

MAJA MOROCH  <https://orcid.org/0000-0002-4983-3682>

Katedra Psychologii Społecznej
Wydział Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy
Department of Social Psychology
Faculty of Psychology, Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz
e-mail: majamoroch@wp.pl

DOROTA SUWALSKA-BARANCEWICZ  <https://orcid.org/0000-0001-6495-9796>

Katedra Psychologii Społecznej
Wydział Psychologii, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy
Department of Social Psychology
Faculty of Psychology, Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz
e-mail: dsbarancewicz@ukw.edu.pl

Związki wymiarów pozabezpieczonego przywiązania z zasobami osobistymi i satysfakcją z życia u osób ze schizofrenią

Relations of the Dimensions of Insecure Attachment with Personal Resources and Life Satisfaction in People with Schizophrenia

Abstract

Theoretical background: Personal resources are one of the attributes that protect against the destructive consequences of experiencing a difficult situation and that figure in the overall assessment of life satisfaction.

Aim: The aim of the study was to analyze whether the individual dimensions of attachment are related to the level of personal resources of people diagnosed with schizophrenia and their life satisfaction, and to identify mediators that determine the quality of these relationships.

Study group: 50 people were tested. The average age of the respondents was 49 years.

Method: The measurement of the variable *attachment* was made using Experiences in Close Relationships-Revised by Chris Fraley, Kelly Brennan and Neils Waller, in the Polish adaptation of Cezary Wiśniewski; the Life Satisfaction Scale by Zygryd Juczyński was used to determine the variable *satisfaction with life*. The level of personal resources was measured using the Lifespan Individual Resilience Scale in the Polish adaptation of Alicja Malina, Julie Ann Pooley and Craig Harms.

Results: The analyzes carried out in the course of the study confirmed the existence of significant relationships between the level of personal resources and life satisfaction. Research has also confirmed that there are significant links between attachment and life satisfaction, and between attachment and personal resources. It also turned out that the level of personal resources is an important mediator in the relation between avoidance and the level of life satisfaction in people diagnosed with schizophrenia.

Conclusion: The level of personal resources and secure attachment correlate with a higher life satisfaction of people diagnosed with schizophrenia.

Keywords: attachment, attachment avoidance, attachment anxiety, perceived support, life satisfaction, schizophrenia

Słowa kluczowe: przywiązanie, unikanie, niepokój, postrzegane wsparcie, satysfakcja z życia, schizofrenia

WPROWADZENIE

Współczesny człowiek doświadcza w swoim życiu wielu trudności. Doświadczenie stresujących wydarzeń jest nieodłącznym elementem życia. Codzienne sytuacje wymagają od jednostki elastycznej adaptacji do stale zmieniających się wymagań życiowych. Naruszenie równowagi między potrzebami i zadaniami a sposobami i warunkami ich realizacji mobilizuje dodatkowe zasoby człowieka, które umożliwiają mu efektywne działanie. Sposób, w jaki jednostki poradzą sobie, zwłaszcza w sytuacjach trudnych i uciążliwych, jest związany z umiejętnością wykorzystania zasobów osobistych (Mróz, 2014).

Stevan Hobfoll (2006) zasobami określa to, co jest cenne przez ludzi. Są to nie tylko przedmioty, ale także określone warunki, cechy osobowości lub rezerwy energii, które mogą być bezpośrednio lub pośrednio niezbędne do przetrwania lub wykorzystane do pozyskania innych zasobów, pomagającym jednostkom przetrwać. Zasoby osobiste i społeczne pomagają przystosować się do ważnych wydarzeń życiowych, a także mogą poprawić skuteczność radzenia sobie ze stresującymi sytuacjami. Dodatkowo odgrywają również ważną rolę w radzeniu sobie z traumą, dzięki czemu jednostki potrafią dostosować się do nowych sytuacji (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008). Zasoby osobiste mogą również sprzyjać występowaniu zmian wzrostowych po doświadczeniu traumy (*posttraumatic growth*) prowadzących do pozytywnych modyfikacji, m.in. w postrzeganiu siebie, w relacjach interpersonalnych i filozofii życiowej (Basińska i in., 2017).

Chociaż jak dotąd nie wypracowano jednoznacznej definicji zasobów, to uznaje się, że oznaczają one właściwości biologiczne, psycho-

logiczne i społeczne, które pozytywnie wpływają na procesy radzenia sobie ze stresorami (Hobfoll, 2002). Dzięki prężności jako dyspozycji osobowościowej i względnie trwałej właściwości, możliwe jest pozyskiwanie i budowanie zasobów sprzyjających zdrowiu oraz tworzenie możliwości zabezpieczenia tych zasobów przez środowisko rodzinne i otoczenie społeczne w kontekście doświadczania stresu, trudności i kryzysów (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008; Herrman i in., 2011). Wyniki licznych badań jasno wskazują, że osoby cechujące się wyższym poziomem prężności i lepszą umiejętnością wykorzystywania zasobów są bardziej pewne siebie, produktywne, wytrwałe i niezależne. Są to osoby, które szybko adaptują się do nowych warunków, wywiązują się z zaplanowanych działań, są serdeczne i zdolne do utrzymywania bliskich relacji z innymi (Uchnast, 1997). Takie osoby mają umiejętność nawiązywania i utrzymywania satysfakcjonujących więzi społecznych, silniej budują relacje z innymi, są chętne do wzajemnej akceptacji i nie wykazują skłonności do krzywdzenia innych (Semmer, 2006).

Prężność psychiczna, traktowana jako zasoby jednostki, jest powiązana z jej zdrowiem. Zmniejsza ryzyko uzależnienia od jedzenia, zapobiega negatywnym skutkom doświadczanego stresu zawodowego, objawom stresu pourazowego, sprzyja przystosowaniu się do choroby, poprawiając tym samym jakość życia (Ogińska-Bulik, Zadworna-Cieślak, Rogala, 2015). Sprzyja także wytrwałości i elastycznemu przystosowaniu się do wymagań życiowych, ułatwia podejmowanie działań zaradczych w trudnych sytuacjach, a także zwiększa tolerancję negatywnych emocji i niepowodzeń. To z kolei jest niewątpliwie kluczowe w podejmowaniu, utrzymywaniu i modyfikowaniu zachowań zdro-

wotnych (Ogińska-Bulik, Zadworna-Cieślak, Rogala, 2015).

Satysfakcjonujące relacje z innymi ludźmi oraz prężne wykorzystywanie zasobów w różnych sytuacjach są także elementem składającym się na szeroko pojętą jakość życia (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010). Bliskie relacje i więź z drugim człowiekiem stanowią element poczucia szczęścia i dobrostanu psychicznego. Bycie z kimś w relacji stwarza okazję do realizacji różnych ludzkich potrzeb: bezpieczeństwa, przynależności, miłości, afiliacji, kontaktu, szacunku, uznania oraz wielu innych, do których realizacji niezbędna jest obecność drugiego człowieka (Ryś, 1999). Od zaspokojenia tych potrzeb zależy nie tylko powodzenie relacji, ale również jakość życia człowieka (Hazan, Shaver, 1987; Doroszewicz, 2008). Pojęcie jakości życia stanowi przedmiot wielu rozważań, choć do dziś jego definicja pozostaje niejednoznaczna. Najczęściej jakość życia jest utożsamiana z poczuciem szczęścia, zadowoleniem, satysfakcją z życia czy subiektywnym dobrostanem jednostki (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2010). Bogata w tym zakresie literatura przedmiotu wskazuje, że na ową jakość składa się m.in. innymi dobrostan społeczny, czyli satysfakcja z życia wynikająca z relacji społecznych, funkcjonowania człowieka w rolach rodzinnych, przyjacielskich, towarzyskich, dających się wsparcia społecznego. Satysfakcja z życia to komponent subiektywnego dobrostanu, który opiera się na wybranych przez jednostkę kryteriach (Juczyński, 2009). Jednym z kryteriów subiektywnej oceny odczuwanej przez człowieka życiowej satysfakcji są niewątpliwie bliskie relacje międzyludzkie (Straś-Romanowska, 1992, Straś-Romanowska, Lachowicz-Tabaczek, Szmajke, 2005; Doroszewicz, 2008).

Ryszard Poprawa (2008) wskazuje, że w literaturze przedmiotu przedstawia się wiele cech traktowanych jako subiektywne zasoby osobiste w procesie radzenia sobie, ale również w utrzymywaniu zdrowia i szczęścia oraz szeroko pojętej jakości życia. Jan Chodkiewicz (2005) zwrócił uwagę na to, iż współczesna psychologia zdrowia przywiązuje dużą wagę do zasobów osobistych i traktuje je jako czynniki wpływające na zdrowie i jakość życia, nazywa-

jąc je potencjałem zdrowotnym lub zdolnością zdrowotną. Z tej perspektywy zasoby osobiste można traktować jako pozytywny lub ochronny proces, który może zmniejszyć nieprzystosowanie osób doświadczających niekorzystnych przemian życiowych. Można w nim wyróżnić dwa zjawiska: pierwsze wiąże się z narażeniem jednostki na trudną sytuację życiową, powodującą problemy w przystosowaniu się, a drugie pokazuje oznaki jej pozytywnej adaptacji w postaci wzrostu kompetencji społecznych, realizacji zadań rozwojowych, braku zaburzeń emocjonalnych i innych objawów psychopatologicznych (Kühn-Dymecka, 2012).

Jak wcześniej wspomniano, zasoby osobiste mogą być uruchamiane w sytuacji trudnej, a do takich należy np. choroba. Analizując podłoże niektórych chorób, większy nacisk kładzie się na dysfunkcje, a mało uwagi poświęca się zasobom, z których ludzie korzystają do radzenia sobie z różnymi zagrożeniami. Tak jest w odniesieniu do schizofrenii, która spycha często chorych poza margines zainteresowania i troski. Utrudnieniu i ograniczeniu podlegają wszystkie dziedziny życia, co często wpływa na jakość życia pacjentów (Hajduk i in., 2008). Schizofrenia jest chorobą o przewlekłym i zróżnicowanym przebiegu, która może mieć duży wpływ na wszystkie składowe jakości życia, takie jak poczucie satysfakcji czy zdrowie fizyczne. Nawracające epizody i remisje, wielokrotne hospitalizacje, nasilające się objawy negatywne i konieczność ciągłego przyjmowania leków narażają pacjentów na przewlekły i silny stres, co znacznie wpływa na jakość ich życia (Badura-Brzoza i in., 2012). Dotychczasowe badania dotyczące zasobów osób z rozpoznaniem schizofrenii wskazują, że osoby te cechują się niższym poziomem radzenia sobie w sytuacjach trudnych, niższą samooceną, silniejszą tendencją do unikania oraz niższym poziomem korzystania ze wsparcia społecznego (Horan i in., 2007), co może pozbawiać jednostki elastycznego sposobu zmagania się z trudnościami. Wykazano także, że mały zakres sieci społecznej, ograniczone kontakty interpersonalne, brak instrumentalnego wsparcia i powiernika są związane z gorszą jakością życia osób z rozpoznaniem schizofre-

nii (Cechnicki, Wojciechowska, Valdez, 2007). Z tej też przyczyny – jak się wydaje – zgłębianie zagadnienia jakości życia tych osób jest szczególnie istotne.

W badaniach dotyczących jakości życia zwraca się uwagę na jeszcze jeden aspekt, jakim są objawy towarzyszące schizofrenii. Analiza związku między pięcioma grupami objawów (objawy negatywne, pobudzenie, zaburzenia poznawcze, objawy pozytywne, depresja/lęk) a jakością życia w badaniach Krystyny Górnej i współpracowników (2009) wykazała, że objawy negatywne oraz depresja/lęk miały największy niekorzystny wpływ na jakość życia. Objawy negatywne (np. spłylenie afektu, słaby kontakt) były głównym predyktorem gorszej jakości życia w wymiarach funkcjonalnych, a z czasem stały się także predyktorem subiektywnej jakości życia. Objawy depresji/lęku (np. poczucie winy, napięcie) wywierały natomiast największy wpływ na subiektywne oceny jakości życia zaraz po opuszczeniu szpitala. Później w okresie obserwacji ich efekty były nadal obecne, ale mniejsze. Warto zwrócić uwagę na to, że objawy depresji/lęku są integralną częścią przebiegu schizofrenii, dlatego wymagają stałego monitorowania (Górna, Jaracz, Rybakowski, 2009).

Warto zauważyć, że obserwacje z tych samych badań wykazały, iż pomimo pogorszenia stanu psychicznego badanych ocena jakości życia poprawiła się w wymiarze funkcjonalnym. Można z tego wnioskować, że brak równoległości zmian różnych wskaźników przebiegu schizofrenii, a także zróżnicowany wpływ grup objawów na funkcjonowanie społeczne i ocenę jakości życia, może być spowodowany różnymi czynnikami, w tym funkcjonowaniem przedchorobowym, mechanizmami adaptacji psychologicznej, wsparciem społecznym oraz rezultatami leczenia farmakologicznego (Górna, Jaracz, Rybakowski, 2009).

Rozwój zasobów osobistych, sposobów radzenia sobie w wielorakich kontekstach życiowych, a także ocena satysfakcjonującego lub nie własnego położenia życiowego są związane z kształtowanym w latach najmłodszych systemem przywiązania. Liczne badania w tym zakresie dowodzą, że doświadczenie bezpiecznego przywiązania wiąże się z rozwojem wie-

lu zasobów, które mogą nie tylko zmniejszać wrażliwość na stres, ale także zwiększać poczucie własnej skuteczności i kompetencji (Span-gler, 1991; Schore, 1996; Liu i in., 1997; Plo-pa, 2007).

Teoria przywiązania zaproponowana przez Johna Bowlby'ego (2007) była poniekąd intencją autora, aby zrozumieć pojawianie się podstaw zdrowia osobistego i zaburzeń psychicznych. Według autora doświadczenie „mi-lującej opieki” wolne od negatywnych okresów deprywacji macierzyńskiej prowadzi do większej autonomii, otwartości na świat, poczucia bezpieczeństwa i lepszego radzenia sobie z potencjalnymi zagrożeniami dla integralności psychicznej jednostki. Wprowadzenie wzorców przywiązania przez Mary Ainsworth i współpracowników (1978), a potem stanów umysłu związanych z przywiązaniem przez Mary Main wraz ze współpracownikami (1985) stanowi podstawy do oceny potencjalnych czynników ryzyka i ochrony w kontekście przywiązania.

Ukształtowana w wyniku wczesnodziecięcych doświadczeń relacja przywiązaniowa¹ staje się umysłową reprezentacją powtarzających się interakcji z opiekunem, a generalizacja tych doświadczeń znajduje wyraz w negatywnych lub pozytywnych modelach roboczych. Wytworzony psychiczny model najbliższego otoczenia, obiektów znajdujących się w nim oraz samego siebie ma charakter adaptacyjny, gdyż poprzez skuteczną orientację i odpowiednie działanie zapewnia większe szanse na przetrwanie w środowisku przyrodniczym i społecznym. Wewnętrzne modele operacyjne kształtowane w ciągu rozwoju stają się centralnym elementem osobowości. Jako struktury dynamiczne aktywnie wykorzystywane przez jednostkę w ocenie sytuacji, planowaniu własnego zachowania i zachowania innych osób oraz przewidywaniu jego skutków, regulują funkcjonowanie relacji i mają znaczenie dla jej jakości (Main, Kaplan, Cassidy, 1985; Mikulincer 1995, 1998; Pietromonaco, Feldman-Barrett, 2000).

W wyniku powtarzających się interakcji z opiekunem dziecko uczy się przewidywania zachowania rodzica, dowiadamuje się, gdzie przebywa ta osoba i w jaki sposób reaguje na dziecięce próby nawiązywania bliskości. W zależ-

ności od ukształtowanej reprezentacji opiekuna krystalizuje się model roboczy Ja (*self*), który odzwierciedla stopień akceptacji przez figurę przywiązania i jej stosunek do dziecka (Bowlby, 1973). Jeżeli matka, czy też osoba ją zastępująca, wrażliwie odpowiada na sygnały niemowlęcia i jest dostępna, gdy zaistnieje taka potrzeba, dziecko rozwija pozytywny model postaci przywiązania jako osoby reagującej, gotowej nieść pomoc i wsparcie, oraz pozytywny model siebie jako osoby wartościowej, zasługującej na pomoc, zainteresowanie i ochronę, a także godnej akceptacji ze strony innych (Marchwicki, 2006; Stawicka, 2008; Król-Kuczkowska, 2008). Model zawierający informacje przeciwnostawne, ukształtowany w wyniku negatywnych doświadczeń dziecka przyczynia się do zbudowania negatywnych modeli roboczych, zarówno figury przywiązania, jak i samego siebie. Figura przywiązania niereagująca na dziecięce sygnały i potrzeby, niewykazująca zainteresowania jawi się jako osoba nieprzewidywalna i niegodna zaufania, z kolei model *self* zawiera obraz siebie jako osoby niekompetentnej, niewartej miłości i akceptacji. Dzieci, które doświadczyły bezpiecznego stylu przywiązania, mogą swobodnie wyrażać swoje potrzeby dotyczące ochrony i komfortu. Dzieci, których opiekunowie wykazują ambiwalentne (przesadne przywiązanie) i unikające (ograniczone przywiązanie) wzorce, nie potrafią tego zrobić. Rozwój emocjonalny jest podstawą rozwoju społecznego. Dzieci utrzymujące bezpieczną relację ze swoim opiekunem uczą się, że wszystkie emocje, których doświadczają, zostaną zaakceptowane, co jest bardzo ważne w komunikacji społecznej (Feldman i in., 1999, za: Plopa, 2019). Dzieci, które wykazują unikowy styl przywiązania, otrzymują informacje, że kiedy okażą emocje, zwłaszcza negatywne, nie zyskają wsparcia. Z kolei ambiwalentny styl przywiązania podpowiada dziecku, że uwagę opiekuna można wzbudzić głównie poprzez silne negatywne emocje (Moss i in., 1999, za: Plopa, 2019).

Doświadczenie bezpiecznego przywiązania wiąże się z rozwojem wielu zasobów, które mogą nie tylko zmniejszać wrażliwość na stres, ale także zwiększać poczucie własnej skutecz-

ności i kompetencji (Spangler, 1991; Schore, 1996; Liu i in., 1997; Plopa, 2007). Uważa się także, że więź lękowo-unikowa zmniejsza odporność na stres (Plopa, 2005, 2007). Można, zatem przypuszczać, że bezpieczne przywiązanie będzie czynnikiem ochronnym zapobiegającym wystąpieniu m.in. wyuczonej bezradności. Badania wskazują, że dostępność opiekunów (fizyczna obecność i gotowość do reagowania na sygnały) zmniejsza wrażliwość na stres i umożliwia odczuwanie wsparcia, gdyż jednostki uczą się, że mogą polegać na innych, którzy pomogą im powrócić do równowagi psychicznej i zdrowia. Z kolei wczesne narażenie na stres, występujące w interakcjach między opiekunami a dziećmi przywiązanymi pozabezpiecznie, może zwiększyć późniejszą wrażliwość na stres i sprawić, że neutralne stresory będą uważane za źródło poważnego cierpienia, a także skłonią ludzi do przekonania, że nie mają wystarczających zasobów, aby je przetrwać (Plopa, 2007). Badania dowodzą, że bezpieczny związek z opiekunem jest przesłaniem rozwoju zasobów osobistych, wpływających na poczucie skuteczności i kontroli oraz na percepcję stresu (Plopa, 2007; Senator, 2012; Schaffer, 2014).

Bezpieczne przywiązanie jest również uznawane za predyktor satysfakcjonujących relacji z innymi; jest ono także powiązane z ogólnym zadowoleniem z własnego położenia życiowego (Bartholomew, Horowitz, 1991). Trwanie w bliskiej relacji stanowi element poczucia szczęścia i dobrostanu psychicznego. Więzy społeczne współdecydują o ludzkim zdrowiu, zwiększając wydajność układu odpornościowego i redukując poziom hormonów stresu. Bliskie związki pozwalają również poradzić sobie w obliczu zagrożenia śmiercią i stratą ukochanej osoby (Perlman, 2007; Uchino, Cacioppo, Kiecolt-Glazer, 1996). Badania wskazują, że osoby trwające w satysfakcjonującym związku w porównaniu z osobami niebędącymi w relacji, cieszą się lepszym funkcjonowaniem układu krążenia oraz lepszym zdrowiem psychicznym i fizycznym (Holt-Lunstad, Birmingham, Jones, 2008). W dotychczasowych badaniach w obszarze relacji przywiązaniowych dowiedziono, że dorośli o bezpiecznym stylu przywiązania po-

strzegają świat jako źródło satysfakcji (Franken, 2005). Osoby o stylach pozabezpiecznych tworzą mniej satysfakcjonujące relacje, gdyż dochodzi u nich do zaprzeczania własnej potrzeby więzi (Waters i in., 1995, za: Wojciszke, 2005).

Badania nad przywiązaniem wskazują też, że osoby z rozpoznaniem schizofrenii mogą przejawiać cechy bezpiecznego stylu przywiązania, charakteryzującego się brakiem tendencji do unikania bliskości (poczucia dyskomfortu wynikającego z bliskości oraz zależności od innych) oraz odczuwaniem wysokiego poziomu satysfakcji z relacji. Są przeświadczone o dostępności bliskiej osoby w trudnych, ważnych i kryzysowych sytuacjach, nie wzbraniają się przed odkrywaniem się czy „zacieśnianiem granic”. Cechują się większą ugodowością, co przejawia się pozytywnym stosunkiem do otoczenia, ustępliwością oraz większą wrażliwością. Zwracają uwagę na potrzeby bliskiej osoby i starają się podtrzymywać pozytywną relację (Uznańska, Czabała, 2004). Ich komunikacja jest oparta na wzajemnym zaufaniu, otwartości, przeświadczeniu, że jest się chętnie wysłuchiwanym i życzliwie wspieranym. Jest to podstawa budowania i utrzymywania pozytywnej relacji z drugim człowiekiem (Chudzikiewicz, 2013).

Dotychczasowe rozważania można posumować stwierdzeniem, że posiadanie potencjału do prezentowania odpowiedniego zasobu, by poradzić sobie w sytuacji trudnej, może decydować o poziomie satysfakcji z życia. Bliskie więzi mają duże znaczenie dla jakości funkcjonowania osób z rozpoznaniem schizofrenii. Mogą stanowić czynnik wspomagający proces leczenia i zapobiegający nawrotom choroby (Bielańska, 2006). Ze względu na to, że część pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii ma problemy w relacjach interpersonalnych, osoby te cechują się niższym poziomem radzenia sobie w sytuacjach trudnych, niższą samooceną, silniejszą tendencją do unikania oraz niższym poziomem korzystania ze wsparcia społecznego (Wright, 2008; Chrzastowski, 2012). Problematyka analizowania zasobów pozwalających elastycznie dostosować się do zmieniających się wymagań społecznych, jest szczególnie istotna. Przewyciężanie trudności i powrót do równowagi po niekorzystnych zdarzeniach może

wspomagać przeżywanie choroby i funkcjonowanie w społeczności, a także współdecydować o życiowej satysfakcji. Założono zatem, że zasoby osobiste mogą pełnić funkcję pośredniczącą między wymiarami przywiązania pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii a ich satysfakcją z życia. Zrozumienie roli zasobów osobistych wspierających jednostki w pokonywaniu wyzwań życiowych stwarza szansę bardziej wnikliwego postrzegania czynników wpływających na funkcjonowanie pacjentów w przebiegu choroby. Powszechnie znane jest znaczenie wczesnodziecięcego stylu przywiązania dla późniejszych relacji jednostki w dorosłości (bezpieczne przywiązanie jest predyktorem satysfakcjonujących relacji), grupa pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii stanowi jednak specyficzną grupę, w której dotychczas takie badania nie były realizowane (Horan i in., 2007).

PROBLEM I CEL BADAŃ

W realizowanym projekcie podejmowano problem znaczenia zasobów osobistych osób z diagnozą schizofrenii dla przywiązania oraz ich satysfakcji z życia. Celem badania było przeanalizowanie, czy poszczególne wymiary przywiązania (unikanie, niepokój) wiążą się z zasobami osobistymi osób z rozpoznaniem schizofrenii i ich satysfakcją z życia oraz wskazanie mediatorów wyznaczających jakość tej satysfakcji. Zrozumienie znaczenia analizowanych zmiennych, ważnych dla pacjentów w przebiegu choroby, może być podstawą pogłębionej diagnostyki psychologicznej i terapeutycznej, a także stwarza szansę na korzystniejsze funkcjonowanie intrapsychiczne i interpersonalne pacjentów.

BADANE ZMIENNE I SPOSÓB ICH POMIARU

Na potrzeby realizacji badań uwzględniono wskazane poniżej zmienne.

Zmienna niezależna

W realizowanych badaniach zmienną niezależną jest *przywiązanie*. Przywiązanie w ujęciu

dymensjonalnym ma dwa wymiary, a mianowicie: unikanie i niepokój. Wymiar unikania odnosi się do stopnia, w jakim jednostka stara się być autonomiczna względem swojego partnera w związku i braku zaufania do jego dobrej woli (np. „Rzadko martwię się o to, że bliska mi osoba mogłaby mnie zostawić”). Określa także, do jakiego stopnia ludzie czują się niekomfortowo w relacjach z innymi, a w jakim stopniu czują się bezpiecznie, zależąc od nich (Fraley, Waller, Brennan, 2000). Wymiar niepokoju oznacza natomiast stopień, w jakim jednostka martwi się o dostępność i wsparcie partnera. Dotyczy także zakresu, w jakim ludzie czują się bezpiecznie w zależności od dostępności i reakcji partnera (np. „Boję się, że stracę miłość bliskiej mi osoby”). Osoby, które uzyskują niskie wyniki na obu wymiarach, określane są jako bezpiecznie przywiązane (Shaver, Mikulincer, Feeney, 2009). Operacjonalizacji poszczególnych poziomów zmiennej niezależnej dokonano na podstawie sumy punktów uzyskanych odpowiednio dla Skali Niepokój oraz Skali Unikanie, za pomocą narzędzia *Experiences in Close Relationships Revised*², autorstwa Chrisa Fraleya, Kelly Brennan oraz Neilsa Wallera (2000), nazywanego Zrewidowaną Skalą Doświadczeń w Bliskich Związkach (DBZ-R) w polskiej adaptacji Cezarego Wiśniewskiego (2011). Wyniki analizy rzetelności polskiej wersji ECR-R wyniosły odpowiednio: dla skali Niepokoju alfa Cronbacha = 0.91, dla skali Unikania alfa Cronbacha = 0.86, co sugeruje wysoce satysfakcjonującą rzetelność narzędzia.

Zmienna pośrednicząca

Do pomiaru zmiennej pośredniczącej, którą tworzą zasoby osobiste uruchamiane w odpowiedzi na zmiany kontekstu i zmiany rozwojowe (do których można zaliczyć m.in.: osobiste cele w życiu, pozytywną perspektywę na przyszłość, kontrolę, wiarę w siebie, wytrwałość) wykorzystano podskalę Zasobów Osobistych – *Lifespan Individual Resilience Scale* (pl), LIRS (Pooley, Cohen, 2010) – w polskiej adaptacji Alicji Maliny, Julie Ann Pooley i Craiga Harmsa (2016). Badany ustosunkowuje się do twierdzeń na siedmiostopniowej skali

(1 – zdecydowanie się nie zgadzam, 7 – zdecydowanie się zgadzam).

Rzetelność poszczególnych skal narzędzia mierzona współczynnikiem alfa Cronbacha jest satysfakcjonująca i wynosi dla zasobów osobistych 0.85. Stabilność czasowa, szacowana z użyciem współczynnika korelacji Pearsona, na podstawie dwóch pomiarów uzyskanych w odstępie czterech tygodni dla zasobów osobistych wyniosła 0.84 (Malina, Pooley, Harms, 2016).

Zamienna zależna

Do pomiaru zmiennej zależnej, za którą przyjęto satysfakcję z życia, użyto Skali Satysfakcji z Życia (Diener, Emmons, Larson, Griffin, 1985) w adaptacji Zygrydy Juczyńskiego (2009). Skala ta określa poziom zadowolenia badanych z ich bieżącej sytuacji życiowej. Wykorzystana adaptacja Skali Satysfakcji z Życia zawiera pięć twierdzeń, do których badani mają przypisać punkty od 1 do 7, gdzie 1 oznacza „zupełnie się nie zgadzam”, a 7 „całkowicie się zgadzam”. Suma punktów przypisanych do wszystkich twierdzeń stanowi o poziomie satysfakcji z życia osoby badanej. Wskaźnik rzetelności SWLS (alfa Cronbacha) ustalony w badaniu 371 osób okazał się zadowalający (.81). Stabilność pomiaru diagnozowana na próbie 30 osób w odstępie sześciu tygodni wynosi .86.

CHARAKTERYSTYKA OSÓB BADANYCH

W badaniu udział wzięło 50 osób z rozpoznaniem schizofrenii (średnia wieku 49.7; SD = 13.07), z czego 66% (33 osoby) stanowiły kobiety, a 34% (17 osób) – mężczyźni. Badanymi były osoby dorosłe, we wczesnej, średniej i późnej dorosłości. Kryterium włączenia do badań było rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej (F20.0 według ICD-10), pełnoletniość, świadoma zgoda na udział w badaniu, stan psychiczny w chwili badania pozwalający na zbieranie danych oraz stan remisji w zakresie ostrych objawów psychotycznych. Ważnym kryterium włączenia do badań było również posiadanie przez osoby badane kogoś bliskie-

go, np. rodzica. Z badania wykluczono pacjentów z potwierdzonymi objawami negatywnymi, pojawiającymi się znacznie częściej w schizofrenii katatonicznej, prostej czy rezydualnej. Większość badanych osób miała wykształcenie zasadnicze zawodowe (54%), a pozostałe gimnazjalne (22%), licencjat (16%). Cztery osoby miały wykształcenie podstawowe lub niepełne podstawowe. Zdecydowana większość badanych (67,35%) pochodziła z dużych miast (powyżej 100 tys. mieszkańców), 19,12 % kobiet mieszkało w mniejszych miastach, najmniej zaś – 13,53% kobiet – zamieszkiwało wieś. Połowa badanych osób trwała w związku małżeńskim (50%), 34% badanych było stanu wolnego, 10% osób po rozwodzie, a 6% to wdowy/wdowcy (tabela 1).

PROCEDURA

Badania prowadzone były w okresie 26.03–1.10.2018 w szpitalach, przychodniach oraz prywatnych gabinetach psychiatrycznych w Polsce. Osoby badane otrzymywały zestaw kwestionariuszy do wypełnienia. Wstępny kontakt następował poprzez lekarza lub innego pracownika opieki zdrowotnej znanego uczestnikowi. Wszystkie osoby zbierały się we wspólnej sali, każdy otrzymywał zestaw kwestionariuszy. Po krótkim wyjaśnieniu procedury i celu badania uczestnicy rozpoczynali indywidualną pracę. Osoby badane zostały zapoznane z zasadami dobrowolności i tajności badania. Przebadano 51 osób. Udział w badaniu był dobrowolny, a dobór osób – celowy. Uzyskano zgodę Uczelnianej Komisji ds. Etyki na realizację badań.

WYNIKI BADAŃ

W pierwszej kolejności dokonano analizy rozkładu zmiennych. Rozkład wyników w skalach jest zgodny z rozkładem normalnym, stąd też w celu weryfikacji przyjętych założeń użyto analiz parametrycznych. W celu weryfikacji przyjętych w modelu badawczym zależności między zmiennymi wykorzystano współczynnik korelacji r Pearsona oraz analizę regresji wielorakiej. Analizy statystyczne przeprowadzono w programie statystycznym Statistica

13.0. Analizę rozpoczęto od statystyk opisowych badanych zmiennych (tabela 2).

Przywiązanie osób z diagnozą schizofrenii paranoidalnej a ich satysfakcja z życia

W pierwszej kolejności przystąpiono do określenia związku między poszczególnymi wymiarami przywiązania (unikanie, niepokój) a satysfakcją z życia osób z rozpoznaniem schizofrenii. W tym celu posłużono się współczynnikiem korelacji r Pearsona. Wyniki wskazały na istotny związek między unikaniem przywiązaniowym a satysfakcją z życia osób badanych. Im wyższy był poziom unikania przywiązaniowego, tym niższy był poziom satysfakcji z życia ($r = -.32$; $p = .026$). Nie odnotowano natomiast istotnych związków między niepokojem przywiązaniowym a satysfakcją z życia (tabela 3).

Przywiązanie osób z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej a ich zasoby osobiste

Kolejnym krokiem było wskazanie związków między poszczególnymi wymiarami przywiązania a zasobami osobistymi badanych. Wyniki wskazują na istotne związki pomiędzy wymiarami przywiązania – niepokojem ($r = -.41$; $p = .003$) i unikaniem ($r = -.31$; $p = .030$) a zasobami osobistymi. Okazało się, że im wyższy był poziom zasobów osobistych, tym niższy był poziom niepokoju i unikania przywiązaniowego (tabela 4).

Zasoby osobiste a satysfakcja z życia osób z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej

Następnie przystąpiono do określenia związków między zasobami osobistymi a satysfakcją z życia osób badanych. Posłużono się współczynnikiem korelacji r Pearsona (tabela 5).

Zachodzi istotny związek między zasobami osobistymi a satysfakcją z życia osób badanych. Im wyższy jest poziom zasobów osobistych badanych, tym wyższy jest poziom satysfakcji z życia osób z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej ($r = .29$; $p = .042$).

Tabela 1. Charakterystyka osób badanych: rozkład liczebności oraz rozkład procentowy zmiennych socjodemograficznych w badanej próbie

Zmienna	Liczba	Procent
Wiek		
Średnia: 49,7 roku, min: 24, max: 87, odch. std. 13,07		
Wykształcenie		
Niepełne podstawowe	2	4
Podstawowe	2	4
Gimnazjalne	11	22
Zasadnicze zawodowe	27	54
Licencjat	8	16
Miejsce zamieszkania		
Miasto	31	62
Miasteczko	16	32
Wieś	3	6
Stan cywilny		
Kawaler/panna	17	34
Żonaty/zamężna	25	50
Rozwiedziony/rozwiedziona	5	10
Wdowiec/wdowa	3	6
Sytuacja mieszkaniowa		
Mieszkam sam/sama	12	24
Mieszkam z żoną/mężem	17	34
Mieszkam z dziećmi/wnukami	4	8
Mieszkam z żoną mężem oraz dziećmi/wnukami	4	8
Inne	13	26
Sytuacja zawodowa		
Rencista/emeryt	24	48
Rencista/emeryt + dodatkowa praca	5	10
Aktywny zawodowo	21	42

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 2. Rozkład wyników (statystyki opisowe) badanych zmiennych

Zmienna	Statystyki opisowe				
	N	Średnia	Minimum	Maksimum	Odch. stand.
Satysfakcja z życia	50	18.78	8.00	28.00	4.96
Zasoby osobiste	50	18.86	6.00	28.00	4.58
Unikanie	50	57.94	33.00	85.00	12.59
Niepokój	50	52.20	16.00	76.00	14.66

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 3. Związek między wymiarami przywiązania a satysfakcją z życia osób z rozpoznaniem schizofrenii

Zmienna	Współczynnik korelacji r Pearsona $p < .05000$ N = 50	
	Satysfakcja z życia	
Unikanie		-.32
		p = .026
Niepokój		-.098
		p = .499

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Związek między wymiarami przywiązania osób badanych a ich zasobami osobistymi

Zmienna	Współczynnik korelacji r Pearsona $p < .05000$ N = 50	
	Zasoby osobiste	
Niepokój		-.41
		p = .003
Unikanie		-.31
		p = .030

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 5. Związek między zasobami osobistymi a satysfakcją z życia osób badanych

Zmienna	Współczynnik korelacji r Pearsona $p < .05000$ N = 50	
	Satysfakcja z życia	
Zasoby osobiste		.29
		p = .042

Źródło: opracowanie własne.

Zasoby osobiste jako mediator między unikaniem przywiązaniowym a satysfakcją z życia osób z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej

Kolejne z prezentowanych analiz dotyczą określenia roli zasobów osobistych jako mediatora między unikaniem przywiązaniowym a satysfakcją z życia osób z rozpoznaniem schizofrenii. Aby tego dokonać, należało sprawdzić istotność związków:

- Między unikaniem przywiązaniowym a zasobami osobistymi osób badanych.
- Między zasobami osobistymi a satysfakcją z życia osób badanych.
- Między unikaniem przywiązaniowym a satysfakcją z życia osób badanych.

Rozpoznanie istotności powyższych związków pozwoli włączyć zasoby osobiste do analizy związku między unikaniem przywiązaniowym a satysfakcją z życia osób badanych. Jeśli w tym układzie zmienna zasoby osobiste

wykaże istotny spadek wskaźnika beta dla obliczonego związku między unikaniem przywiązaniowym a satysfakcją z życia, to możemy mówić o jej mediującym charakterze (C'; rys. 1).

Z uwagi na uzyskane wyniki prezentowane w tabelach 1–5 (brak istotnej zależności między wymiarem niepokoju a satysfakcją z życia), zasoby osobiste jako mediator będą analizowane w relacji między unikaniem przywiązaniowym a satysfakcją z życia. Wykonano analizę mediacji zgodnie z podejściem zaproponowanym przez Barona i Kenny'ego (1986).

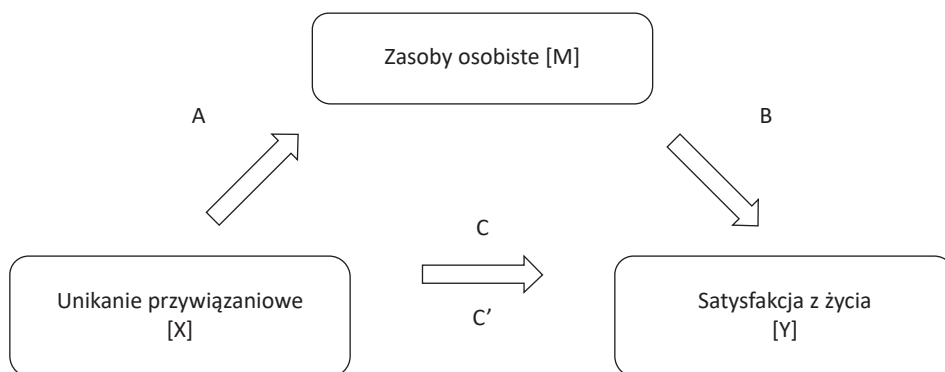
W pierwszym etapie analiz mediacyjnych potwierdzono bezpośredni związek między zmienną: unikanie przywiązaniowe a mediatorem: zasoby osobiste (A). Zgodnie z przewidywaniami, im wyższy był poziom unikania, tym niższym poziomem zasobów osobistych charakteryzowały się osoby badane ($\beta = -.41$; $p = .003$). Testowany model regresji okazał się dobrze dopasowany do danych $F(1.48) = 9.44$; $p < .003$; $R^2 = .16$. W tym przypadku należy podkreślić, iż pomimo stwierdzonych istotnych wyników w analizie regresji, uzyskiwane współczynniki R^2 są stosunkowo niskie.

W drugim kroku analizy sprawdzono istotność związku między mediatorem (zasoby osobiste) a zmienną satysfakcja z życia (B). Ponownie relacja okazała się istotna: im wyższy

był poziom zasobów osobistych osób badanych, tym wyższy był poziom ich satysfakcji z życia ($\beta = 0.29$; $p = .042$). Model okazał się dobrze dopasowany do danych $F(1.48) = 4.38$ $p < .041$; $R^2 = .8$. Należy podkreślić, iż pomimo stwierdzonych istotnych wyników w analizie regresji, uzyskiwane współczynniki R^2 są stosunkowo niskie.

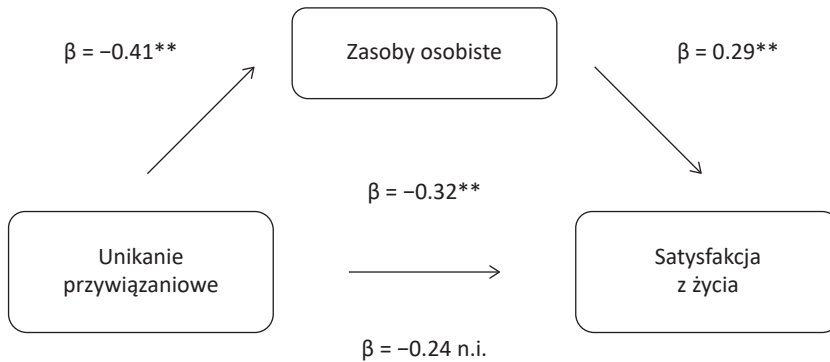
Trzeci krok analizy mediacyjnej polegał na określeniu związku między zmienną unikanie przywiązaniowe a zmienną satysfakcja z życia (C). Okazało się, że im wyższy był poziom wymiaru unikania, tym niższy był poziom satysfakcji z życia osób badanych ($\beta = -.32$; $p = .03$). Testowany model regresji okazał się dobrze dopasowany do danych $F(1.48) = 5.30$; $p < .023$; $R^2 = .8$. W tym przypadku należy również podkreślić, iż pomimo stwierdzonych istotnych wyników w analizie regresji, uzyskiwane współczynniki R^2 są stosunkowo niskie.

Ostatecznie, gdy w testowanym modelu uwzględniono zarówno zmienną niezależną, jak i mediatora, zmienna niezależna nie pozwalała w sposób istotny przewidywać zmiennej zależnej ($\beta = -.24$; $p = .12$); $F(2.47) = 3.53$; $p < .037$, $R^2 = .13$. Test Goodmana wyniósł $= -1.98$ ($p < .05$). Mamy tutaj do czynienia z całkowitą mediacją unikania przywiązaniowego, gdyż wartość β w regresji zmiennej niezależnej



Rys. 1. Schemat zależności między zmienną niezależną (wymiar unikania w przywiązaniu) a zmienną zależną (satysfakcja z życia) za pośrednictwem zmiennej pośredniczącej (zasoby osobiste) – poszukiwanego mediatora związku między zmienną X a zmienną Y. Podejście Barona i Kenny'ego (1986)

Źródło: opracowanie własne.



Rys. 2. Schemat mediacyjnej roli zasobów osobistych pomiędzy unikaniem przywiązaniowym a satysfakcją z życia osób z rozpoznaniem schizofrenii (*** $p < .001$; ** < 0.05 ; n.i. – nieistotne statystycznie)

Źródło: opracowanie własne.

na zależną przy udziale mediatora stała się nieistotna statystycznie ($\beta = -.32 \rightarrow \beta = -.24$ n.i.). Można więc wywnioskować, że zmienna zasoby osobiste jest istotnym mediatorem związku między unikaniem przywiązaniowym osób badanych a ich satysfakcją z życia: im niższy jest poziom unikania przywiązaniowego, tym wyższy jest poziom zasobów osobistych osób badanych, a w rezultacie wyższy jest poziom ich satysfakcji z życia (rys. 2).

DYSKUSJA I WNIOSKI Z BADAŃ

Przeprowadzone badania pozwoliły na potwierdzenie zależności pomiędzy zasobami osobistymi, unikaniem przywiązaniowym a satysfakcją z życia osób z rozpoznaniem schizofrenii. Zarówno zasoby osobiste, jak i wymiar unikania okazały się istotne dla odczuwanej satysfakcji z życia u osób z diagnozą schizofrenii paranoidalnej. Zgodnie z założeniami popartymi literaturą przedmiotu wyższy poziom zasobów osobistych i ufność przywiązaniowa pozwalały przewidzieć wyższy poziom satysfakcji z życia osób z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej.

Warto w tym miejscu podkreślić, że zasoby jednostki, zarówno osobowe, jak i odpornościowe, uruchamiane w odpowiedzi na zmiany kontekstu i zmiany rozwojowe, koncentrują się często na przystosowaniu jednostki do trudnych wydarzeń, takich jak choroby, radzenie sobie

z traumatycznymi doświadczeniami i żałobą (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2012). Zasoby te są jednak aktywowane nie tylko w ekstremalnych warunkach stresowych. Badacze zwrócili również uwagę, że mogą one aktywnie ułatwiać radzenie sobie z codziennymi sprawami, z którymi ludzie spotykają się regularnie w domu i w pracy. Wyniki zrealizowanych badań mówiące o tym, że wraz z zasobami osobistymi wzrasta poczucie zadowolenia z życia, korespondują m.in. z wynikami badań Joanny Mróz (2014), które potwierdziły hipotezę, iż wysoka prężność wiąże się z bardziej adaptacyjnymi zachowaniami i doświadczeniami związanymi np. z pracą, które determinują adaptacyjne zachowania zawodowe, a w następstwie zadowolenie z życia.

Uzyskane wyniki potwierdzają też, że zasoby osobiste (w tym prężność) stanowią jeden z czynników oddziałujących na poziom ogólnego zadowolenia z życia (Ogińska-Bulik, 2014). Osoby odznaczające się wysokim poziomem prężności są bardziej pozytywnie nastawione do życia i charakteryzują się stabilnością emocjonalną, co sprzyja tworzeniu więzi społecznych. Prężność psychiczna jest także czynnikiem ułatwiającym mobilizację w sytuacjach kryzysowych. Wysoki poziom tego zasobu sprzyja mniejszemu nasileniu objawów psychopatologicznych, co w sytuacji osób z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej może być szczególnie istotne (Kühn-Dymecka, 2012). Według tej

autorki zasób osobisty, jakim jest prężność, to proces pozytywny lub ochronny, który może zmniejszyć nieprzystosowanie osób doświadczających niekorzystnych przemian życiowych. Można tu wyróżnić dwa zjawiska. Pierwsze wiąże się z narażeniem jednostki na ciężką sytuację życiową, powodującą trudności w przystosowaniu się, a drugie pokazuje oznaki jej pozytywnej adaptacji w postaci wzrostu kompetencji społecznych, realizacji zadań rozwojowych, braku zaburzeń emocjonalnych i innych objawów psychopatologicznych. W przeprowadzonych przez Aleksandrę Kühn-Dymecką (2012) badaniach w grupie osób leczących się psychiatrycznie wykazano, że u pacjentów najsilniejsze były objawy depresji, a w następnej kolejności objawy negatywne i dezorganizacji poznawczej, co niewątpliwie rzutuje na ocenę zadowolenia i jakość życia chorych.

Rezultaty licznych badań podkreślają także istotną rolę bezpiecznego przywiązania jako predyktora satysfakcjonujących, bliskich i ciepłych relacji, w przeciwieństwie do pozabezpiecznych stylów przywiązania (Mikulincer, Shaver, 2007; Kaźmierczak, Plopa, 2006; Liberska, Suwalska, 2011a, 2011b, 2011c). Jak potwierdza wiele badań, style przywiązania odgrywają ważną rolę dla zdrowia psychicznego, a mianowicie – więź o charakterze bezpiecznym staje się czynnikiem ochronnym, więź pozabezpieczna natomiast może pozbawiać czynnika ochronnego i związanych z nim zasobów. W przypadku pozabezpiecznego przywiązania pojawiają się również deficyty w radzeniu sobie ze stresem, poczuciem porażki i frustracji w kontaktach społecznych, co utrudnia poszukiwanie i dostrzeganie możliwego wsparcia. Oprócz zasobów uzyskanych dzięki interakcji z opiekunami osoby bezpiecznie przywiązane zyskują również pierwotne źródło wsparcia – fizyczną obecność opiekuna i jego gotowość oraz chęć reagowania na sygnały, co w rezultacie zmniejsza wrażliwość na stres oraz zwiększa poczucie wsparcia i zasobów osobistych. Więź z opiekunem wpływa na funkcjonowanie poznawcze i społeczne jednostki, jej przyszłe relacje, umiejętności i zasoby (Plopa, 2005; Berek, 2019).

Wartość aplikacyjna uzyskanych wyników, a mianowicie możliwość wykorzystania ich

w procesie diagnostycznym i terapeutycznym, wydaje się istotna. Brak ufności przywiązaniowej, a co za tym idzie – negatywny obraz siebie i/lub innych u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii powinny skłaniać do pogłębionej pracy terapeutycznej w zakresie wzmocnienia ufności przywiązaniowej, modyfikowania obrazu siebie i/lub innych w kierunku bardziej pozytywnym, co w konsekwencji może przynieść zdecydowanie lepsze czy też bardziej korzystne funkcjonowanie intrapsychiczne i interpersonalne u tych pacjentów.

Zasoby osobiste okazały się pełnić funkcję mediatora pomiędzy unikaniem przywiązaniowym a satysfakcją z życia osób z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. Okazało się, że im niższy jest poziom unikania przywiązaniowego, tym wyższy jest poziom satysfakcji z życia osób z rozpoznaniem schizofrenii, przy udziale wysokiego poziomu zasobów osobistych. Wysoki poziom unikania może zatem utrudniać elastyczne przystosowanie się do wymagań życiowych, podejmowanie działań zaradczych w trudnych sytuacjach oraz obniżać jakość życia osób z rozpoznaniem schizofrenii. Uzyskane rezultaty korespondują z wynikami badań opisanymi w literaturze przedmiotu wskazującymi na znaczenie przywiązania dla zdrowia i zaburzeń psychicznych. Wyniki badań w tym obszarze pokazują, że istnieje związek między bezpiecznym przywiązaniem a lepszą regulacją emocji i zachowań oraz skuteczniejszą reakcją na stres i negatywne emocje (Mikulincer, Florian, 1998). Stwierdzone powiązania mogą zwiększyć późniejszą wrażliwość na stres i sprawić, że neutralne stresory będą uważane za źródło poważnego cierpienia, a także skłonić takie osoby do przekonania, że nie mają wystarczających zasobów, aby przezwyciężyć te stresory. Stwierdzono również, że pozabezpieczne wzorce przywiązania, zwłaszcza przywiązanie ambiwalentne i zdeorganizowane, wiązały się z przeżywaniem wysokiego poziomu stresu i niepokoju, co mogłoby stanowić czynnik ryzyka zaburzeń (Lyons-Ruth, 1996). Więź z opiekunem wpływa na funkcjonowanie poznawcze i społeczne jednostki, jej przyszłe relacje, umiejętności i zasoby, a style przywiązania odgrywają ważną rolę w zdrowiu psychicznym (Berek, 2019).

Prezentowane badania, pomimo walorów naukowych, mają również pewne ograniczenia. Jedno z nich wiąże się z możliwością generalizowania wyników badań na całą populację. O zawężonej możliwości uogólniania wyników przesądza celowy dobór osób do grupy badanej – były to osoby z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej mające kogoś bliskiego, np. rodzica. Na mniejsze możliwości generalizowania wyników wpływa również niewielka liczba badanych osób. Przeprowadzenie badań w lepiej ustrukturyzowanej grupie, uwzględniającej większą liczbę osób znajdujących się w różnych związkach oraz w różnych okresach rozwojowych, a także te osoby, u których zdiagnozowano różne typy schizofrenii, mogłoby dostarczyć bardziej precyzyjnych informacji o naturze jakości życia osób badanych i złożoności jej uwarunkowań. Ponadto osoby, które wzięły udział w badaniach, w dużej mierze charakteryzowały się wykształceniem zawodowym, co mogło mieć znaczenie dla uzyskanych wyników. W realizacji przyszłych projektów badawczych warto byłoby zwrócić uwagę na większą dbałość o równoliczny dobór uczestników do przeprowadzenia badań.

Kolejne ograniczenie dotyczy charakteru przeprowadzonych badań. Opierały się one na samoopisie badanego i na danych uzyskanych za pomocą kwestionariuszy. Na podstawie tych danych wnioskowano o zachodzących zależnościach. Prezentowane badania zostały zrealizowane przede wszystkim w schemacie korelacyjnym. Zabieg ten pozwolił na wykrycie istotnych związków między analizowanymi zmiennymi oraz na predykcję jednej zmiennej na podstawie drugiej. Badania korelacyjne uniemożliwiają jednak wnioskowanie przyczynowo-skutkowe (Sierau, Herzberg, 2012). W przyszłości cenne byłoby przeprowadzenie zarówno badań jakościowych, jak i takich badań, które wskazałyby strukturę zależności przyczynowych i wpływ

określonych zmiennych na jakość psychospołecznego funkcjonowania pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii, a także pomogłyby lepiej zrozumieć położenie osób zmagających się z chorobą oraz ich rodzin.

W przyszłych badaniach do obszaru eksploracji warto byłoby włączyć również inne zmienne, które mogą okazać się istotne z punktu widzenia jakości życia pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Literatura przedmiotu wskazuje bowiem, że ważny może być także poziom samooceny, osobowość członków rodzin (Namysłowska, Siewierska, 1993; Ochojska, Radochoński, 1997) oraz sposób radzenia sobie ze stresem (Cutrona, 1996; Cutrona i in., 2007). Warto również podkreślić znaczenie systematycznej edukacji pacjentów i ich rodzin na temat schizofrenii i jej leczenia. Dobra praktyka kliniczna pozwala wskazać pacjentom i ich rodzinom instytucje zapewniające wsparcie oraz pomaga w zdobywaniu rzetelnej wiedzy (Wright, 2008).

Chciałybyśmy podkreślić również troskę o rozumienie fenomenu świata przeżyć osób, u których rozpoznano schizofrenię paranoidalną. Zdajemy sobie sprawę, że próba zrozumienia świata przeżywanego przez osoby z tym rozpoznaniem pozwala uchronić przed uproszczonym i redukcjonistycznym spojrzeniem na sytuację tych osób, jednocześnie dbając o godnościowy wymiar przeżywania choroby, co jest niezwykle istotne dla poczucia sensu życia i wartości każdego człowieka.

Prezentowane badania stanowią jedną z wielu możliwości eksploracji bliskich relacji rodzinnych i z pewnością nie wyczerpują szerokiego spektrum problematyki związanej z jakością funkcjonowania w obliczu chorób dotyczących członków systemu rodzinnego. Zaprezentowane wyniki mogą stanowić punkt wyjścia do kolejnych pytań i dalszej eksploracji w obszarze jakości życia rodzinnego.

PRZYPISY

¹ Autorki używają terminów: „więź przywiązaniowa”, „unikanie przywiązaniowe”, „niepokój przywiązaniowy”, „ufność przywiązaniowa”, gdyż terminologia ta jest stosowana w pracach dotyczących przywiązania. Przykładem może być praca poświęcona adaptacji narzędzia do badania przywiązania: Lubiewska i in., 2016. Pojęcia

te są stosowane również przez Towarzystwo Badań nad Emocjami i Przywiązaniem (The Society for Emotion and Attachment Studies, SEAS) oraz Polski Oddział Badań nad Emocjami i Przywiązaniem (<https://seaspolska.org/>).

² W skali ECR-R ocenie podlegają dwa wymiary przywiązania – unikanie przywiązaniowe i niepokój przywiązaniowy. Ich pojawienie się zależy od sposobu zaspokojenia potrzeb przywiązaniowych, które uruchamiają się na skutek aktywizacji systemu przywiązania w sytuacji trudnej, zagrażającej, wzbudzającej lęk czy stres. Powodująca się wtedy potrzeba bliskości z obiektem przywiązania/osobą bliską wywołuje u jednostki, na poziomie motywacyjnym, tendencję do dążenia do bliskości (behawioralnej u dzieci, symbolicznej u dorosłych) z osobą bliską (Lubiewska i in., 2016, s. 50). Taki sposób zaspokajania potrzeby bliskości nazywany jest pierwotną strategią przywiązaniową; charakteryzuje on osoby o przywiązaniu ufnym/bezpiecznym. Z kolei wtórne strategie przywiązaniowe (dezaktywacja, hiperaktywacja) są uruchamiane przez osoby przywiązane w sposób pozabezpieczny. Dezaktywacja oznacza negowanie potrzeby bliskości, unikanie jej, odczuwanie dyskomfortu w wyniku bliskości, a także świadczy o unikaniu przywiązaniowym. Hiperaktywacja z kolei wyraża się w nadmiernej potrzebie bliskości i niepokoju o dostępność wsparcia. Niski poziom niepokoju i unikania jest wskaźnikiem ufności przywiązaniowej (Mikulincer, Shaver, 2007; Lubiewska i in., 2016).

W realizowanych badaniach, w związku z brakiem istotnych zależności z wymiarem niepokoju a satysfakcją z życia, analizowane jest znaczenie wymiaru unikania w odniesieniu do zasobów osobistych i satysfakcji z życia osób z diagnozą schizofrenii.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S.N. (1978), *Patterns of attachment: A psychosocial study of the strange situation and at home*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Badura-Brzoza K., Piegza M., Błachut M., Ścisło P., Leksowska A., Gorczyca P. (2012), Ocena wpływu wybranych czynników psychicznych i socjodemograficznych na jakość życia pacjentów ze schizofrenią. *Psychiatria Polska*, 46(6), 975–984.
- Baron R.M., Kenny D.A. (1986), The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173–1182. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.51.6.1173>.
- Bartholomew K., Horowitz L.M. (1991), Attachment styles among young adults: A test of four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226–244. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>.
- Basińska M.A., Sołtys M., Peplińska S., Kawiecka-Dziembowska B., Kwiatkowska J., Borzyszkowska A. (2017), Zasoby osobiste – prężność i nadzieja – a elastyczność w radzeniu sobie: moderująca rola poczucia stresu. *Psychoonkologia*, 21(3), 100–112. doi: <https://doi.org/10.5114/pson.2017.77298>.
- Berek M. (2019), Charakter więzi wytworzonych w dzieciństwie a rozwój anhedonii w dorosłym życiu. *Psychologia Rozwojowa*, 24(3), 33–47. doi: 10.4467/20843879PR.19.015.11293.
- Bieleńska A. (2006), Psychoterapia indywidualna osób z diagnozą schizofrenii. *Psychoterapia*, 3(138), 75–86.
- Bowlby J. (1973), *Attachment and Loss: Volume 2: Separation. Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (2007), *Przywiązanie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Cechnicki A., Wojciechowska A., Valdez M. (2007), Sieć społeczna a jakość życia osób chorujących na schizofrenię w siedem lat od pierwszej hospitalizacji. *Psychiatria Polska*, 4, 527–537.
- Chodkiewicz J. (2005), *Zmagając się ze światem. Znaczenie zasobów osobistych*. <http://www.psychologia.net.pl/artukul.php?level=136> (dostęp: 18.05.2021).
- Chrzastowski S. (2012), Między nadmierną bliskością a odrzuceniem – rodziny osób z rozpoznaniem zaburzeń osobowości lub schizofrenii. W: B. Tryjarska (red.), *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*, 123–146. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Chudzikiewicz P. (2013), Wybrane aspekty doświadczania bliskich związków w kontekście schizofrenii. *Psychiatria i Psychoterapia*, 9(2), 3–16.
- Cutrona C.E. (1996), *Social support in couples*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Cutrona C.E., Shaffer P.A., Wesner K.A., Gardner K.A. (2007), Optimally matching support and perceived spousal sensitivity. *Journal of Family Psychology*, 21, 754–758.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985), The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75.

- Doroszewicz K. (2008), Bliskie związki a jakość życia. *Psychologia Jakości Życia*, 7(1, 2), 5–18.
- Fraley R.C., Waller N.G., Brennan K.A. (2000), An Item Response Theory Analysis of Self-Report Measures of Adult Attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 350–365. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.78.2.350>.
- Franken R. (2005), *Psychologia motywacji*. Gdańsk: GWP.
- Górna K., Jaracz K., Rybakowski J. (2009), Zależność między objawami psychopatologicznymi a jakością życia chorych po pierwszym epizodzie schizofrenii. *Badania prospektywne. Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 9(3), 189–199.
- Hajduk A., Owsianowska J, Robaszkiewicz R., Michałowska Z. (2008), Ocena jakości życia pacjentów ze schizofrenią. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 89(3), 437–440.
- Hazan C., Shaver P. (1987), Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>.
- Herrman H., Stewart D.E., Diaz-Granados N., Berger E.L., Jackson B., Yuen T. (2011), What is resilience? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 58–65. <https://doi.org/10.1177/070674371105600504>.
- Hobfoll S.E. (2002), Social and psychological resources and adaptation. *Review of General Psychology*, 6(4), 307–324. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.6.4.307>.
- Hobfoll S.E. (2006), *Stres, kultura i społeczność. Psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Holt-Lunstad, J., Birmingham, W., Jones, B. Q. (2008), Is There Something Unique about Marriage? The Relative Impact of Marital Status, Relationship Quality, and Network Social Support on Ambulatory Blood Pressure and Mental Health, *The Society of Behavioral Medicine*, 35, 239–244.
- Horan W.P., Ventura J., Mintz J., Kopelowicz A., Wirshing D., Christian-Herman J., Foy D., Liberman P.R. (2007), Stress and coping responses to a natural disaster in people with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 151, 77–86. doi: 10.1016/j.psychres.2006.10.009.
- Juczyński, Z. (2009), *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.
- Kaźmierczak M., Płopa M. (2006), Style przywiązaniowe partnerów a jakość komunikacji w małżeństwie. *Psychologia Rozwojowa*, 4, 115–126.
- Król-Kuczkowska A. (2008), Teoria przywiązania jako sposób rozumienia wewnętrznego świata pacjenta. W: B. Józefik, G. Iniewicz (red.), *Koncepcja przywiązania. Od teorii do praktyki klinicznej*, 75–89. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kühn-Dymecka A. (2012), Występowanie wybranych zasobów osobistych u osób z rozpoznaniem schizofrenii. *Psychiatria Polska*, XLVI (2), 167–176.
- Liberska H., Suwalska D. (2011a), Attachment and partnership in a close relationship. W: H. Liberska (red.), *Relations in marriage and family: genesis, quality and development*, 31–51. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Liberska H., Suwalska D. (2011b), Quality of close relationship from the viewpoint of attachment theory. W: H. Liberska (red.), *Current psychosocial problems in traditional and novel approaches*, 59–78. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.
- Liberska, H., Suwalska D. (2011c), Znaczenie przywiązania dla funkcjonowania młodych dorosłych w związkach intymnych. W: H. Liberska, A. Malina (red.), *Wybrane problemy współczesnych małżeństw i rodzin*, 69–86. Warszawa: Difin.
- Liu D., Diorio J., Tannenbaum B., Caldji C., Francis D., Freedman A., Sharma D., Pearson S., Meaney M.J. (1997), Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. *Science*, 277(5332), 1659–1662. doi: 10.1126/science.277.5332.1659.
- Lubiewska, K., Głogowska, K., Mickiewicz, K., Wojtyńkiewicz, E., Izdebski, P., Wiśniewski, C. (2016), Skala Experience in Close Relationships-Revised: Struktura, rzetelność oraz skrócona wersja skali w polskiej próbie. *Psychologia Rozwojowa*, 1, 49–63.
- Lyons-Ruth K. (1996), Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 64–73. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.1.64>.

- Main M., Kaplan N., Cassidy J. (1985), Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2), 66–104.
- Malina A., Pooley J.A., Harms C. (2016), Skala Osobistej Adaptacyjności – polska adaptacja Lifespan Individual Resilience Scale. *Przegląd Psychologiczny*, 59(4), 435–450.
- Marchwicki, P. (2006), Teoria przywiązania J. Bowlby’ego. *Seminare* 23, 365–383.
- Mikulincer M. (1995), Attachment style and the mental representation of the self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 1203–1215.
- Mikulincer M., Florian V. (1998), The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. W: J.A. Simpson, W.S. Rholes (eds.), *Attachment theory and close relationships*, 143–165. New York: Guilford Press.
- Mikulincer M., Shaver P.R. (red.) (2007), *Attachment in adulthood. Structure, dynamics, and change*. New York; London: The Guilford Press.
- Mróz J. (2014), Znaczenie zasobów osobistych dla zachowań i przeżyć związanych z pracą pielęgniarek. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 95(3), 731–736.
- Namysłowska I., Siewierska A. (1993), Miejsce terapii rodzin w leczeniu schizofrenii. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2, 351–357.
- Ochojska D., Radochoński M. (1997), Choroba w rodzinie. Style zmagania się z sytuacją trudną. *Problemy Rodziny*, 6, 19–22.
- Ogińska-Bulik N. (2014), Prężność psychiczna a zadowolenie z życia osób uzależnionych od alkoholu. *Alcoholism and Drug Addiction*, 24(7), 319–324.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2010), *Osobowość, stres a zdrowie*. Warszawa: Difin.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2012), Prężność jako wyznacznik pozytywnych i negatywnych konsekwencji doświadczanej sytuacji traumatycznej. *Polskie Forum Psychologiczne*, 17(2), 395–410.
- Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. (2008), Skala pomiaru prężności – SPP-25. *Nowiny Psychologiczne*, 3, 39 – 56.
- Ogińska-Bulik N., Zadworna-Cieślak M., Rogala E. (2015), Rola zasobów osobistych w podejmowaniu zachowań zdrowotnych przez osoby w wieku senioralnym. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 96(3), 570–577.
- Perlman D. (2007), The best times, the worst times: the place of close relationships in psychology and our daily lives. *Canadian Psychology*, 48 (1), 7–18.
- Pietromonaco P.R., Feldman Barrett L. (2000), The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others? *Review of General Psychology*, 4, 155–175.
- Płopa M. (2005), *Więzi w małżeństwie i rodzinie. Metody badań*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Płopa M. (2007), *Psychologia rodziny: Teoria i badania*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Płopa M. (2019), O wrodzonej potrzebie doświadczania podmiotowości i miłości perspektywa teorii przywiązania. *Studia Elbląskie*, 20, 485–501.
- Pooley J.A., Cohen L. (2010), Resilience: A Definition in Context. *The Australian Community Psychologist*, 22(1), 30–37.
- Poprawa R. (2008), Samoocena jako miara podmiotowych zasobów radzenia sobie i szczęścia człowieka. W: I. Heszen, J. Życińska (red.), *Psychologia zdrowia. Psychologia zdrowia w poszukiwaniu pozytywnych inspiracji*, 89 – 102. Warszawa: SWPS Academica.
- Ryś M. (1999), *Psychologia małżeństwa w zarysie*. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej Ministerstwa Edukacji Narodowej.
- Schore A.N. (1996), The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 8(1), 59–87. <https://doi.org/10.1017/S0954579400006970>.
- Semmer N. (2006), Job stress interventions and the organization of work. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 32(6), 515–527. doi: 10.5271/sjweh.1056.
- Senator D. (2012), Główne tezy teorii przywiązania. W: B. Tryjarska (red.), *Bliskość w rodzinie. Więzi w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe.
- Shaver, P.R., Mikulincer, M., Feeney, B.C. (2009), What’s Love Got to Do with It? Insecurity and Anger in Attachment Relationships. *Virginia Journal of Social Policy & the Law*, 16(2), 491–513.
- Sierau S., Herzberg P.Y. (2012), Conflict Resolution as a Dyadic Mediator: Considering the Partner Perspective on Conflict Resolution. *European Journal of Personality*, 26, 221–232. <https://doi.org/10.1002/per.828>.

- Spangler G. (1991), The emergence of adrenocortical circadian function in newborns and infants and its relationship to sleep, feeding and maternal adrenocortical activity. *Early Human Development*, 25(3), 197–208. doi: 10.1016/0378-3782(91)90116-k.
- Stawicka M. (2008), *Autodestruktywność dziecięca w świetle teorii przywiązania*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Straś-Romanowska M. (1992), *Los człowieka jako problem psychologiczny. Podstawy teoretyczne*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.
- Straś-Romanowska M., Lachowicz-Tabaczek K., Szmajke A. (red.) (2005), *Jakość życia w badaniach empirycznych i refleksji teoretycznej*. Warszawa: Komitet Naukowy PAN.
- Uchino B.N., Cacioppo J.T., Kiecolt-Glazer J.K. (1996), The relationship between social support and psychological process: A review with emphasis on underlying mechanism and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488–531.
- Uchnast Z. (1997), Prężność osobowa: Empiryczna typologia i metoda pomiaru. *Roczniki Filozoficzne*, 45(4), 27–51.
- Uznańska K., Czabała J.C. (2004), Cechy osobowości a związki małżeńskie osób chorych na schizofrenię. *Psychiatria Polska*, 38(3), 409–419.
- Wiśniewski C. (2011), *Przywiązanie a kontrola emocjonalna*. Niepublikowana praca magisterska.
- Wojciszke B. (2005), *Psychologia miłości*. Gdańsk: GWP.
- Wright P. (2008), Schizofrenia i inne zaburzenia psychotyczne. W: P. Wright, J. Stern, M. Phelan (red.), *Psychiatria. Sedno*, t. 1, s. 257–286, tłum. D. Bibułowicz i in. Wrocław: Elsevier Urban & Partners.