach wzrasta świadomość szerokiego spektrum objawów klinicznych celiakii, zróżnicowania zmian histologicznych oraz leżących u jej podłoża zaburzeń immunologicznych i predyspozycji genetycznych [97].

Czynnikami, które mogą istotnie wpływać na jakość życia chorych z celiakią są liczne choroby współistniejące u tych pacjentów. Jak już wskazano, zaburzenia zdrowia psychicznego oraz powikłania neurologiczne stwierdza się aż u 22% chorych [13], w tym między innymi będące przedmiotem niniejszej pracy zaburzenia nastroju, jak zaburzenia depresyjne, lękowe, czy wysoki poziom aleksytymii. Stanowią one istotny aspekt wpływający na obniżenie jakości życia chorych z celiakią. Dodatkowo, w tej grupie chorych znacząco częściej rozpoznawane są zaburzenia ze spektrum autyzmu, nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi, schizofrenia, zespoły padaczkowe, neuropatia, ataksję, czy bóle migrenowe [33-51]. Jungerius i wsp. [95] wykazali jednocześnie, że znany czynnik ryzyka celiakii – polimorfizm rs2305767 genu MYO9B, występuje również znamienne częściej u chorych na schizofrenię paranoidalną [96]. Dodatkowo, Trovatu i wsp. [120] dokonali przeglądu istniejących dowodów na występowanie neurologicznych objawów wśród pacjentów z celiakią. Doszli do wniosków, że objawy neurologiczne są rzadkie u dzieci, ale stwierdzane są aż u 36% dorosłych pacjentów z celiakią. Autorzy podkreślali też, że istotne jest, aby klinicyści pamiętali, że objawy neurologiczne i psychiatryczne mogą być częścią spektrum objawów choroby trzewnej [120].

Wyniki badań w obszarze związków pomiędzy aleksytymią, a celiakią w dalszym ciągu pozostają niejednoznaczne [30, 31]. Z tego względu, w niniejszej pracy

podjęto próbę oceny częstości współwystępowania i nasilenia zaburzeń nastroju u chorych leczonych z powodu celiakii, w tym występowania zaburzeń depresyjnych, poziomu lęku (ze szczególnym uwzględnieniem poziomu lęku odnoszącego się do wyglądu zewnętrznego), poziomu aleksytymii, oraz zaburzeń obrazu ciała u tych chorych. Ocena dotyczyła również schematów poznawczych charakterystycznych dla depresji, co jak dotychczas nie było przedmiotem oceny u chorych z celiakią.

Oceniane grupy

Przedmiotem niniejszej rozprawy jest poszerzenie i uzupełnienie obszaru badawczego dotyczące pacjentów narażonych na współistniejące zaburzenia nastroju w przebiegu choroby trzewnej. W pracy zastosowano jasne kryteria doboru grup, użyto uniwersalnych narzędzi badawczych, przeznaczonych dla pomiaru procesów emocjonalnych. Uzyskane wyniki mogą posłużyć lepszemu zrozumieniu specyfiki trudności występujących w populacji chorych z celiakią, a także tworzeniu programów kompleksowej opieki nad pacjentem, co pozwoli na lepsze zrozumienie konsekwencji psychospołecznych u chorych zarówno wśród pacjentów, ich bliskich, jak i członków zespołów terapeutycznych.

Przyjęty zakres wiekowy dla całego materiału badawczego w niniejszej pracy wynosił 18-85 lat i dotyczył zarówno osób z diagnozą celiakii, jak i w grupie kontrolnej zdrowych osób. Diagnoza celiakii została postawiona w grupie badawczej osób chorych poprzez: badania laboratoryjne, badanie endoskopowe lub wywiad z lekarzem oraz analizą objawów po spożyciu glutenu. Średnie wieku osób badanych, wchodzących w skład 2 grup badawczych, z celowym doбором osób do badań, są porównywalne.

Zaburzenia nastroju i poziom lęku w celiakii

Wyższe wskaźniki lęku i depresji u pacjentów z grupy klinicznej chorych z celiakią w porównaniu z grupą kontrolną wykazało w dotychczasowych badaniach wielu autorów, między innymi Cart i wsp. [42, 119].

Wyjaśnienie związku między celiakią a zaburzeniami nastroju (depresją) i lękiem w odniesieniu do sytuacji przed, jak i po diagnozie choroby, można opierać o wiele mechanizmów. Przed postawieniem diagnozy- w odniesieniu do czasu występowania objawów, których konsekwencją może być obniżone samopoczucie ogólne, może być spowodowane hipoperfuzją mózgową w niektórych obszarach mózgu [109], dodatkowo- może również wynikać z niedoboru witamin z powodu złego

wchłaniania [110]. Natomiast po postawionej diagnozie wśród pacjentów z celiakią zaburzenia nastroju mogą utrzymać poprzez ograniczenia dietetyczne i jej wpływ na życie rodzinne oraz zawodowe [111]. Dodatkowo, Cart i wsp. [112] wykazali że współwystępowanie celiakii z chorobami tarczycy może stanowić istotny czynnik ryzyka depresji i zaburzeń lękowych. Także Garud i wsp. [113] w podkreślają, że ryzyko depresji było znacznie podwyższone u pacjentów z celiakią oraz z cukrzycą typu I w porównaniu z ogólną populacją.

W niniejszej pracy do oceny zaburzeń funkcji emocjonalnych dobrano kwestionariusze czule na obecność zaburzeń depresyjnych (CES-D, BDI) oraz badające natężenie lęku (STAI-lęk, jako cecha). Z racji pojawiających się charakterystycznych objawów klinicznych celiakii, jak utrata masy ciała [99], zastosowano narzędzia psychometryczne odnoszące się do zaburzeń obrazu ciała oraz poziomu lęku związanego z wyglądem fizycznym (PASTAS, BES). Jak wspomniano, zaburzenia obrazu ciała, będące nieodłączną częścią symptomatologii zaburzeń odżywiania się, można rozumieć nie tylko w kategoriach zaburzeń percepcji czy złudzeń, ale także jako swoisty deficyt rozwojowy [68].

Pierwszymi badaczami opisującymi zaburzenia depresyjne w przypadku chorych na celiakię byli Morris i wsp. [102] oraz Hallert i wsp. [103]. Z badań Hallert i wsp. [103] wynika, że kobiety z celiakią, które od kilku lat stosują się do schematu leczenia dietą bezglutenową, zgłaszają wyższy poziom obciążenia emocjonalnego chorobą, niż mężczyźni. Również Nachman i wsp. [105] przy użyciu BDI wykazali, że objawy depresyjne były znacząco bardziej rozpowszechnione w grupie chorych z celiakią, niż w grupie kontrolnej, a istotna poprawa samopoczucia chorych nastąpiła po roku i czterech latach stosowania diety bezglutenowej. Autorzy ci dodatkowo wskazali, że nieprzestrzeganie diety bezglutenowej może być uważane za przyczynę lub konsekwencję uporczywej depresji [105]. Rezultaty te potwierdzili Addolorato i wsp. [106]. Wykazano wówczas korzystny wpływ wsparcia psychologicznego dla pacjentów z celiakią stosujących już dietę bezglutenową zarówno w odniesieniu do objawów współistniejących zaburzeń psychicznych, jak i poprawy przestrzegania diety.

Z kolei Fera i wsp. [107], w badaniu obejmującym 100 pacjentów leczonych z powodu celiakii przez okres ostatnich ośmiu lat, potwierdzili wysokie natężenie zaburzeń depresyjnych, przy czym oceny dokonano za pomocą za pomocą zmodyfikowanej Skali Samooceny Depresji. Autorzy wykazali również, że poziom depresji nie był związany z przestrzeganiem diety bezglutenowej. Barratt i wsp.

[108] w badaniach z zastosowaniem Hospital Anxiety Depression Scale, wykazali, że pacjenci na diecie bezglutenowej, wykazywali podwyższony poziom lęku i depresji w odpowiedzi na okazjonalną ekspozycję na gluten w diecie.

W badaniach Pynnönen i wsp. [119] stwierdzono występowanie podobieństw w morfologicznych parametrach u osób z nieleczoną celiakią (objawy depresyjne stwierdzono u 73% badanych) w porównaniu do chorych na diecie bezglutenowej, u których objawy depresyjne rozpoznano u 7% chorych. Rezultaty te stanowią mogą silne uzasadnienie dla chorych do włączenia wiążącej się z licznymi ograniczeniami diety eliminacyjnej w celiakii [119]. Autorzy wskazują również na zniesienie symptomów depresyjnych u chorych z celiakią po wprowadzeniu diety bezglutenowej. Dodatkowo, interwencja żywieniowa wpłynęła na znaczny wzrost stężenia wolnego L-tryptofanu w krwi, co uznane być może za jeden z czynników mających znaczenie w depresji [119, 120].

W dotychczasowych pracach badających występowanie depresji u osób z celiakią stosowano między innymi, tak jak w niniejszej rozprawie, kwestionariusz CES-D [124, 125]. W niniejszej pracy objawy depresyjne u chorych z celiakią oceniono również za pomocą tego narzędzia psychometrycznego, przy czym wykazano zależność pomiędzy czasem zdiagnozowania celiakii a poziomem objawów depresyjnych. Większe nasilenie objawów depresyjnych wiązało również się z postrzeganiem objawów celiakii, jako obciążających emocjonalnie. Wskazano także na związek pomiędzy poziomem depresji, a stopniem dostosowania do diety bezglutenowej oraz postrzeganiem negatywnego wpływu objawów celiakii na hospitalizację.

Poziom depresji w ocenianej grupie chorych zbadano także za pomocą BDI- metody pozwalającej oszacować częstość, zróżnicowanie i nasilenie objawów depresyjnych [81], różnicując poziomy depresji na: łagodną, umiarkowaną i ciężką [81].

Należy podkreślić, że choć grupa kliniczna i grupa kontrolna nie różnią się częstością rozkładu wyników opisujących brak zaburzeń depresyjnych oraz poszczególne stopnie jej nasilenia, to statystycznie istotne różnice odnotować można pomiędzy grupami w zakresie wyniku ogólnego BDI, wyższego w grupie chorych z celiakią.

Interesujące rezultaty przynosi analiza danych uzyskanych w grupie klinicznej i kontrolnej, wskazująca na wysoki i porównywalny odsetek (na poziomie 70,8% osób w grupie A i 76,0% w grupie B) osób bez zaburzeń depresyjnych. Na uwagę należy mieć fakt, że analizowana grupa chorych stosunkowo wysoko ocenia stopień dostosowania

się do wymagań diety bezglutenowej, a jednocześnie deklaruje względnie rzadkie świadome spożycie glutenu. Również odsetki osób, które uzyskały wyniki BDI wskazujące na ciężką postać depresji, są w obydwu badanych grupach porównywalne (4,2% osób w grupie z celiakią i 3,1% w grupie kontrolnej).

W badaniach Cannings-John i wsp. [100] stwierdzili, że pacjenci z celiakią mieli wyższą liczbę konsultacji u lekarzy rodzinnych w porównaniu z grupą kontrolną w ciągu pięciu lat przed postawieniem diagnozy, a w szczególności trzy cechy kliniczne były niezależnie związane z późniejszą diagnozą celiakii: depresja i/lub lęk, biegunka i anemia.

Addolorato i wsp. [40] opisali podwyższony poziom lęku reaktywnego jako „stanu” u pacjentów z celiakią w momencie rozpoznania. W przeciwieństwie do badań wśród 441 niemieckich dorosłych pacjentów na diecie bezglutenowej [101], poziom lęku i ryzyko prawdopodobnego zaburzenia lękowego okazały się u chorych z celiakią wyższe niż w populacji ogólnej.

Co ciekawe, poziom lęku był wyższy u pacjentek z celiakią w porównaniu z pacjentami płci męskiej, a dodatkowo, osoby w związkach cechowało podwyższone ryzyko zaburzeń lękowych [104]. Autorzy ci dodatkowo wskazali, że problemy z kupowaniem i przygotowywaniem posiłków bezglutenowych oraz związane z tym wydatki w rodzinach chorych mogą przyczyniać się do podwyższonego poziomu niepokoju [104].

Obawy związane ze stopniem dostosowania do wytycznych diety bezglutenowej mogą pojawić się na skutek istnienia wielu ukrytych źródeł glutenu, których znajomość jest warunkiem jej ścisłego przestrzegania [18]. Poziom niepokoju u chorych z celiakią uwarunkowany jest również przebiegiem choroby, w tym szczególnie związany jest z możliwością zaostrzenia objawów choroby oraz hospitalizacji [18].

Hallert i wsp. [103] wśród 68 pacjentów leczonych z powodu celiakii wskazali na obciążenie chorobą pod kątem postrzeganych ograniczeń wiążących się z przestrzeganiem diety. Ograniczenia te było podobnie oceniane przez mężczyzn i kobiety, przy czym 10 lat po diagnozie kobiety wyrażały więcej obaw o wpływ choroby na kontakty towarzyskie z przyjaciółmi.

W odniesieniu do przeprowadzonych w niniejszej rozprawie badań, możemy zaobserwować istotne różnice pomiędzy grupą osób z celiakią, a grupą kontrolną w zakresie poziomu lęku, przy czym znacząco wyższy jego poziom występuje w grupie klinicznej chorych.

Warto zwrócić uwagę, że poziom lęku jest związany zarówno z aktualnym wiekiem chorych, jak i wiekiem w momencie postawienia diagnozy. Co ciekawe, w momencie diagnozy celiakii, wyższy poziom lęku stwierdzono u starszych pacjentów, natomiast w momencie przeprowadzonego badania, to właśnie u starszych pacjentów stwierdzono niższe natężenie lęku. Rezultat ten może wskazywać na znaczenie procesu adaptacji do postawionego rozpoznania i stosowanych metod leczenia przez chorych z celiakią.

Co więcej, badania wskazały na zależności pomiędzy podwyższonym poziomem lęku, a trudnościami w zakresie stopnia dostosowania do diety bezglutenowej, a jednocześnie na relację pomiędzy wzrostem natężenia lęku, a postrzeganiem negatywnego wpływu wymagań diety bezglutenowej na życie zawodowe. Z uwagi na korelacyjny charakter tych zależności, stanowiący również ograniczenie niniejszego badania, uzyskane rezultaty nie rozstrzygają, czy podwyższony poziom lęku warunkuje trudność w dostosowaniu się do wymagań diety, oraz negatywną ocenę wpływu diety na życie zawodowe, czy to postrzegana trudność w utrzymaniu restrykcyjnych zaleceń dietetycznych lub związane z celiakią niepowodzenia w sferze zawodowej, nasilają lęk u chorych.

Depresyjne schematy poznawcze w celiakii

Jak wskazano powyżej, ocena zaburzeń nastroju w grupie klinicznej chorych na celiakię została poszerzona o niezbadane dotychczas schematy poznawcze typowe dla epizodów depresyjnych, w tym w szczególności przekonań (wizji) w obszarze: siebie, świata oraz przyszłości. Zmienne te są przedmiotem oceny w wybranym na potrzeby niniejszej rozprawy narzędziu psychometrycznym CTI, oceniającym wymiary tzw. triady poznawczej.

Zgodnie z koncepcją Riskind i Alloy [122] przekonania dotyczące siebie są stałym elementem tak zwanej podatności poznawczej. Sądy te kształtują się przez całe dzieciństwo. Według Riskind i Alloy [122], przekonania te wpływają na zmniejszenie reaktywności emocjonalnej, co może skutkować słabszym negatywnym przetwarzaniem informacji o sobie w przypadku diagnozy choroby przewlekłej [122].

Teorie w obrębie psychologii poznawczej stanowią wiodące teorie opisujące kształtowanie się zaburzeń depresyjnych. Zgodnie z tymi teoriami, osoby podatne na depresję charakteryzują się dezadaptacyjnymi przekonaniami dotyczącymi siebie [122]. Warto podkreślić, że wszystkie procesy poznawcze, które warunkują epizod depresyjny,

określa się mianem negatywnych stylów poznawczych. Poznawcze zniekształcenia umożliwiają dopasowanie bodźca do schematu, który uzewnętrznia się w tak zwanej triadzie poznawczej: negatywnym obraz siebie, świata i przyszłości. Natomiast według Becka [126] schemat poznawczy przyczynowo prowadzi do depresji, której objawem, wraz z negatywnym stanem emocjonalnym i obniżoną motywacją, jest triada poznawcza.

Teoria Becka jest więc nie tylko opisem funkcjonowania osób cierpiących na depresję, ale również zwartą koncepcją pokazującą mechanizmy kształtowania się tego zaburzenia [127, 128].

Dodatkowo, opisywany w literaturze przedmiotu dotyczącej uwarunkowań zaburzeń depresyjnych model podatności poznawczej-stres Hilsmana i Garbera [129] zakłada, że jeśli wystąpi krytyczne wydarzenie życiowe, osoba charakteryzująca się negatywnymi przekonaniami dotyczącymi siebie, swojej przyszłości i przyczyn tego wydarzenia, będzie bardziej narażona na wystąpienie depresji niż ta, która tych tendencji nie posiada [130].

W literaturze przedmiotu problematykę schematów poznawczych chorych za zaburzeniami depresyjnymi, w tym u osób z chorobami przewlekłymi, poruszył Lefebvre [139]. Autor wykazał, że osoby depresyjne (zarówno z grupy osób z chronicznym bólem pleców, jak i bez dolegliwości bólowych) charakteryzują się bardziej nasilonymi zniekształceniami poznawczymi niż osoby nie depresyjne (zdrowe i z chronicznym bólem pleców). Ponadto, osoby depresyjne z chronicznym bólem pleców cechowało większe natężenie katastrofizowania, nadmiernej generalizacji i selektywnej uwagi w porównaniu do osób nie odczuwających przewlekłego bólu [129].

Jak wskazano powyżej, schematy poznawcze typowe dla depresji, nie były przedmiotem oceny u chorych z celiakią. W niniejszym badaniu na uwagę zasługują potwierdzone zależności pomiędzy natężeniem lęku (rozumianym, jako trwała dyspozycja osobowości), a negatywną wizją siebie, a jednocześnie pomiędzy negatywną wizją siebie, a postrzeganiem większych ograniczeń związanych z wpływem wymagań diety na życie rodzinne oraz stanowiących obciążenie emocjonalne. Dodatkowo, badania w niniejszej rozprawie wskazują na relacje pomiędzy a negatywną wizją siebie, a postrzeganiem negatywnego wpływu objawów celiakii i jej zaostrzeń na hospitalizacje.

Ocena zdrowia psychicznego w celiakii

Zmiana dotychczasowego sposobu odżywiania wprowadza element chaosu i skłania do poddania dotychczasowego stylu życia pogłębionej refleksji. Podjęcie leczenia wiąże się więc ze zmianą dotychczasowych układów odniesienia, zwłaszcza w aspekcie spożywania posiłków, co zgodnie z założeniami teorii fenomenologicznych i teorii wiedzy, powoduje tymczasowy chaos i stawia przed wyzwaniem adaptacji do aktualnej sytuacji zdrowotnej [133]. W przypadku osób z celiakią, doświadczanie choroby we wszystkich kategoriach analitycznych zaproponowanych przez Straussa [135] wiąże się z jedzeniem. W szczególności, chorzy na celiakię na nowo muszą dokonać oceny, która zależy od uwarunkowań społecznych nabytych przez nich w procesie socjalizacji, takich jak postawy względem zdrowia, choroby czy jedzenia, zasobów natury psychologicznej, cech indywidualnych (temperamentalno-osobowościowych) oraz zaburzeń psychicznych [134]. Od tego jak ocenią tę nową rzeczywistość, będącą wypadkową uwarunkowań socjo-psycho-biologicznych, zależeć będzie ich sposób dostosowania się do wymogów reżimu dietetycznego [134]. W badaniach Brończyk-Puzoń i wsp. [136] wykazano istotne statystycznie różnice w ocenie samozadowolenia ze zdrowia, w dziedzinie psychologicznej, somatycznej i społecznej między osobami z celiakią, alergią lub nadwrażliwością na gluten a grupą osób nie stosujących diety bezglutenowej w celach leczniczych. Autorzy wielu badań [111, 136, 137] analizujących wymiar funkcjonowania społecznego oraz wybrane aspekty życia codziennego wskazali, że jakość życia może być u chorych z celiakią niższa niż u osób zdrowych, ze względu na ograniczenia związane ze stosowaniem diety.

W niniejszej pracy dokonano analizy stanu zdrowia psychicznego z użyciem kwestionariusza GHQ-28, a analizowane domeny zdrowia dotyczyły: symptomów somatycznych, niepokoju i bezsenności, symptomów depresji oraz zaburzeń funkcjonowania.

W badaniu odnotowano różnice pomiędzy grupami w zakresie symptomów somatycznych, niepokoju i bezsenności, a także symptomów depresji, przy czym grupa osób z celiakią osiągnęła wyniki wskazujące na większe nasilenie zaburzeń we wskazanych wymiarach.

Również po odniesieniu wyników surowych GHQ-28 do norm stenowych uwidaczniają się istotne różnice w zakresie wyniku ogólnego GHQ-28. W grupie chorych z celiakią najczęściej stwierdzanymi wartościami były steny niskie (40%),

podczas gdy w grupie kontrolnej- steny przeciętne (43,8%). Uzyskane wyniki obrazują wpływ objawów choroby na którą cierpi pacjent, na jego postrzeganie stanu zdrowia psychicznego.

Dodatkowo, wykazano zależności pomiędzy wszystkimi ocenianymi wymiarami zdrowia psychicznego, a nasileniem depresji i poziomu lęku-cechy u chorych z celiakią. W grupie osób z celiakią stwierdzono zależność pomiędzy płcią, a wynikiem ogólnym GHQ-28 oraz podskal zakresu symptomów depresji i zaburzeń funkcjonowania. W zakresie ogólnego stanu zdrowia psychicznego odnotowano istotne zależności w odniesieniu do oceny stopnia dostosowania do diety bezglutenowej oraz wpływu objawów choroby oraz jej zaostrzeń na hospitalizację. Zależności wystąpiły w przypadku domeny niepokoju i bezsenności GHQ-28, a stwierdzeniami dotyczącymi wpływu wymagań diety na życie rodzinne. Stwierdzono również zależności odnoszące się do wpływu objawów celiakii na obciążenie emocjonalne w przypadku wyniku ogólnego kwestionariusza GHQ-28, jak również podskal odnoszących się do symptomów somatycznych oraz symptomów depresji.

Aleksytymia w celiakii

W niniejszej pracy podjęto się zbadania i scharakteryzowania zaburzeń nastroju u 96 chorych z zdiagnozowaną celiakią. W literaturze światowej można znaleźć prace odnoszące się do współistniejących zaburzeń nastroju w celiakii, jednak tylko nieliczne dotyczą podwyższonego ryzyka rozpoznania aleksytymii wśród chorych na celiakię [29, 30, 31]. Collin i wsp. [30] nie potwierdzili zależności pomiędzy podwyższonym poziomem aleksytymii, a diagnozą celiakii oraz pozostawaniem na diecie bezglutenowej, jednakże Kreitler i Kreitler [31] wskazali na wyższy poziom aleksytymii w grupie chorych na celiakię w porównaniu z kontrolną grupą zdrowych osób. Dodatkowo, rozpoznanie aleksytymii zwiększa ryzyko zaburzeń depresyjnych [42], które z kolei, jak już wskazano, są częstymi chorobami współistniejącymi z celiakią [36, 37].

Aleksytymia jest złożoną strukturą osobowości, która obejmuje specyficzne (subkliniczne) deficyty emocjonalne i poznawcze [98]. Jednakże, najważniejszym jej aspektem jest niezdolność do rozróżnienia oraz nazwania uczuć słowami. Deficyt ten znacznie utrudnia kontrolę i regulację emocjonalną [67]. W szczególności, deficyty emocjonalne ujawniają się istotnie osłabioną zdolnością do spontanicznego, żywego, zróżnicowanego doznawania uczuć. Deficyty poznawcze w aleksytymii obejmują z

kolei: trudności z rozpoznawaniem uczuć własnych i innych ludzi, trudności z odróżnianiem doświadczanych emocji od pobudzenia fizjologicznego organizmu, niemożność (trudność) werbalnego opisu przeżywanego stanu emocjonalnego i komunikowania innym osobom o jego obecności [65, 66, 69].

Wskazany powyżej brak jednoznacznego odróżnienia emocjonalnych źródeł pobudzenia od fizjologicznych w odniesieniu do osób z aleksytymią może stanowić źródło zaburzeń somatyzacyjnych. Brak umiejętności wyrażania emocji i ich przeżywania w świadomy sposób może prowadzić do podwyższenia napięcia w obszarze psychicznym i somatycznym [67]. Dodatkowo, Guilbaud i wsp. [72] wykazali, że aleksytymia jest związana z wyższymi wyjściowymi poziomami tonicznej aktywności współczulnej i niższą reaktywnością współczulną podczas reakcji stresowej. Co więcej, wskazali, że osoby z aleksytymią mogą cierpieć z powodu niezauważonego przewlekłego stresu z konsekwencjami fizjologicznymi, hormonalnymi i immunologicznymi [72]. Warto wskazać również na wyniki badań dotyczące poziomu kortyzolu u osób z aleksytymią Pedrosa, Gil i wsp. [126]. Autorzy ci zaobserwowali niższy niż spodziewany wzrost poziomu kortyzolu w odpowiedzi na sytuację stresową, przy prawidłowo podwyższonym poziomie katecholamin, przy czym podobne rezultaty zaobserwowano u pacjentów z PTSD i niepłodnością [68].

Badania Taycan i wsp. [116] jednoznacznie wiążą aleksytymię ze zwiększonym ryzykiem rozpoznania chorób somatycznych. Autorzy wskazują na: spadek odporności komórkowej (mniejsza produkcja specyficznych cytokin) i związana z tym podatność na infekcje [72], ryzyko nadciśnienia tętniczego, zaburzenia odżywiania się [117], zaburzenia snu, depresja [69, 117], astma oskrzelowa, problemy dermatologiczne [118]. Wyniki badań w obszarze związków pomiędzy aleksytymią, a celiakią w dalszym ciągu pozostają niejednoznaczne [30, 31]. Uzyskane w niniejszej pracy wyniki z wykorzystaniem metody badającej natężenie aleksytymii (w zakresie wyniku ogólnego oraz poszczególnych wymiarów) tylko niektórych obszarach pokrywają się z wynikami badań innych autorów. Za pomocą TAS-26 rozpoznano aleksytymię, aż u 26% osób z celiakią i u 8% osób w grupie kontrolnej. Wykazano także interesujące zależności pomiędzy deficytami w obszarze identyfikacji uczuć, a nasileniem negatywnego wpływu wymagań diety bezglutenowej na życie rodzinne. Interpretując te zależności, należy mieć na uwadze korelacyjny charakter uzyskanych wyników. Rezultaty te z jednej strony mogą wskazywać na trudności osób z deficytami w zakresie świadomości emocjonalnej z akceptacją ograniczeń wynikających ze stosowania diety, na

funkcjonowanie w różnych obszarach życia rodzinnego. Z drugiej strony, potwierdzone zależności zwracają uwagę na znaczenie ograniczeń dietetycznych, negatywnie wpływających na rodzinne interakcje i podnoszących przez to poziom napięcia emocjonalnego, dla kompetencji sprawnego i adekwatnego rozpoznania tych emocji.

Najważniejszym aspektem aleksytymii jest niezdolność do rozróżniania i nazywania uczuć słowami. Ten deficyt znacznie utrudnia kontrolę i regulację emocjonalną [67]. Jednakże, aleksytymia może dotyczyć nie tylko subiektywnego doświadczania emocji, ale może wiązać się także z zaburzeniami obrazu ciała. W badaniach Młóżniak i wsp. [67] ujawniono związek między aleksytymią, a obrazem ciała u młodych dorosłych, przy czym osoby badane z diagnozą aleksytymii postrzegały swoje ciało w specyficzny oraz bardziej negatywny sposób niż osoby bez aleksytymii [67]. Autorzy wskazali, że osoby mające trudności z opisaniem swoich uczuć, wykazują trudności z opisaniem stosunku do własnego ciała.

Wyniki te znajdują potwierdzenie w rezultatach niniejszej rozprawy, które wykazały zależności między wynikami PASTAS, domeną TAS-26, odnoszącą się do zdolności do identyfikacji uczuć. Rezultat ten potwierdza związek pomiędzy obrazem ciała (Ja cielesnym), a zaburzeniami regulacji emocji u chorych z celiakią.

Analizując uzyskane rezultaty w obszarze aleksytymii, zasadne wydaje się nawiązanie do jej etiologii. W jednym z modeli opisującym źródła aleksytymii, psychoanalitycznym, zakłada się, że u jej podstaw leżą doświadczenia z okresu wczesnego dzieciństwa. W oparciu o tę koncepcję wyróżniono aleksytymię pierwotną o podłożu genetycznym (biologicznym), którą uznaje się za trwałą cechę danej osoby, podlegającą tylko nieznacznym wahaniom w zależności od czasu i okoliczności, oraz mającą swoje wyraźne podstawy neurologiczne (tzn. zaburzenia w anatomii mózgu) [140]. Biologicznie uwarunkowana pierwotna aleksytymia charakteryzuje się niską świadomością pobudzenia emocjonalnego oraz niską sprawnością w identyfikacji, werbalizowaniu i analizowaniu emocji.

W trakcie dyskusji nad źródłami aleksytymii i jej istotą, Nemiah i wsp. [141] zauważyli, że w pewnych warunkach, takich jak sytuacje zagrożenia życia, ciężka choroba somatyczna, można zaobserwować obraz kliniczny odpowiadający tak zwanej aleksytymii wtórnej [140]. Jest ona postrzegana, obok dysocjacji, jako sposób represyjnego radzenia sobie z emocjami oraz jako stan stałego stłumienia (negatywnych) emocji [140].

Wyniki badań w niniejszej rozprawie skłaniają do rozpatrywania celiakii jako choroby somatycznej, która wywołuje sytuacje znaczącego obciążenia psychicznego, co może przyczyniać się do rozwoju aleksytymii wtórnej [68].

Obraz ciała u chorych z celiakią

Z racji pojawiających się charakterystycznych objawów klinicznych celiakii, jak utrata masy ciała [99], w niniejszej pracy zastosowano narzędzia psychometryczne odnoszące się do zaburzeń obrazu ciała oraz poziomu lęku związanego z wyglądem fizycznym (PASTAS, BES).

Zaburzenia obrazu ciała, będące nieodłączną częścią symptomatologii zaburzeń odżywiania się, można rozumieć nie tylko w kategoriach zaburzeń percepcji czy złudzeń, ale także jako swoisty deficyt rozwojowy u tych chorych [68].

Typową postać choroby, w której występuje: biegunka, ból brzucha, spadek wagi ciała i nudności, stwierdza się u 30- 40% u dorosłych, chorych na celiakię [132]. Jak wskazuje Pietras- Mrozicka [134] fizjologiczne zaburzenia u chorych z celiakią mogą istotnie wpływać na ocenę postrzegania własnego ciała, przy czym niezadowolenie z sylwetki może się zwiększyć, im bardziej objawy choroby się zaostrzają, a u chorego następuje spadek masy ciała.

Co ciekawe, w badaniach własnych, w których porównano wyniki grupy osób z celiakią i grupy kontrolnej, nie wykazano istotnych różnic w zakresie obaw związanych z wyglądem własnej sylwetki.

Interesujące wyniki przyniosła analiza zależności pomiędzy poziomem lęku związanego z wyglądem zewnętrznym, a pozostałymi badanymi zmiennymi psychologicznymi. Wskazano tu na zależności pomiędzy lękiem związanym z wyglądem części ciała kojarzonych z gromadzeniem tkanki tłuszczowej, a domeną wyobraźni TAS-26, oraz nasileniem zniekształceń poznawczych charakterystycznych dla depresji, dotyczących w szczególności wizji siebie, oraz samej depresji.

Znaczące zależności wystąpiły również w grupie osób z celiakią w związku z obawami o wygląd części ciała kojarzonych z gromadzeniem tkanki tłuszczowej oraz wobec części ciała powszechnie nieuznawanych za otyłe, a podskalą GHQ-28 odnoszącą się do symptomów somatycznych. Wskazano także na związek pomiędzy wiekiem chorych w momencie postawienia diagnozy, a lękiem o wygląd części ciała powszechnie nieuznawanych za otyłe [82].

W przypadku kobiet w grupie osób z celiakią oraz osób z grupy kontrolnej nie wystąpiły różnice statystycznie istotne w obszarze badanych podskal BES. Co ciekawe, istotne różnice w zakresie zaburzeń obrazu ciała wykazano w przypadku mężczyzn, przy czym istotne różnice wystąpiły w percepcji wszystkich ocenianych wymiarów: atrakcyjności fizycznej, siły ciała oraz kondycji fizycznej.

Dodatkowo, w grupie osób z celiakią oraz grupie kontrolnej wykazano dodatnie korelacje pomiędzy wynikami odnoszącymi się do poziomu depresji, a podskalami BES: w grupie kobiet z atrakcyjnością seksualną, kontrolą wagi oraz kondycją fizyczną, a w grupie mężczyzn: z podskalami atrakcyjności fizycznej, siły ciała oraz kondycji fizycznej. Również w grupie chorych kobiet z celiakią wykazano ujemną korelację pomiędzy wynikami symptomów depresji, a podskalami BES: kontrolą wagi oraz kondycją fizyczną.

Równie istotne korelacje zaobserwowano w grupie kobiet w podskalach atrakcyjności seksualnej, kontroli wagi i kondycji fizycznej w odniesieniu do wysokiego poziomu lęku jako cechy. Zależności pomiędzy podskalą kontrola wagi BES w grupie kobiet. W grupie kontrolnej kobiet stwierdzono natomiast ujemną korelację pomiędzy wynikami lęku jako cechy, a atrakcyjnością seksualną, kontrolą wagi oraz kondycją fizyczną, jak również w grupie mężczyzn odnotowano zależności między lękiem, a wymiarem kondycji fizycznej.

Zaobserwowano zależności pomiędzy częściami ciała kojarzonymi z gromadzeniem tkanki tłuszczowej, a podskalą odnoszącą się do kontroli wagi BES w grupie kobiet z zdiagnozowaną celiakią. Natomiast w odniesieniu do grupy kontrolnej wykazano zależności pomiędzy częściami ciała kojarzonymi z gromadzeniem tkanki tłuszczowej w grupie kobiet: atrakcyjności seksualnej, kontroli wagi, a także kondycji fizycznej oraz w przypadku mężczyzn atrakcyjności fizycznej, siły ciała oraz kondycji fizycznej.

W przypadku grupy kontrolnej, im wyższy wynik w zakresie obawy odnoszącej się do części ciała uznawanych za otyłe, tym wyższy poziom atrakcyjności seksualnej, kontroli wagi, a także kondycji fizycznej w przypadku kobiet, a atrakcyjności fizycznej, siły ciała oraz kondycji fizycznej w przypadku mężczyzn.

W niniejszej pracy wykazano zależności pomiędzy sposobem postawienia diagnozy, wpływem objawów celiakii na hospitalizację, a postrzeganiem atrakcyjności fizycznej, kontrolą wagi oraz kondycją fizyczną wśród kobiet. Również istotne zależności zaobserwowano w grupie kobiet pomiędzy kondycją fizyczną, a stopniem

negatywnego wpływu wymagań diety na życie rodzinne, zawodowe oraz obciążenie emocjonalne.

Uzyskane wyniki przemawiają za istnieniem związków między obrazem ciała w wymiarze stosunku do własnego ciała, a zaburzeniami nastroju wśród osób z celiakią.

Ograniczenia badania

Jednym z głównych ograniczeń przeprowadzonego badania jest znaczna przewaga kobiet w obydwóch badanych grupach. Stanowić to może istotne utrudnienie w wykazaniu związków pomiędzy poziomem wybranych zaburzeń nastroju, a płcią badanych osób. Trudno jednakże określić, czy skład demograficzny grupy badawczej wynikał z większej świadomości kobiet w odniesieniu do diagnozy choroby, czy też częstszej zgody na udział w samym badaniu. Ponadto, dysproporcja ta może stanowić ograniczenie w zakresie możliwości uogólnienia uzyskanych rezultatów na szersze populacje chorych z celiakią.

Dodatkowym ograniczeniem prezentowanych badań jest również ich przekrojowy, a nie podłużny charakter, co pozwala na zaobserwowanie różnic pomiędzy badanymi populacjami, a nie na wykazanie zależności przyczynowo-skutkowych w odniesieniu do badanych zmiennych. Do ograniczeń badania należy również jego korelacyjny charakter, wskazujący jedynie na współlistnienie analizowanych zjawisk, a nie na zależności przyczynowo-skutkowe.

Implikacje do przyszłych badań

Interesujące byłoby śledzenie, co dzieje się z funkcjami emocjonalnymi i poznawczymi u badanych chorych po osiągnięciu przez nich remisji (badanie katamnesticzne).

Podobnie, ciekawe rezultaty mogłoby przynieść badanie porównawcze, przeprowadzone u chorych po minimum roku objęcia wsparciem psychologicznym u chorych, które nie korzystały z takiego rodzaju wsparcia.

Ponadto, interesujące ustalenia i implikacje praktyczne mogłoby przynieść badanie zaburzeń wybranych funkcji kognitywnych oraz emocjonalnych u chorych z nieceliakalną nadwrażliwością na gluten, a następnie odniesienie ich do wyników badań u chorych z diagnozą celiakii.

Implikacje dla praktyki klinicznej

Rezultatem szczególnie istotnym z punktu widzenia praktyki klinicznej- pracy terapeutycznej z pacjentami z celiakią- jest fakt, że natężenie lęku i depresji w przebiegu celiakii w o wiele większym stopniu uzależnione jest od czynników psychologicznych, niż od klinicznych.

Warte zwrócenia uwagi, w odniesieniu do poradnictwa i terapii psychologicznej, jest zwiększone ryzyko zaburzeń obrazu ciała u mężczyzn, we wszystkich ocenianych domenach: atrakcyjności fizycznej, poczuciu siły ciała oraz ocenie kondycji fizycznej.

Istotne znaczenie ma również uwzględnienie aspektu trudności związanych z opisem i identyfikacją emocji towarzyszących chorym w odniesieniu do diagnozy i leczenia celiakii. Na uwagę zasługują także wysoki poziom lęku u tych chorych, zarówno w momencie oczekiwania na diagnozę, jak i w trakcie przebiegu choroby.

7. Wnioski

1. Nasilenie zaburzeń depresyjnych, poziomu lęku-cechy, aleksytymii, zaburzeń obrazu ciała (w grupie mężczyzn) oraz zaburzeń zdrowia psychicznego jest wyższe w grupie chorych leczonych z powodu celiakii, niż w grupie kontrolnej zdrowych osób.
2. Częstość rozpoznania aleksytymii wyniosła, aż 26% u osób z celiakią i była wyższa w porównaniu z grupą kontrolną.
3. Wyższy poziom depresji u chorych leczonych z powodu celiakii jest powiązany z poznawczymi zniekształceniami charakterystycznymi dla depresji, większym nasileniem zaburzeń obrazu ciała u tych chorych, poziomem lęku-cechy oraz lękiem związanym z postrzeganiem części ciała powszechnie nieuznawanych za otyłe, a także z poszczególnymi wymiarami zdrowia psychicznego.
4. Wyższy poziom depresji stwierdzono także wśród chorych płci żeńskiej, deklarujących trudność w dostosowaniu się do wymagań diety oraz bardziej negatywnie oceniających wpływ objawów celiakii i jej zaostrzeń na hospitalizacje.
5. Wyższy poziom lęku-cechy jest powiązany z wyższym natężeniem aleksytymii (również w wymiarach opisywania i identyfikacji uczuć), negatywną wizją siebie, zaburzeniami obrazu ciała (w grupie kobiet) oraz poszczególnymi wymiarami zdrowia psychicznego.
6. Wyższy poziom lęku- cechy stwierdzono u chorych deklarujących trudność w dostosowaniu się do wymagań diety, częściej świadomie spożywających produkty z glutenem oraz negatywnie oceniających wpływ wymagań diety na życie zawodowe.
7. Poziom lęku-cechy jest związany z aktualnym wiekiem chorych i wiekiem w momencie postawienia diagnozy.

8. Streszczenie

Wyniki badań nie pozwalają na wyciągnięcie jednoznacznych wniosków w odniesieniu do wieloczynnikowych uwarunkowań celiakii, jak również wpływu zaburzeń nastroju na jakość życia, poziom akceptacji diagnozy czy stosowania się do zaleceń dietetycznych. Szczególnie istotna wydaje się analiza związków pomiędzy zaburzeniami regulacji emocji, schematami poznawczymi charakterystycznymi dla zaburzeń nastroju, poziomem aleksytymii oraz postrzeganiem sylwetki u chorych na celiakię. Uzyskane rezultaty pozwalają na lepsze zrozumienie konsekwencji psychospołecznych celiakii zarówno wśród pacjentów, ich bliskich, jak i lekarzy prowadzących, co zwiększy szanse na bardziej kompleksową i wielopłaszczyznową opiekę nad chorymi.

Podjęte badania miały na celu ocenę częstości współwystępowania i nasilenia w grupie chorych leczonych z powodu celiakii zaburzeń depresyjnych, schematów poznawczych typowych dla zaburzeń nastroju, poziomu lęku-cechy oraz lęku odnoszącego się do wyglądu zewnętrznego, aleksytymii, zaburzeń obrazu ciała, ogólnego stanu zdrowia psychicznego, w odniesieniu do grupy kontrolnej zdrowych osób.

Badanie miało charakter przekrojowy i dotyczyło porównania pomiędzy dwoma grupami osób badanych: leczonych z powodu celiakii (96 osób), oraz kontrolnej grupy zdrowych osób (96 osób). Dobór osób do badań miał charakter celowy, zgodnie z kryteriami włączenia. Podstawą włączenia do badań w grupie klinicznej był: wiek 18-65 lat; płeć żeńska lub męska; diagnoza celiakii (poprzez: badania laboratoryjne, badanie endoskopowe lub wywiad z lekarzem i analiza objawów po spożyciu glutenu), jak również pisemna i świadoma zgoda na udział w badaniach.

Badania przeprowadzono w latach 2018-2021 u chorych leczonych w Katedrze i Klinice Gastroenterologii, Dietetyki i Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Na prowadzenie badań uzyskano zgody Komisji Bioetycznej nr 527/2018 wraz z aneksami nr 377/19 oraz 890/20.

W badaniu wykorzystano osiem standaryzowanych testów psychologicznych. Poziom depresji oceniono za pomocą polskich wersji Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D) oraz Skali Depresji Becka (BDI). Depresyjne schematy poznawcze zbadano za pomocą polskiej wersji Kwestionariusza Triady Poznawczej (CTI). Poziom lęku rozumianego jako względnie stała cecha osobowości został

oceniony za pomocą polskiej wersji State And Trait Anxiety Inventory (STAI). Nasilenie lęku wobec wyglądu fizycznego ciała, zmierzono za pomocą polskiej wersji Physical Appearance State And Trait Anxiety Scale (PASTAS). Poziom i wymiary aleksytymii zostały ocenione dzięki polskiej wersji Toronto Alexithymia Scale-26 (TAS-26). Obraz ciała i jego wymiary oszacowano dzięki polskiej wersji Skali Oceny Ciała (BES). Zdrowie psychiczne zostało zbadane za pomocą polskiej wersji Goldberg General Health Questionnaire-28 (GHQ-28).

W analizie uwzględniono następujące zmienne społeczno-demograficzne: wiek, płeć, miejsce zamieszkania, stan cywilny, wykształcenie, aktywność zawodowa, dane kliniczne: wiek w momencie postawienia diagnozy, czas, jaki upłynął od pierwszych objawów do postawienia rozpoznania, metody diagnozy, stopień nasilenia objawów celiakii oraz czas ich trwania po spożyciu glutenu, dane z wywiadu dotyczące diagnozy celiakii u członków rodziny oraz chorób współistniejących, a także dodatkowo deklarowaną masę ciała i wzrost. Oceniono także stopień dostosowania się do wymagań diety bezglutenowej, częstotliwość świadomego spożycia produktów zawierających gluten, wpływ wymagań diety bezglutenowej na czynności dnia codziennego i styl życia (aktywność towarzyska, rytuały przygotowywania posiłków w rodzinie, życie zawodowe). Analizowane dane dotyczyły również stopnia wpływu objawów celiakii i jej zaostrzenia na uczestniczenie w życiu zawodowym oraz stopnia wpływu objawów celiakii wymagań diety bezglutenowej na dobrostan emocjonalny.

Uzyskany materiał badawczy pozwala stwierdzić, że nasilenie zaburzeń depresyjnych, poziomu lęku-cechy, aleksytymii, zaburzeń obrazu ciała (w grupie mężczyzn) oraz zaburzeń zdrowia psychicznego jest wyższe w grupie chorych leczonych z powodu celiakii, niż w grupie kontrolnej zdrowych osób. Częstość rozpoznania aleksytymii wyniosła, aż 26% u osób z celiakią i była wyższa w porównaniu z grupą kontrolną. Wyższy poziom depresji u chorych leczonych z powodu celiakii jest powiązany z poznawczymi zniekształceniami charakterystycznymi dla depresji, większym nasileniem zaburzeń obrazu ciała u tych chorych, poziomem lęku-cechy oraz lękiem związanym z postrzeganiem części ciała powszechnie nieuznawanych za otyłe, a także z poszczególnymi wymiarami zdrowia psychicznego. Wyższy poziom depresji stwierdzono także wśród chorych płci żeńskiej, deklarujących trudność w dostosowaniu się do wymagań diety oraz bardziej negatywnie oceniających wpływ objawów celiakii i jej zaostrzeń na hospitalizacje. Wyższy poziom lęku-cechy jest powiązany z wyższym natężeniem aleksytymii (również w wymiarach opisywania i

identyfikacji uczuć), negatywną wizją siebie, zaburzeniami obrazu ciała (w grupie kobiet) oraz poszczególnymi wymiarami zdrowia psychicznego. Wyższy poziom lęku-cechy stwierdzono u chorych deklarujących trudność w dostosowaniu się do wymagań diety, częściej świadomie spożywających produkty z glutenem oraz negatywnie oceniających wpływ wymagań diety na życie zawodowe. Poziom lęku-cechy jest związany z aktualnym wiekiem chorych i wiekiem w momencie postawienia diagnozy.

9. Abstract

The results of the research do not allow for drawing unequivocal conclusions with regard to the multifactorial conditions of celiac disease, as well as the impact of mood disorders on the quality of life, the level of acceptance of the diagnosis or adherence to dietary recommendations. The analysis of the relationships between disturbances in emotional regulation, cognitive schemas characteristic for mood disorders, the level of alexithymia and the perception of the figure in patients with celiac disease seems to be of particular importance. The obtained results allow for a better understanding of the psychosocial consequences of celiac disease, both among patients, their relatives and doctors in charge, which will increase the chances of more comprehensive and multifaceted care for patients. The undertaken studies were aimed at assessing the frequency of coexistence and intensity of depressive disorders in the group of patients treated for celiac disease, cognitive schemas typical of mood disorders, the level of trait anxiety and anxiety related to external appearance, alexithymia, body image disorders, general mental health, for a control group of healthy people.

The study was cross-sectional and concerned a comparison between two groups of respondents: treated for celiac disease (96 people), and a control group of healthy people (96 people). The selection of people for the research was deliberate, in accordance with the inclusion criteria. The basis for inclusion in the studies in the clinical group was: age 18-65 years; female or male gender; diagnosis of celiac disease (by: laboratory tests, endoscopic examination or an interview with a doctor and analysis of symptoms after gluten consumption), as well as written and informed consent to participate in the research. The research was carried out in 2018-2021 in patients treated at the Department of Gastroenterology, Dietetics and Internal Diseases of the Medical University of Karol Marcinkowski in Poznań. The research was approved by the Bioethics Committee No. 527/2018 along with annexes No. 377/19 and 890/20. Eight standardized psychological tests were used in the study. The level of depression was assessed using the Polish versions of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) and the Beck Depression Scale (BDI). Cognitive depressive schemas were tested using the Polish version of the Cognitive Triad Questionnaire (CTI). The level of anxiety understood as a relatively constant personality trait was assessed using the Polish version of the State And Trait Anxiety Inventory (STAI). The severity of fear of physical appearance was measured using the Polish version of Physical Appearance State And Trait Anxiety Scale (PASTAS).

The level and dimensions of alexithymia were assessed thanks to the Polish version of Toronto Alexithymia Scale-26 (TAS-26). The body image and its dimensions were estimated using the Polish version of the Body Assessment Scale (BES). Mental health was tested using the Polish version of the Goldberg General Health Questionnaire-28 (GHQ-28). The analysis included the following socio-demographic variables: age, sex, place of residence, marital status, education, professional activity, clinical data: age at diagnosis, time from the first symptoms to diagnosis, methods of diagnosis, severity of symptoms celiac disease and their duration after gluten consumption, history data on the diagnosis of celiac disease in family members and comorbidities, as well as weight and height. The degree of compliance with the requirements of a gluten-free diet, the frequency of conscious consumption of products containing gluten, the impact of the requirements of a gluten-free diet on everyday activities and lifestyle (social activity, family meal preparation rituals, professional life) were also assessed. The analyzed data also concerned the degree of influence of celiac disease symptoms and its exacerbation on participation in professional life, and the degree of influence of celiac symptoms and the requirements of a gluten-free diet on emotional well-being.

The obtained research material allows to conclude that the severity of depressive disorders, the level of trait anxiety, alexithymia, body image disorders (in the group of men) and mental health disorders is higher in the group of patients treated for celiac disease than in the control group of healthy people. The frequency of alexithymia diagnosis was as much as 26% in people with celiac disease and was higher than in the control group. A higher level of depression in patients treated for celiac disease is associated with cognitive distortions characteristic of depression, greater severity of body image disturbances in these patients, the level of trait anxiety and anxiety associated with the perception of body parts commonly not considered obese, as well as with particular dimensions of mental health. A higher level of depression was also found among female patients who declared difficulty in adapting to dietary requirements and assessed the impact of celiac disease symptoms and exacerbations on hospitalizations more negatively. A higher level of trait anxiety is associated with a higher severity of alexithymia (also in the dimensions of describing and identifying feelings), negative self-image, body image disturbances (in the group of women) and individual dimensions of mental health. A higher level of trait anxiety was found in patients declaring difficulty in adapting to dietary requirements, more often consciously

consuming gluten-containing products and negatively assessing the impact of dietary requirements on their professional life. The level of trait anxiety is related to the current age of patients and the age at diagnosis.

10. Piśmiennictwo

1. Kryspin-Exner I., Jagsch R., Hoheisel B., Lackerbauer E., Six N., Stetina B.U., Chronic illness: a European perspective, *Psychological Science*, 2003, 43-62.
2. Janowski K., Osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem łuszczycy, Wydawnictwo Polihymnia, 2006.
3. Giezowska H., Giezowski D., Choroba trzewna – patogeneza, diagnostyka, leczenie i możliwości działań profilaktycznych, *Problemy Higiena Epidemiologii*, 2014, 95, 823-826.
4. Pietras-Mrozicka M., Zmiany dotychczasowego stylu życia pod wpływem leczenia dietą bezglutenową w celiakii. Przyczynek do badań, *Ekonomia-Wrocław, EconomicReview*, 2017, 23/4.
5. Darewicz M., Dziuba J., Dietozależny charakter enteropatii pokarmowych na przykładzie celiakii, *Żywność Nauka Technologia Jakość*, 2007, 1, 5-15.
6. Albrecht P., Celiakia. *Forum Pediatrii Praktycznej*, 2016, 9, 42-46.
7. Husby S., Koletzko S., Korponay-Szabó I.R., European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Guidelines for the Diagnosis of Coeliac Disease, *Journal Pediatric Gastroenterology Nutrition*, 2012, 54, 136-160.
8. Husby S., Koletzko S., Korponay-Szabó I., Kurppa K., Mearin M.L., Ribes-Koninckx C., i wsp., European Society Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition Guidelines for Diagnosing Coeliac Disease 2020, *Journal Pediatric Gastroenterology Nutrition*, 2020, 70, 141-156.
9. Konturek S., *Gastroenterologia i hepatologia kliniczna*, Wyd.5 PZWL, Warszawa, 2006.
10. Efthymakis K., Serio M., Milano A., Laterza F., Bonitatibus A., Di Nicola M., Neri M., Application of the Biopsy-Sparing ESPGHAN Guidelines for Celiac Disease Diagnosis in Adults: A Real-Life Study, *Digestive Diseases and Sciences*, 2017, 62, 2433-2439.
11. Szałowska-Woźniak D., Zeman K., Bąk-Romaniszyn L., Ocena fenotypu i haplotypu pacjentów z chorobą trzewną hospitalizowanych w Klinice Pediatrii, Immunologii i Nefrologii Instytutu "Centrum Zdrowia Matki Polki" w Łodzi w latach 2012-2018, *Pediatrics i Medycyna Rodzinna*, 2018, 14, 4.

12. Balakirecva A.V., Zamyatnin A.A., Properties of gluten intolerance: Gluten structure, evolution, pathogenicity and detoxification capabilities, *Nutrients*, 2016, 8, 644.
13. Satora D., Bochen K., Prystupa A., Pietraszek -Mamcarz J., Mosiewicz J., Schabowski J., Celiakia– choroba nie tylko dziecięca, *Family Medicine&PrimaryCareReview*, 2011, 13, 1, 90–94.
14. Szczeblowska D., Hebзда A., Serwin D., Celiakia – domena nie tylko pediatrii, *Pediatrica i Medycyna Rodzinna*, 2010, 6, 22–26.
15. Green P.H., Cellier C., Celiacdisease, *The New England Journal of Medicine*, 2007, 357, 1731–1743.
16. Karczewski K., Postępowanie diagnostyczne w szczególnych przypadkach i nietypowych postaciach celiakii, *Medycyna Praktyczna*, 1998, 5–12.
17. O 'Mahony S., Howdle P.D., Losowsky M.S., Reviewarticle: management of patients with non- responsive celiac disease, *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 1996, 10, 671–678.
18. Gładyś K., Guzek M., Adrych K., Małgorzewicz S., Praktyczne aspekty stosowania diety bezglutenowej u osób z chorobą trzewną, *Forum Medycyny Rodzinnej*, 2015, 9, 447-455
19. Rarnakrishana B., Wanted: diagnostics criteria for adultceliacdisease, *Indian Journal of Gastroenterology*, 2007, 26, 157-158.
20. Adrych K., Marek I.E., Kryszewski A.J., Choroba trzewna u dorosłych — wierzchołek góry lodowej, *Wiadomości Lekarskie*, 2006, 59, 5–6.
21. Michałowska J., Pastusiak K., Bogdański P., Kontrowersje wokół glutenu, *Forum Zaburzeń Metabolicznych*, 2017, 8, 103-111.
22. Ludvigsson J.F., Leffler D.A., Bai J.C. i wsp., The Oslo definitions for coeliacdisease and related terms, *Gut*, 2013, 62, 43–52.
23. Ludvigsson J.F., Bai J.C., Biagi F. i wsp., Diagnosis and management of adultcoeliacdisease: guidelines from the British Society of Gastroenterology, *Gut*, 2014, 63, 1210–1228.
24. Jarosz M., Wojtasik A., Wierzejska R., Taraszewska A., Wolnicka K., Rychlik E., Choroba trzewna, W: Jarosz M. (red.), *Praktyczny podręcznik dietetyki*, Warszawa, 2010, 210–223.
25. Barton S.H., Murray J.A., Celiac disease and autoimmunity in the gut and elsewhere, *Gastroenterology Clinics of North America*, 2008, 37, 411-428.

26. Fasano A., Catassi C., Celiakia, *The New England Journal of Medicine*, 2012, 367, 2419–26.
27. Strzeszyński L., Rozpoznawanie i leczenie celiakii u dorosłych według wytycznych British society of Gastroenterology 2014, *Medycyna Praktyczna*, 2014, 12, 61-70, 77.
28. Dudek D., Siwek M., Współistnienie chorób somatycznych i depresji, *Psychiatria*, 2007, 4, 1, 17–24.
29. Brottveit M., Vandvik P.O., Wojnusz S., Løvik A., Lundin K.E., Boye, B. S., Absence of somatization in non-celiac gluten sensitivity, *Canadian Journal of Gastroenterology*, 2012, 47, 770-777.
30. Collin P., Kaukinen K., Mattila A.K., Joukamaa M., Psychoneurotic symptoms and alexithymia in coeliac disease, *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 2008, 43, 1329-1333.
31. Kreitler S., Kreitler M., Emotional Correlates of the Celiac Disease: A Possible Link in the Gut-Brain Connection?, *ARC Journal of Psychiatry*, 2017, 2, 21-29.
32. Rosenberg S.J., Peterson R.A., Hayes J.R., Hatcher J., Headen S., Depression in medical in-patients, *British Journal of Medicine Psychology*, 1988, 61, 245–254.
33. Guandalini S., Setty M., Celiac disease, *Current Opinion in Gastroenterology*, 2008, 24, 707-712.
34. Volta U., Caio G., Stanghellini V., De Giorgio R., The changing clinical profile of celiac disease: a 15-year experience (1998-2012) in an Italian referral center, *BMC Gastroenterology*, 2014, 14, 194.
35. Dinari G., Walker-Smith J. A., Clinical presentation and long-term surveillance of celiac disease in childhood, W: Branski P., Rozen P.M.F., Kagnoff M.F., (Eds.) *Gluten-sensitive enteropathy*, *Frontiers of Gastrointestinal Research*, 1992, 19, 130-140.
36. Briani C., Zara G., Alaedini A., Grassivaro F., Ruggero S., Toffanin E., Neurological complications of celiac disease and autoimmune mechanisms: A prospective study, *Journal of Neuroimmunology*, 2008, 195, 171–175.
37. Hadjivassiliou M., Rao D.G., Wharton S.B., Sanders D.S., Grunewald R.A., Davies-Jones A.G., Sensory ganglionopathy due to gluten sensitivity, *Neurology*, 2010, 75, 1003–1008.

38. Hadjivassiliou M., Chattopadhyay A.K., Grunewald R.A, Jarratt J.A., Kandler R.H., Rao D.G., Myopathy associated with gluten sensitivity, *Muscle and Nerve*, 2007, 35, 443–450.
39. Gabrielli M., Cremonini F., Fiore G., Addolorato G., Padalino C., Candelli M., Association between migraine and Celiac disease: Results from a preliminary case-control and therapeutic study, *American Journal of Gastroenterology*, 2003, 98, 625–629.
40. Addolorato G., Capristo E., Ghittoni G., Valeri C., Masciana R., Ancona C., Anxiety but not depression decreases in coeliac patients after one-year gluten-free diet: A longitudinal study, *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 2001, 36, 502–506.
41. Cicarelli G., Della Rocca G., Amboni M., Ciacci C., Mazzacca G., Filla A., Clinical and neurological abnormalities in adult celiac disease, *Neurological Sciences*, 2003, 24, 311–317.
42. Carta M.G., Hardoy M.C., Boi M.F., Mariotti S., Carpiello B., Usai P., Association between Panic disorder, major depressive disorder and celiac disease: A possible role of thyroid autoimmunity, *Journal of Psychosomatic Research*, 2002, 53, 789–793.
43. Niederhofer H., Pittschieler K., A preliminary investigation of ADHD symptoms in persons with celiac disease, *Journal of Attention Disorders*, 2006, 10, 200–204.
44. Genuis S.J., Bouchard T.P., Celiac disease presenting as autism, *Journal of Child Neurology*, 2010, 25, 114–119.
45. De Santis A., Addolorato G., Romito A., Caputo S., Giordano A., Gambassi G., Schizophrenic symptoms and SPECT abnormalities in a coeliac patient: Regression after a gluten-free diet, *Journal of Internal Medicine*, 1997, 242, 421–423.
46. Samaroo D., Dickerson F., Kasarda D.D., Green P.H., Briani C., Yolken R.H., Novel immune response to gluten in individuals with schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 2010, 118, 248–255.
47. Cascella N.G., Kryszak D., Bhatti B., Gregory P., Kelly D.L., Mc Evoy J.P., Prevalence of celiac disease and gluten sensitivity in the United States clinical antipsychotic trials of intervention effectiveness study population, *Schizophrenia Research*, 2011, 37, 94–100.

48. Addolorato G., Mirijello A., D'Angelo C., Leggio L., Ferrulli A., Vonghia L., Social phobia in coeliac disease, *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 2008, 43, 410–415.
49. Konsman J.P., Veeneman J., Comber C., Poole S., Luheshi G.N., Dantzer R., Central nervous action of interleukin- 1 mediates activation of limbic structures and behavioral depression in response to peripheral administration of bacterial lipopolysaccharide, *The European Journal of Neuroscience*, 2008, 28, 2499–2510.
50. Hauser W., Janke K.H., Klump B., Gregor M., Hinz A., Anxiety and depression in adult patients with celiac disease on a gluten-free diet, *World Journal of Gastroenterology*, 2010, 16, 2780–2787.
51. Ludvigsson J.F., Reutfors J., Osby U., Ekbom A., Montgomery S.M., Coeliac disease and risk of mood disorders- a general population-based cohort study, *Journal of Affective Disorders*, 2007, 99, 117–126.
52. Ruuskanen A., Kaukinen K., Collin P., Huhtala H., Valve R., Maki M., Positive serum anti-gliadin antibodies without celiac disease in the elderly population: Does it matter?, *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 2010, 45, 1197–1202.
53. Corvaglia L., Catamo R., Pepe G., Lazzari R., Corvaglia E., Depression in adult untreated celiac subjects: Diagnosis by the pediatrician, *American Journal of Gastroenterology*, 1999, 94, 839–843.
54. Atladóttir H.O., Pedersen M.G., Thorsen P., Mortensen P.B., Deleuran B., Eaton W., W. Association of family history of autoimmune diseases and autism spectrum disorders, *Pediatrics*, 2009, 124, 687–694.
55. Valicenti-McDermott M.D., McVicar K., Cohen H.J., Wershil B.K., Shinnar S., Gastrointestinal symptoms in children with an autism spectrum disorder and language regression, *Pediatric Neurology*, 2008, 39, 392–398.
56. de Magistris L., Familiari V., Pascotto A., Sapone A., Froli A., Iardino P., Alterations of the intestinal barrier in patients with autism spectrum disorders and in their first-degree relatives, *Journal of Pediatric and Gastroenterology Nutrition*, 2010, 51, 418–424.
57. Cooper-Patrick L., Crum R.M., Ford D.E., Characteristics of patients with major depression who received care in general medical and specialty mental health settings, *Medicine Care*, 1994, 32, 15–24.

58. Kennedy S.H., Lam R.W., Nutt D.J., Thase M.E., Treating depression effectively: applying clinical guidelines, Informa Healthcare, Londyn, 2004.
59. Bushara K.O., Neurologic presentation of celiac disease, Gastroenterology, 2005, 128, 4, 92-97.
60. Hallert C., Svensson M., Tholstrup J., Hultberg B., Clinical trial: B vitamins improve health in patients with coeliac disease living on a gluten-free diet, Aliment Pharmacol Therapy, 2009, 29, 811-816.
61. Mariani P., Viti M.G., Montuori M., La Vecchia A., Cipolletta E., Calvani L., The gluten-free diet: a nutritional risk factor for adolescents with celiac disease?, Journal Pediatric Gastroenterology Nutrition, 1998, 27, 519-523
62. Garud S., Leffler D., Dennis M., Edwards-George J., Saryan D., Sheth S., Interaction between psychiatric and autoimmune disorders in coeliac disease patients in the Northeastern United States, Alimentary Pharmacology & Therapeutics, 2009, 29, 898-905.
63. Halicka M., Herzog-Krzywoszańska R., Niepojęte emocje– aleksytymia z perspektywy neuropsychologicznej, Neuropsychiatria i Neuropsychologia, 2016, 11, 2, 72–79.
64. Tomalski R., Aleksytymia i dysocjacja, Psychoterapia, 2008, 2, 35– 43.
65. Maruszewski T., Ścigała E., Emocje- aleksytymia- poznanie, Poznań, Wydawnictwo Fundacji, Humaniora, 1998.
66. Taylor G.J., Bagby R.M, Ryan D.P., Parker M.A., Validation of the alexithymia construct: A measurement based approach, Canadian Journal of Psychiatry, 1990, 35, 290-297.
67. Młodziak E.A., Schier K., Aleksytymia, ciało, psychoterapia- nowa perspektywa badawcza i kliniczna, Psychoterapia, 2012, 2, 29–40.
68. Płońska D., Hnat L., Grzesiewska J., Czernikiewicz A., Aleksytymia- ciągle wiele pytań. Część II. Aleksytymia w wybranych zaburzeniach psychicznych i somatycznych, Via Medica, 2006, 3, 1, 8–14.
69. Taylor G.T., Bagby R.M., Parker J.D.A., Disorders of affect regulation: alexithymia in medical and psychiatric illness, Cambridge University Press, Cambridge, 1997.

70. Fukunishi I., Rahe R. H., Alexithymia and coping with stress in healthy persons: Alexithymia as a personality trait is associated with low social support and poor responses to stress, *Psychological Reports*, 1995, 76, 1299-1304.
71. Derks Y.P.M. J., Westerhof G.J., Bohlmeijer, E.T., A meta-analysis on the association between emotional awareness and borderline personality pathology, *Journal of Personality Disorders*, 2017, 31, 362-384.
72. Guilbaud O., Corcos M., Hjalmarsson L., Loas G., Jeammet P., Is there a psychoneuroimmunological pathway between alexithymia and immunity? Immune and physiological correlates of alexithymia, *Biomedical Pharmacotherapy*, 2003, 57, 292-295.
73. Kreitler S., Kreitler M., Emotional Correlates of the Celiac Disease: A Possible Link in the Gut-Brain Connection?, *ARC Journal of Psychiatry*, 2017, 2, 21-29.
74. Eaton W., Smith C., Ybarra M., Muntaner C., Tien A., Maruish M.E., Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and revision (CESD and CESD-R), W: Maruish M.E., The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment, Lawrence Erlbaum Association, 2004, 363-377
75. Beckham E.E., Leber W.R., Watkins J.T., Boyer J.L., Cook J.B., Development of an instrument to measure Beck's cognitive triad: The Cognitive Triad Inventory, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1986, 54, 566-567.
76. Śliwerski A., Psychometric properties of the Polish version of the Cognitive Triad Inventory (CTI). Preliminary study, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 2014, 1, 47-54.
77. Jankowski K., Skala Depresji- polska wersja Center for Epidemiologic Studies Depression Scale CES-D [Depression Scale – Polish Version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale CES-D], *The Journal of Affective Disorders*, 2016, 196, 47-53.
78. Koziara K., Assessment of depressiveness in population. Psychometric evaluation of the Polish version of the CESD-R, *Psychiatria Polska*, 2016, 50, 1109-1117
79. Eaton W., Smith W.C., Ybarra M. i wsp., Center for Epidemiologic Studies Depression Scale: Review and Revision (CESD and CESD-R). The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment:

- Instruments for adults, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2004, 3, 363-377.
80. Sosnowski T., Wrześniewski K., Jaworowska A., Fecenec D., STAI – Inwentarz Stanu i Cechy Lęku, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, 2011.
 81. Spielberger C.D., Strelau J., Tysarczyk M., Wrzesniewski K., Inwentarz Stanu i Cechy Lęku (JSCL), Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, 2011.
 82. Franzoi S.L., Shields S.A., The Body Esteem Scale: Multidimensional structure and sex differences in a college population. *Journal of Personality Assessment*, 1984, 2, 173-178.
 83. Thompson K.J., (Błędny) pomiar obrazu ciała: dziesięć strategii poprawy oceny do celów stosowanych i badawczych. *Obraz ciała*, 2004, 7-14.
 84. Lipowska M., Lipowski M., Polish normalization of the Body Esteem Scale, *Health Psychology Report*, 2014, 1, 72–81.
 85. Makowska Z., Merecz D., Moscicka A., Kolasa W., The Validity of General Health Questionnaires, GHQ-12 and GHQ-28, in *Mental Health Studies of Working People*, *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 2002, 15, 353-362.
 86. Szaflarska- Popławska A., Karczewska K., Żabka A., Występowanie celiakii w Polsce– badanie wieloośrodkowe, *Pediatrica Współczesna Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka*, 2009, 11, 3, 111–116
 87. Thompson K.J., *Assessing body image disturbance: Measure, methodology, and implementation. Body image, eating disorders, and obesity. An integrative guide*, American Psychological Association DC, Washington, 1996.
 88. Parnowski T., Jernajczyk W., Inwentarz Depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne (ocena pilotażowa), *Psychiatria Polska*, 1977, 11, 417-425.
 89. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J., An inventory for measuring depression, *Archives Of General Psychiatry*, 1961, 4, 561–571.
 90. Beck A.T., Steer R.A., Garbin M.G., Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation, *Clinical Psychology Review*, 1988, 88, 77–100.
 91. Lasa L., Ayuso-Mateos J.L., Vazquez-Barquero J.L., Diez-Manrique F.J.,

- Dowrick C.F., The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis, *The Journal of Affective Disorders*, 2000, 57, 261–265.
92. Wrześniewski K., Sosnowski T., Matusik D., Inwentarz Stanu i Cechy Lęku STAI, Polska adaptacja STAI, Podręcznik, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa, 2002.
 93. Makowska Z., Merecz D., GHQ- Ocena Zdrowia Psychicznego według D. Goldberga, Instytut Medycyny Pracy, Łódź, 1981.
 94. Makowska Z., Merecz D., Polska adaptacja kwestionariuszy ogólnego stanu zdrowia Davida Goldberga: GHQ-12 i GHQ-28, W: Dudek B., Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga, Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28, Instytut Medycyny Pracy, Łódź, 2001, 191- 264.
 95. Jungerius B.J., Bakker S.C., Monsuur A.J., Sinke R.J., Kahn R.S., Wijmenga C., Is MYO9B the missing link between schizophrenia and celiac disease?, *American Journal of Medical Genetics B Neuropsychiatric Genetic*, 2008, 147, 351-355.
 96. Tobiczek- Teper A., Buryan- Marosz K., Krupka- Matuszczyk I., Celiakia przyczyną zaostrzeń schizofrenii paranoidalnej? Opis przypadku, *Postępy psychiatrii i neurologii*, 2010, 19, 319- 321.
 97. Eaton W., Mortensen P.B., Agerbo E., Byrne M., Mors O., Ewald H., Coeliac disease and schizophrenia: population based case control study with linkage of Danish national register, *BMJ*, 2004, 328, 438- 439.
 98. Jackowska E., Zrozumieć aleksytymię, *Medycyna Rodzinna*, 2018, 2, 139-146.
 99. Grzymisławski M., Stankowiak-Kulpa H., Włochal M., Celiakia i standardy diagnostyczne i terapeutyczne 2010 roku, *Forum Zaburzeń Metabolizmu*, 2010, 1, 12–21.
 100. Cannings-John R., Butler C. C., Prout H., Badanie kliniczno-kontrolne prezentacji w praktyce ogólnej przed rozpoznaniem celiakii, *Brytyjska Praktyka Journal Generaly*, 2007, 57, 636 – 642 .
 101. Zingone F., Swift G.L., Card T.R., Sanders D.S., Ludvigsson J.F., Bai J.C., Chorobowość psychologiczna celiakii: przegląd literatury, *Dziennik UEG*, 2015, 3, 136-145.
 102. Morris J. S., Ajdukiewicz A., Zaburzenia neurologiczne i celiakia

dorosłych, Gut, 1970, 11, 549- 554

103. Hallert C., Grännö C., Hulten S., i wsp., Życie z celiakią: kontrolowane badanie ciężaru choroby, Scandinavian Jurnal Gastroenterology, 2002, 37, 39- 42.
104. Häuser W., Janke K.H. , Klump B., Lęk i depresja u dorosłych pacjentów z celiakią na diecie bezglutenowej, World Journal Gastroenterology, 2010, 16, 2780- 2780 .
105. Nachman F., del Campo M.P., González A., Długotrwałe pogorszenie jakości życia dorosłych pacjentów z celiakią jest związane z nieprzestrzeganiem leczenia, Journal Gastrointestin Liver Disorder , 2010, 42, 685- 691 .
106. Addolorato G., De Lorenzi G., Abenavoli L., Leggio L., Capristo E., Gasbarrini G., Psychological support counselling improves gluten-free diet compliance in coeliac patients with affective disorders, Alimentary Pharmacology and Therapeutics, 2004, 20, 777- 782.
107. Fera T., Cascio B., Angelini G., Martini S., Guidetti C.S., Zaburzenia afektywne i jakość życia dorosłych pacjentów z celiakią na diecie bezglutenowej, The EuropeanJournal of Gastroenterology and Hepatology, 2003, 15, 1287- 1292.
108. Barratt S.M., Leeds J.S., Sanders D.S., Quality of life in Coeliac Disease is determined by perceived degree of difficulty adhering to a gluten-free diet, not the level of dietary adherence ultimately achieved, Journal Gastrointestin Liver Disorder, 2011, 20, 241- 245.
109. Kurppa K., Collin P., Maki M. ,Celiakia a jakość życia związana ze zdrowiem, Ekspert Review Gastroenterology and Hepatology, 2011, 5, 83- 90.
110. Hallert C., Svensson M. , Tholstrup J. , Badanie kliniczne: Witaminy z grupy B poprawiają stan zdrowia pacjentów z celiakią żyjących na diecie bezglutenowej, Food Pharmacy Therapy, 2009, 29, 811- 816.
111. Lee A., Ng D., Diamond B., Życie z celiakią: wyniki ankiety z USA . Journal Human Nutriton Diet, 2012, 25, 233- 238 .
112. Carta M.G., Hardoy M.C., Boi M.F., Mariotti S., Carpiello B., Usai P., Association between panic disorder, major depressive disorder and celiac disease: a possible role of thyroid autoimmunity, Journal Psychosomathic Reserch, 2002, 53, 789- 793.
113. Garud S., Leffler D., Dennis M., Interaction between psychiatric and

- autoimmune disorders in coeliac disease patients in the Northeastern United States, *Aliment Pharmacol Therapy*, 2009, 29, 898- 905.
114. Szajewska H., Chmielewska A., Dziechciarz P. i wsp., Biegunka przewlekła i celiakia, *Medycyna Praktyczna Pediatria*, 2010, 2, 42–49.
115. Ludvigsson J., Zingone F., Tomson T., Zwiększone ryzyko padaczki w celiakii potwierdzonej biopsją: badanie kohortowe populacyjne . *Neurologia*, 2012, 78, 1401- 1407.
116. Taycan O., Ozdemir A., Erdogan S., Alexithymia and Somatization in Depressed Patients: The Role of the Type of Somatic Symptom Attribution, *Noro Psikiyatri Arsivi*, 2017, 54, 2, 99- 104.
117. Larsen J.K., Brand N., Bermond B., Hijman R., Cognitive and emotional characteristics of alexithymia:a review of neurobiological studiem, *Journal Psychosomatic Research*, 2003, 54, 533- 541.
118. Willemsen R., Roseeuw D., Vanderlinden J. Alexithymia and dermatology: the state of the art, *The International Journal of Dermatology*, 2008, 47, 903- 910.
119. Pynnönen P.A., Isometsä E.T., Verkasalo M.A., Gluten-free diet may alleviate depressive and behavioural symptoms in adolescents with celiac disease: a prospective follow-up case-series study, *BMP Psychiatry*, 2005, 5, 1- 6.
120. Majkutewicz P., Tyszko P., Okręglicka K., Leczenie żywieniowe depresji, *Family Medicine and Primary Care Review*, 2014, 16, 1, 48-50.
121. Trovato C.M., Raucci U., Valitutti F., Montuori M., Villa M. P., Cucchiara S., Parisi P., Neuropsychiatric manifestations in celiac disease, *Epilepsy and Behavior*, 2019, 99, 106- 393.
122. Kaczyńska J.M., Nie tylko dietoterapia – psychologiczne aspekty celiakii, *Współczesna dietetyka*, 2015, <https://www.wspolczesnadietetyka.pl/numer/2-2015>, (dostęp: 13.10.2021 r.)
123. Riskind J.H., Alloy L.B., Podatność poznawcza na zaburzenia emocjonalne: teoria i projektowanie badań / metodologia, W: Alloy L.B., Riskind J.H., Podatność poznawcza na zaburzenia emocjonalne, Wydawcy Lawrence Erlbauma Associates, 2006, 1-29.
124. Lumley M.A., Stettner L., Wehmer F., How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways, *Journal Psychosomatic Research*, 1996, 41, 505- 518.

125. Wolf R.L., Green P.H.R., Lee A.R., Reilly N.R., Zybert P., Lebwohl B., Korzyści i bariery dla przenośnego wykrywania glutenu, na podstawie randomizowanego badania pilotażowego pacjentów z celiakią, *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2019, 17, 2605- 2607.
126. Wolf R.L., Morawetz M., Lee A.R., Koch P.A., Contento I.R., Zybert P., Green P.H.R., Lebwohl B., A Cooking-Based Intervention Promotes Gluten-Free Diet Adherence and Quality of Life for Adults with Celiac Disease, *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2020, 18, 2625-2627.
127. Pedrosa G. F., Bidlingmaier M., Ridout N., Scheidt C.E., Caton S., Schoechlin C., Nickel M., The relationship between alexithymia and salivary cortisol levels in somatoform disorders, *Nordic Journal of Psychiatry*, 2008, 62, 366-373.
128. Śliwerski A., Trzy generacje terapii poznawczo-behawioralnych– rozwój i założenia teoretyczne, *Acta Universitatis Lodzensis, Folia Psychologica*, 2016, 20, 5-30.
129. Rafaeli E., Bernstein D. P., Young J. E., Psychoterapia skoncentrowana na schematach, Wydawnictwo Zielone Drzewo, Instytut Psychologii Zdrowia PTP Warszawa, 2011.
130. Hilsman R., Garber, J., A test of the cognitive diathesis–stress model of depression in children: Academic stressors, attributional style, perceived competence, and control, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995, 69, 370- 380.
131. Abramson L., Metalsky G., Alloy L., Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression, *Psychological Review*, 1989, 96, 358-372.
132. Kobińska A., Emocjonalny aspekt obrazu ciała a ocena relacji z rodzicami u młodych kobiet, *Przegląd psychologiczny*, 2012, 55, 4, 383-395.
133. Zwolińska-Wcisło M., Galicka-Latała D., Sosin-Rudnicka L., Mach T., Rozpondek P., Współwystępowanie celiakii z chorobami autoimmunologicznymi i jej wpływ na obraz kliniczny choroby. Opis przypadku, *Przegląd Lekarski*, 2009, 66, 8, 466- 468.
134. Pietras- Mrozicka M., Problemy codziennego funkcjonowania psychospołecznego w związku z dietą bezglutenową w narracji autobiograficznej osoby z celiakią- studium przypadku, *Prawnicza i*

Ekonomiczna Biblioteka Cyfrowa, Wydział Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego, 2019, 157- 173.

135. Corbin J., Strauss A., Managing Chronic Illness at Home, Three Lines of Work, *Qualitative Sociology*, 1985, 8, 224- 247.
136. Brończyk-Puzoń A., Bieniek J., Koszowska A., Nowak J., Dittfeld A., Dziąbek E., Jagielski P., Jakość życia osób z celiakią, alergią i nadwrażliwością na gluten stosujących dietę bezglutenową: ocena za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF, *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2014, 241- 244.
137. Mustalahti K., Lohiniemi S., Collin P., Vuolteenaho N., Laippala P., Maki M., Gluten-free diet and quality of life in patients with screen-detected celiac disease, *Effective clinical practice*, 2002, 5, 105- 113.
138. Lebwohl B., Rubio-Tapia A., *Epidemiology, Presentation, and Diagnosis of Celiac Disease*, *Gastroenterology*, 2021, 160, 63-75.
139. Lefebvre M.F., Zniekształcenia poznawcze i błędy poznawcze u pacjentów cierpiących na depresję psychiatryczną i bóle krzyża, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1981, 49, 517-552.
140. Płońska D., Czernikiewicz A., Aleksytymia – ciągle wiele pytań. Część I. Definiowanie aleksytymii. *Psychiatria*, 2006, 3, 1–7.
141. Nemiah J.C., Freyberger H., Sifneos P.E. Alexithymia: A view of the psychosomatic process. W: O.W. Hill (red.). *Modern trends in psychosomatic medicine*, Butterworths, 1976, 3, 430–439.

11. Spis tabel

Tabela 1.	Charakterystyka społeczno-demograficzna osób badanych.....	29
Tabela 2.	Dane kliniczne w grupie chorych z celiakią.....	32
Tabela 3.	Dane dotyczące stosowania diety bezglutenowej w grupie chorych z celiakią.....	33
Tabela 4.	Ocena poziomu depresji za pomocą CES-D w obydwu badanych grupach.....	34
Tabela 5.	Ocena poziomu depresji za pomocą BDI w obydwu badanych grupach.....	34
Tabela 6.	Przedziały różnicujące poziom zaburzeń depresyjnych w BDI w obydwu badanych grupach.....	35
Tabela 7.	Ocena zniekształceń poznawczych za pomocą CTI w obydwu badanych grupach.....	35
Tabela 8.	Ocena lęku-cechy za pomocą STAI X-2 w obydwu badanych grupach.....	36
Tabela 9.	Ocena lęku wobec wyglądu fizycznego ciała za pomocą PASTAS w obydwu grupach.....	36
Tabela 10.	Ocena poziomu aleksytymii za pomocą TAS-26 w obydwu grupach.....	37
Tabela 11.	Ocena stosunku kobiet do własnego ciała za pomocą BES w obydwu grupach.....	38
Tabela 11.1.	Wyniki BES w grupie kobiet po odniesieniu do norm stenowych.....	38
Tabela 12.	Ocena stosunku mężczyzn do własnego ciała za pomocą BES w obydwu grupach.....	39
Tabela 12.1.	Wyniki BES w grupie mężczyzn po odniesieniu do norm stenowych w obydwu grupach.....	40
Tabela 13.	Ocena stanu zdrowia psychicznego osób dorosłych za pomocą GHQ-28 w obydwu grupach.....	41
Tabela 13.1	Przedziały wyników GHQ-28 w odniesieniu do norm stenowych w obydwu grupach.....	42
Tabela 14.	Zależności pomiędzy CES-D, a danymi zebranymi za pomocą CTI, BES, TAS-26,STAI, PASTAS, GHQ-28 w obydwu grupach.....	43

Tabela 15.	Zależności pomiędzy BDI, a CTI, BES, TAS-26 i GHQ-28 w obydwu grupach.....	45
Tabela 16.	Zależności pomiędzy STAI, a CTI, BES, TAS-26 oraz GHQ-28 w obydwu grupach.....	47
Tabela 17.	Zależności pomiędzy PASTAS A, a CTI, BES, TAS-26, oraz GHQ-28 w obydwu grupach.....	49
Tabela 18.	Zależności między PASTAS B, a CTI, BES, TAS-26 oraz GHQ-28 w obydwu grupach.....	51
Tabela 19.	Zależności pomiędzy wynikiem ogólnymi PASTAS, a CTI, BES, TAS-26 oraz GHQ-28 w obydwu grupach.....	53
Tabela 20.	Zależności pomiędzy zmiennymi społeczno-demograficznymi, a zmiennymi psychologicznymi w grupie chorych z celiakią.....	55
Tabela 20.1.	Zależności pomiędzy płcią, a CES-D w grupie chorych z celiakią.....	56
Tabela 20.2.	Zależności pomiędzy płcią, a GHQ-28 w grupie chorych z celiakią.....	57
Tabela 20.3.	Zależności pomiędzy miejscem zamieszkania, domeną stylu myślenia w TAS-26 w grupie chorych z celiakią.....	57
Tabela 21.	Zależności pomiędzy czasem pracy, wiekiem w momencie diagnozy, czasem trwania objawów zanim postawiono diagnozę, a zmiennymi psychologicznymi w grupie chorych z celiakią.....	58
Tabela 22.	Zależności pomiędzy danymi klinicznymi, a zmiennymi psychologicznymi w grupie chorych z celiakią.....	60
Tabela 22.1.	Zależności pomiędzy diagnozą chorób współistniejących, a domeną wyobraźni w TAS-26 w grupie chorych z celiakią.....	62
Tabela 22.2.	Zależności pomiędzy sposobem postawienia diagnozy, a BDI w grupie chorych z celiakią.....	62
Tabela 22.3.	Zależności pomiędzy sposobem postawienia diagnozy, a STAI w grupie chorych z celiakią.....	63
Tabela 22.4.	Zależności pomiędzy sposobem postawienia diagnozy, a BES w grupie kobiet z celiakią.....	63
Tabela 23.	Zależności pomiędzy zmiennymi związanymi z objawami celiakii i podporządkowaniem się zaleceniom stosowania diety bezglutenowej, a zmiennymi psychologicznymi w grupie chorych z celiakią.....	65

Tabela 24.	Zależności pomiędzy wpływem wymagań diety i objawów celiakii na funkcjonowanie chorych, a zmiennymi psychologicznymi w grupie chorych z celiakią.....	68
-------------------	--	-----------

Załącznik nr 1



KOMISJA BIOETYCZNA PRZY UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

tel. (+48 61) 854 73 36
www.bioetyka.ump.edu.pl

[illegible]

prof. zw. dr hab. med. Paweł Chęciński



UNIwersytet MEDYCZNY IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

KOMISJA BIOETYCZNA PRZY UNIwersYTECIE MEDYCZNYM
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

Collegium Stomatologicum
ul. Bukowska 70
60-812 Poznań

tel. (+48 61) 854 73 36
www.bioetyka.ump.edu.pl

Uchwała nr 377/19

Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarzy i lekarzy dentysty (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 917 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad powoływania i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (Dz. U. z 1999 r., Nr 47, poz. 480); Ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2211 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej kaduczej i sponsorów (Dz. U. z 2004 Nr 101, poz. 1034 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 18 maja 2005 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej kaduczej i sponsorów (Dz. U. z 2005 r., Nr 101, poz. 845); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie sposobu prowadzenia badań klinicznych z udziałem pacjentów (Dz. U. z 2004 r., Nr 104, poz. 1100); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2016 r. w sprawie wzorów wniosków związanych z badaniem klinicznym wyrobu leczniczego lub aktywnego wyrobu medycznego do implantacji oraz wyroków i opłat za złożenie tych wniosków (Dz. U. z 2016 r., poz. 208); Ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 211, z późn. zm.); Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 6 października 2010 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej sponsorów i kaduczej (Dz. U. z 2010 r., Nr 194, poz. 1290); Ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestru Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biologicznych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 1718 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 maja 2012 r. w sprawie Dobrej Praktyki Klinicznej produktu leczniczego oraz opłat za złożenie wniosku o rozpoczęcie badania klinicznego (Dz. U. z 2012 r., poz. 489); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2018 r. w sprawie wzorów dokumentów przedkładanych w związku z badaniem klinicznym produktu leczniczego oraz opłat za złożenie wniosku o rozpoczęcie badania klinicznego (Dz. U. z 2018 r., poz. 1994); w sprawie o Deklarację Helsińską - Zasady Etycznego Postępowania w Eksperymentach Medycznych z Udziałem Ludzi przegłosz. ICH GCP.

Komisja Bioetyczna, na posiedzeniu w dniu 07 marca 2019 r.

rozpatrzyła wniosek dotyczący prowadzenia badań naukowych.

Kierownik projektu: dr hab. n. o zdr. Ewa Mistowska

Miejsce prowadzenia badań:

**Katedra i Klinika Gastroenterologii, Dietetyki i Chorób Wewnętrznych
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu**

Główny badacz: mgr Kinga Kot

Członkowie zespołu

badawczego:

**dr hab. Agnieszka Dobrowolska prof. UM
dr hab. n. med. Piotr Eder
dr hab. n. o zdr. Ewa Mistowska
dr n. o zdr. Emilia Marcinkowska
lek. med. Aleksander Guźla
mgr Kinga Kot**

Temat badań:

„Zaburzenia nastroju u chorych leczonych z powodu celiakii oraz nieceliakalnej nadwrażliwości na gluten”.

Komisja podjęła Uchwałę o pozytywnym zaopiniowaniu poprawek wprowadzonych do protokołu powyższego badania, polegających na zmianie tematu badania z „Zaburzenia nastroju u chorych leczonych z powodu celiakii oraz nietolerancji glutenu” na powyższy, zgodnie z Aneks nr 1 z dnia 07.03.2019r. do Uchwały Komisji Bioetycznej nr 527/18 z dnia 16.05.2018r.

Metodyka badania pozostaje bez zmian.

Przewodniczący Komisji

prof. zw. dr hab. med. Paweł Chęciński



UNIWERSYTET MEDYCZNY IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

KOMISJA BIOETYCZNA PRZY UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU

Collegium Stomatologicum
ul. Bukowska 70
60-812 Poznań

tel. (+48 61) 854 73 36
www.bioetyka.ump.edu.pl

Uchwała nr 890/20

Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarzy i lekarzy dentysty (t.j. Dz. U. z 2013 r., poz. 617 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 11 maja 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia i finansowania oraz trybu działania komisji bioetycznych (Dz. U. z 1999 r., Nr 47, poz. 480); Ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 2211 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej balneistów i sponserów (Dz. U. z 2004 Nr 191, poz. 1034 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 19 maja 2005 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej balneistów i sponserów (Dz. U. z 2005 r., Nr 191, poz. 845); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie sposobu prowadzenia badań klinicznych z udziałem pacjentów (Dz. U. z 2004 r., Nr 104, poz. 1104); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2004 r. w sprawie zgłoszenia niepodlegającego ciężkiego niepożądanego działania produktu leczniczego (Dz. U. z 2004 r., Nr 104, poz. 1107); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 lutego 2016 r. w sprawie warunków umieszczenia z badaniami klinicznymi wyrobów medycznych lub objętych wyrobów medycznych do implantacji oraz wysokości opłat za złożenie tych wniosków (Dz. U. z 2016 r., poz. 268); Ustawy z dnia 20 maja 2016 r. o wyrobach medycznych (t.j. Dz. U. z 2017 r., poz. 211 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 6 października 2010 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej sponserów i badaczy klinicznych w związku z prowadzeniem badania klinicznego wyrobów (Dz. U. z 2010 r., Nr 194, poz. 1290); Ustawy z dnia 18 marca 2011 r. o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobiotycznych (t.j. Dz. U. z 2011 r., poz. 1718 z późn. zm.); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 maja 2012 r. w sprawie Innowacji Produktów Leczniczych (Dz. U. z 2012 r., poz. 485); Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2016 r. w sprawie wniosków dofinansowania przedbadanych w trybie badań klinicznych produktów leczniczych oraz opłat za złożenie wniosku o rozpoczęcie badania klinicznego (Dz. U. z 2016 r., poz. 1994); w oparciu o Deklarację Helsińską - Zasady Etycznego Postępowania w Eksperymentach Medycznych z Udziałem Ludzi oraz przepisy ICH GCP.

Komisja Bioetyczna, na posiedzeniu w dniu 10 grudnia 2020 r.

rozpatrzyła wniosek dotyczący prowadzenia badań naukowych.

Kierownik projektu: dr hab. n. o zdr. Ewa Misterska

Miejsce prowadzenia badań:

**Katedra i Klinika Gastroenterologii, Dietetyki i Chorób Wewnętrznych
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu**

Główny badacz: mgr Kinga Kot

Członkowie zespołu

badawczego:

**prof. dr hab. Agnieszka Dobrowolska
dr hab. n. med. Piotr Eder
dr hab. n. o zdr. Ewa Misterska
dr n. o zdr. Emilia Marcinkowska
lek. med. Aleksander Guźla
mgr Kinga Kot**

Temat badań:

„Zaburzenia nastroju u chorych leczonych z powodu celiakii”.

Komisja podjęła Uchwałę o pozytywnym zaopiniowaniu poprawek wprowadzonych do protokołu powyższego badania, polegających na zmianie tematu badania z „Zaburzenia nastroju u chorych leczonych z powodu celiakii oraz nieceliakalnej nadwrażliwości na gluten” na powyższy, zgodnie z Aneks nr 2 z dnia 10.12.2020r. do Uchwały Komisji Bioetycznej nr 527/18 z dnia 16.05.2018r. (Aneks nr 1 z dnia 07.03.2019r.). Wykluczono z badań grupę pacjentów z nieceliakalną nadwrażliwością na gluten.

Przewodniczący Komisji

prof. zw. dr hab. med. Paweł Chęciński

**Informacja dla osoby uczestniczącej w badaniu
Zaburzenia nastroju u chorych leczonych z powodu celiakii oraz
nietolerancji glutenu**

Celiakia (choroba trzewna) to trwająca całe życie immunologiczna choroba o podłożu genetycznym, charakteryzująca się nietolerancją glutenu, białka zapasowego zawartego w zbożach (pszenicy, życie, jęczmieniu, owsie). Działający toksycznie gluten prowadzi do zaniku kosmków jelita cienkiego, które zwiększają jego powierzchnię i są odpowiedzialne za wchłanianie składników odżywczych. W efekcie toksycznego działania glutenu wchłanianie pokarmu jest upośledzone, co prowadzi do wystąpienia różnorodnych objawów klinicznych. Skutki nieleczonej celiakii mogą z czasem wpływać na funkcjonowanie chorego w wymiarze psychospołecznym. Występujące u chorych na celiakię zaburzenia depresyjne i lękowe istotnie obniżają jakość życia tych chorych. Uzyskane rezultaty pozwolą na lepsze zrozumienie konsekwencji psychospołecznych celiakii i nietolerancji glutenu zarówno wśród pacjentów, ich bliskich, jak i lekarzy prowadzących. Badania, w których bierzecie Państwo udział, mogą zwiększyć szansę na bardziej kompleksową opiekę nad chorymi z celiakią i nietolerancją glutenu.

Załącznik nr 5

Formularz świadomej zgody pacjenta/ochotnika lub jego przedstawiciela ustawowego
(odrębny dla badań genetycznych);

Formularz zgody osoby badanej

Osoba badana powinna własnoręcznie wypełnić całą tę stronę.

Czy przeczytała Pani/Pan „Informację dla osoby uczestniczącej w badaniu”? **Tak / Nie**

Czy miała Pani/Pan możliwość zadania pytań i przedyskutowania badania? **Tak / Nie**

Czy otrzymała Pani/Pan wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania? **Tak / Nie**

Czy otrzymała Pani/Pan wystarczające informacje na temat programu badawczego? **Tak / Nie**

Z kim Pani/ Pan rozmawiała? (proszę podać nazwisko)

Czy rozumie Pani/Pan, że w każdej chwili może Pani/Pan przerwać udział w badaniu bez podawania powodów? **Tak / Nie**

Czy zgadza się Pani/Pan na udział w badaniu? **Tak / Nie**

Nazwisko
Data

Osoba, która prosiła o wyrażenie zgody

Nazwisko
Podpis
Data

Załącznik nr 6

Wzór oświadczenia składanego przez osobę poddaną eksperymentowi medycznemu, w którym wyraża ona zgodę na przetwarzanie danych;

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodnie z art. 7 ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. tzw. RODO wyraźną i dobrowolną zgodę na przetwarzanie i zbieranie moich danych osobowych przez mgr Kingę Kot w celu przeprowadzenia badań do rozprawy doktorskiej nt. *Zaburzenia nastroju u chorych leczonych z powodu celiakii oraz nietolerancji glutenu*.

Jednocześnie oświadczam, że moja zgoda spełnia wszystkie warunki o których mowa w art. 7 RODO, tj. przysługuje mi możliwość jej wycofania w każdym czasie, zapytanie o zgodę zostało mi przedstawione w wyraźnej i zrozumiałej formie oraz poinformowano mnie o warunku możliwości jej rozliczalności. Zostałem również poinformowana/y o tym, że dane zbierane są przez mgr Kingę Kot, o celu ich zbierania, dobrowolności podania, prawie wglądu i możliwości ich poprawiania oraz że dane te nie będą udostępniane innym podmiotom.

.....
czytelny podpis osoby uczestniczącej w badaniu

METRYCZKA

Proszę wpisać lub zakreślić właściwą odpowiedź(X).

CZĘŚĆ A. DANE SPOŁECZNO-DEMOGRAFICZNE

Płeć: M K

Wiek..... lat

Stan cywilny: a. niezamężna/niezamężny b. zamężna/zamężny c. wdowa/wdowiec
d. rozwiedziona/rozwiedziony

Miejsce zamieszkania a. wieś b. miasto do 25 tys. c. miasto od 25 do 200 tys.
d. miasto powyżej 200 tys.

Wykształcenie a. podstawowe b. zawodowe c. średnie d. wyższe

Aktywność zawodowa a. praca na cały etat b. praca na część etatu c. emerytura
d. na rentę e. bezrobocie f. studia/szkoła g. prowadzenie domu

Ile godzin w tygodniu Pani/Pan pracuje zarobkowo?... ..

CZĘŚĆ B. DANE DOTYCZĄCE CHOROBY

Czy została postawiona diagnoza celiakii? a. tak b. nie

Jeśli odpowiedź brzmi tak, proszę odpowiedzieć na poniższe pytania:

Kiedy została postawiona diagnoza?lat temu/..... miesięcy temu

Ile Pani/Pan miała/miał lat w momencie postawienia diagnozy?.....

Ile trwały objawy celiakii, zanim została postawiona diagnoza?lat/.....miesięcy

W jaki sposób została postawiona diagnoza celiakii? (może Pani/Pan zaznaczyć więcej, niż jedną odpowiedź)

- a. testy laboratoryjne (badania serologiczne z krwi)
- b. badanie endoskopowe
- c. inny (jaki?).....

Czy u któregoś z członków rodziny stwierdzono celiakię? a. tak b. nie

Jeśli tak, to u kogo?

Jaki jest Pani/Pana wzrost cm

Jaki jest Pani/Pana aktualna waga kg

Czy choruje Pan na inne choroby przewlekłe? a. tak b. nie

Jeśli tak, to jakie?

CZEŚĆ C. DANE DOTYCZĄCE RADZENIA SOBIE Z OBJAWAMI CHOROBY I STOSOWANIEM DIETY BEZGLUTENOWEJ

1. Proszę zaznaczyć jedną z cyfr od 1 do 10, gdzie *1*-oznacza: *w ogóle nie dostosowuję się do wymagań diety bezglutenowej*, *5*- oznacza: *od czasu do czasu dostosowuje się do wymagań diety bezglutenowej*, a *10*- oznacza: *całkowicie dostosowuję się do wymagań diety bezglutenowej*.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Jak często zdarza się, że świadomie spożywa Pani/Pan produkty zawierające gluten?

- a. nigdy
- b. raz w roku
- c. raz na pół roku
- d. raz w miesiącu
- e. co najmniej raz w tygodniu

2. Proszę ocenić stopień nasilenia objawów celiakii zaznaczając jedną z cyfr od 1 do 10, gdzie *1*- oznacza: *niewielki stopień nasilenia objawów*, *5*- oznacza: *umiarkowany stopień nasilenia objawów*, a *10*- oznacza: *bardzo wysoki stopień intensywności objawów celiakii*.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Proszę ocenić, jak bardzo wymagania diety bezglutenowej negatywnie wpływają na Pani/Pana aktywność towarzyską (wyjścia do restauracji, imprezy rodzinne itp.) zaznaczając jedną z cyfr od 1 do 10, gdzie *1*- oznacza: *wymagania diety w niewielkim stopniu negatywnie wpływają*, *5*- oznacza: *w umiarkowanym stopniu negatywnie wpływają*, a *10*-oznacza: *w bardzo dużym stopniu negatywnie wpływają na aktywność towarzyską*.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Proszę ocenić, jak bardzo wymagania diety bezglutenowej negatywnie wpływają na Pani/Pana życie rodzinne, w tym przygotowywanie i jedzenie wspólnych posiłków, używanie oddzielnych sztućców, naczyń, sprzętu agd itp., zaznaczając jedną z cyfr od 1

do 10, gdzie 1- oznacza: *wymagania diety w niewielkim stopniu negatywnie wpływają*, 5- oznacza: *w umiarkowanym stopniu negatywnie wpływają*, a 10- oznacza: *w bardzo dużym stopniu negatywnie wpływają na życie rodzinne*.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Proszę ocenić, jak bardzo wymagania diety bezglutenowej negatywnie wpływają na Pani/Pana życie zawodowe, w tym spotkania biznesowe w restauracjach, wspólne posiłki, spotkania i wyjazdy integracyjne, używanie oddzielnych sztućców, naczyń, sprzętu agd itp. zaznaczając jedną z cyfr od 1 do 10, gdzie 1 oznacza: *wymagania diety w niewielkim stopniu negatywnie wpływają*, 5- oznacza: *w umiarkowanym stopniu negatywnie wpływają*, a 10- oznacza: *w bardzo dużym stopniu negatywnie wpływają na życie zawodowe*.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Proszę ocenić, jak bardzo objawy choroby i jej zaostrzenia negatywnie wpływają na Pani/Pana życie, w tym, pobyty w szpitalu, wizyty lekarskie, absencje w pracy spowodowane stanem zdrowia, złe samopoczucie wynikające z objawów choroby, zaznaczając jedną z cyfr od 1 do 10, gdzie 1- oznacza: *objawy i przebieg choroby w niewielkim stopniu negatywnie wpływają*, 5- oznacza: *w umiarkowanym stopniu negatywnie wpływają*, a 10- oznacza: *w bardzo dużym stopniu negatywnie wpływają na życie*.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Proszę ocenić, jak bardzo objawy choroby oraz wymagania diety bezglutenowej stanowią dla Pani/Pana istotne obciążenie psychiczne, wymagające wsparcia psychologicznego, zaznaczając jedną z cyfr od 1 do 10, gdzie 1- oznacza: *objawy choroby i wymagania diety w niewielkim stopniu mnie obciążają*, 5- oznacza: *objawy choroby i wymagania diety w umiarkowanym stopniu mnie obciążają*, a 10- oznacza: *objawy choroby i wymagania diety w bardzo dużym stopniu mnie obciążają*.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

TAS - 26

Kwestionariusz, który masz przed sobą zawiera 26 twierdzeń, używanych zwykle przez ludzi do opisu swoich zachowań. Bardzo proszę, abyś uważnie przeczytał/a poniższe twierdzenia i starał/a się odnieść je do siebie. Obok każdego twierdzenia znajdują się cyfry od 1 do 5. Oznaczają one stopień, w jakim dana cecha może Ciebie opisywać. Przeczytaj uważnie każde twierdzenie i zaznacz kółkiem jedną cyfrę określającą stopień, w jakim dana cecha odnosi się do Ciebie. **Jeśli zakresz 1 oznacza to, że twierdzenie charakteryzuje Ciebie w minimalnym stopniu; gdy zakresz 5 oznacza to, że twierdzenie to odnosi się do Ciebie w dużym stopniu.** Nie ma tu ani złych ani dobrych odpowiedzi, gdyż każdy człowiek jest niepowtarzalną jednostką.

1. Kiedy zdarzy mi się płakać, zawsze wiem dlaczego. 1-2-3-4-5
2. Myślenie o niebieskich migdałach jest stratą czasu. 1-2-3-4-5
3. Żałuję, że jestem taki nieśmiały/y. 1-2-3-4-5
4. Często nie potrafię określić emocji, którą odczuwam. 1-2-3-4-5
5. Często marzę o przyszłości. 1-2-3-4-5
6. Wydaje mi się, że potrafię zyskiwać przyjaciół równie łatwo jak inni ludzie.
1-2-3-4-5
7. Znajomość odpowiedzi na pytanie jest dla mnie ważniejsza,
niż poznanie jej uzasadnienia. 1-2-3-4-5
8. Trudno mi znaleźć właściwe określenia dla moich uczuć. 1-2-3-4-5
9. Lubię, gdy ludzie znają moje stanowisko w pewnej sprawie. 1-2-3-4-5
10. Mam takie dolegliwości fizyczne, których nawet lekarze nie rozumieją. 1-2-3-4-5
11. Nie wystarcza mi świadomość, że coś się stało; chciałbym/łabym wiedzieć,
jak i dlaczego do tego doszło. 1-2-3-4-5
12. Potrafię z łatwością opisywać swoje uczucia. 1-2-3-4-5
13. Wolę raczej analizować problemy niż tylko je opisywać. 1-2-3-4-5
14. W stanie zdenerwowania trudno mi określić, czy jestem smutna/y,
przerażona/y, czy zła/y. 1-2-3-4-5
15. Często wykorzystuję swoją wyobraźnię. 1-2-3-4-5
16. Kiedy nie mam nic do zrobienia spędzam wiele czasu na rozmyślaniach. 1-2-3-4-5
17. Moje odczucia cielesne często są dla mnie zagadką. 1-2-3-4-5
18. Rzadko oddaję się marzeniom. 1-2-3-4-5
19. Wolę pozostawić raczej rzeczy swojemu biegowi niż podejmować próby,
ich zrozumienia. 1-2-3-4-5
20. Przeżywam uczucia, których w ogóle nie potrafię rozpoznać. 1-2-3-4-5
21. Kontakt z emocjami ma dla mnie zasadnicze znaczenie. 1-2-3-4-5
22. Trudno mi opisać, co czuję w stosunku do innych ludzi. 1-2-3-4-5

- 23. Ludzie mówią mi, bym dokładniej opisywał swoje uczucia. 1-2-3-4-5
- 24. Należy poszukiwać głębszych wyjaśnień. 1-2-3-4-5
- 25. Nie wiem, co się ze mną dzieje. 1-2-3-4-5
- 26. Często nie zdaję sobie sprawy z tego, że jestem zła/y. 1-2-3-4-5

Kwestionariusz Triady poznawczej (CTI)
CTI
(Beckham i in.,1986)

Instrukcja: Poniżej znajdują się różne stwierdzenia. Proszę zaznaczyć przy każdym z nich odpowiedź, która w najlepszy sposób opisuje to, jak się Pan/ Pani dzisiaj czuje. Proszę pamiętać, że Pan/Pani odpowiedzi mają dotyczyć tego, co Pan/ Pani myśli o sobie W TEJ CHWILI. Nie ma tutaj dobrych ani złych odpowiedzi.

	Zdecydowanie	Nie	Raczej nie	Nie mam zdania	Raczej tak	Tak	Zdecydowanie
1. Dobrze robię wiele rzeczy.	1	2	3	4	5	6	7
2. Praca sprawia mi przyjemność.	1	2	3	4	5	6	7
3. Większość ludzi jest przyjazna i pomocna.	1	2	3	4	5	6	7
4. Najprawdopodobniej nic mi się nie uda.	1	2	3	4	5	6	7
5. Jestem nieudacznikiem.	1	2	3	4	5	6	7
6. Lubię myśleć o dobrych rzeczach, które mnie czekają.	1	2	3	4	5	6	7
7. Dobrze idzie mi w pracy.	1	2	3	4	5	6	7
8. Osoby które znam pomagają mi kiedy tego potrzebuję.	1	2	3	4	5	6	7
9. Oczekuję, że za kilka lat będzie mi się dobrze powodzić.	1	2	3	4	5	6	7
10. Zepsułem (am) niemal wszystkie ważne związki, które kiedykolwiek miałem (am).	1	2	3	4	5	6	7
11. W przyszłości czeka mnie wiele ważnych wydarzeń.	1	2	3	4	5	6	7
12. Moje codzienne zajęcia sprawiają mi przyjemność i dają satysfakcję.	1	2	3	4	5	6	7
13. Nie potrafię niczego zrobić dobrze.	1	2	3	4	5	6	7
14. Ludzie mnie lubią.	1	2	3	4	5	6	7
15. W moim życiu nie pozostało mi nic, czego bym wyczekiwał (a).	1	2	3	4	5	6	7
16. Problemy i zmartwienia, z którymi zmagam się teraz w pewnym stopniu zawsze będą obecne w moim życiu.	1	2	3	4	5	6	7
17. Jestem tak samo dobry (a) jak inni ludzie.	1	2	3	4	5	6	7
18. Moje otoczenie jest bardzo wrogim miejscem.	1	2	3	4	5	6	7
19. Nie ma powodu, żebym patrzył (a) optymistycznie w przyszłość.	1	2	3	4	5	6	7
20. Ważni dla mnie ludzie pomagają mi i mnie wspierają.	1	2	3	4	5	6	7
21. Nienawidzę siebie.	1	2	3	4	5	6	7
22. Jestem w stanie poradzić sobie ze	1	2	3	4	5	6	7

wszystkimi problemami.							
23. Przydarza mi się dużo złych rzeczy.	1	2	3	4	5	6	7
24. Mam partnera lub przyjaciela, który jest osoba ciepłą i wspierającą.	1	2	3	4	5	6	7
25. Wiele rzeczy robię dobrze.	1	2	3	4	5	6	7
26. Moja przyszłość jest zbyt zła, żeby o niej myśleć.	1	2	3	4	5	6	7
27. Moja rodzinę nie interesuje co się ze mną dzieje.	1	2	3	4	5	6	7
28. W przyszłości wszystko ułoży się dla mnie pomyślnie.	1	2	3	4	5	6	7
29. Z wielu powodów czuję się winny (a).	1	2	3	4	5	6	7
30. Bez względu na to, co robię, inni ludzie sprawiają, że ciężko jest mi dostać to, czego chcę.	1	2	3	4	5	6	7
31. Jestem wartościową osobą.	1	2	3	4	5	6	7
32. W nadchodzących latach nic przyjemnego mnie nie czeka.	1	2	3	4	5	6	7
33. Lubię siebie.	1	2	3	4	5	6	7
34. Stawiam czoła wielu trudnościom.	1	2	3	4	5	6	7
35. Mam poważne niedoskonałości charakteru.	1	2	3	4	5	6	7
36. Myślę, że w miarę upływu lat będę zadowolony (a) i usatysfakcjonowany (a).	1	2	3	4	5	6	7

CES- D

Używając skal poniżej, proszę zakreślić jak bardzo odczuwa Pan / Pani poniższe stany emocjonalne w tym momencie.

	W ogóle	Trochę	Umiarkowanie	Intensywnie
1. Czuje się smutna.	0	1	2	3
2. Czuje się podekscytowana	0	1	2	3

Używając skali poniżej, proszę zakreślić stwierdzenia które najlepiej opisuje jak często czuł(a) się Pan/ Pani lub zachowywał(a) w ten sposób w ciągu ostatniego tygodnia

W minionym tygodniu				
	Rzadko lub w ogóle (krócej niż 1 dzień)	Trochę lub przez krótki czas (1-2 dni)	Od czasu do czasu (3-4 dni)	Przez większość czasu lub cały czas (5-7 dni)
1. Martwiły mnie rzeczy, które zazwyczaj mnie nie martwią.	0	1	2	3
2. Nie chciało mi się jeść, nie miałem (am) apetytu.	0	1	2	3
3. Czułem (am), że nie mogę się pozbyć chandry, smutku, nawet z pomocą rodziny i przyjaciół.	0	1	2	3
4. Wydawało mi się, że jestem gorszym człowiekiem niż inni ludzie.	0	1	2	3
5. Miałem (am) trudności ze skoncentrowaniem myśli na tym co robię.	0	1	2	3
6. Czułem (am) się przygnębiony (a).	0	1	2	3
7. Wszystko co robiłem (am) przychodziło mi z trudem.	0	1	2	3
8. Patrzyłem (am) z nadzieją i ufnością w przyszłość.	0	1	2	3
9. Uważałem (am), że moje życie jest nieudane.	0	1	2	3
10. Czułem (am) lęk, obawy.	0	1	2	3
11. Złe sypiałem (am).	0	1	2	3
12. Czułem (am) się szczęśliwy (a).	0	1	2	3
13. Byłem (am) bardziej	0	1	2	3

małomówny (a) niż zazwyczaj.				
14. Czulem (am) się samotny (a).	0	1	2	3
15. Ludzie odnosili się do mnie nieprzyjaźnie.	0	1	2	3
16. Cieszyło mnie życie.	0	1	2	3
17. Miałem (am) napady płaczu	0	1	2	3
18. Czulem (am) smutek.	0	1	2	3
19. Wydawało mi się że ludzie mnie nie lubią.	0	1	2	3
20. Nic mi nie wychodziło.	0	1	2	3

Skala Oceny Ciała (Body Esteem Scale)S. I. Franzoi, S. A. Shields (zł. M. Lipowska, M. Lipowski)¹

Instrukcja: Poniżej wymienione są różne kwestie związane z Twoim ciałem. Owoją ocenę każdej kwestii zaznacz otaczając kółkiem jedną z pięciu możliwości (od 1 do 5). Te pięć możliwości odczuć związanych z Twoją oceną to w kolejności:

- 1 – mam silnie negatywne odczucia
- 2 – mam umiarkowanie negatywne odczucia
- 3 – nie posiadam żadnych odczuć
- 4 – mam umiarkowanie pozytywne odczucia
- 5 – mam mocno pozytywne odczucia

IMIĘ I NAZWISKO / PSEUDONIM: WIEK: PLEĆ: K M

1	Zapach ciała	1	2	3	4	5
2	Apetyt	1	2	3	4	5
3	Nos	1	2	3	4	5
4	Wydolność fizyczna	1	2	3	4	5
5	Refleks	1	2	3	4	5
6	Usta	1	2	3	4	5
7	Sila mięśni	1	2	3	4	5
8	Talia	1	2	3	4	5
9	Stopień energii	1	2	3	4	5
10	Uda	1	2	3	4	5
11	Uszy	1	2	3	4	5
12	Ramiona	1	2	3	4	5
13	Podbródek	1	2	3	4	5
14	Budowa ciała	1	2	3	4	5
15	Koordinacja fizyczna	1	2	3	4	5
16	Pośladki	1	2	3	4	5
17	Zwinność	1	2	3	4	5
18	Szerokość ramion	1	2	3	4	5
19	Ręce	1	2	3	4	5
20	Piersi / klatka piersiowa	1	2	3	4	5
21	Wygląd oczu	1	2	3	4	5
22	Policzki (kości policzkowe)	1	2	3	4	5
23	Biodra	1	2	3	4	5
24	Nogi	1	2	3	4	5
25	Figura	1	2	3	4	5
26	Popręć płciowy	1	2	3	4	5
27	Stopy	1	2	3	4	5
28	Organy płciowe	1	2	3	4	5
29	Brzuch	1	2	3	4	5
30	Zdrowie	1	2	3	4	5
31	Aktywność seksualna	1	2	3	4	5
32	Włosy na ciele	1	2	3	4	5
33	Warunki fizyczne	1	2	3	4	5
34	Twarz	1	2	3	4	5
35	Waga	1	2	3	4	5

¹ Lipowska, M., Lipowski, M. (2013). Polish normalization of the Body Esteem Scale. *Health Psychology Report, 1*, 72–81. DOI: 10.5114/hpr.2013.40471

Kwestionariusz PASTAS - poziomemu lęku wobec ciała

Stwierdzenia wymienione poniżej są używane do opisanie, jak lęk, napięcie, nerwowość wpływa na odczuwanie swojego ciała.

Proszę, przeczytać uważnie każde zdanie, a następnie wskazać w jakim stopniu zgadza się Pani/Pan lub nie zgadza z tym zdaniem przez wstawienie X przy właściwym, dla każdego pytania, wariancie możliwych odpowiedzi.

Pani/Pana oceny powinny wyrażać to, co rzeczywiście Pani/Pan sądzi, to znaczy odzwierciedlać Pani/Pana osobiste uczucia i przekonania związane z treścią każdego zdania.

	Obecnie odczuwam lęk napięcie, nerwowość kiedy patrzę na swoje	Nie 0	Troszkę 1	Średnio 2	Bardzo 3	Wyjątkowo 4
1.	nadwagę					
2.	uda					
3.	pośladki					
4.	biodra					
5.	brzuch					
6.	nogi					
7.	talie					
8.	napięcie mięśnie					
9.	uszy					
10.	usta					
11.	nadgarstki					
12.	ręce					
13.	czoło					
14.	szyję					
15.	podbródek					
16.	stopy					

Czy sprawdziła Pani/Pan, że czy nie pominęła/pominał któregoś ze zdań?

Jeżeli tak bardzo dziękuję.

Pracownia Testów Psychologicznych
Polskiego Towarzystwa Psychologicznego

C.D. Spielberger, J. Strelau, M. Tysarczyk, K. Wrześniewski
KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY*
STAI, ARKUSZ X- 1

Imię i nazwisko.....
Data.....
Rok urodzenia..... Płeć: M K

INSTRUKCJA: niżej podano szereg stwierdzeń, przy pomocy których ludzie zwykle opisują samych siebie. Przeczytaj każde z tych stwierdzeń, a następnie otocz kółkiem odpowiednia cyfrę na prawo od twierdzenia, aby wskazać jak *czujesz się* właśnie w tym tj. *w momencie*. Nie ma odpowiedzi dobrych i złych. Nie poświęcaj zbyt wiele czasu poszczególnym twierdzeniom. Podawaj odpowiedzi, które jak Ci się wydaje najlepiej opisują to, *co czujesz w tej chwili*.

	Zdecydowanie nie	Raczej nie	Raczej tak	Zdecydowanie tak
1. Jestem spokojny	1	2	3	4
2. Czuję się bezpiecznie	1	2	3	4
3. Jestem napięty	1	2	3	4
4. Jestem rozżalony	1	2	3	4
5. Czuję się swobodnie	1	2	3	4
6. Jestem przygnębiony	1	2	3	4
7. Martwię się czy nie stanie się coś złego	1	2	3	4
8. Czuję się wypoczęty	1	2	3	4
9. Odczuwam niepokój	1	2	3	4
10. Jest mi dobrze	1	2	3	4
11. Czuję się pewny siebie	1	2	3	4
12. Jestem zdenerwowany	1	2	3	4
13. Jestem roztrzęsiony	1	2	3	4
14. Jestem „podminowany”	1	2	3	4
15. Jestem odprężony	1	2	3	4
16. Jestem zadowolony	1	2	3	4
17. Jestem zmartwiony	1	2	3	4
18. Czuję się nadmiernie podniecony	1	2	3	4
19. Jestem radosny	1	2	3	4
20. Jest mi przyjemnie	1	2	3	4

KWESTIONARIUSZ SAMOOCENY*

STAI, ARKUSZ X- 2

Imię i nazwisko.....

Data.....

Rok urodzenia..... Płeć: M K

INSTRUKCJA: niżej podano szereg stwierdzeń, przy pomocy których ludzie zwykle opisują samych siebie. Przeczytaj każde z tych stwierdzeń, a następnie otocz kółkiem odpowiednia cyfrę na prawo od twierdzenia, aby wskazać jak się *zazwyczaj* czujesz. Nie ma odpowiedzi dobrych i złych. Podawaj odpowiedzi, które jak Ci się wydaje najlepiej opisują to, jak się *na ogół* czujesz.

	Prawie nigdy	Czasem	Często	Prawie zawsze
21. Jest mi przyjemnie	1	2	3	4
22. Szybko się męczę	1	2	3	4
23. Chce mi się płakać	1	2	3	4
24. Chciałbym być szczęśliwy jak inni	1	2	3	4
25. Tracę na tym, że nie umiem się dostatecznie szybko decydować	1	2	3	4
26. Czuje się wypoczęty	1	2	3	4
27. Jestem spokojny i opanowany	1	2	3	4
28. Czuję, że trudności tak się piętrzą, że nie potrafię ich przezwyciężyć	1	2	3	4
29. Za bardzo martwię się czymś, co w gruncie rzeczy nie jest ważne	1	2	3	4
30. Jestem szczęśliwy	1	2	3	4
31. Jestem skłonny brać wszystko zbyt poważnie	1	2	3	4
32. Brak mi pewności siebie.	1	2	3	4
33. Czuję się bezpiecznie	1	2	3	4
34. Staram się nie zauważać kryzysów i trudności	1	2	3	4
35. Jest mi smutno	1	2	3	4
36. Jestem zadowolony	1	2	3	4
37. Jakaś nieważna myśl chodzi mi po głowie i dręczy mnie	1	2	3	4
38. Przeżywam tak dotkliwie rozczarowania, że nie mogę przestać o nich myśleć	1	2	3	4
39. Jestem osoba zrównoważoną	1	2	3	4
40. Staję się napięty lub rozdrażniony, gdy myślę o swoich niedawnych kłopotach	1	2	3	4

KWESTIONARIUSZ OGÓLNEGO STANU ZDROWIA GHQ 28

David Goldberg

Proszę o uważne przeczytanie instrukcji.

Chcielibyśmy wiedzieć, czy odczuwał (a) Pan (Pani) dolegliwości oraz jaki był ogólny stan Pana (Pani) zdrowia w ciągu ostatnich kilku tygodni. Proszę odpowiedzieć na **wszystkie** pytania tego kwestionariusza, podkreślając tę odpowiedź, która najlepiej oddaje Pana (Pani) odczucia. Proszę pamiętać, że chcielibyśmy dowiedzieć się o Pana (Pani) obecnych i niedawnych dolegliwościach, a nie o tych, które występowały w przeszłości. Ważne jest, aby spróbował (a) Pan (Pani) odpowiedzieć na **wszystkie** pytania.

Bardzo dziękujemy za współpracę.

Czy ostatnio:

A1- czuleś (aś) się świetnie i cieszyłeś (aś) się zdrowiem?	Lepiej niż zwykle	Tak samo jak zwykle	Gorzej niż zwykle	Znacznie gorzej niż zwykle
A2- odczuwałeś (aś) potrzebę podreperowania swojej kondycji?	W ogóle nie	Nie bardziej niż zwykle	Raczej bardziej niż zwykle	Znacznie bardziej niż zwykle
A3- czuleś (aś) się wyczerpany (a) i osłabiony (a)?	W ogóle nie	Nie bardziej niż zwykle	Raczej bardziej niż zwykle	Znacznie bardziej niż zwykle
A4- czuleś (aś) się chory?	W ogóle nie	Nie bardziej niż zwykle	Raczej bardziej niż zwykle	Znacznie bardziej niż zwykle
A5- miewałeś (aś) bóle głowy?	W ogóle nie	Nie bardziej niż zwykle	Raczej bardziej niż zwykle	Znacznie bardziej niż zwykle
A6- miewałeś (aś) uczucie ucisku w głowie?	W ogóle nie	Nie bardziej niż zwykle	Raczej bardziej niż zwykle	Znacznie bardziej niż zwykle

A7- robiło Ci się na przemian gorąco i zimno?	W ogóle nie	Nie bardziej niż zwykle	Raczej bardziej niż zwykle	Znacznie bardziej niż zwykle
Czy ostatnio: B1- zmartwienia nie pozwalały ci spać?	W ogóle nie	Nie bardziej niż zwykle	Raczej bardziej niż zwykle	Znacznie bardziej niż zwykle
B2- miewałeś (aś) po przebudzeniu trudności z ponownym zaśnięciem?	W ogóle nie	Nie bardziej niż zwykle	Raczej bardziej niż zwykle	Znacznie bardziej niż zwykle
B3- czuleś (aś) się stale zmęczony (a)?	W ogóle nie	Nie bardziej niż zwykle	Raczej bardziej niż zwykle	Znacznie bardziej niż zwykle
B4- wpadałeś (aś) w rozdrażnienie i złość?	W ogóle nie	Nie bardziej niż zwykle	Raczej bardziej niż zwykle	Znacznie bardziej niż zwykle
B5- wpadałeś (aś) w popłoch lub panikę bez wyraźnego powodu?	W ogóle nie	Nie bardziej niż zwykle	Raczej bardziej niż zwykle	Znacznie bardziej niż zwykle
B6- czuleś (aś) się przytłoczony (a) nadmiarem spraw?	W ogóle nie	Nie bardziej niż zwykle	Raczej bardziej niż zwykle	Znacznie bardziej niż zwykle
B7- czuleś (aś) się cały czas zdenerwowany (a) i napięty (a)?	W ogóle nie	Nie bardziej niż zwykle	Raczej bardziej niż zwykle	Znacznie bardziej niż zwykle

Czy ostatnio; C1- udawało ci się radzić ze wszystkimi zajęciami?	Lepiej niż zwykle	Tak samo jak zwykle	Gorzej niż zwykle	Znacznie gorzej niż zwykle
C2- wykonywałeś (aś) różne czynności/zadania?	Szybciej niż zwykle	Tak samo jak zwykle	Wolniej niż zwykle	Znacznie wolniej niż zwykle
C3- uważałeś (aś), że na ogół dobrze wykonujesz podejmowane czynności?	Lepiej niż zwykle	Tak samo jak zwykle	Gorzej niż zwykle	Znacznie gorzej niż zwykle
Czy ostatnio: C4- byłeś (aś) zadowolony (a) ze sposobu wykonywania swoich zadań?	Bardziej niż zwykle	Tak samo jak zwykle	Mniej niż zwykle	Znacznie mniej niż zwykle
C5- odczuwałeś (aś), że to co robisz jest pożyteczne?	Bardziej niż zwykle	Tak samo jak zwykle	Mniej niż zwykle	Znacznie mniej niż zwykle
C6- czuleś (aś) się zdolny do podejmowania decyzji?	Bardziej niż zwykle	Tak samo jak zwykle	Mniej niż zwykle	Znacznie mniej niż zwykle
C7-potrafiłeś (aś) się cieszyć swoimi zwykłymi codziennymi zajęciami?	Bardziej niż zwykle	Tak samo jak zwykle	Mniej niż zwykle	Znacznie mniej niż zwykle
Czy ostatnio: D1- myślałeś (aś) o sobie, że jesteś osoba	W ogóle nie	Nie bardziej niż zwykle	Raczej bardziej niż zwykle	Znacznie bardziej niż zwykle

bezwartościową?

D2- uważałeś (aś), że życie jest zupełnie beznadziejne?	W ogóle nie	Nie bardziej niż zwykle	Raczej bardziej niż zwykle	Znacznie bardziej niż zwykle
D3-uważałeś (aś), że nie warto żyć?	W ogóle nie	Nie bardziej niż zwykle	Raczej bardziej niż zwykle	Znacznie bardziej niż zwykle
D4- myślałeś (aś) o możliwości odebrania sobie życia?	Zdecydowanie nie	Nie myślałem (am) o tym	Przyszło mi to do głowy	Zdecydowanie tak
D5- stwierdzałeś (aś) czasem, że nie potrafisz nic zrobić z powodu złego stanu swoich nerwów?	W ogóle nie	Nie bardziej niż zwykle	Raczej bardziej niż zwykle	Znacznie bardziej niż zwykle
D6- pragnąłeś (aś) własnej śmierci, bycia z dala od wszystkiego?	W ogóle nie	Nie bardziej niż zwykle	Raczej bardziej niż zwykle	Znacznie
Czy ostatnio: D7- stwierdzałeś że myśł o odebraniu życia wciąż przychodzi Ci do głowy?	Zdecydowanie nie	Sądzę, że nie	Przyszło mi to do głowy	Zdecydowanie tak