ISSN 1895-3166

Psychiatria i Psychoterapia 2013; tom 9, numer 2: strony 3-16

wersja pierwotna - elektroniczna

Paulina Chudzikiewicz

WYBRANE ASPEKTY DOŚWIADCZANIA BLISKICH ZWIĄZKÓW W KONTEKŚCIE SCHIZOFRENII

SELECTED ASPECTS OF EXPERIENCE CLOSE RELATIONSHIP IN SCHIZOPHRENIA

III Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

kierownik: prof. dr hab. med. M. Jarema

Streszczenie

Cel: Praca ta koncentruje się na analizie subiektywnego doświadczania bliskich związków przez mężczyzn z rozpoznaniem schizofrenii. Dlatego za cel badania przyjęto scharakteryzowanie sposobu przeżywania i podtrzymywania więzi emocjonalnej, jak również posiadanych oczekiwań wobec partnerki i ich relacji oraz określenie, cechy którego stylu przywiązania są dominujące. Analiza tych zjawisk mogłaby mieć bezpośrednie przełożenie na pracę terapeutyczną z pacjentami i ich bliskimi, pomagając dotrzeć do „ich świata znaczeń i wyobrażeń".

Metoda: Grupę badaną stanowiło sześciu mężczyzn spełniających następujące kryteria włączenia: 1) posiadanie diagnozy psychiatrycznej F20 (według kryterium ICD 10), 2) bycie obecnie w związku partnerskim, 3) wyrażenie zgody na badanie. Kryterium wyłączenia, poza niespełnieniem powyższych, było rozpoznanie zaburzeń schizoafektywnych. Zastosowano następujące narzędzia badawcze: 1) autorski kwestionariusz półustrukturalizowanego wywiadu; 2) Kwestionariusz Stylów Przywiązania M. Plopy; 3) Kwestionariusz Intymnego Związku A. Kuczyńskiej.

Wyniki: Jakościowa analiza wyników pozwoliła na scharakteryzowanie czterech obszarów: 1) posiadane oczekiwania wobec partnerki oraz związku intymnego, 2) sposób przeżywania emocjonalnej więzi z partnerką, 3) występowanie cech poszczególnych stylów przywiązania, 4) sposoby podtrzymywania więzi emocjonalnej w związku.

Wnioski: Analiza uzyskanych wyników pozwoliła na stwierdzenie, iż osoby z rozpoznaniem schizofrenii mogą przejawiać cechy bezpiecznego stylu przywiązania. Swoje relacje z partnerką postrzegają jako pełnowartościową i głęboką więź emocjonalną, stanowiącą źródło poczucia bezpieczeństwa, przyjemności i zaufania. Mogą mieć też typowe dla większości populacji potrzebę „osobistego związku" oraz wyobrażenia na temat więzi między partnerami.

Summary

Objectives: This article focuses on the subjective experience of close relationships by men with schizophrenia. The aim of this study was to characterize the way of living and maintaining emotional connection, as well as the expectations towards the partner and their relationships, and to determine which attachment style characteristics are dominant. Such analysis could have a direct impact on the therapeutic work with patients and their loved ones, allowing to reach their "the world of meanings and ideas."

Methods: The study group consisted of six men who meet the following criteria: 1) have a psychiatric diagnosis F20 (according to ICD 10), 2) are in a relationship, 3) gave their permission for research. Exclusion criterion, apart from not meeting the above, was having a schizoaffective disorder diagnosis. The study involved: 1) the author's semi-structured

interview questionnaire 2) Attachment Style Questionnaire (M. Plopa) 3) Questionnaire of intimate relationship (A. Kuczyńska).

Results: Qualitative analysis of the data allowed to identify four areas: 1) expectations of the partner and the relationship, 2) way of experiencing emotional connection with the partner, 3) presence of different attachment style traits , 4) ways to maintain emotional connection in a relationship.

Conclusions: Study's results indicate that people with schizophrenia may exhibit characteristics of secure attachment style. They perceive relationship with their partner as a complete and deep emotional bond, as a source of security, pleasure and confidence. They also display the need for "personal relationship" and ideas about the relationship between the partners typical for most of the population.

Słowa klucze: schizofrenia, przywiązanie

Key words: schizophrenia, attachment

Wstęp

Związki emocjonalne zdają się być jedną z najważniejszych sfer funkcjonowania jednostki. Mogą one wpływać nie tylko na poczucie jakości życia, ale i na stan zdrowia. Jak podają liczne badania [1, 2], ich trwałość uwarunkowana jest zarówno czynnikami zewnętrznymi, jak i indywidualnymi cechami jednostki.

Chcąc przyjrzeć się więzi emocjonalnej osób cierpiących na schizofrenię łatwo można dostrzec, że literatura koncentruje się wokół dwóch przeciwstawnych stanowisk. Pierwsze z nich to koncepcje i badania ukazujące osoby chore, jako unikające głębszych relacji czy wręcz niezdolne do tworzenia relacji typu „my" (a zwłaszcza bliskich związków). Wyrazem tego są m.in. badania Tsirigotisa i Gruszczyńskiego [3] czy refleksje Jakubika i Piaskowskiej [4] nad osobowością alienacyjną. Badacze ci zwracają uwagę na istotnie niższy poziom potrzeby przynależności u osób dotkniętych schizofrenią paranoidalną, który jest tym widoczniejszy, im większy jest stopień poczucia bezsensu i izolacji społecznej. Według Silberfelda [za 5] pacjenci z objawami psychotycznymi utrzymują kontakt ze stosunkowo nieliczną grupą osób, a owo zubożenie ich sieci społecznej postępuje wskutek braku symetrii związków. Twierdzi on, iż chorzy wykluczają osoby pozostające z nimi niegdyś w długotrwałej i bliskiej relacji. Włączają natomiast krótkotrwałe, powierzchowne znajomości. Tego typu obserwacje mogą się wiązać z sugestiami Pattisona [6], że sieci społeczne chorych mają zapewnić im poczucie optymalnego dystansu oraz uwolnić od konieczności tworzenia głębszych więzi. Nabiera to szczególnego znaczenia w kontekście poglądów Kępińskiego [7, 8], iż rozbicie normalnej trójwarstwowej struktury kontaktów społecznych (jakie ma miejsce w przypadku schizofrenii) skutkuje swoistym „zagęszczeniem", które rozumieć możemy jako poczucie przytłoczenia i ograniczenia swobody. Autor przyrównuje to do podróży w zatłoczonym autobusie, kiedy to obcy ludzie, w skutek braku przestrzeni, naruszają sferę zarezerwowaną jedynie dla najbliższych osób. W takiej sytuacji jednostka rzutuje własne wrogie nastawienie na otoczenie, przez co staje się ono oceniające lub nakazujące i prześladujące.

Doprowadza to do jej wycofywania się, a w dalszej perspektywie również do przeżywania poczucia pustki i osamotnienia. Może towarzyszyć temu również lęk, który w przeżyciach chorego stanowi centralną pozycję prowadzącą do przekształcania obrazu świata i własnej osoby. Im jest on większy, tym silniejsze jest podświadome rzutowanie na otoczenie skrywanych lub nawet zapomnianych urazów czy też obaw chorego. Wiąże się to, w sposób bezpośredni lub pośredni, z każdą sferą jego funkcjonowania, a więc dotyczy również płaszczyzny relacji interpersonalnych. Osoby cierpiące na schizofrenię odczuwają zarazem lęk przed samotnością, jak i lęk przed zbytnią bliskością, objawiający się postawą dążeniowo-unikową. Owa bliskość bowiem mogłaby prowadzić do swoistego „zlania się", złączenia z drugą osobą, tworząc sytuację analogiczną do relacji z pierwszym obiektem znaczącym, kiedy to dziecko i matka tworzą bezgraniczną jedność. Lęk przed „nieskończonością" związany jest z poczuciem utraty „Ja" i nieumiejętnością oddzielenia „Ja" od otoczenia. Chory obawia się „pęknięcia" granicy pomiędzy jego rzeczywistością psychiczną a rzeczywistością zewnętrzną. Powstająca w ten sposób bezgraniczność, czy też nieskończoność świata może przerażać swym ogromem, nieprzewidywalnością oraz „niepojętością". Jest to tym trudniejsze, iż specyfika przedchorobowej historii życia jednostek z grupy wysokiego ryzyka zachorowania niezwykle utrudnia nabycie umiejętności radzenia sobie z lękiem, czyli wytworzenia wokół siebie „warstwy ochronnej" [8, 9]. Brak owej „maski", czy też jak określiłby to Jung, nie wytworzenie Persony, pozwalającej na utrzymanie odpowiedniego dystansu sprawia, że kontakt z drugim człowiekiem przybiera postać porównywalną do kontaktu dziecka z matką, a zatem odbywa się na poziomie doznań uczuciowo-nastrojowych [7]. Taki sposób odbierania świata oraz specyfika symptomów schizofrenii znacząco wpływają na zachowanie chorego sprawiając, że zaczyna być postrzegany przez bliskich jako zupełnie inna osoba, ktoś obcy, ktoś z kim nie chce się lub nie można utrzymywać kontaktu. Ujawnienie się choroby w trakcie trwania związku niejednokrotnie prowadzi do rozpadu relacji. Partnerzy często mają trudności ze zrozumieniem i zaakceptowaniem nowej sytuacji, w której jedno z nich wymaga nieustannej opieki. Jednak, jak podają Westermeyer i Pattison [10], równowaga relacji jest tym większa, im później nastąpił pierwszy epizod i im bardziej, przed jego wystąpieniem, osoba przyzwyczajona była do okazywania troski i wsparcia innym. I tu dochodzimy do drugiego stanowiska, jakie można odnaleźć w literaturze. Mianowicie do poglądu, iż pomimo zaburzonej ekspresji osoby cierpiące na schizofrenię doświadczają silnych emocji [9] i otwarcie werbalizują swoją potrzebę bliskości, a co więcej tworzą długotrwałe związki partnerskie. Badania pokazują, że chorzy chcą rozmawiać o kwestiach związanych ze swoją seksualnością i odczuwaną przez nich potrzebą wchodzenia w relacje seksualne [11, 12]. Sullivan [13] uważał, że nawet najbardziej wycofane osoby ze schizofrenią są w stanie nawiązywać i utrzymywać relacje interpersonalne. Uznańska i Czabała [14] podają, że osoby tworzące trwałe więzi emocjonalne, w porównaniu z osobami wolnymi, posiadają lepszy obraz własnej osoby oraz

cechują się większą potrzebą troszczenia się o innych. A zatem ich relacje mają bardziej symetryczny charakter. W większym stopniu poszukują też towarzystwa innych ludzi, jednocześnie oceniając kontakty te jako satysfakcjonujące. Są bardziej ugodowe, co przejawia się pozytywnym stosunkiem do otoczenia, zaufaniem, ustępliwością oraz większą wrażliwością. W stosunku do partnera są opiekuńcze i ufne. Zwracają uwagę na jego potrzeby i starają się podtrzymywać pozytywną relację. Lepiej radzą sobie z sytuacjami trudnymi, jakie niesie ze sobą związek. Widoczna jest też przewaga nastawienia na współpracę nad tendencjami rywalizacyjnymi. Istotne różnice dotyczą również dążenia do zmian, poszukiwania nowych doświadczeń. Osoby zdolne do utrzymania długotrwałych relacji emocjonalnych cechują się bardziej twórczą osobowością, dzięki której potrafią uatrakcyjniać swoje życie. Pod względem wyobrażeń dotyczących obrazu idealnego partnera najbardziej różnicujące obie grupy okazały się wymagania osób wolnych. Badania [14] pokazały, iż oczekują one by partner był bardziej opiekuńczy w stosunku do nich i zaspokajał ich potrzeby, a także by uczynił ich życie ciekawszym, podczas gdy same są niesamodzielne i obawiają się wszelkich zmian. Uznańska i Czabała [14] podają również, że 40% przebadanych przez nich osób wstąpiło w związek małżeński już po zdiagnozowaniu schizofrenii, a 60% kontynuowało dotychczasową relację. Ich zdaniem ma to świadczyć o tym, że sam fakt zachorowania nie stanowi przeszkody w nawiązywaniu i kontynuowaniu relacji partnerskich.

Cel pracy

Biorąc pod uwagę jak bardzo zróżnicowany jest obraz schizofrenii (zarówno pomiędzy poszczególnymi przypadkami, jak i w obszarze poszczególnych kultur) rozstrzygnięcie, która z powyższych koncepcji jest bardziej trafna, wymagałoby wielu badań przeprowadzonych na grupach reprezentatywnych. Sprawia to, iż realizacja takiego projektu jest mało prawdopodobna. Bardziej zasadna wydaje się natomiast analiza studium przypadków w celu określenia indywidualnych doświadczeń osób cierpiących na schizofrenię. Mogłoby to mieć szczególne znaczenie w kontekście pomocy psychologicznej czy psychoterapii pacjentów oraz ich bliskich. Dlatego też celem niniejszej pracy było scharakteryzowanie sposobu przeżywania i podtrzymywania więzi emocjonalnej, jak również posiadanych oczekiwań wobec partnerki i relacji z nią oraz określenie tego stylu przywiązania, którego cechy są dominujące.

Materiał i metoda:

Na potrzeby niniejszego badania przeanalizowano literaturę przedmiotu w celu wyznaczenia „syntetycznej definicji więzi" mającej stanowić spójną podstawę dla metodologii pracy. Tym samym przyjęto, iż więź w sposób najprostszy określić można jako silny emocjonalny związek z drugim człowiekiem, będący źródłem subiektywnego poczucia bezpieczeństwa. Charakterystyczne jest czerpanie przez jednostkę przyjemności z kontaktu z obiektem przywiązania, a także wytworzenie zaufania w stosunku do niego [15, 16]. Za dwie najważniejsze funkcje przywiązania

można uznać zaspokajanie potrzeby wymiany emocjonalnej oraz zabezpieczenie jednostki przed samotnością [15-17]. Więź z partnerem stanowi dynamiczną relację opartą na poczuciu emocjonalnej bliskości i empatycznej zdolności do współodczuwania (stanowiącej element miłości). Odznacza się ona serdecznością, czułością oraz zdolnością okazywania wsparcia [15, 17].

Jako wskaźniki prawidłowo rozwiniętej, niezaburzonej więzi pomiędzy partnerami przyjęto za Lwem-Starowiczem [15]:

- zaangażowanie w związek (ujmowane w kategorii głębokości lub powierzchowności danej relacji, a zatem odnoszące się do takich aspektów związku, jak dostarczanie wsparcia, szczerość, skłonność do dzielenia się posiadanymi dobrami, wierność seksualna itp.)
- współzrozumienie, empatia
- afektywność (rozumiana jako okazywanie sobie nawzajem uczuć)
- ekspresyjność (rozumiana jako gotowość do odsłonięcia się, a także do wyrażania własnych nastrojów, myśli i przekonań)
- wspólnota (dotyczy ona sposobu spostrzegania relacji jako ważnego układu typu „my" oddzielonego od układu „oni" - otoczenie społeczne)
- dopasowanie (czyli podobieństwo zainteresowań, życiowych celów i wartości itp.; w tym również dopasowanie seksualne)
- umiejętność łagodzenia konfliktów
- wzajemna autonomia (rozumiana jako nieograniczający stosunek do partnera wynikający z zaufania; np. tolerancja wobec relacji pozapartnerskich, takich jak przyjaźnie)
- poczucie tożsamości relacyjnej (uznawanie własnego związku za ważny, wyjątkowy i niepowtarzalny układ, oceniany pozytywnie).

Charakterystyka sposobu podtrzymywania więzi emocjonalnej z partnerką została dokonana na podstawie kryteriów zaproponowanych przez Kuczyńską [17]:

- działania na rzecz partnera i związku, utrzymanie bliskości fizycznej, zachowania seksualne (odpowiadają za poczucie bliskości, bezpieczeństwa i wsparcia; np. pocałunki, podążanie za obiektem przywiązania, przytulanie, głaskanie)
- zachowania opiekuńczo – pielęgnacyjne (zapewnianie pomocy i opieki, różne przejawy troski; np. wspólne jedzenie posiłków)
- zachowania wspólnoty bojowej (zapewnienie wsparcia w sytuacji zagrożenia)
- zachowania pojednawcze (redukujące agresję; np. witanie się i żegnanie, obdarowywanie, częstowanie, składanie życzeń, podporządkowanie)
- zachowania imponujące (np. eksponowanie swojego ciała, pozycji społecznej).

Na podstawie powyższych wskaźników skonstruowano autorski kwestionariusz półustrukturalizowanego wywiadu, dotyczący sposobów przeżywania i podtrzymywania więzi emocjonalnej z partnerką oraz posiadanych oczekiwań wobec niej i związku. Stopień nasilenia poszczególnych cech określano przy zastosowaniu metody sędziów kompetentnych.

Poza nim w badaniu wykorzystano również:

– Kwestionariusz Stylów Przywiązania (KSP) M. Plopy [18] – narzędzie przeznaczone do badania stylów przywiązania u osób będących w relacjach partnerskich. Składa się z 24 stwierdzeń tworzących 3 skale: 1) styl bezpieczny, 2) styl lękowo-ambiwalentny, 3) styl unikowy. W obrębie każdej ze skal możemy mówić o wysokim, niskim lub przeciętnym nasileniu prezentowania danego stylu. Wynik każdego z wymiarów powinno się traktować odrębnie.

– Kwestionariusz Intymnego Związku (KIZ) A. Kuczyńskiej – to narzędzie również jest przeznaczone do pomiaru więzi u osób dorosłych, ale zostało skonstruowane w taki sposób, iż znakomicie uzupełnia informacje uzyskane dzięki KSP. Składa się z 28 pytań tworzących 3 skale, które opisują: 1) deklarowaną siłę więzi respondenta, 2) występowanie uczuć mieszanych i rozczarowania oraz 3) spostrzegane przywiązanie u partnerki. Co istotne zawartość treści nie tylko obejmuje kryteria więzi obecne w najważniejszych psychologicznych koncepcjach więzi, ale i dobrze odzwierciedla potoczne jej rozumienie.

Podstawowe dane demograficzne zostały zebrane w oparciu o rozmowę zarówno z badanym, jak i personelem (ordynatorem lub psychologiem) placówki, z której badany korzystał.

Uzyskane wyniki zostały poddane jakościowej analizie treści. Zaznaczyć należy jednak, że przedmiotem niniejszego badania jest przede wszystkim subiektywne postrzeganie przez jednostkę więzi z partnerem, a zatem zindywidualizowane przeżywanie stanów i przekonań dotyczących zależności, przynależności w stosunku do pewnej relacji. Może to wiązać się niekiedy z rozbieżnością między rzeczywistym, obiektywnym występowaniem przejawów (lub ich braku) więzi a odczuciami jednostki.

Osoby badane

Dobór osób badanych opierał się przede wszystkim na trzech kryteriach: 1) rozpoznanie zaburzenia z grupy F20 (wg klasyfikacji ICD-10) oraz 2) bycie w realnie istniejącym związku partnerskim (sformalizowanym bądź nie), a także 3) wyrażenie zgody na udział w badaniu. Kryterium wyłączenia było natomiast niespełnianie powyższych wytycznych oraz posiadanie diagnozy zaburzeń afektywnych. Weryfikacji powyższych czynników dokonywano w trakcie rozmowy z ordynatorem oddziału szpitalnego, w którym przebywał badany, bądź też z psychologiem zatrudnionym w ośrodku, z którego pomocy badany korzystał.

W badaniu wzięło udział sześciu mężczyzn w wieku 34 - 60 lat. Wszyscy oni mieszkali wraz z partnerką, a ich związki miały charakter sformalizowany i długotrwały. Pięciu z nich miało

dzieci z obecną partnerką. W jednym tylko przypadku para uznała, iż ich sytuacja zdrowotna jest przeszkodą do posiadania potomstwa.

Wyniki

W celu większej przejrzystości tekstu uzyskane wyniki zgrupowano w czterech obszarach: 1) oczekiwania wobec partnerki oraz związku intymnego, 2) sposób przeżywania emocjonalnej więzi z partnerką, 3) analiza występowania cech poszczególnych stylów przywiązania, 4) sposoby podtrzymywania więzi emocjonalnej w związku.

I. Oczekiwania wobec partnerki oraz związku intymnego

Przebadani mężczyźni wykazywali zbieżne upodobania wobec kobiet. Ich wypowiedzi jednoznacznie wskazywały, że przede wszystkim poszukują partnerek opiekuńczych i troskliwych oraz łagodnych i nadających relacji bezpieczny, nieoceniający charakter. Wybijające się były również potrzeby tolerancji i akceptacji. Docenianymi atrybutami kobiet były: bezkonfliktowość, spokój, dobroć i otwartość. Niewielu badanych zwróciło uwagę na fizyczne aspekty partnerek jako na priorytetowe. Przede wszystkim ogniskowali oni swoją uwagę na cechach charakteru i umiejętnościach świadczących o zaradności, gospodarności (np. umiejętności gotowania, szycia).

Natomiast to czy dany związek jest udany i satysfakcjonujący czy też nie, badani uzależniali od realizacji własnych potrzeb, a także obecności wzajemnego zaufania, szacunku i dobrej komunikacji. Tu również ważnym aspektem była tolerancja oraz życzliwość. Ponadto część z respondentów werbalizowała pragnienie sformalizowanego statusu związku, a także zachowania wzajemnej wierności. Tylko jeden z badanych doceniał zazdrość partnerki, odczytując tę cechę jako zapewnienie o zaangażowaniu kobiety.

II. Sposób przeżywania emocjonalnej więzi z partnerką

Z uwagi na wielopłaszczyznowość pojęcia więzi niniejszy obszar został scharakteryzowany na podstawie kryteriów prawidłowo rozwiniętej więzi zaproponowanych przez Lwa-Starowicza [15], na które składają się: 1) zaangażowanie w związek, 2) poczucie wspólnoty i tożsamości relacyjnej, 3) współzrozumienie, 4) afektywność, 5) ekspresyjność, 6) dopasowanie, 7) umiejętność łagodzenia konfliktów, a także 8) wzajemna autonomia.

Zaangażowanie w związek

Analizując poziom zaangażowania respondentów można zauważyć, że w dużej mierze jest on uwarunkowany postrzeganym bezpieczeństwem i akceptacją w związku. Jeśli były one satysfakcjonujące, to badani wykazywali znaczną tendencję do idealizowania zarówno partnerki, jak i łączącej ich relacji. Widoczna była u nich także gotowość do dzielenia się dobrami materialnymi, ekonomicznymi. Oceniali wtedy wzajemne zaangażowanie jako wysokie lub maksymalne, podkreślając jednak większe oddanie kobiety. Co ciekawe, wyniki Kwestionariusza Intymnego Związku (A. Kuczyńskiej) ukazują nieco odmienną sytuację niż zostało to odnotowane

w wywiadzie. Mianowicie pokazują, że aż czterech z sześciu badanych swoje zaangażowanie ocenia wyżej niż żony. Żaden z nich nie ocenił jednak negatywnie przywiązania partnerki ani własnego. Unaocznił się natomiast poziom rozczarowania i posiadane mieszane uczucia względem kobiet, które u dwóch respondentów przyjęły wartość wysoką. W sytuacji odczuwania niedostatecznej tolerancji i braku skłonności partnerki do opieki, mężczyźni wykazują tendencję do wycofywania się z relacji i dewaluacji małżeństwa.

Poczucie wspólnoty i tożsamości relacyjnej

Przyglądając się poczuciu wspólnoty, można było zauważyć, iż chociaż wszyscy badani są w wieloletnim związku o charakterze sformalizowanym, to z doświadczaniem jedności z partnerkami i pozytywną oceną ich więzi wiązało się poczucie bycia w pełni akceptowanym. Towarzyszyło temu przekonanie o znacznej i nieprzemijającej bliskości.

Współzrozumienie, empatia

Badani dostrzegają dużą rolę partnerek w ich lepszym radzeniu sobie z chorobą. Wsparcie otrzymywane od nich oceniali wówczas bardzo wysoko. Towarzyszyła temu również gotowość do odwzajemniania otrzymywanej troski i ciepła oraz pragnienie uszczęśliwienia partnerek. Jednakże w przypadku badanego o większym nasileniu objawów psychopatologicznych wyraźne było nastawienie na siebie i swoje odczucia oraz brak wglądu w reakcje partnerki. Był on również niezadowolony z tej relacji oraz przeświadczony, że jedyną wspierającą go osobą jest matka.

Afektywność

Badani mężczyźni dostrzegali u siebie trudność w okazywaniu przeżywanych emocji. Mieli również poczucie, że choć bliskość partnerki postrzegają jako miłą i przyjemną, niekiedy powoduje ona u nich zakłopotanie. Widoczne było również pragnienie respondentów by kobiety w pełni odwzajemniały ich uczucia. W przypadku braku spełniania tych oczekiwań pojawiała się ambiwalencja wobec związku oraz wycofanie. Wydaje się, iż mężczyźni ci szukają związku z bezwarunkowo akceptującą partnerką, przyjmującą wszelkie ich stany i dobrze odczytującą ich potrzeby.

Ekspresyjność

Oceniając wzajemne zaufanie jako satysfakcjonujące, mężczyźni mieli poczucie większej łatwości otworzenia się przed partnerką. Przejawem tego było informowanie jej o odbytych hospitalizacjach czy problemach ze zdrowiem. W przeciwnym wypadku pojawiało się u nich wrażenie przytłoczenia oraz obawy przed brakiem zrozumienia lub krytyką.

Dopasowanie

Pięciu na sześciu mężczyzn deklarowało zgodność hierarchii wartości i celów z partnerkami, a także satysfakcję z możliwości spędzania wspólnie czasu wolnego. Wszyscy

mówili jednak o potrzebie czasu tylko dla siebie (chwil samotności) oraz o poczuciu utraty dawnych zainteresowań i pasji.

Umiejętność łagodzenia konfliktów

Za główne źródło konfliktów uznawane były problemy finansowe. W odczuciu badanych wynikają one przede wszystkim z trudności (a niekiedy całkowitego braku możliwości) utrzymania pracy zawodowej. Z uwagi na to część respondentów swoje problemy w relacji z partnerką przypisywała właśnie chorobie, twierdząc, że gdyby byli zdrowi żyło by się im dużo lepiej i łatwiej. Większość z nich minimalizowała jednak znaczenie konfliktów, co widoczne było m.in. w sposobach ich nazywania. Badani określali je jako „nieistotne", „niezagrażające spięcia", które są bardzo rzadkie i szybko łagodzone. Równocześnie widoczna była gotowość do łagodzenia konfliktów. Tym, co ułatwiało im dochodzenie do porozumienia było: „wzajemne zaufanie" i „zrozumienie dające przestrzeń dla szczerej rozmowy". Nie bez znaczenia była również ustępliwość oraz posiadanie podobnych wartości (np. wynikających z religii) i zainteresowań lub powiązań finansowych. Obecność dzieci i wchodzenie przez nie w role mediatora obniżało napięcia między partnerami. Dwie pary wypracowały sobie też system polegający na rozwiązywaniu konfliktów na bieżąco tak, aby się nie nawarstwiały.

Wzajemna autonomia

W ocenie badanych w ich związkach brak było silnych tendencji do ograniczania swobody kontaktów towarzyskich. Respondenci nie odczuwali przymusu spędzania każdej wolnej chwili z partnerką, choć ich życie towarzyskie nie było bogate. Niekiedy trudno było im zaakceptować decyzje żony będące w opozycji do ich stanowiska. Starali się jednak, by nie wpływało to negatywnie na ich związek.

III. Analiza występowania cech poszczególnych stylów przywiązania

Analizując wyniki uzyskane w Kwestionariuszu Stylów Przywiązania M. Plopy można zauważyć, iż u pięciu na sześciu respondentów dominowały cechy bezpiecznego stylu przywiązania. Świadczy to o wysokim poziomie satysfakcji płynącej ze związku, jaki panuje w tej grupie. Związki te opierają się na przeświadczeniu o dostępności partnera w sytuacjach ważnych i trudnych. Komunikacja zaś oparta jest na wzajemnym zaufaniu i otwartości. Według autora kwestionariusza [18] bezpieczny styl przywiązania koreluje ujemnie z deprecjonowaniem partnera. Partnerzy potrafią rozmawiać na kłopotliwe tematy i rozwiązywać sytuacje konfliktowe. Ponadto, co ciekawe, pacjenci osiągający w tej skali wyższe wyniki, rzadziej byli hospitalizowani.

Skala lękowo-ambiwalentnego stylu przywiązania cechuje się przewagą wyników średnich lub niskich. Wskazuje to na przejawianie przez ankietowanych mężczyzn typowego lub też niższego od przeciętnej poziomu nasilenia obaw o trwałość związku. Badani za istotne uznali pragnienie pełnego odwzajemniania uczuć przez partnerkę i całkowitej akceptacji. Według autora

kwestionariusza [18] styl lękowo-ambiwalentny koreluje ujemnie z ugodowością. Badani o niskim nasileniu tego stylu wyróżniają się zaufaniem wobec innych oraz gotowością do udzielania wsparcia. Są również nastawieni na kooperację.

Na skali unikowego stylu przywiązania nie odnotowano wyników wysokich. Świadczy to o niewielkich tendencjach respondentów do rezygnowania z bliskości partnera. Niemniej jednak badani werbalizują trudności w okazywaniu emocji, co niekiedy powoduje dyskomfort i zakłopotanie.

IV. Sposoby podtrzymywana więzi emocjonalnej w związku

W podtrzymywaniu więzi z partnerką, wszyscy badani nadawali szczególne znaczenie zachowaniom opiekuńczo-pielęgnacyjnym. Ważne było dla nich otrzymywanie wsparcia, ale wielu było także skłonnych do odwzajemniania troski. Mniej podkreślane, jednak również istotne, były zachowania pojednawcze oraz działania na rzecz partnera i związku. Ich przejawem było m.in. dążenie do szybkiego rozwiązywania konfliktów i ugodowość oraz podkreślanie znaczenia drugiej osoby. W niewielkim stopniu natomiast badani odnosili się do zachowań seksualnych i imponujących. Przyczyn marginalizacji tej sfery życia upatrywać można zarówno w specyfice objawów negatywnych schizofrenii, w skutkach ubocznych przyjmowanych leków, jak również w samej procedurze badania. Jak pokazują badania [19], pacjenci mają tendencję do pomijania w wywiadach lekarskich informacji o swojej seksualności.

Dyskusja

Na podstawie przeglądu literatury można zauważyć, iż najczęściej spotykani są pacjenci cierpiący na schizofrenię o istotnie niższym poziomie potrzeby przynależności i tworzenia więzi typu „my", zaś specyfika objawów przekłada się na brak symetrii w relacjach z otoczeniem. Niemniej jednak omawiana grupa jest w znacznym stopniu zróżnicowana, a wielu badaczy [14] podkreśla, że niektórzy chorzy chcą i potrafią tworzyć długotrwałe związki partnerskie. Stanowisko to pokrywa się z wynikami niniejszego badania. Ukazują one, iż dla respondentów bardzo ważną jest potrzeba „osobistego związku" zapewniającego poczucie bezpieczeństwa, bycia zaopiekowanym i akceptowanym. Istotnym aspektem jest również chęć postrzegania siebie samego, jako osoby troskliwej i pomocnej. Towarzyszy temu jednak przeświadczenie o większym zaangażowaniu ze strony partnerki (opierającym się na poczuciu otrzymywania wsparcia). Aczkolwiek podobnych wypowiedzi można by się spodziewać u osób zdrowych, lecz o niskiej samoocenie (przeświadczonych o byciu zbyt małym wsparciem dla partnera), co wskazuje na subiektywność tych ocen. Co ciekawe, Westemeyer i Pattison [10] podają, że większa równowaga w tym zakresie uwarunkowana jest późnym okresem ujawnienia się pierwszego epizodu (dającym możliwość nabycia umiejętności interpersonalnych), a także widoczną w przedchorobowej historii życia gotowością do okazywania innym troski. Z wypowiedzi badanych wynika zaś, że u każdego z

nich pierwszy epizod pojawił się nagle po 25 roku życia, a zatem okres socjalizacji był stosunkowo długi. Ponadto istnieją przesłanki pozwalające wnioskować o ich dobrym funkcjonowaniu przedchorobowym, czego wyrazem było okazywanie wsparcia znajomym lub rodzinie partnerki.

Pattison [6] sugeruje, że rodzaj budowanych przez chorych sieci wsparcia ma za zadanie zapewnić im poczucie optymalnego dystansu oraz uwolnić od konieczności tworzenia głębszych więzi interpersonalnych. Z przeprowadzonych wywiadów wynika jednak, że chociaż respondenci nie prowadzą bogatego życia towarzyskiego, a czas wolny najchętniej spędzają samotnie lub jedynie w gronie najbliższej rodziny, to wykazują znaczną gotowość do tworzenia bliskiej, serdecznej i otwartej relacji z partnerką. Preferowanie przebywania głównie z partnerką jest typowym zjawiskiem zarówno w związkach będących jeszcze w fazie miłości romantycznej, jak i tych ustabilizowanych. Wypowiedzi badanych pokazują również ważną funkcję związków, a mianowicie, że niwelują one poczucie izolacji i pustki, które mogą wywoływać w lęk i pogorszyć stan zdrowia. Szczególnie wyraźne jest to w opiniach badanego, który pomimo zdystansowania wobec rodziny, dostrzega, że będąc z bliskimi nie doświadcza (doskwierającego mu w czasie hospitalizacji) uczucia samotności. Pozytywna relacja z partnerką wydaje się mieć znaczący wpływ na codzienne funkcjonowanie chorego. Potwierdzają to wypowiedzi badanych o ich subiektywnym odczuciu lepszego radzenia sobie z chorobą dzięki bliskim, ale jest to widoczne również w częstotliwości hospitalizacji. Mężczyźni, u których dominują cechy bezpiecznego stylu przywiązania rzadziej i krócej podlegali leczeniu szpitalnemu [20].

Okazuje się, iż w odczuciu większości respondentów ich relacja z partnerką jest pełnowartościową i głęboką więzią emocjonalną, stanowiącą zarówno źródło poczucia bezpieczeństwa, przyjemności i zaufania, jak i zabezpieczającą przed samotnością. Oznacza to, że są oni przekonani o własnej zdolności nie tylko do przywiązania się, ale i funkcjonowania w roli obiektu przywiązania. Badani wykazywali cechy bezpiecznego stylu przywiązania, którym towarzyszyło poczucie satysfakcji ze związku i skłonność do idealizowania zarówno partnerki, jak i ich relacji. Żaden badany nie wykazywał natomiast wyraźnych tendencji dążeniowo-unikowych. Sugerowana przez literaturę przedmiotu charakterystyka osób chorych na schizofrenię jako zdolnych do utrzymania długotrwałego związku, znajduje swoje odzwierciedlenie w cechach respondentów. W przypadku tylko jednego mężczyzny nie odnotowano wskaźników nastawienia altruistycznego, empatycznego, potrzeby troszczenia się o innych. Zdecydowana większość opisywanych osób stara się podtrzymywać pozytywne relacje oraz wykazuje duże zaufanie wobec partnerek. Sprawiają oni wrażenie osób stosunkowo dobrze radzących sobie z sytuacjami trudnymi, chociaż w tym celu stosują niekiedy takie mechanizmy, jak wyparcie, zaprzeczanie konfliktom czy dewaluacja ich znaczenia. Natomiast dostrzegane przez nich samych trudności w ekspresji emocji są równoważone motywacją do tworzenia otwartej i ciepłej relacji.

Interesujące jest także to, że u większości ankietowanych mężczyzn, obraz idealnej partnerki pokrywa się z obrazem obecnej. Kobiety postrzegane są jako ciepłe, łagodne i akceptujące. Równocześnie odbierają oni relacje partnerskie jako bezpieczne i nieoceniające. Dodatkowo ujawniła się tu zależność (którą należałoby jednak potwierdzić w dalszych badaniach) pomiędzy obecnością cech bezpiecznego stylu przywiązania a postrzeganiem partnerki jako tolerancyjnej.

Powyższy opis jest oczywiście subiektywną oceną respondentów wynikającą z ich doświadczeń i indywidualnego sposobu przeżywania partnerek oraz związku. Niemniej jednak, w kontekście badań Uznańskiej i Czabały [14], przyjrzenie się partnerkom osób cierpiących na schizofrenię i ich motywacji do wchodzenia w relacje, wydaje się być tematem bardzo interesującym. Badacze pokazują, że 40% osób cierpiących na schizofrenię rozpoczęło związek małżeński po otrzymaniu diagnozy. Oznacza to, że (w przeciwieństwie do małżeństw, w których dopiero po latach dochodzi do pierwszego epizodu) ich partnerzy świadomie wiążą się z chorymi. Również związki respondentów niniejszego badania rozpoczęły się po ujawnieniu się choroby, a pięć na sześć kobiet (partnerek pacjentów - przyp. red.) jest zdrowa (tj. nie posiada diagnozy psychiatrycznej). Jest to o tyle zastanawiające, że współżycie z pacjentem psychiatrycznym (choćby z uwagi na charakter choroby) wiąże się jednoznacznie z dużym obciążeniem psychicznym i wieloma trudnościami (np. finansowymi). Co więcej jest to sprzeczne z koncepcjami ewolucyjnymi. Przykładowo Buss [21] stwierdza, że to kobiety w największym stopniu zajmują się opieką i wychowaniem dzieci i z uwagi na to są one bardziej rygorystyczne i ostrożne przy angażowaniu się w związki. Szukając więc stałego partnera, który zapewniłby im i dziecku bezpieczeństwo, zwracają uwagę nie tylko na hojność i posiadane zasoby, ale również na zdrowie fizyczne i psychiczne (tj. dobry materiał genetyczny). Związki z osobami przewlekle chorymi psychicznie są obciążone w wielu sferach funkcjonowania całego systemu i stoją przed wyzwaniami związanymi z okresami zaostrzeń choroby. Powodem dodatkowych trudności mogą być też skutki uboczne przyjmowanych leków.

Dokonując interpretacji otrzymanych w niniejszej pracy wyników należy pamiętać o istnieniu pewnych ograniczeń. Po pierwsze, mała liczebność grupy badanej, wynikająca z przyjętych celów badania uniemożliwia generalizowanie wniosków na całą populację. Istotą badania było ukazanie zindywidualizowanych portretów relacji partnerskich. Po drugie, praca ta skupiała się jedynie na parach, w których to mężczyzna otrzymał diagnozę. Warto byłoby w przyszłości rozszerzyć obszar zainteresowań uwzględniając sytuację kobiet dotkniętych tą chorobą. Ciekawym rozwiązaniem byłoby także uwzględnienie wypowiedzi obojga partnerów, które mogłyby w pewnym stopniu obiektywizować otrzymywane informacje. Po trzecie, w wyniku znacznej trudności w dotarciu do respondentów spełniających wszystkie kryteria, badania były prowadzone jedynie w oddziałach szpitali przyjmujących pacjentów w ramach umowy z

Narodowym Funduszem Zdrowia oraz na terenie domów samopomocy oferujących nieodpłatną pomoc. Nie udało się natomiast dotrzeć do osób korzystających z prywatnej pomocy psychoterapeutycznej. Wypowiedzi tej grupy mogłyby się okazać ciekawe z uwagi na ich lepszą sytuację finansową oraz wyższy poziom funkcjonowania, przekładający się na relacje małżeńskie (np. poprzez niższy poziom napięcia wynikającego z trudnej sytuacji materialnej). Aczkolwiek wydaję się, że czynnikiem związanym z wyrażeniem zgody na udział w badaniu nie był poziom zadowolenia ze związku. Do badania przystąpili wszyscy spełniający kryteria chorzy.

Niniejsze badanie ukazało wyraźną potrzebę posiadania „osobistego związku" zapewniającego bezpieczeństwo, zaufanie i akceptację. Co ciekawe, sposób opisywania relacji małżeńskich i przywiązania do partnera jest zgodny z zamieszczonymi w literaturze definicjami pojęcia więzi. Diagnoza schizofrenii nie wydaje się więc czynnikiem jednoznacznie wskazującym na rozpad więzi emocjonalnych i chęć pełnego wycofania się z relacji społecznych.

Wnioski

1. Osoby z rozpoznaniem schizofrenii mogą mieć typową dla większości populacji potrzebę „osobistego związku" oraz wyobrażenia na temat więzi między partnerami.
2. Osoby z rozpoznaniem schizofrenii mogą przejawiać cechy bezpiecznego stylu przywiązania.
3. Osoby z rozpoznaniem schizofrenii mogą postrzegać swoją relacje z partnerką jako pełnowartościową i głęboką więź emocjonalną, stanowiącą źródło poczucia bezpieczeństwa, przyjemności i zaufania.

Piśmiennictwo:

1. Rostowski I. Zarys psychologii małżeństwa. Warszawa: PWN; 1987.
2. Nęcki Z. Wzajemna atrakcyjność. Warszawa: Wiedza Powszechna; 1990.
3. Gruszczyński W, Tsirigotis K. Struktura potrzeb osób z rozpoznaną schizofrenią paranoidalną. Psychiatr Pol. 2000; 34(2): 249–265.
4. Jakubik A, Piaskowska K. Osobowość alienacyjna a schizofrenia paranoidalna. Studia Psychologica. 2000; 1(1): 69–80.
5. Walczewski K, Wojciechowska A. Sieci społeczne pacjentów chorych na schizofrenię w trzy lata po pierwszej hospitalizacji. Porównanie grupy objętej programem leczenia środowiskowego z grupą z indywidualnym programem leczenia. Psychiatr Pol. 1998; 32(1): 59–69.
6. Pattison ME, Pattison ML. Analysis of a schizophrenic psychosocial network. Schi. Bull. 1981; 7(1): 135–144.
7. Kępiński A. Lęk. Warszawa: PZWL; 1987.
8. Kępiński A. Schizofrenia. Warszawa: PZWL; 1978.
9. Kring AM, Germans MK. Subiektywne doświadczanie emocji w schizofrenii. W: Jenkins JH, Barrett RJ. red. Schizofrenia, kultura i subiektywność – na krawędzi doświadczenia. Kraków: Libron; 2005.
10. Westemeyer J, Pattison ME. Social network and mental illness in a peasant society. Schi. Bull. 1981; 7(1): 125–135.
11. McCann E. The expression of sexuality in people with schizophrenia: breaking the taboos. J. Adv. Nurs. 2000; 32: 132–138.
12. Volman L, Landeen J. Uncovering the sexual self in people with schizophrenia. J. Psychiatr. Mental Health Nurs. 2007; 14: 411–141.
13. Sullivan HS. Schizophrenia as a Human Process. New York: W.W. Norton; 1962.
14. Uznańska K, Czabała JC. Cechy osobowości a związki małżeńskie osób chorych na schizofrenię. Psychiatr Pol. 2004; 38(3): 409–419.
15. Lew-Starowicz Z. Seks dojrzały. Warszawa: PZWL; 1985.
16. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment process. J Pers Soc Psychol. 1987; 52: 511–524.
17. Kuczyńska A. Sposób na bliski związek. Zachowania wiążące w procesie kształtowania się i utrzymywania więzi w bliskich związkach. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN; 1998.
18. Plopa M. KSP – Kwestionariusz Stylów Przywiązania – podręcznik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2008.
19. Müldner-Nieckowski Ł, Klasa K, Sobański JA, Rutkowski K, Dembińska E. Seksualność studentów medycyny – rozwój i realizacja potrzeb seksualnych. Psychiatr. Pol. 2012; 46(1): 35–49.
20. Brown GW, Birley JLT, Wing JK. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders. A replication. Br. J. Psychiatry. 1972; 121: 241–258.
21. Buss DM. Ewolucja pożądania. Jak ludzie dobierają się w pary. Gdańsk: GWP; 1996.