

AGNIESZKA WAWIÓRKO, LIDIA ZABŁOCKA-ŻYTKA

Akademia Pedagogiki Specjalnej, Instytut Psychologii

## STYLE PRZYWIĄZANIA MŁODYCH DOROSŁYCH – W POSZUKIWANIU KORELATÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

**Streszczenie:** Style przywiązania od dziecięctwa analizowane są w kontekście rozwoju i funkcjonowania dzieci i młodzieży. Interesująca wydaje się analiza znaczenia stylów przywiązania także w życiu dorosłym, m.in. w kontekście zdrowia psychicznego. W artykule przedstawiono wybrane wyniki badań własnych dotyczących związku między stylami przywiązania a zdrowiem psychicznym u młodych dorosłych. Przeprowadzono badania z udziałem 96 osób, w tym 60 kobiet i 36 mężczyzn. Użyto Kwestionariusza Stylów Przywiązania (KSP), Kwestionariu-

sza Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ-28 oraz ankiety własnej. Analizy statystyczne wykazały dodatni związek stylu lękowo-ambiwalentnego z symptomami somatycznymi, niepokojem, symptomami depresji oraz stylu unikowego z niepokojem i symptomami depresji. Bezpieczny styl przywiązania okazał się ujemnie skorelowany z symptomami depresji.

**Słowa kluczowe:** style przywiązania, młodzi dorośli, zdrowie psychiczne, przywiązanie.

### WPROWADZENIE

Aktualna wiedza na temat formowania się więzi przywiązania oraz jej konsekwencji dla rozwoju człowieka jest oparta na teorii przywiązania Johna Bowlby'ego (1969, za: Marchwicki, 2009), która stanowiła podstawę teoretyczną wyjaśniania zaburzeń emocjonalnych w konsekwencji oddzielenia od matki (lub jej utraty) w pierwszych miesiącach i latach życia dziecka. Przywiązanie według Bowlby'ego (1988, za: Marchwicki, 2009) to stan, w którym dana jednostka odczuwa silną tendencję do szukania bliskości innej konkretnej jednostki, szczególnie w sytuacjach stresu, trudności lub zagrożenia. Tendencja ta jest stała, niezależna od aktualnej sytuacji i ulega jedynie powolnym zmianom w czasie. Nowatorskie pojęcie zaprezentowane przez Bowlby'ego stało się źródłem inspiracji dla dużej grupy badaczy. Jednym z nich była Mary S.D. Ainsworth, której zawdzięcza się intensywny rozwój badań empirycznych oraz ugotowanie drogi do weryfikacji teoretycznych idei Bowlby'ego. Ainsworth wyróżniła trzy style przywiązania: bezpieczny, który jest modelem optymalnym i normatywnym – wyrazem niezaburzonego i zdrowego rozwoju więzi między dzieckiem a matką; styl lękowo-unikający oraz lękowo-oporujący, będące wyrazem zakłóconego rozwoju więzi przywiązania, przez co nie zapewniają dziecku poczucia bezpieczeństwa (Ainsworth, Blehar, Waters, Wall, 1978).

Przyjmuje się, że wzorce przywiązania mogą stanowić początek dla odmiennych ścieżek rozwojowych (Waddington, 1957). Tworzenie więzi przywiązania następuje w pierwszym roku życia, kiedy to dziecko wykazuje wysoki poziom niesamodzielności i ma ograniczony zakres możliwości komunikacyjnych – zaspokojenie więc jego potrzeb oraz zapewnienie poczucia bezpieczeństwa wymaga od opiekuna wielu kompetencji (poznawczych, emocjonalnych, społecznych). Wypracowane modele robocze są potem wnoszone do nowych doświadczeń i relacji oraz wpływają na zachowania i oczekiwania osoby. Okoliczności, które sprzyjają wyzwalaniu zachowań przywiązaniowych u dorosłych potwierdzają fakt, że zachowania te stanowią bezpośrednią kontynuację doświadczeń z dzieciństwa. Potwierdzają to wyniki badań podłużnych przeprowadzonych przez Watersa i in. (1995, za: Wojciszke, 2006), gdzie u 72% badanych 21-latków zauważono taki sam styl przywiązania, jak podczas diagnozy w 12. miesiącu ich życia. Z kolei sposób nawiązywania relacji, styl przywiązania mogą mieć także znaczenie dla dalszego rozwoju młodych ludzi, ich dorosłego życia, realizowania zadań rozwojowych, w tym wyboru małżonka, uczenia się współżycia z nim, założenia własnej rodziny, wychowania dzieci, prowadzenia domu, rozpoczynania pracy zawodowej, podjęcia obowiązków obywatelskich, znalezienia pokrewnej grupy społecznej (Havighurst, 1953, za: Gurba, 2009).

Osoby dorosłe, cechujące się bezpiecznym stylem przywiązania, nie mają problemów z bliskimi kontaktami, czują się w nich swobodnie, nie boją się być zależnymi od drugiej osoby oraz nie obawiają się długotrwałych związków. Są elastyczne, otwarte, potrafią monitorować stany własnego umysłu, a swoje doświadczenia poddają refleksji. Inni ludzie są postrzegani przez nich jako godni zaufania, pomocni, mający pozytywne intencje. Badanie Levy'ego (1993) wykazało, że osoby o bezpiecznym stylu przywiązania przejawiają mniej zaburzeń schizoidalnych, schizotypowych czy społecznych (za: Blatt, Levy, 2003). Dorośli przejawiający lękowo-unikający styl przywiązania nie czują się zbyt dobrze w bliskim kontakcie, przejawiają lęk przed intymnością, preferują pozostawanie niezależnymi od innych ludzi, a także źle tolerują, kiedy inni są zależni od nich. Żyją w przekonaniu, że inni ludzie są im niepotrzebni, aby osiągnąć szczęście, więc wolą unikać bliskich związków. Dorośli reprezentujący styl lękowo-ambiwalentny pragną jak największej bliskości w związku, podczas gdy jednocześnie obawiają się zerwania związku przez partnera oraz odrzucenia. Mogą łatwo reagować złością, napięciem i mają problem z kontrolowaniem tych uczuć (Tryjarska, 2010). Budowanie trwałych i głębokich relacji interpersonalnych to jeden ze wskaźników zdrowia psychicznego (Turner i in., 2007, za: Sokołowska, Zabłocka-Żytka, Kluczyńska, Wojda-Kornacka, 2015). Z kolei trudność w utrzymaniu bliskich relacji, a tym samym realizacji niektórych zadań rozwojowych pojawia się w przebiegu niektórych zaburzeń zdrowia psychicznego, m.in. niektórych zaburzeń osobowości, czy też jest jedną z przyczyn kryzysów zdrowia psychicznego (Kubacka-Jasiecka, 2008).

Bowlby (1973, za: Blatt, Levy, 2003) postulował, że pozabezpieczne style przywiązania mają swoje podłoże w pewnych zaburzonych cechach osobowościowych, a osoby charakteryzujące się tymi stylami mają zwiększoną szansę na wystąpienie objawów psychopatologicznych. W przeprowadzonych badaniach dotyczących związku między stylami przywiązania a zdrowiem psychicznym zaobserwowano silny związek między pozabezpiecznymi stylami przywiązania a dobrostanem psychicznym, szczególnie jeśli chodzi o styl lękowo-ambiwalentny. Styl ten był w znaczącym stopniu powiązany z lękiem, drażliwością, samotnością oraz gorszym zdrowiem psychicznym (Kafetsios, Sideridis, 2006). W swoich badaniach Fisher i Hood (1987, za: Carr, Colthurst, Coyle,

Elliott, 2013) wykazali, że studenci pierwszego roku ujawniają znacznie podwyższone poziomy dystresu psychologicznego, a teoria przywiązania może służyć za predyktor ich doświadczeń podczas tego potencjalnie stresującego okresu.

Coraz więcej młodych ludzi korzysta z pomocy specjalistów zdrowia psychicznego. Istotne wydaje się poszukiwanie przyczyn kryzysów zdrowia psychicznego, by z jednej strony przeciwdziałać im, a z drugiej – efektywnie pomagać. W tym kontekście interesująca wydaje się analiza stylów przywiązania prezentowanych wśród młodych dorosłych, zarówno studentów, jak i osób pracujących.

## METODA

Celem badania była charakterystyka wzorców przywiązaniowych i zdrowia psychicznego młodych ludzi oraz opis związku między przejawianymi wzorcami przywiązaniowymi i stanem zdrowia psychicznego. Postawiono następujące pytania badawcze:

1. Czy osoby charakteryzujące się bezpiecznym stylem przywiązania wykazują wyższy poziom zdrowia psychicznego?
2. Czy osoby z pozabezpiecznym stylem przywiązania charakteryzują się gorszym zdrowiem psychicznym?

Na podstawie pytań badawczych wyodrębniono 2 hipotezy:

H1. Im wyższy poziom bezpiecznego stylu przywiązania, tym wyższy poziom zdrowia psychicznego.

H2. Im wyższy poziom pozabezpiecznego stylu przywiązania, tym wyższe wyniki w poszczególnych podskalach zdrowia psychicznego.

### Osoby badane

Grupę badaną stanowiło 96 osób ( $n = 96$ ) w okresie wczesnej dorosłości, w tym 60 kobiet i 35 mężczyzn. Średnia wieku wyniosła 23,13 lat ( $SD = 3,325$ ), najmłodsza osoba badana miała 19 lat, podczas gdy najstarsza 35 lat. Osoby badane zapytano także o to, czy kiedykolwiek korzystały z pomocy psychiatry lub psychologa oraz odpowiednio z farmakoterapii lub psychoterapii. Spośród badanych ok. 26% uczęszczało w swoim życiu na psychoterapię, 15,6% korzystało z pomocy psychiatrycznej, a 12,5% z farmakoterapii.

### Procedura

Badanie było badaniem pilotażowym w populacji nieklinicznej. Odkonano je w okresie od stycznia do marca 2017 roku w Warszawie oraz Ełku, zarówno indywidualnie, jak i grupowo. Kwestionariusze były rozdawane w zakładzie pracy oraz w prywatnych mieszkaniach. Część spotkań odbyła się grupowo, a w przypadkach indywidualnego ich wypełniania została zastosowana metoda kuli śnieżnej. Osoby badane otrzymały zestaw kwestionariuszy w określonej kolejności – ankieta własna, Kwestionariusz Stylów Przywiązania Mirosława Płopy, Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ-28 Davida Goldberga Goldberga. Osoby badane były poproszone o wypełnienie ich w danej kolejności, co przeciętnie zajmowało ok. 10–15 minut. Kwestionariusze były wypełniane samodzielnie, badanie było anonimowe, a udział w nim dobrowolny. Z rozdanych 100 kwestionariuszy wypełnionych oraz zwróconych zostało 96.

### Narzędzia

Do zbadania stylów przywiązania użyto Kwestionariusza Stylów Przywiązania Mieczysława Plopy. Rozróżnia on trzy wymiary: styl bezpieczny, styl lękowo-ambiwalentny oraz styl unikowy (w dalszej części przyjęto takie nazewnictwo stylów przywiązania). Kwestionariusz ten służy do badania kobiet i mężczyzn, którzy mają doświadczenie bycia w bliskich związkach i składa się z 24 stwierdzeń. Badany ustosunkowuje się do każdego ze stwierdzeń na 7-stopniowej skali, gdzie 1 oznacza „zdecydowanie się nie zgadzam”, a 7 „zdecydowanie się zgadzam” (Plopa, 2008).

W celu opisu zdrowia psychicznego użyto Kwestionariusza Ogólnego Stanu Zdrowia GHQ-28 Davida Goldberga (2001) w adaptacji Zofii Makowskiej i Doroty Mecz. Kwestionariusz ten służy ocenie stanu zdrowia psychicznego osób dorosłych. Został on opracowany jako narzędzie przesiewowe, które ma pozwolić na wyodrębnienie osób, których stan psychiczny uległ załamaniu (czasowemu lub długookresowemu) w wyniku doświadczanych problemów, trudności lub wskutek choroby psychicznej. GHQ-28 składa się z czterech skal (symptomy somatyczne; niepokój, bezsenność; zaburzenia funkcjonowania; symptomy depresji), z których każda zawiera 7 pytań. Osoba badana odnosi się do każdego ze stwierdzeń na czterostopniowej skali, na którą składają się m.in. takie odpowiedzi jak „lepiej niż zwykle”, „w ogóle nie”, „tak samo jak zwykle”, „nie bardziej niż zwykle”, „raczej bardziej niż zwykle”, „raczej gorzej niż zwykle” oraz „znacznie bardziej niż zwykle”, „znacznie wolniej niż zwykle”.

Badani udzielali odpowiedzi także na pytania ankiety własnej dotyczące wieku, wykształcenia, miejsca spędzania dzieciństwa, długości najdłuższego związku czy struktury rodziny, w jakiej się wychowywali oraz korzystania lub nie z konsultacji i pomocy lekarza psychiatry oraz psychologa.

### WYNIKI

Wykonano analizę podstawowych statystyk opisowych wraz z testami Kołmogorowa-Smirnowa, testy  $t$  Studenta dla prób niezależnych, analizy korelacji ze współczynnikiem  $r$  Pearsona oraz analizy korelacji rangowej  $\rho$  Spearmana, a także analizy regresji liniowej metodą krokową. Za poziom istotności uznano  $p < 0,05$ . Wyniki  $p$  w zakresie od 0,05 do 0,1 były uznawane za wyniki bliskie istotności statystycznej (poziom tendencji statystycznej). Statystyki opisowe dla skal zdrowia psychicznego oraz stylów przywiązania przedstawiono w tabeli 1.

W celu weryfikacji hipotez 1 i 2 zdecydowano się sprawdzić związek stylów przywiązania osób badanych z ich poziomem zdrowia psychicznego. W tym celu wykonano serię analiz korelacji ze współczynnikiem  $r$  Pearsona. Uzyskano szereg wyników istotnych statystycznie. Wyniki wszystkich przeprowadzonych analiz zestawiono w tabeli 2.

Poziom symptomów depresji jest ujemnie skorelowany z bezpiecznym stylem przywiązania. Oznacza to, że im wyższy poziomem stylu bezpiecznego, tym mniejsze symptomy depresji. Siła odnotowanego związku była niska. Pozostałe korelacje są dodatnie, co pozwala stwierdzić, że wraz ze wzrostem poziomu jednej zmiennej zwiększają się również wyniki drugiej zmiennej. Takie korelacje odnotowano w przypadku stylu lękowo-ambiwalentnego i symptomów somatycznych, niepokojem oraz symptomów depresji, a także między stylem unikowym a niepokojem i symptomami depre-

TABELA 1. Podstawowe statystyki opisowe skal stylów przywiązania oraz zdrowia psychicznego

|                           | <i>M</i> | <i>Me</i> | <i>SD</i> | <i>Sk.</i> | <i>Kurt.</i> | Min. | Maks. |
|---------------------------|----------|-----------|-----------|------------|--------------|------|-------|
| styl bezpieczny           | 39,79    | 41        | 7,10      | -0,62      | 0,24         | 16   | 52    |
| styl lękowo-ambiwalentny  | 29,31    | 28        | 11,62     | 0,18       | -0,75        | 8    | 55    |
| styl unikowy              | 20,23    | 18        | 9,03      | 0,44       | -0,94        | 8    | 41    |
| symptomy somatyczne       | 7,80     | 7         | 4,05      | 0,22       | -0,82        | 0    | 17    |
| niepokój                  | 7,96     | 8         | 4,91      | 0,63       | 0,15         | 0    | 21    |
| zaburzenia funkcjonowania | 7,53     | 7         | 3,32      | 0,32       | 0,47         | 0    | 17    |
| symptomy depresji         | 4,09     | 2         | 4,57      | 1,23       | 0,90         | 0    | 20    |

*M* – średnia; *Me* – mediana; *SD* – odchylenie standardowe; *Sk.* – skośność; *Kurt.* – kurtozja; *Min* i *Maks.* – najniższa i najwyższa wartość rozkładu

TABELA 2. Powiązanie stylów przywiązania z poziomem zdrowia psychicznego osób badanych

|                           |                   | styl bezpieczny | styl lękowo-ambiwalentny | styl unikowy |
|---------------------------|-------------------|-----------------|--------------------------|--------------|
| symptomy somatyczne       | <i>r</i> Pearsona | -0,047          | 0,297*                   | 0,041        |
| niepokój                  | <i>r</i> Pearsona | -0,146          | 0,411***                 | 0,218*       |
| zaburzenia funkcjonowania | <i>r</i> Pearsona | -0,084          | 0,180                    | 0,127        |
| symptomy depresji         | <i>r</i> Pearsona | -0,210*         | 0,504***                 | 0,356***     |

\* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$

sji. Siła związku symptomów depresji z natężeniem stylu lękowo-ambiwalentnego jest duża, natomiast pozostałe korelacje cechują się co najwyżej przeciętną siłą.

Aby dokładniej zbadać odkryte i opisane związki, powtórzono analizę w podziale na kobiety i mężczyzn. Wyniki przedstawiono w tabeli 3.

Styl lękowo-ambiwalentny jest powiązany z poziomem niepokoju i symptomów depresji u obu płci oraz symptomami somatycznymi u kobiet. Wszystkie te związki są dodatnie, przy czym jedynie korelacja symptomów depresji u kobiet charakteryzuje się dużą siłą, natomiast wszystkie inne wymienione związki charakteryzują się przeciętną bądź niską siłą. W przypadku stylu unikowego odnotowano dodatnie korelacje z poziomem symptomów depresji u obu płci oraz z niepokojem i symptomami somatycznymi u mężczyzn. Wszystkie te związki charakteryzują się przeciętną siłą.

W celu pogłębienia uzyskanych wcześniej wyników zdecydowano się przeprowadzić cztery analizy regresji liniowej metodą krokową, w których zmiennymi zależnymi były poszczególne skale zdrowia psychicznego: symptomy somatyczne, niepokój, zaburzenia funkcjonowania oraz symptomy depresji. Jako możliwe predyktory zdecydowano się uznać trzy style przywiązania, a także wiek osób badanych (zgodnie z literaturą przedmiotu). W przypadku zmiennej zależnej symptomów somatycznych w pierwszym kroku do modelu wprowadzono styl lękowo-ambiwalentny. Zmienna ta wyjaśnia samodzielnie 8% wariacji zmiennej zależnej. Dodanie w kolejnym kroku zmiennej wieku sprawiło, że model był lepiej dopasowany, a procent wyjaśnionej

TABELA 3. Powiązanie stylów przywiązania z poziomem zdrowia psychicznego osób badanych w podziale na ich płeć

|                           |                   | styl bezpieczny |           | styl lękowo-ambiwalentny |           | styl unikowy |           |
|---------------------------|-------------------|-----------------|-----------|--------------------------|-----------|--------------|-----------|
|                           |                   | kobiety         | mężczyźni | kobiety                  | mężczyźni | kobiety      | mężczyźni |
| symptomy somatyczne       | <i>r</i> Pearsona | 0,010           | -0,245    | 0,272*                   | 0,282     | -0,091       | 0,348     |
| niepokój                  | <i>r</i> Pearsona | -0,157          | -0,223    | 0,376**                  | 0,437**   | 0,160        | 0,377     |
| zaburzenia funkcjonowania | <i>r</i> Pearsona | -0,055          | -0,150    | 0,197                    | 0,136     | 0,064        | 0,262     |
| symptomy depresji         | <i>r</i> Pearsona | -0,224          | -0,230    | 0,560***                 | 0,428     | 0,327*       | 0,429**   |

\* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* -  $p < 0,001$

wariancji w zakresie symptomów somatycznych wzrósł do 12%. Jak pokazują dane zawarte w tabeli 4, współczynnik  $\beta$  w przypadku obu predyktorów jest istotny statystycznie, przy czym w przypadku stylu lękowo ambiwalentnego cechuje się dodatnim znakiem, natomiast w przypadku wieku ujemnym.

TABELA 4. Współczynniki analizy regresji przewidującej poziom symptomów somatycznych na podstawie stylu lękowo-ambiwalentnego oraz wieku osób badanych

|                          | <i>B</i> | <i>SE</i> | Beta  | <i>t</i> | <i>R</i> <sup>2</sup> | Skor. <i>R</i> <sup>2</sup> | <i>F</i> |
|--------------------------|----------|-----------|-------|----------|-----------------------|-----------------------------|----------|
| model pierwszy           |          |           |       |          |                       |                             |          |
| (Stała)                  | 4,77     | 1,08      |       | 4,42***  | 0,09                  | 0,08                        | 9,08**   |
| styl lękowo-ambiwalentny | 0,10     | 0,03      | 0,30  | 3,01**   |                       |                             |          |
| model drugi              |          |           |       |          |                       |                             |          |
| (Stała)                  | 11,83    | 3,13      |       | 3,78***  | 0,14                  | 0,12                        | 7,6**    |
| styl lękowo-ambiwalentny | 0,09     | 0,03      | 0,26  | 2,72**   |                       |                             |          |
| wiek                     | -0,29    | 0,12      | -0,23 | -2,40*   |                       |                             |          |

\* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; \*\*\* -  $p < 0,001$

W przypadku zmiennej zależnej niepokoju w pierwszym kroku do modelu ponownie wprowadzono styl lękowo-ambiwalentny. Wyniki przeprowadzonej analizy zestawiono w tabeli 5.

Zmienna ta wyjaśnia samodzielnie 16% wariancji w zakresie niepokoju osób badanych. Dodanie w kolejnym kroku zmiennej wieku sprawiło, że model był lepiej dopasowany, a procent wyjaśnionej wariancji w zakresie zmiennej zależnej wzrósł o 4% do 20%. Współczynnik standaryzowany  $\beta$  w przypadku obu predyktorów jest istotny statystycznie. Ponownie w przypadku stylu lękowo ambiwalentnego cechuje się dodatnim znakiem, natomiast w przypadku wieku ujemnym.

W ostatniej analizie regresji, w której zmienną zależną jest poziom symptomów depresji, w pierwszym kroku wprowadzono styl lękowo-ambiwalentny. Samodzielnie

TABELA 5. Współczynniki analizy regresji przewidującej poziom niepokoju osób badanych na podstawie stylu lękowo-ambiwalentnego oraz ich wieku

|                          | Beta  | <i>t</i> | <i>R</i> <sup>2</sup> | Skor. <i>R</i> <sup>2</sup> | <i>F</i> |
|--------------------------|-------|----------|-----------------------|-----------------------------|----------|
| model pierwszy           |       |          |                       |                             |          |
| (Stała)                  |       | 2,29*    | 0,17                  | 0,16                        | 19,15*** |
| styl lękowo-ambiwalentny | 0,41  | 4,38***  |                       |                             |          |
| model drugi              |       |          |                       |                             |          |
| (Stała)                  |       | 3,02**   | 0,22                  | 0,20                        | 12,86*** |
| styl lękowo-ambiwalentny | 0,38  | 4,10***  |                       |                             |          |
| wiek                     | -0,22 | -2,37*   |                       |                             |          |

\* – *p* < 0,05; \*\* – *p* < 0,01; \*\*\* – *p* < 0,001

predyktor ten wyjaśnia ¼ wariacji w zakresie symptomów depresji osób badanych. Dodanie do modelu predyktora w postaci stylu unikowego nieznacznie zwiększyło zakres wyjaśnionej wariacji zmiennej zależnej o 2%. Wskaźniki β w przypadku obu predyktorów są istotne statystycznie i cechują się dodatnim znakiem (por. tab. 6).

TABELA 6. Współczynniki analizy regresji przewidującej poziom symptomów depresji u osób badanych na podstawie lękowo-ambiwalentnego i unikowego stylu przywiązania

|                          | Beta | <i>t</i> | <i>R</i> <sup>2</sup> | Δ <i>R</i> <sup>2</sup> | <i>F</i> |
|--------------------------|------|----------|-----------------------|-------------------------|----------|
| model pierwszy           |      |          |                       |                         |          |
| (Stała)                  |      | -1,55    | 0,25                  | 0,25                    | 32,05*** |
| styl lękowo-ambiwalentny | 0,50 | 5,66***  |                       |                         |          |
| model drugi              |      |          |                       |                         |          |
| (Stała)                  |      | -2,34*   | 0,29                  | 0,27                    | 18,66*** |
| styl lękowo-ambiwalentny | 0,43 | 4,56***  |                       |                         |          |
| styl unikowy             | 0,19 | 2,04*    |                       |                         |          |

\* – *p* < 0,05; \*\* – *p* < 0,01; \*\*\* – *p* < 0,001

## DYSKUSJA WYNIKÓW

Przeprowadzone badania oraz analizy pozwoliły uchwycić w badanej grupie zależności między reprezentowanym stylem przywiązania a zdrowiem psychicznym młodych dorosłych. Zaobserwowano związek między stylami przywiązania a poziomem zdrowia psychicznego w poszczególnych podskalach kwestionariusza GHQ. W przypadku stylu bezpiecznego zauważono ujemną korelację jedynie z symptomami depresji i tylko w tym zakresie potwierdzona została hipoteza pierwsza. W przypadku stylów pozabezpiecznych odnotowano silne i umiarkowanie silne związki z takimi skalami, jak symptomy somatyczne, niepokój oraz symptomy depresji, co potwierdza hipotezę 2. Ponadto odnotowano tu zgodność z wynikami wcześniejszych badań na ten temat. W świetle teorii może to mieć związek z czynnikami determinującymi zdrowie psy-

chiczne, wśród których znajdują się utrzymywanie związków interpersonalnych oraz radzenie sobie ze stresem i innymi trudnymi emocjami.

Wiele badań (Fagot, 1990, za: Barry i in., 2015; Hori, Kobayashi, 2010, za: Tamaki, Takahashi, 2013) wykazuje, że osoby charakteryzujące się pozabezpiecznym stylem przywiązania uzyskują niższe wyniki na skalach umiejętności społecznych, są bardziej skłonne podejmować zachowania antyspołeczne, co w dalszym rozumieniu może mieć związek z pogorszonym zdrowiem psychicznym. Z kolei u osób charakteryzujących się stylem bezpiecznym odnotowano niższy poziom symptomów depresji. Jak donoszą Kanemasa i Daibo (2003, za: Tamaki, Takahashi 2013), osoby o bezpiecznym stylu przywiązania wykazują się lepszym zdrowiem psychicznym oraz pozytywną percepcją siebie, co ma związek z wypracowanymi stylami radzenia sobie ze stresem oraz przeświadczeniem o byciu akceptowanym przez innych. Osiągnięcie bezpiecznego stylu przywiązania, w przeciwieństwie do stylów pozabezpiecznych, ma dalekosiężne konsekwencje dla psychospołecznego rozwoju dziecka, np. zdrowia psychicznego oraz zmniejszonego ryzyka chorób psychicznych (Groh i in., 2012).

W trosce o kształtowanie i utrzymanie zdrowia psychicznego istotne są poszukiwanie i analiza potencjalnych determinantów zdrowia. W związku z przeprowadzonymi analizami i obserwacją związku między wybranymi stylami przywiązania oraz podskalami opisującymi zdrowie psychiczne zdecydowano się na próbę predykcji i przeprowadzono dodatkowe analizy z uwzględnieniem stylów przywiązania oraz wieku osób badanych. Na zmienną wieku zdecydowano się m.in. na podstawie badań wskazujących na większą zależność stylów pozabezpiecznych ze zdrowiem psychicznym wśród młodszych osób (Kafetsios, Sideridis, 2006). W celu oszacowania predyktorów zdrowia psychicznego do modelu wprowadzono styl lękowo-ambiwalentny, co wyjaśniało 8% wariancji zmiennej zależnej, którą była podskala symptomów somatycznych. W kolejnym kroku dodano zmienną wieku, dzięki czemu procent wyjaśnianej wariancji wzrósł do 12%. Styl lękowo-ambiwalentny wyjaśniał także 16% wariancji w zakresie niepokoju osób badanych, a dodanie zmiennej wieku zwiększyło procent wyjaśnianej wariancji do 20%. Styl ten też wyjaśniał samodzielnie 25% wariancji w zakresie symptomów depresji. Może mieć to związek z tym, że osoby charakteryzujące się lękowo-ambiwalentnym stylem przywiązania uwydatniają negatywne emocje i są bardziej podatne na sytuacje stresowe poprzez używanie odmiennych strategii regulacji afektu niż osoby o bezpiecznym stylu przywiązania. Przeprowadzone badania potwierdziły, że styl ten w znaczącym stopniu jest powiązany z podwyższonym poziomem lęku oraz gorszym zdrowiem psychicznym (Kafetsios, Sideridis, 2006). Stres i strategie radzenia sobie z nim są jednymi z ważnych determinantów zdrowia psychicznego, tak więc osoby charakteryzujące się lękowo-ambiwalentnym stylem przywiązania, będąc bardziej podatnymi na sytuacje stresowe, mogą wykazywać się gorszym zdrowiem psychicznym. Może to wyjaśniać także większą ilość symptomów somatycznych, ponieważ długotrwały stres w określonych okolicznościach może wywołać zmiany czynnościowe, które prowadzić mogą do zmian chorobowych, takich jak nadciśnienie tętnicze, wrzody żołądka i dwunastnicy lub też zaostrzać istniejące procesy chorobowe (Tylka, 2010). Jednak są to tylko przypuszczenia na podstawie wcześniejszych badań i przeglądu literatury, ponieważ stres nie był zmienną kontrolowaną w prezentowanych badaniach własnych.

Każdy z opisanych stylów przywiązania zawiera pewną historię tworzenia relacji oraz wzorców relacji, które stają się utrwalonymi mechanizmami mogącymi wpływać na stan zdrowia psychicznego. Style przywiązania mogą odzwierciedlać jakość więzi



i pozwalają lepiej poznać pewne mechanizmy kierujące jednostką oraz zwrócić uwagę na poziom jej zdrowia psychicznego, aby w odpowiednim momencie wychwycić ewentualne zaburzenia. Wnioski te są znaczące szczególnie dla psychoterapii, ponieważ przeszłość pacjenta może mieć duże znaczenie, chociażby jeśli chodzi o stosunek do terapeuty. Okres wchodzenia w dorosłość charakteryzuje podejmowanie nowych ról, z czym często może wiązać się konieczność radzenia sobie z wieloma sprzecznościami, co zwiększa ryzyko wystąpienia problemów psychicznych. Obserwując potencjalne czynniki mogące osłabić zdrowie psychiczne młodych ludzi, należy zwrócić uwagę na istotność zwiększania świadomości dotyczącej zdrowia psychicznego oraz organizacji dodatkowego wsparcia w trudnych dla nich okresach.

Badania potwierdziły pozytywny związek bezpiecznego stylu przywiązania oraz zdrowia psychicznego, a także negatywną korelację zdrowia psychicznego ze stylami pozabezpiecznymi: stylem lękowo-ambivalentnym oraz unikającym. Pociąga to za sobą pewne wnioski, które są bardzo istotne w kwestii wychowywania dzieci. Istotna wydaje się edukacja młodych rodziców dotycząca wytworzenia u dziecka bezpiecznego stylu przywiązania, ponieważ niesie to za sobą długotrwałe efekty dla jego przyszłego rozwoju oraz jakości życia, w tym zdrowia psychicznego i związków interpersonalnych. Uzyskane wyniki podkreślają istotność przywiązania na polu zdrowia psychicznego, a także promowania tej wiedzy u młodych dorosłych w celu zrozumienia nie tylko potrzeb własnych, ale i innych osób. Jednocześnie prezentowanie wyników badań wskazują na szerokie pole do dalszej eksploracji i analizy problemu.

Badanie własne posiada pewne ograniczenia, które mogą zostać wyeliminowane przy próbach jego replikacji. Warto powiększyć grupę osób badanych oraz poszerzyć ją o liczbę mężczyzn, aby grupy kobiet i mężczyzn były możliwie jak najbardziej zbliżone ilościowo. W badaniu zapytano jedynie o korzystanie z pomocy lekarza psychiatry lub psychologa i przyjmowanie leków, ponieważ badano osoby zdrowe. Nie były kontrolowane także poziom stresu, zmienne zdrowotne oraz zaburzenia, co warto wziąć pod uwagę, przeprowadzając kolejne badania, ponieważ osoby uzyskujące podwyższone wyniki na poszczególnych podskalach zdrowia psychicznego mogły mieć zdiagnozowane zaburzenia zdrowia psychicznego. Warto też rozważyć rozszerzenie badania o grupę eksperymentalną i zbadać również osoby korzystające z pomocy specjalistów w poradniach psychologicznych.

## BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: Psychological Study of the Strange Situation*. Hillsdale, New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Barry, J.A., Seager, M., Brown, B. (2015). Gender differences in the association between attachment style and adulthood relationship satisfaction (brief report). *New Males Studies* 4, 63–74.
- Blatt, S.J., Levy, K.N. (2003). Attachment Theory, Psychoanalysis, Personality Development, and Psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry*, 23(1), 102–152.
- Carr, S., Colthurst, K., Coyle, M., Elliott, D. (2013). Attachment dimensions as predictors of mental health and psychosocial well-being in the transition to university. *European Journal of Psychology of Education*, 28(2), 157–172.
- Goldberg, D. (2001). Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy

- GHQ-12 i GHQ-28. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.
- Groh, A.M., Roisman, G.I., IJzendoorn van, M.H., Bakermans-Kranenburg, M.J., Fearon, R.P. (2012). The Significance of Insecure and Disorganized Attachment for Children's Internalizing Symptoms: A Meta-Analytical Study, *Child Development*, 83, 591–610.
- Gurba, M. (2009). Wczesna dorosłość. W: B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia człowieka* (s. 202–233). Warszawa: WN PWN.
- Kafetsios, K., Sideridis, G.D. (2006). Attachment, Social Support and Well-Being in Young and Older Adults. *Journal of Health Psychology*, 11(6), 863–876.
- Kubacka-Jasiecka, D. (2008). *Interwencja kryzysowa z perspektywy psychosocjokulturowego paradygmatu kryzysu*. W: D. Kubacka-Jasiecka, K. Mudyń (red.), *Kryzys, interwencja i pomoc psychologiczna. Nowe ujęcia i możliwości* (s. 146–175). Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek.
- Marchwicki, P. (2009). *Style przywiązania a właściwości tożsamości osobistej młodzieży*. Warszawa: Wydawnictwo UKSW.
- Plopa, M. (2008). *Kwestionariusz stylów przywiązaniowych*. Warszawa: Vizja Press and IT.
- Sokołowska, E., Zabłocka-Żytka, L., Kłuczyńska, S., Wojda-Kornacka, J. (2015). *Zdrowie psychiczne młodych dorosłych. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: Difin.
- Tamaki, K., Takahashi, J. (2013). The relationship between adult attachment style and social skills in terms of the four-category model of attachment style. *International Journal of Humanities and Social Science*, 19, 84–90.
- Tryjarska, B. (2010). *Bliskość w rodzinie. Więzy w dzieciństwie a zaburzenia w dorosłości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Tylka, J. (2010). Podejście psychosomatyczne w wyjaśnieniu przyczyn i ustalenia sposobów terapii zaburzeń zdrowia. *Family Medicine & Primary Care Review*, 12(1), 97–103.
- Waddington, C.H. (1957). *The strategy of the genes: A discussion of some aspects of theoretical biology*. London: Allen & Unwin.
- Wojciszke, B. (2006). *Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

### ATTACHMENT STYLES OF YOUNG ADULTS – IN SEARCH FOR THE CORRELATES OF MENTAL HEALTH

**Abstract:** Attachment styles have been analysed in the context of development and functioning of children for decades. It seems interesting to analyse the attachment styles also in the context of adult life and psychological well-being. The article presents own research concerning the relationship between the attachment styles and mental health among young adults. There were 96 participants, 60 females and 36 males. The Attachment Styles Questionnaire, the General Health Question-

naire (GHO-28), and an authorial survey were used. A statistical analysis showed a positive correlation between anxious-ambivalent attachment style and somatic symptoms, unrest, depression symptoms, and avoidant behaviours. A secure attachment style correlated negatively with depression symptoms.

**Keywords:** attachment styles, young adults, mental health, attachment.