

MICHAŁ BEBRYSZ, WANDA ZAGÓRSKA

Wydział Filozofii Chrześcijańskiej, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
Faculty of Christian Philosophy, Cardinal Stefan Wyszyński University in Warsaw
e-mail: michalbebrysz@gmail.com

Depresja a integracja osobowa. Ujęcie poeriksonowskie¹

Depression and Personal Integration – the Post-Eriksonian Approach

Abstract. The present article deals with the problem of accumulation of psychosocial resources which adults who currently undergo the depression episodes have at their disposal. Such resources as trust, autonomy, initiative, sense of industry, sense of identity, intimacy, generativity and ontic integrity are all considered as manifestations of personal integrity. The theoretical purpose of this article is to identify the resources which become weakened during an ongoing depression episode. Some hypotheses referring to intergroup differences have been formulated as far as the intensification of psychosocial resources is concerned. The research included 60 people, aged between 25 and 66, and within this group 30 subjects were undergoing the depression episode (F32.1, F32.2, F33.1, F33.2). In the research, the Questionnaire of Personal Integration by Zagórska, Migut and Jelińska (2014) was used. The Questionnaire in question is an operationalization of the authorial conception of personal integration falling within the ambit of post-Eriksonian approach. Ontic integrity (Cronbach's $\alpha < .7$) was excluded from the analysis. The presence of a depressive episode or the lack of it explained 50 percent of the dispersion of the analyzed structure of traits. The variables with the most considerable input to the differentiation of the result profiles in two groups were trust, as the axial role in the model, and generativity. The variables defining the similarities of the groups in question were the sense of identity and intimacy. The variables such as autonomy, initiative and sense of industry had little impact on differences between the groups. Defining the fields of individual restrictions and strengths might be helpful in the prophylaxis and therapy of depression.

Keywords: depression, Erikson, psychosocial resources, personal integration, post-Eriksonian conception.

Słowa kluczowe: depresja, Erikson, zasoby psychospołeczne, integracja osobowa, koncepcja poeriksonowska.

WPROWADZENIE

Wyczerpująca analiza rozwoju psychospołecznego człowieka została przeprowadzona przez Erika H. Eriksona (1961, 1994, 1999, 2000, 2002). Problematyka rozwoju stanowiła centralny wątek jego rozważań. E.H. Erikson (1994,

2002) wskazywał także na pewne stany około-depresyjne związane z powyższym procesem, czynił to jednak na marginesie. W artykule, inspirowane się w dużym stopniu przemyśleniami E.H. Eriksona, podjęto problem kumulacji zasobów psychospołecznych, którymi dysponują osoby dorosłe w stanie depresji. Do zasobów

tych należą: ufność, autonomia, inicjatywa, poczucie pracowitości, poczucie tożsamości, intymność, generatywność oraz integralność ontyczna. Posiadanie takich zasobów traktujemy jako przejaw **integracji osobowej** – indywidualnie zróżnicowanego efektu kumulowania się tychże zasobów psychospołecznych człowieka w procesie rozwoju.

Odwołujemy się do refleksji E.H. Eriksona dotyczących roli ufności i nieufności w wyłanianiu się depresji w biegu życia, podejmując próbę określenia specyfiki integracji osobowej w związku z trwającą depresją. Proponowane przez nas ujęcie teoretyczne problemu depresji wykracza poza teorię E.H. Eriksona, stanowiąc interpretację tej ostatniej. Tworząc ją, posługujemy się rozwijaną od kilku lat przez Wandę Zagórską i współpracowników koncepcją integracji osobowej (Zagórska, Migut, Jelińska, Wocial, 2012; Zagórska, Migut, Jelińska, Nowak, 2013; Zagórska, Migut, Jelińska, 2014). Należy ona do nurtu konceptualizacji i operacjonalizacji tego wątku z teorii E.H. Eriksona, który opisywany jest zazwyczaj jako pozytywne i negatywne rozwiązania kryzysów rozwoju psychospołecznego, tak jak manifestują się one w dorosłości (Zagórska i in., 2014; zob. też: Constantinople, 1969; Domino, Affonso, 1990; Hinc, 2001; Leidy, Darling-Fisher, 1995; Markstrom, Sabino, Turner, Berman, 1997; Rosenthal, Gurney, Moore, 1981; Ochse, Plug, 1986). Nurt ten jest nazywany w niniejszym tekście **poeriksonowskim**, choć reprezentujący go, według nas, badacze nie określają go w ten sposób. Sądzymy jednak, że takie zaklasyfikowanie go jest słuszne w świetle pogłębionej analizy dzieł E.H. Eriksona, stanowiącej dorobek polskiej humanistyki (Niemczyński, 2012; Witkowski, 2015).

ZABURZENIA DEPRESYJNE

Depresja to obniżenie nastroju mające charakter chorobowy w rozumieniu medycznym, które przejawia się takimi objawami, jak dezorganizacja aktywności złożonej, wysokie nasilenie smutku, poczucie choroby i długi czas trwania (tygodnie, miesiące) (Pużyński, 2009). Nastrój definiowany jest w zakresie psychopatologii

ogólnej jako zjawisko afektywne niemające wyraźnego przedmiotu, trwające długo i koncentrujące się wokół przyszłości (Cierpiałkowska, 2007). Aktywność złożona jest z kolei rozumiana jako aktywność emocjonalno-poznawcza, planowa i celowa (Cierpiałkowska, 2007). Osoby przeżywające depresję nieraz doświadczają poczucia niesprawności, kłopotów z wykonywaniem obowiązków, pełnieniem funkcji społecznych, obniżeniem poziomu koncentracji, w niektórych wypadkach zahamowaniem ruchowym (Cierpiałkowska, 2007; Hammen, 2006; Pużyński, 1988). Rozróżnia się depresję łagodną, umiarkowaną i ciężką z uwagi na trudności w funkcjonowaniu społecznym (Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [ICD-10], 1998).

Zaburzenia depresyjne stanowią szerokie spektrum obrazów klinicznych (Pużyński, 1988, 2009). Symptomami obserwowanymi w depresji są: głębokie przygnębienie, poczucie pustki, bezradności, drażliwość, zanik odczuwania przyjemności, negatywne i nieadekwatne myślenie o samym sobie, innych ludziach i przyszłości, nadmierny krytycyzm wobec własnej osoby, niska samoocena, poczucie winy oraz objawy somatyczne, między innymi takie jak zaburzenia snu i apetytu, obniżony poziom energii (Hammen, 2006).

Wiele spośród zaburzeń afektywnych cechuje się nawracaniem objawów, które wcześniej ustąpiły. Średni czas trwania nawrotów to 6–9 miesięcy, z kolei średnia liczba nawrotów w ciągu życia danej osoby waha się od trzech do czterech razy. Wystąpienie epizodu depresji po raz pierwszy w życiu danej osoby jest poprzedzone z reguły różnorodnymi zdarzeniami życiowymi związanymi ze stresem (Pużyński, 2009).

GENEZA DEPRESJI W ROZWOJU PSYCHOSPOŁECZNYM

E.H. Erikson nawiązywał pobocznie do kwestii depresji przy okazji omawiania innych problemów (1994, 2002). Inaczej niż u Eriksona w tym miejscu zostanie podjęta refleksja nad rozwojem psychospołecznym z punktu widzenia problemu wyłaniania się depresji w biegu życia. Przedmiotem zainteresowania będzie opozycja

ufność *versus* nieufność (Erikson, 1994, 2002) rozważona w kontekście rozwoju osobowości.

Należy na wstępie zastrzec, że poniżej przedstawiono jedynie propozycję interpretacji teorii E.H. Eriksona.

Depresyjny aspekt opozycji ufność *versus* nieufność

Mimo że opozycja ufności wobec nieufności stanowi problem stadialny niemowlęstwa, ujawnione wówczas potencjalności rzutują na przyszłe doświadczenia człowieka. Bez nadziei, stanowiącej siłę ego powstającą na styku przeważającej ufności wobec nieufności, „życie nie może się zacząć ani w sensowny sposób zakończyć” (Erikson, 2002, s. 76). Wymieniona opozycja akcentuje infantylną jakość opierającą się na oralności w rozwoju psychoseksualnym, która integruje się z dojrzałą osobowością (Erikson, 1994). Ufność *versus* nieufność, podobnie jak pozostałe składniki osobowości, przyjmuje coraz to nowe postaci w biegu życia, w których przeszłe jakości nabierają nowych wartości ze stadium na stadium (Erikson, 2002).

Problemy indywidualne tego stadium mogą skutkować zarówno depresją dziecięcą, jak i stanowić źródło depresyjnych półtonów, trwających przez resztę życia człowieka (Erikson, 1994). W kryzysie niemowlęstwa poczucie, iż ja mogę polegać na sobie i innych (podstawowa ufność), konfrontuje się z poczuciem, że ja nie mogę polegać na sobie i innych (podstawowa nieufność). Oczywiście to za wiele powiedzieć, że dziecko ma zaufanie; dziecko naiwnie ufa (Erikson, 1994).

Potencjalności przeżyć jakościowo związanych z depresyjnością mają swój aspekt normatywny (stanowią powszechne doświadczenie i wpisują się w zdrową osobowość), jak i psychopatologiczny (związany z genezą zaburzeń psychicznych, między innymi depresji) (Erikson, 1994). Do normatywnych należą: poczucie podstawowej utraty (*sense of basic lost*), poczucie podziału odpowiadające doświadczeniu, że pewnego dnia jedność z matką została utracona (*sense of division*), nostalgii za rajem utraconym (*dim but universal nostalgia for a lost paradise*). Z kolei do psychopatologicznych należy łagodny i chroniczny stan żalu towarzyszący

życiu człowieka (*mild but chronic state of mourning*). Pesymizm oralny stadium niemowlęstwa może się utrwalić w dorosłej osobowości jako poczucie bycia zostawionym, pustym, w sensie niezaopiekowanym, nienakarmionym (*sense of being empty, sense of being no good*) (Erikson, 1994, s. 62–63).

Rozumiejąc problem ufności i nieufności w perspektywie zmieniających się i integrujących postaci, w jakich opozycja ta występuje w biegu życia, można się doszukiwać źródeł depresji także w późniejszych stadiach; domyślamy się, że można się doszukiwać tego przeżycia, o ile konflikty stadialne budzą potencjalności zawarte w infantylniej nieufności obecnej w dorosłej psychice.

Opozycja ufność/nieufność a osobowość w ujęciu Eriksona

Interpretując opozycję ufność *versus* nieufność z szerszej perspektywy, należy zauważyć, że ta ostatnia stanowi jeden spośród ośmiu składników osobowości w ujęciu E.H. Eriksona (1994, 2000, 2002). Każdy z tych składników posiada aspekt w pozostałych. Jakość ufności wobec nieufności wiąże się zatem z jakością pozostałych składników (zob. Niemczyński, 2012), determinując nasilenie innych opozycji (tworzonych przez tendencję syntoniczną i dystoniczną). Dotyczy to każdego etapu życia człowieka.

Zgodnie z przedstawionym tokiem myślenia osoby przeżywające depresję w dorosłości mogą się cechować przewagą nieufności wobec ufności. Pozostałe składniki osobowości podlegają w ich wypadku także dystonizacji, jednak w relatywnie mniejszym zakresie niż w wypadku składnika ufność/nieufność.

Współczesne ujęcie rezultatów rozwoju psychospołecznego w dorosłości znajduje rozwinięcie w koncepcji integracji osobowej.

POERIKSONOWSKA KONCEPCJA INTEGRACJI OSOBOWEJ

Przedmiotem zainteresowania w ramach koncepcji integracji osobowej jest integralność, dojrzałość i harmonijność człowieka dorosłego,

kształtująca się w jego rozwoju. Aby dotrzeć do owej jakości osobowościowej w pogłębiony sposób, rozłożono ją na czynniki pierwsze, posługując się teorią E.H. Eriksona (Zagórska i in., 2012; Zagórska i in., 2013; Zagórska i in., 2014). Jego propozycja to osiem kryteriów zdrowia psychicznego zdefiniowanych jako odpowiednio silne (lecz nie skrajnie silne) wzmocnienie i ugruntowanie podstawowych tendencji syntonicznych obecnych w osobowości (Erikson, 1994, 2002). Występowanie tych ostatnich umożliwia zachowanie poczucia wewnętrznej jedności i umiejętności znoszenia napięć towarzyszących dorosłemu życiu (Erikson, 1994).

Integracja osobowa jest definiowana jako indywidualnie zróżnicowany efekt kumulowania się zasobów psychospołecznych człowieka w procesie jego rozwoju. Integracja ta przejawia się na różnych etapach dorosłości posiadaniem takich zasobów, jak: ufność, autonomia, inicjatywa, poczucie pracowitości, poczucie tożsamości, intymność i/lub (w zależności od wieku) generatywność (50+), integralność ontyczna (65+).

Integrację osobową definiujemy, nawiązując do podejścia Nancy K. Leidy i Cynthia S. Darling-Fisher (1995). Składniki integracji osobowej określamy za wymienionymi autorkami jako cechy stanowiące zasoby psychospołeczne, z których jednostka może korzystać, doświadczając dystresu. Zasoby kumulują się stopniowo w rozwoju, tworząc w rezultacie mniej lub bardziej wieloaspektową integrację osobową. Poszerzający się zakres interakcji społecznych czyni problem organizacji doświadczenia indywidualnego coraz bardziej złożony (Erikson, 1994, 2002; zob. też: Côté, Levine, 2002), stąd też im człowiek starszy, tym integracja osobowa manifestuje się jako bardziej zróżnicowana.

W ramach koncepcji integracji osobowej dokonano redukcji wielu twierdzeń właściwych dla teorii E.H. Eriksona. Nie uwzględnia się w jej zakresie wartości, jaką niesie dystoniczność dla rozwoju i zdrowia psychicznego, co jest podkreślane przez Eriksona (Erikson, 1994, 2002; zob. też: Witkowski, 2015). Postaci, w jakich manifestują się składniki osobowości w dorosłości, są zdefiniowane jako jednolite i niezmiennie, co także nie odpowiada jego ujęciu.

Ponadto każdą z opozycji (składnik osobowości) sprowadzono do pojedynczego teoretycznego kontinuum (pozytywna syntoniczność – negatywna dystoniczność).

Tak uproszczona koncepcja rezultatów rozwoju psychospołecznego w dorosłości nie stanowi jednak nowej propozycji, ponieważ już wcześniej dokonywano podobnych redukcji (zob. Constantinople, 1969; Domino, Affonso, 1990; Hinc, 2001; Leidy, Darling-Fisher, 1995; Markstrom i in., 1997; Rosenthal i in., 1981; Ochse, Plug, 1986). Z uwagi na wymienione nieścisłości proponujemy określić przywołany wyżej nurt konceptualizacji, operacjonalizacji i badań jako poeriksonowski.

BADANIA DEPRESYJNOŚCI NAWIĄZUJĄCE DO TEORII ERIKSONA

Dotychczas poświęcano niewiele uwagi problemowi depresyjności w nurcie poeriksonowskim. Seth J. Schwartz, Byron L. Zamboanga, Wei Wang oraz Janine V. Olthuis (2009), rozwijając ujęcie jakości ego zaproponowane przez Doreen A. Rosenthal i współpracowników (1981) udowodnili, że pomieszanie tożsamości (*identity confusion*) nie ma związku z depresyjnością wśród studentów; z kolei im silniejsza synteza tożsamości (*identity synthesis*), tym niższa depresyjność.

W ramach innych badań, spoza tzw. nurtu poeriksonowskiego i jego kontynuacji, podejmowano problem depresji lub zdrowia psychicznego z zastosowaniem kategorii obecnych w teorii rozwoju psychospołecznego. Jerzy Trzebiński i Mariusz Zięba (2003) zaobserwowali, że osłabienie nadziei podstawowej wiąże się z podwyższonym poziomem depresyjności. Jaclene A. Zauszniewski i Jane M. Suresky (2010) oraz Abir K. Bekhet i współpracownicy (2013) dowiedli, że treści myślenia, które odpowiadają tematycznie ośmiu Eriksonowskim tendencjom dystonicznym, współwystępują z wczesnymi objawami depresji. Z kolei Suzanne E. Vogel-Scibilia, Kathryn Cohan McNulty, Beth Baxter, Steve Miller, Max Dine, Frederick J. Frese III (2009) na podstawie własnych doświadczeń

jako pacjentów cierpiących na zaburzenia psychiczne opisali drogę powrotu do zdrowia jako analogię do stadiów rozwoju psychospołecznego w ujęciu Eriksona.

PROBLEMATYKA BADAŃ

Biorąc pod uwagę ograniczony charakter prowadzonych dotychczas badań, powstaje pytanie, czy wyżej opisane zależności, stosownie do związku depresji i zasobów psychospołecznych w dorosłości (główna rola ufności), znajdują odzwierciedlenie w specyficznym dla depresji profilu integracji osobowej.

Celem badawczym była identyfikacja różnic w zakresie profilu integracji osobowej między populacją osób z zaburzeniami depresyjnymi oraz populacją osób bez zaburzeń psychicznych w tym samym wieku. Depresja może się wiązać z licznymi ograniczeniami integracji osobowej, ale niekoniecznie pod każdym względem. W związku z powyższym najważniejsze staje się uzyskanie odpowiedzi na pytanie, które z zasobów psychospołecznych mają większy wkład niż inne do różnic między analizowanymi populacjami.

Przypuszczano, że takie czynniki, jak przebieg zaburzenia, charakter objawów oraz współwystępowanie innych zaburzeń psychicznych, mogą się wiązać z integracją osobową. W celu kontroli wymienionych zmiennych brano pod uwagę jedynie jednobiegunowe, epizodyczne zaburzenia afektywne (występujące po raz pierwszy lub po raz wtóry), obecne epizody depresji o łagodnym lub umiarkowanym nasileniu objawów, w których nie stwierdzono zespołu somatycznego (F32.0, F32.1, F33.0, F33.1) (ICD-10, 1998). Wśród osób badanych w grupie klinicznej nie zdiagnozowano współwystępujących (z depresją) zaburzeń klinicznych, z wyjątkiem jednej osoby (zespół uzależnienia od alkoholu: F10.2).

Biorąc pod uwagę zarysowany wyżej kontekst teoretyczny, sformułowano następujące hipotezy:

H1. Osoby w stanie depresji o łagodnym lub umiarkowanym nasileniu objawów wykazują względem osób bez zaburzeń psy-

chicznych w tym samym wieku niższy poziom integracji osobowej (pod każdym względem).

H2. Spośród zasobów psychospołecznych największy wkład do różnic między profilami integracji osobowej badanych populacji wnosi ufność.

Przez wzgląd na niewielką liczbę prowadzonych badań nad depresją w ujęciu poeriksonowskim i podobnych, względnie ich brak w zakresie analizy relatywnej wielkości wkładu poszczególnych zasobów do różnic między populacjami, sformułowano pytanie badawcze bez hipotezy (badania eksploracyjne):

P1. W jakim stopniu autonomia, inicjatywa, poczucie pracowitości, poczucie tożsamości, intymność, generatywność, integralność ontyczna przyczyniają się do ewentualnych różnic lub podobieństw między profilami integracji osobowej osób w stanie depresji oraz osób bez zaburzeń psychicznych?

Poprzestaliśmy na założeniu, że można zaobserwować pewne uporządkowanie pod względem wielkości wkładu poszczególnych zasobów psychospołecznych do różnic między badanymi populacjami.

METODA

Osoby badane

Próba składała się z 60 osób (zastosowano dobór celowy). Grupę kryterialną (30-osobową) tworzyli pacjenci Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie korzystający z psychiatrycznej opieki ambulatoryjnej, cierpiący na zaburzenia depresyjne (F32.0 – 9 osób; F32.1 – 8 osób; F33.0 – 8 osób; F33.1 – 5 osób). Osoby z grupy kryterialnej zostały dobrane na podstawie diagnozy lekarza psychiatry. Do grupy porównawczej (30-osobowej) zaliczały się osoby wyselekcjonowane z próby normalizacyjnej Kwestionariusza integracji osobowej (N = 2018).

Z grupy 2018 osób bez zaburzeń psychicznych wyselekcjonowano dla każdej osoby z diagnozą depresji pewną podgrupę odpowiadającą jej według kryterium płci, wieku

i poziomu wykształcenia (podgrupy różniły się liczebnością). Następnie z wymienionych podgrup wylosowano po jednej osobie do pary dla każdego z diagnozą depresji. Osoby z grupy porównawczej (dalej określane jako bez zaburzeń psychicznych) pochodziły z populacji osób aktywnych w życiu społecznym (studenci, seniorzy – uczestnicy spotkań uniwersytetów trzeciego wieku, aktywni zawodowo dorośli itp.). Średni wiek w próbie wynosił 46.87 (wiek osoby najmłodszej – 25, wiek osoby najstarszej – 66). Wiek osób badanych obejmował różne okresy rozwojowe dorosłości z przewagą średniej dorosłości. Liczba kobiet ($n = 46$) przewyższała liczbę mężczyzn ($n = 14$). Wykształcenie wyższe posiadały 44 osoby, średnie – 12, zawodowe – dwie.

Narzędzia

Kwestionariusz Integracji Osobowej (KINTO) został stworzony w celu prowadzenia badań nad indywidualnym zróżnicowaniem efektu rozwoju psychospołecznego w dorosłości – integracji osobowej; oceny stopnia kumulacji ośmiu zasobów psychospołecznych.

Sposób operacjonalizacji zasobów psychospołecznych nawiązuje do operacjonalizacji nadziei podstawowej przez J. Trzebińskiego i M. Ziębę (2003). Nawiązuje także do tradycji poeriksonowskiej, w której, podobnie jak w KINTO, treści pozycji w kwestionariuszach opierają się na opisach stadiów zawartych w teorii E.H. Eriksona (Markstrom i in., 1997; Ochse, Plug, 1986). Powyższe zostają tam zdefiniowane w kategoriach subiektywnych uczuć i postaw (Ochse, Plug, 1986). Zasoby psychospołeczne są operacjonalizowane w KINTO jako subiektywne uczucia, postawy, przekonania oraz zachowania.

Osoba badana ustosunkowuje się do stwierdzeń sformułowanych w pierwszej osobie liczby pojedynczej na pięciostopniowej skali, wybierając jedną z możliwych odpowiedzi: 1 – zdecydowanie nie zgadzam się, 2 – raczej nie zgadzam się, 3 – trudno powiedzieć, 4 – raczej zgadzam się, 5 – zdecydowanie zgadzam się.

Wysokie wyniki uzyskane przez osobę badaną w zakresie różnorodnych zasobów psychospołecznych świadczą o wysokim poziomie

integracji osobowej. Poniżej zamieszczono opis znaczenia wysokich i niskich wyników dla poszczególnych zasobów oraz podano przykładowe pytania sformułowane w kluczu dodatnim i ujemnym.

Skala 1. Ufność. Wysoki wynik w skali ufności oznacza, iż osoba badana wierzy w przychyłność ludzi, ujmuje świat jako miejsce piękne i rządzone przez Opatrzność. Osoba badana jest optymistą w myśleniu o przyszłości. Zachowuje pogodę ducha i spokój w obliczu przeciwności codziennego życia. Czuje się pełna nadziei, cechuje ją wewnętrzny pokój. Niski wynik oznacza, iż lęka się przyszłości, jest nieufna w stosunku do ludzi. Obawia się, że może zostać opuszczona, nie potrafi sobie poradzić, a rzeczy najgorsze staną się jej udziałem. Jest przekonana, że żaden człowiek nigdy nie będzie umiał jej pomóc. („Z pogodą ducha przyjmuję przeciwności codziennego życia”; „Nikt nie jest w stanie pomóc mi na dłuższą metę”).

Skala 2. Autonomia. Wysoki wynik w skali autonomii oznacza, że osoba badana czuje się pewna siebie i swobodna w kontaktach z przełożonymi, ludźmi, których szanuje, osobami spotkanymi po raz pierwszy. Jest przekonana, że potrafi bronić się, gdy inni ludzie naruszają przysługujące jej prawa. Gdy postanowi, że sobie czegoś odmówi, nie robi tego. Niski wynik oznacza, że osoba badana czuje się niepewnie i zawstydzona w stosunku do przełożonych, osób, które darzy szacunkiem albo spotyka po raz pierwszy. Ulega zachciankom, waha się przy podejmowaniu decyzji. Długo rozmyśla o negatywnych słowach innych ludzi skierowanych pod jej adresem, czemu towarzyszą przykre uczucia. („Jeżeli tylko tak postanowię, to umiem sobie czegoś odmówić”; „Życie często wymyka mi się spod kontroli”).

Skala 3. Inicjatywa. Wysoki wynik w skali inicjatywy oznacza, że osoba badana uważa się za odważną w podejmowaniu nowych lub trudnych zadań. Osoba badana ma wiele pomysłów na swoje życie, na swoją przyszłość. Jest skora do angażowania się w różnorodne prace i zadania, kiedy ktoś ją o to prosi. Sprawia jej przyjemność wyznaczanie sobie celów, które konsekwentnie realizuje. Niski wynik oznacza, że osoba badana jest skłonna do rezygnacji

z wielu prac i zadań, mimo że miałyby nieraz sposobność, aby je podjąć. Nie realizuje do końca swoich zamierzeń i pomysłów, obawiając się poczucia winy i zawodu w razie fiaska. Czuje się niezaradna życiowo. Oddaje się rozmyślaniu o celach odległych, odkładając realizację zadań bieżących. Rzadko wyznacza sobie zadania samodzielnie. („Mam wiele pomysłów na siebie i na to, kim w życiu być”; „W wielu sytuacjach czuję się winny”).

Skala 4. Poczucie pracowitości. Wysoki wynik w skali poczucia pracowitości oznacza, że osoba badana systematycznie wypełnia zadania związane z pracą (zawodową i pozazawodową). Osoba badana koncentruje się na swojej pracy, która poza tym sprawia jej przyjemność. Wierzy w swoje umiejętności. W owocach swojej pracy dostrzega potwierdzenie własnej kompetencji. Niski wynik oznacza, że osoba badana jest mało systematyczna w wykonywaniu różnego rodzaju prac. Czuje się mało kompetentna i gorsza od innych. Organizacja czasu przychodzi jej z trudem. („Zazwyczaj nie mam zbyt wielu zaległości”; „Nie potrafię skoncentrować się na realizacji swoich zamierzeń”).

Skala 5. Poczucie tożsamości. Wysoki wynik w skali poczucia tożsamości oznacza, że osoba badana odczuwa przynależność do społeczności, w której żyje. Jest przekonana, że dobrze wie, kim jest i czego chce od życia. Swoją światopogląd uznaje za ugruntowany. Wierzy, że istnieje przeznaczona dla niej droga życiowa i jednocześnie akceptuje ten fakt; identyfikuje się z ideałami, które uznaje za wielkie. Osoba badana akceptuje swój wygląd. Niski wynik oznacza, że osoba badana czuje się kimś obcym w społeczności, w której żyje. Jej światopogląd wydaje jej się chwiejny, czuje się niezdecydowana, ku czemu chce zmierzać w życiu. Osoba badana nie identyfikuje się z ideałami, które uznalaby za wielkie. Czuje, że nie realizuje się w życiu i jest niezadowolona ze swojego wyglądu. Czuje nieraz, że nie wie, kim właściwie jest. („Mój światopogląd ma solidne podstawy”; „Zdarza mi się nieraz, że nie wiem, kim tak naprawdę jestem”).

Skala 6. Intymność. Wysoki wynik w skali intymności, oznacza, iż osoba badana uczestniczy w relacji z drugim człowiekiem, która

jawi się jej jako głęboki, duchowy kontakt, intymna wymiana myśli, lub generalnie posiada doświadczenie, które określa i wartościuje jako prawdziwą miłość. Osoba badana czuje, że znajduje oparcie w kimś szczególnym w obszarze życiowych działań. Angażuje się z osobistym poświęceniem w relacje z innymi ludźmi. Jest rozluźniona w kontakcie indywidualnym z osobami tej samej płci i płci przeciwnej. Niski wynik oznacza, że osoba badana czuje, że nie doświadcza w życiu (w swojej teraźniejszości) relacji osobistej z drugą osobą, którą cechowałaby bliskość wysoko wartościowana (np. jako głęboki kontakt). Badany utwierdził się w przekonaniu, że nie wie, czym jest prawdziwa miłość. Czuje, że nie znajduje oparcia w drugim człowieku w trakcie życiowych działań. Cechuje go niepewność w kontakcie indywidualnym z osobami tej samej płci lub płci przeciwnej. Niechętnie opowiada innym ludziom o swoich planach i zamiarach, gdyż obawia się, że w razie porażki stanie się to przedmiotem rozliczeń. („Oparcie w bliskiej osobie jest dla mnie dużą pomocą w obszarze moich życiowych działań”; „Często odczuwam napięcie i niepewność w kontaktach indywidualnych, zwłaszcza z osobami płci przeciwnej”).

Skala 7. Generatywność. Wysoki wynik w skali generatywności oznacza, że osoba badana czuje się pożyteczna dla innych. Dostrzega sfery życia, w których stanowi dla innych ludzi przykład do naśladowania i docenia siebie za to. Szeroko rozumiana twórczość (idee, rzeczy, organizacja życia społecznego) sprawia osobie badanej przyjemność. Jest także przekonana, że to, co stworzyła w swoim życiu, pozostanie po jej śmierci. Dążenia altruistyczne pomagają jej pokonywać zmęczenie. Osoba badana troszczy się o ludzi młodszych. Niski wynik w skali generatywności oznacza, że osoba badana odczuwa w swoim życiu zastój, stagnację, zmęczenie. Doszła do przekonania, iż nie stanowi przykładu do naśladowania, nie jest pożyteczna i niewiele może dać z siebie innym. („Podejmuję działania, które przyczyniają się do ogólnego dobra”; „Tak naprawdę niewiele mogę dać z siebie innym”).

Skala 8. Integralność ontyczna. Wysoki wynik w skali integralności ontycznej oznacza, że osoba badana akceptuje wybory życiowe,

których dokonała w przeszłości. Nabrała przekonania, że jej życie było dobre, a ona stała się kimś, kim w zamierzeniu chciała być. Czuje się spokojna, myśląc o śmierci. Niski wynik w skali integralności ontycznej oznacza, że osoba badana odczuwa lęk związany z myślą, że jej życie okaże się bezwartościowe. Chciałaby wiele zmienić w swoim życiu. W chwili obecnej nie czuje się akceptowana ani kochana. Odczuwa, że jej wiara i przekonania religijne są słabsze niż kiedyś. Myśli o śmierci z niepokojem. („Jestem kimś, kim chciałem być”; „Nie czuję się akceptowana ani kochana”).

Kwestionariusz posiada trzy wersje: A – przeznaczoną dla osób do 24. roku życia, B – od 25. do 49. roku życia oraz C – od 50. roku życia. Wersja A składa się z sześciu skal (48 pozycji), wersja B z siedmiu skal (56 pozycji) oraz pełna wersja C z ośmiu skal (64 pozycje). Połowa pozycji została sformułowana w kluczu ujemnym.

W tabeli 1 przedstawiono współczynniki alfa Cronbacha poszczególnych skal uzyskane w próbie dla osób w grupie kryterialnej, porównawczej i ogółem. Tym samym rzetelność narzędzia w próbie można uznać za zadowalającą, z wyjątkiem skali integralność ontyczna.

Trafność interpretacji wyników KINTO jako psychospołecznych aspektów została potwierdzona w badaniach Zagórskiej i współpracowni-

ków (2014), w którym porównano wyniki osób dorosłych z diagnozą psychiatryczną (głównie zaburzenia afektywne i osobowości) (N = 202) oraz osób bez zaburzeń psychicznych (N = 600). Wyniki analiz statystycznych pokazały, że osoby należące do grupy klinicznej różniły się od grupy porównawczej i osiągnęły niższe wyniki we wszystkich skalach kwestionariusza.

Aby sprawdzić zgodność wewnętrzną struktury skali z teorią, przeprowadzono konfirmacyjną analizę czynnikową (CFA) w zestawie 98 pozycji, w której zastosowano technikę parcelingu (Zagórska i in., 2014). Powyższe analizy pokazały, iż model był dobrze dopasowany do danych (CFI > .90; RMSEA < .08; SRMR < .05), jednakże po usunięciu z tego ostatniego piątej skali (poczucie tożsamości), z uwagi na zbyt wysokie współczynniki korelacji tej ostatniej z wszystkimi skalami, szczególnie z pierwszą (ufność) i ósmą (integralność ontyczna).

Metryczka była adresowana dla lekarza psychiatry. Służyła do określenia diagnozy klinicznej osób korzystających z ambulatoryjnej opieki medycznej.

Procedura

Badania grupy kryterialnej przeprowadzono w latach 2013–2014 w Warszawie w Instytucie Psychiatrii i Neurologii. Osoby badane spoty-

Tabela 1. Współczynniki rzetelności (alfa Cronbacha) skal KINTO w próbie

Skala KINTO	Wszystkie osoby w próbie (n = 60)	Osoby z diagnozą depresji (n = 30)	Osoby bez zaburzeń psychicznych (n = 30)
Ufność	.83	.73	.67
Autonomia	.83	.82	.80
Inicjatywa	.83	.81	.72
Poczucie pracowitości	.86	.85	.77
Poczucie tożsamości	.75	.76	.68
Intymność	.65	.64	.63
Generatywność	.65	.76	.65
Integralność	.57	.53	.20

kały się regularnie z lekarzem psychiatrą w ramach ambulatoryjnej opieki medycznej. Lekarz pytał pacjenta, czy chciałby wziąć udział w badaniu psychologicznym. Osoby, które wyraziły zgodę, otrzymywały Kwestionariusz integracji osobowej oraz były proszone, by oddać wypełniony arkusz na następnym spotkaniu. Lekarz odpowiadał natomiast na adresowane do niego pytania o diagnozę w zakresie metryczki.

Badania grupy porównawczej przeprowadzono w latach 2008–2014 (badania normalizacyjne KINTO). Zostały zrealizowane metodą pisemną (27 osób) oraz za pomocą ankiety internetowej na portalu LimeSurvey (trzy osoby).

WYNIKI

Niżej referowane analizy statystyczne przeprowadzono za pomocą programu IBM SPSS Statistics 21.

W tabeli 2 przedstawiono statystyki opisowe z próby, biorąc pod uwagę podział osób badanych na grupy (osoby z diagnozą depresji i bez zaburzeń psychicznych). Grupa porównawcza wykazywała wyższy stopień nasilenia każdego z zasobów psychospołecznych w porównaniu z osobami obecnie przeżywającymi depresję.

W celu weryfikacji istotności statystycznej różnic międzygrupowych dotyczących diagno-

zowanej struktury zmiennych przeprowadzono jednoczynnikową, siedmiowymiarową analizę wariancji (MANOVA). Wartość M testu Boxa okazała się nieistotna statystycznie ($M = 31.27$; $p = .506 > .05$), co oznacza, że założenia wielowymiarowej analizy wariancji zostały spełnione (Aranowska, Rytel, 2010). Wartość wielowymiarowego testu F opierającego się na statystyce lambda Wilksa okazała się istotna statystycznie na przyjętym poziomie istotności ($\alpha = .05$), podobnie jak w wypadku wszystkich pozostałych statystyk ($lambda\ Wilksa = .500$; $p = .0005 < .05$). Oznacza to, iż **osoby obecnie przeżywające depresję** cechującą się objawami w stopniu łagodnym lub umiarkowanym **różniły się nasileniem analizowanej struktury zmiennych od osób bez zaburzeń psychicznych** w tym samym wieku. Aktualnie przeżywana depresja lub jej brak wyjaśniała 50% zmienności analizowanej struktury cech ($eta^2_{wielowymiarowe} = .500$).

Następnie przeprowadzono siedem testów t-Studenta jednostronnych dla prób niezależnych. Wartości statystyk testu Shapiro–Wilka dla każdej zmiennej w dwóch podgrupach nie okazały się istotne statystycznie. Nieistotne statystycznie wartości statystyki testu Levene’a wskazywały, że założenie o homogeniczności wariancji w porównywanych podgrupach zostało spełnione dla zmiennych: ufność, autonomia, poczucie tożsamości, intymność,

Tabela 2. Średnie i odchylenia standardowe zasobów psychospołecznych w grupie osób z zaburzeniami depresyjnymi i bez zaburzeń psychicznych

Siła ego	Grupa kryterialna		Grupa porównawcza	
	M	SD	M	SD
Ufność	20.07	6.19	29.47	4.69
Autonomia	21.67	7.10	27.67	5.82
Inicjatywa	22.67	7.28	29.23	4.68
Poczucie pracowitości	21.57	7.87	28.63	5.48
Poczucie tożsamości	23.03	5.89	28.07	4.71
Intymność	26.20	5.85	28.73	4.76
Generatywność	22.97	6.05	28.90	4.31

generatywność; z kolei dla zmiennych inicjatywa i poczucie pracowitości wariancje okazały się heterogeniczne. Oznaczało to, iż przy obliczaniu wartości statystyki t nie można było się posłużyć łącznym estymatorem (tej samej) wariancji w obu populacjach, wariancje te (różne w obu populacjach) należało natomiast oszacować osobno. W tabeli 3 przedstawiono wartości t oraz d – Cohena (druga i trzecia kolumna).

Wartości statystyk t dla każdej z uwzględnionych zmiennych okazały się istotne statystycznie (jednostronnie), co zostało zaprezentowane w drugiej i trzeciej kolumnie tabeli 3 (na poziomie istotności $\alpha = .05$). Innymi słowy, gdy brano pod uwagę jedynie samodzielny wkład każdej z wyróżnionych zmiennych w różnice międzygrupowe, osoby obecnie przeżywające depresję cechowały się słabszym nasileniem wyróżnionych cech w porównaniu z badanymi z grupy porównawczej. Mały efekt oddziaływania czynnika zaobserwowano tylko dla zmiennej intymność ($d = .48$). Względem pozostałych wymiarów uzyskane wartości d Cohena wskazują na duży efekt oddziaływania czynnika (tabela 3).

W następnej kolejności przeprowadzono analizę dyskryminacyjną. Otrzymana funkcja dyskryminacyjna pozwalała na istotne statystycznie różnicowanie między średnimi punk-

tów dyskryminacyjnych w obu grupach (λ -*Wilksa* = .500; $p = .000 < .05$). Uzyskana wartość korelacji kanonicznej była wysoka, równa .707. Wartości współczynników funkcji dyskryminacyjnej przedstawiono w czwartej i piątej kolumnie tabeli 3.

Wartości wag dyskryminacyjnych oraz współczynników korelacji wskazują, że zmienne **ufność i generatywność wniosły największy wkład do różnic między profilami wyników osób z depresją i bez zaburzeń psychicznych** z analizowanego zbioru zmiennych (tabela 3). Przynależność grupowa osób badanych silniej wpływała na ufność niż generatywność (korelacja cechy pierwotnej i cechy dyskryminacyjnej odpowiednio do wymienionych zmiennych: wysoka i umiarkowana). Z kolei zmienne **poczucie tożsamości i intymność** (tabela 3.) **przyczyniały się do podobieństwa między profilami wyników osób z grupy kryterialnej i porównawczej**. Przynależność grupowa silniej wpływała na poczucie tożsamości niż intymność (korelacja cechy pierwotnej i cechy dyskryminacyjnej odpowiednio do wymienionych zmiennych: umiarkowana i słaba). Zmiennym: autonomia, inicjatywa i poczucie pracowitości odpowiadały wagi dyskryminacyjne, które nie były wyższe niż 3 (co świadczyło o relatywnie

Tabela 3. Wyniki analizy różnic między grupą z zaburzeniami depresyjnymi oraz bez zaburzeń psychicznych w zakresie zasobów psychospołecznych (wartości t -Studenta, d Cohena, wagi dyskryminacyjnych, współczynników korelacji cech pierwotnych z cechą dyskryminacyjną)

Nazwa skali	t	d	Wagi dyskryminacyjne ^a	r^b
Ufność	6.62***	1.74	1.09	.87
Autonomia	3.58***	.94	– .10	.47
Inicjatywa	4.15***	1.18	.20	.55
Poczucie pracowitości	4.03***	1.12	.11	.53
Poczucie tożsamości	3.65***	.96	– .57	.48
Intymność	1.84*	0.48	– .43	.24
Generatywność	4.37***	1.15	.55	.57

^a waga dyskryminacyjna – wartości standaryzowanych współczynników funkcji dyskryminacyjnej.

^b r – współczynnik korelacji cech pierwotnych z cechami dyskryminacyjnymi.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$; test jednostronny

słabym wpływie przynależności grupowej na owe cechy), oraz współczynniki korelacji cech pierwotnych z cechą dyskryminacyjną wskazujące na umiarkowaną siłę związku. Nie można było zatem wyciągnąć jednoznacznych wniosków co do wkładu powyższych zmiennych do różnic międzygrupowych.

Otrzymana funkcja dyskryminacyjna charakteryzowała się zadowalającą efektywnością różnicowania. Umożliwiła poprawne zaklasyfikowanie 86.7% przypadków do obu grup: osób obecnie przeżywających depresję o łagodnym lub umiarkowanym nasileniu objawów oraz osób bez zaburzeń psychicznych.

Z uwagi na rozbieżność wskazań co do porządku zmiennych: autonomia, inicjatywa, poczucie pracowitości w różnicowaniu między grupami przeprowadzono analizę korelacji *r*-Pearsona oraz, w następnej kolejności, powtórzoną analizę dyskryminacyjną metodą krokową (*stepwise*). W tabeli 4 przedstawiono wartości współczynników korelacji, biorąc pod uwagę obserwacje uzyskane w próbie (N = 60).

Zmienne w najwyższym stopniu przyczyniające się do różnic międzygrupowych zgodnie z wartościami wag dyskryminacyjnych oraz

współczynników korelacji między cechami pierwotnymi i cechą dyskryminacyjną, a więc ufność i generatywność, systematycznie korelowały dodatnio z każdą inną zmienną, gdy uwzględni się obserwacje w całej próbie. Powyższe związki były umiarkowane, silne lub bardzo silne, istotne statystycznie na poziomie istotności $\alpha = .01$ (tabela 4).

Związek między zmiennymi ufność i generatywność w podgrupie badanych obecnie przeżywających depresję był silniejszy niż wśród osób z grupy porównawczej (zob. tabela 5).

Podsumowując, relatywnie wysokie (w stosunku do wag dyskryminacyjnych) wartości współczynników korelacji **autonomii, inicjatywy, poczucia pracowitości** z cechą dyskryminacyjną można przypisać współliniowości badanej struktury cech. **Udział, jaki wniosły wymienione zmienne w różnicowaniu między grupami, pokrywał się z udziałem wnoszonym przez inne zmienne (troska, ufność i generatywność)**, niemniej nie był on znikomy.

Następnie przeprowadzono powtórzoną analizę dyskryminacyjną metodą krokową (*stepwise*). Otrzymana funkcja dyskryminacyjna opierała się tylko na jednej zmiennej (ufność) i pozwalała

Tabela 4. Współczynniki korelacji *r*-Pearsona między parami siedmiu zasobów psychospołecznych w całej próbie (N = 60)

Sily ego	Ufność	Autonomia	Inicjatywa	Poczucie pracowitości	Poczucie tożsamości	Intymność	Generatywność
Ufność	1	–	–	–	–	–	–
Autonomia	.680**	1	–	–	–	–	–
Inicjatywa	.678**	.780**	1	–	–	–	–
Poczucie pracowitości	.619**	.730**	.782**	1	–	–	–
Poczucie tożsamości	.720**	.662**	.725**	.655**	1	–	–
Intymność	.554**	.550**	.530**	.415**	.537**	1	–
Generatywność	.666**	.600**	.698**	.673**	.834**	.545**	1

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabela 5. Współczynniki korelacji r-Pearsona między parami siedmiu zasobów psychospołecznych w grupie kryterialnej ($n_d = 30$) i porównawczej ($n_{pd} = 30$)

Sily ego	Ufność	Autonomia	Inicjatywa	P. pracowitości	P. tożsamości	Intymność	Generatywność
Grupa kryterialna							
Ufność	1						
Autonomia	.614**	1	-	-	-	-	-
Inicjatywa	.619**	.728**	1	-	-	-	-
P. pracowitości	.569**	.706**	.816**	1	-	-	-
P. tożsamości	.660**	.558**	.704**	.595**	1	-	-
Intymność	.518**	.499**	.490**	.346	.533**	1	-
Generatywność	.612**	.573**	.670**	.692**	.847**	.572**	1
Grupa porównawcza							
Ufność	1	-	-	-	-	-	-
Autonomia	.545*	1	-	-	-	-	-
Inicjatywa	.410*	.735**	1	-	-	-	-
P. pracowitości	.277	.597**	.504**	1	-	-	-
P. tożsamości	.612**	.628**	.567**	.524**	1	-	-
Intymność	.590**	.532**	.499**	.372*	.441*	1	-
Generatywność	.344	.363*	.463*	.336	.697**	.401*	1

Adnotacja. „P” – poczucie.

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Tabela 6. Wagi dyskryminacyjne oraz współczynniki korelacji cech pierwotnych z cechą dyskryminacyjną dla zasobów psychospołecznych uzyskane metodą krokową

Zasoby psychospołeczne	Wagi dyskryminacyjne	Współczynniki korelacji
Ufność	.00	.00

na istotne statystycznie różnicowanie między średnimi punktów dyskryminacyjnych w obu grupach (λ Wilksa = .569; $p = .000 < .005$). Uzyskana wartość współczynnika korelacji kanonicznej okazała się stosunkowo wysoka, równa .657 i tylko nieznacznie niższa (o .05) od uzyskanej dla poprzedniej funkcji (równiej .707). Otrzymana funkcja charakteryzowała się zadowalającą efektywnością różnicowania, jedynie o 1.7% niższą w porównaniu z funkcją dyskryminacyjną uzyskaną w poprzednim rozwiązaniu. Umożliwiła poprawne zaklasyfikowanie 85% przypadków do obu grup: osób obecnie przeżywających depresję o nasileniu objawów łagodnym lub umiarkowanym oraz osób bez zaburzeń psychicznych, w tym samym wieku, co osoby z depresją. Wartości standaryzowanych współczynników funkcji dyskryminacyjnej oraz współczynników korelacji cech pierwotnych z cechą dyskryminacyjną przedstawiono w tabeli 6.

DYSKUSJA

Na podstawie wyników badań można wyciągnąć wnioski, że sformułowane hipotezy (pierwsza i druga) okazały się trafne. Analiza wyników pozwala także odpowiedzieć na pytanie badawcze sformułowane w ramach badań eksploracyjnych.

Analiza zasobów psychospołecznych pod względem ich związku z depresją nie dotyczyła ostatecznie integralności. Skalę integralności ontyczna wykluczono z analiz statystycznych z uwagi na to, że była niemiarodajna (wartość α Cronbacha wyniosła .53 w grupie bez zaburzeń psychicznych i .20 w grupie osób z diagnozą depresji).

Poziom integracji osobowej wśród osób w stanie depresji o łagodnym lub umiarkowanym nasileniu objawów jest niższy w porów-

naniu z osobami bez zaburzeń psychicznych (hipoteza 1). Zasoby psychospołeczne, którymi dysponują osoby w stanie depresji, osiągają zasadniczo niższy poziom kumulacji, niż to się dzieje wśród osób bez zaburzeń psychicznych (por. wyniki MANOVA). Osoby obecnie w depresji mogą częściej niż inne napotykać przeszkody wewnętrzne, doświadczając normatywnych przemian sytuacji życiowej (starzenie się organizmu, podejmowanie nowych ról społecznych). Dysponują niższym potencjałem zasobów psychospołecznych potrzebnym do radzenia sobie w obliczu codziennych trudności i konfliktów (wewnętrznych oraz zewnętrznych). Na podstawie wyników badań nie można jednak wnioskować, czy obniżenie poziomu integracji osobowej jest skutkiem depresji czy też jej przyczyną.

Wyniki badań odpowiadają w tym zakresie danym uzyskanym przez J.A. Zauszniewski i J.M. Suresky (2010) oraz A.K. Bekhet i J.A. Zauszniewski (2013). Autorzy proponują poszerzoną typologię depresyjnych treści myślenia, która obejmuje przekonania dotyczące: beznadziejności (*hopelessness*), bezradności (*helplessness*), niemocy (*powerlessness*), bezcelowości (*purposelessness*), bezwartościowości (*worthlessness*), samotności (*loneliness*), pustki (*emptiness*) i bezsensu (*meaninglessness*). Odpowiedzialne za rozwój pełnoobjawowej depresji treści myślenia są zdaniem J.A. Zauszniewski powiązane z negatywnymi rozstrzygnięciami kryzysów rozwojowych wyróżnionych przez E.H. Eriksona. Badania pokazały, iż natężenie przekonań depresyjnych, operacjonalizowanych (Depressive Cognition Scale) jako osiem kategorii myślenia depresyjnego, wiąże się z nasileniem wczesnych objawów depresji wśród osób pochodzących z różnych grup ryzyka (Bekhet, Zauszniewski, 2013; Zauszniewski, Suresky, 2010).

W ramach generalnego obniżenia poziomu integracji osobowej w depresji w stosunku do osób bez zaburzeń psychicznych pewne zasoby psychospołeczne w większym stopniu niż inne wiążą się z depresyjnością. Zgodnie z przewidywaniami (hipoteza druga) osoby w stanie depresji w najmniejszym stopniu dysponują ufnością spośród pozostałych składników integracji osobowej (tabela 3). Wymieniona cecha pełniła osiową funkcję w dyskryminacji wyników między populacjami, stanowiąc jedyną zmienną, na której opierała się funkcja dyskryminacyjna w rozwiązaniu redukującym liczbę zmiennych objaśniających (tabela 6).

Uzyskane wyniki odpowiadają danym zgromadzonym przez J. Trzebińskiego i M. Ziembę (2003), którzy zaobserwowali związek depresyjności z obniżeniem nadziei podstawowej. Dotychczas nie było jednak wiadomo, że ufność (bliższa treściowo nadziei podstawowej) to cecha, która w związku z trwającym epizodem depresji manifestuje się w najmniejszym stopniu w porównaniu z pozostałymi przejawami integracji osobowej.

Na podstawie analizy wyników sformułowano wiele wniosków odnoszących się do eksploracyjnego pytania badawczego. Wyniki analiz statystycznych wskazują, że można zredukować liczbę zmiennych objaśniających do ufności (tabela 6), nie jest jednak uzasadnione, aby odrzucić definicję konstruktów opisanego za pomocą siedmiu wymiarów na rzecz bardziej redukcyjnej (istotna statystycznie wartość *lambda Wilksa* uzyskana w wielowymiarowej analizie wariancji, istotne statystycznie wartości testu t-Studenta). W powyższym świetle należy uwzględnić przede wszystkim genetywność, drugi po ufności zasób psychospołeczny, którym osoby z diagnozą depresji dysponują w najmniejszym stopniu w porównaniu z osobami bez zaburzeń psychicznych. Objawy depresji, takie jak obniżenie nastroju, spadek motywacji, negatywne myślenie o sobie, przyszłości i świecie, są w wysokim stopniu absorbujące, co wyjaśnia niski poziom kumulacji genetywności w depresji (Hammen, 2006; Pużyński, 1988, 2009).

Autonomia, inicjatywa i poczucie pracowitości nie ulegają relatywnie znacznemu osłabieniu

w depresji w stosunku do pozostałych zasobów psychospołecznych (w porównaniu z osobami bez zaburzeń psychicznych) (tabela 3). Niższy poziom kumulacji w zakresie tych cech wydaje się przejawem współzależności kumulacji zasobów psychospołecznych (tabela 4 i 5).

Wyniki badań pokazały, że poczucie tożsamości i intymność przyczyniają się do podobieństwa między profilami wyników badanych populacji – odpowiednio w sposób umiarkowany i słaby (tabela 3). Im wyższe wartości poczucia tożsamości i intymności wśród osób obecnie przeżywających depresję i osób bez zaburzeń psychicznych, tym większe podobieństwo profili integracji osobowej. Otrzymane wyniki sugerują, że poczucie tożsamości i intymność nie ulegają relatywnemu osłabieniu w depresji w stosunku do innych zasobów psychospołecznych. Sformułowanie powyższego wniosku stało się możliwe dzięki zastosowaniu analizy dyskryminacyjnej.

Można spekulować, czy intymność oraz poczucie tożsamości stanowią kompensację braku w zakresie innych zasobów i poprzez to stwarzają podstawę dla częściowej integracji osobowej w depresji. Być może poeriksonowskie ujęcie zasobów psychospołecznych jako związanych wyłącznie z syntoniznością jest nietrafne. Inne podejście proponują S.J. Schwartz i współpracownicy (2009), wyróżniając w poczuciu tożsamości dwa komponenty: pomieszczenie tożsamości i syntezę tożsamości. O ile to ostatnie wiąże się odwrotnie proporcjonalnie z depresyjnością, to pierwsze nie ma z nią istotnego statystycznie związku. Sugerowałoby to konieczność rozważania tożsamości jako złożonego konstruktów, szczególnie w badaniach poczucia tożsamości wśród osób w stanie depresji. W perspektywie przyszłych badań należy rozważyć możliwość, iż poczucie tożsamości, a także intymność mają swoje podwymiary, które w odmienny sposób wiążą się z depresją.

Powyższe wnioski należy traktować z ostrożnością ze względu na celowy dobór osób badanych i nieproporcjonalną liczbę kobiet względem mężczyzn w próbie. Ponadto osoby były badane w odległym od siebie czasie i w innym celu, co może być powodem różnic między grupami. Trzeba również zauważyć, że brak

zaburzeń psychicznych w wypadku grupy porównawczej nie został stwierdzony przez lekarza psychiatrę (nie dysponujemy też bardziej szczegółowymi informacjami o ich zdrowiu psychicznym, np. pomiarem dobrostanu). Co więcej, wysoki stopień współliniowości danych ogranicza możliwość wyciągnięcia jednoznacznych wniosków na podstawie wyników analizy dyskryminacyjnej.

Pomimo ograniczeń metodologicznych przedstawione wyniki badań wydają się rzucać nowe światło na problematykę zasobów psy-

chospołecznych osób cierpiących na depresję. Wnioski sformułowane na ich podstawie mogą stanowić inspirację do podjęcia problemów badawczych, takich jak: integracja osobowa w przebiegu zaburzeń depresyjnych, synteza i pomieszanie tożsamości w depresji, intymność i izolacja a depresyjność, zasoby psychospołeczne wśród osób z zaburzeniami depresyjnymi w różnym wieku czy też integralność ontyczna wśród osób w wieku podeszłym cierpiących na depresję.

PRZYPIS

¹ W tym miejscu autorzy pragną w szczególności podziękować dr n. med. Elżbiecie Nowak i mgr Agnieszce Ciołekiewicz za przeprowadzenie badań wśród pacjentów Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie oraz Pani dr Jolancie Rytel za wsparcie merytoryczne i konsultacje w zakresie analiz statystycznych.

BIBLIOGRAFIA

- Aranowska E., Rytel J. (2010), Wielowymiarowa analiza wariancji – MANOVA. *Psychologia społeczna*, 5, 14, 117–141.
- Bekhet A.K., Zauszniewski J.A. (2013), Psychometric Assessment of the Depressive Cognition Scale among Caregivers of Persons with Autism Spectrum Disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27, 2, 96–100.
- Cierpiałkowska L. (2007), *Psychopatologia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Constantinople A. (1969), An Eriksonian Measure of Personality Development in College Students. *Developmental Psychology*, 1, 4, 357–372.
- Côté J.E., Levine C.G. (2002), *Identity Formation, Agency, and Culture: A Social Psychological Synthesis*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Domino G., Affonso D.D. (1990), A Personality Measure of Erikson's Life Stages: The Inventory of Psychosocial Balance. *Journal of Personality Assessment*, 54, 3–4, 576–588.
- Erikson E.H. (1961), The Roots of Virtue. W: J. Huxley (ed.), *The Humanist Frame: The Modern Humanist Vision of Life*, 147–165. New York: Harper & Brothers Publishers.
- Erikson E.H. (1994), *Identity and Life Cycle*. New York, London: W.W. Norton & Company.
- Erikson E.H. (1999), Human Strength and Cycle of Generations. W: R. Coles (ed.), *The Erik Erikson Reader*, 190–227. New York, London: W.W. Norton & Company.
- Erikson E.H. (2000), *Dzieciństwo i społeczeństwo*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Erikson E.H. (2002), *Dopełniony cykl życia*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Hammen C. (2006), *Depresja*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Hinc R. (2001), Kwestionariusz Oceniający Stadia Rozwoju Psychospołecznego. *Studia Psychologica*, 2, 191–212.
- ICD-10 (1998), *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków, Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Leidy N.K., Darling-Fisher C.S. (1995), Reliability and Validity of the Modified Erikson Psychosocial Stage Inventory in Diverse Samples. *Western Journal of Nursing Research*, 17, 2, 168–187.
- Markstrom C.A., Sabino V.M., Turner B., Berman B.C. (1997), The Psychosocial Inventory of Ego Strengths: Development and Validation of a New Eriksonian Measure. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 6, 705–732.

- Niemczyński A. (2012), *Jak skorzystać z Eriksona koncepcji rozwoju ego i nie zostać psychoanalitykiem*. Referat wygłoszony na XXI Ogólnopolskiej Konferencji Psychologii Rozwojowej: Wspomaganie rozwoju człowieka – w stronę teorii i praktyki. Zielona Góra, 28–30 maja.
- Ochse R., Plug C. (1986), A Cross-cultural Investigation of the Validity of Erikson's Theory of Personality Development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 6, 1240–1252.
- Pużyński S. (1988), *Depresje*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Pużyński S. (2009), *Depresje i zaburzenia afektywne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Rosenthal D.A., Gurney R.M., Moore S.M. (1981), From Trust to Intimacy: A New Inventory for Examining Erikson's Stages of Psychosocial Development. *Journal of Youth and Adolescence*, 10, 6, 525–537.
- Schwartz S.J., Zamboanga B.L., Wang W., Olthuis J.V. (2009), Measuring Identity from an Eriksonian Perspective: Two Sides of the Same Coin? *Journal of Personality Assessment*, 91, 2, 143–154.
- Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems [ICD-10]*, 1998.
- Trzebiński J., Zięba M. (2003), *Kwestionariusz nadziei podstawowej – BHI-12. Podręcznik*. Warszawa: Pracownia testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Vogel-Scibilia S.E., McNulty K.C., Baxter B., Miller S., Dine M., Frese III F.J. (2009), The Recovery Process Utilizing Erikson's Stages of Human Development. *Community Mental Health Journal*, 45, 405–414.
- Witkowski L. (2015), *Versus. O dwoistości strukturalnej faz rozwoju w ekologii cyklu życia psychodynamicznego modelu Erika H. Eriksona*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Zagórska W., Jelińska M., Migut M., Nowak E. (2013), *The Personal Integration Questionnaire (KINTO). Polish operationalization of Erikson's theory of psychosocial development*. Plakat prezentowany na XVI European Conference on Developmental Psychology. Lozanna, 3–7 września.
- Zagórska W., Migut M., Jelińska M., Wocial M. (2012), *Polska operacjonalizacja teorii Eriksona: Kwestionariusz Integracji Osobowej KINTO*. Referat wygłoszony na XXI Ogólnopolskiej Konferencji Psychologii Rozwojowej: Wspomaganie rozwoju człowieka – w stronę teorii i praktyki. Lublin, 28–30 maja.
- Zagórska W., Migut M., Jelińska M. (2014), *Kwestionariusz integracji osobowej (KINTO). Własności psychometryczne*. Referat wygłoszony na XXIII Ogólnopolskiej Konferencji Psychologii Rozwojowej: Zmiany rozwojowe w biegu życia: konteksty i perspektywy. Lublin, 28–30 maja.
- Zauszniewski J.A., Suresky J.M. (2010), Psychometric assessment of the Depressive Cognition Scale in Women Family Members of Adults with Serious Mental Illness. *Issues of Mental Health Nursing*, 7, 31, 483–490.