

Wsparcie społeczne a poczucie sensu życia u osób z zaburzeniami lękowymi – doniesienie wstępne

Social support and sense of life in patients with anxiety disorders – preliminary report

Zdzisław Kropiewski, Alicja Serocka, Małgorzata Szcześniak

Uniwersytet Szczeciński, Instytut Psychologii

Summary

Aim. Verification of the level of social support perception and sense of life in patients with anxiety disorder and healthy people; evaluation of the relationship between these variables.

Method. *The Social Support Questionnaire* short version (F-SozU K-22) by G. Sommer and T. Fydrich and *the Life Attitude Profile* (LAP-R) by G.T. Reker were used.

Results. Social support and its dimensions prove to be significantly lower in patients with anxiety disorders. Healthy individuals have a higher sense of purpose, greater internal coherence, control of life, personal sense and balance of life attitudes, and lower intensity of existential emptiness. Higher emotional support and older age increase the level of sense of life in people with anxiety disorders.

Conclusions. For preventive and therapeutic purposes, it is important to develop and sustain the internal resources of the individual (sense of life and age-related experience). In patients with neurotic disorders, it also seems essential to use psychotherapy aimed at changing the patterns of personality that impede them from building social support networks. This is due to the fact that anxiety disorders are often characterized by lower confidence, avoidance of interpersonal relationships, falsified perception of social support, leading thus to distorted interpretation of supportive actions.

Słowa kluczowe: wsparcie społeczne, poczucie sensu życia, zaburzenia lękowe

Key words: social support, sense of life, anxiety disorder

Wstęp

Zaburzenia lękowe (*anxiety disorders*), w dawnej nomenklaturze zwane nerwicowymi (*neurotic disorders*), są grupą zaburzeń wymienianych w jednym rozdziale z ostrymi reakcjami na stres (ICD-10: F40–F48) [1]. Charakteryzuje je nieproporcjonalna, obronna reakcja jednostki na postrzeganą rzeczywistość, wywołana nierealistyczną oceną i niebędąca odpowiedzią na rzeczywiste zagrożenie [2]. Nierzadko zaburzeniom tym towarzyszą lęki antycypacyjne, które wyrażają się w obawie o codzienne życie i utrudniają adaptacyjne funkcjonowanie jednostki [3].

W zależności od przeważających symptomów zaburzenia lękowe są określane jako: psychiczne (lęk, depresja, zaburzenia uwagi), somatyczne (ból głowy, zaburzenia snu, uczucia, ruchu, trudności z oddychaniem) lub zachowania (unikanie, natręctwa) [1]. Według danych statystycznych opublikowanych przez World Mental Health Survey Consortium około 18% mieszkańców Stanów Zjednoczonych powyżej 18. roku życia cierpiało na zaburzenia lękowe [4], z czego 23% osób przejawiało zaburzenia w stopniu wysokim (National Institute of Mental Health) [5]. Szacuje się, że w krajach Unii Europejskiej około 14% obywateli manifestuje ostre reakcje chorobowe [6].

W leczeniu zaburzeń lękowych istotną rolę odgrywają zarówno farmakoterapia, jak i odpowiednio dostosowane metody psychoterapeutyczne, prowadzące do istotnej redukcji nasilenia objawów [7]. Z perspektywy psychologicznej ważnym aspektem w funkcjonowaniu osób z zaburzeniami lękowymi wydaje się wsparcie społeczne. Jest to pojęcie wielowymiarowe. Przyjmuje się, że zapewnia jednostce zasoby psychologiczne i materialne w celu podniesienia jej umiejętności radzenia sobie ze stresem [8]. Funkcje wsparcia dotyczą pięciu obszarów: pomocy emocjonalnej (okazywanie troski), informacyjnej (rozumienie sensu), instrumentalnej (konkretne sposoby postępowania), materialnej (faktyczna pomoc) i duchowej (wzmocnienie poczucia sensu w cierpieniu) [9]. Payne i Jones [10] nazywają wsparcie społeczne kompleksowym procesem, który jest osadzony w czasie, charakteryzuje się określonym kontekstem sytuacyjnym, może być odbierany przez chorego jako pozytywny lub negatywny, pochodzi od jednostek lub społeczności, bliskich lub obcych. Osoby deklarujące otrzymywanie wsparcia od innych czują się otoczone opieką i miłością, wyżej oceniają też swoją satysfakcję z życia [11].

O ile badania odnoszące się do roli wsparcia społecznego mają dobrze udokumentowaną historię, zwłaszcza wśród osób o zaburzeniach depresyjnych [12, 13], o tyle istnieje niewiele badań związanych z poczuciem sensu życia w kontekście zaburzeń lękowych. Krause [14] na podstawie badań longitudinalnych wskazuje, że im wyższe jest antycypowane wsparcie społeczne (wiara w uzyskanie pomocy w przyszłości), tym głębsze staje się poczucie sensu życia. Debats [15] twierdzi, że choć istnieje wiele czynników posiadających potencjalny wpływ na postrzeganie sensu życia, to relacje z rodziną oraz przyjaciółmi są w tym kontekście szczególnie istotne. Steger i wsp. [16] podkreślają, że poczucie sensu jest pozytywnie związane ze wsparciem społecznym na różnych etapach życia. Machell i wsp. [17] dowodzą, że osoby z symptomami depresji doświadczają wyższego poczucia sensu w odpowiedzi na społeczne interakcje niż osoby cierpiące, które nawiązują mniej relacji interpersonalnych. Słabe wsparcie społeczne jest wskazywane jako istotny czynnik ryzyka nawrotu depresji [18].

W związku z niewielką liczbą badań nad wsparciem i sensem życia u osób z zaburzeniami lękowymi podjęto próbę sformułowania pytań badawczych, które dotyczyłyby różnic w postrzeganiu wsparcia społecznego oraz poczucia sensu życia wśród osób chorych i zdrowych, a także umożliwiłyby weryfikację zależności między wymienionymi zmiennymi w obu grupach. Założono, że: istnieją różnice w postrzeganiu wsparcia społecznego we wszystkich jego wymiarach przez osoby chore i zdrowe (hipoteza 1); doświadczanie zaburzeń lękowych różnicuje badane osoby pod względem poziomu poczucia sensu życia i postaw egzystencjalnych (hipoteza 2); wsparcie społeczne koreluje dodatnio z celem, spójnością wewnętrzną, kontrolą życia, akceptacją śmierci i poszukiwaniem celów, a negatywnie z poczuciem pustki egzystencjalnej (hipoteza 3); poziom osobowego sensu życia wśród wszystkich badanych osób (hipoteza 4), w tym z zaburzeniami lękowymi, zależy od poszczególnych wymiarów wsparcia społecznego i wieku (hipoteza 5).

Material

Badanie przeprowadzono wśród 30 chorych z rozpoznaniem zaburzeń lękowych (zgodnie z kryteriami diagnostycznymi klasyfikacji ICD-10), uczestniczących w grupowym programie psychoterapeutycznym oddziału dziennego prowadzonym w Katedrze i Klinice Psychiatrii Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Do grupy badanej zostały włączone osoby przyjmujące leki przeciwdepresyjne z grupy SSRIs (*selective serotonin reuptake inhibitors*), czyli selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny (citalopram, escitalopram, paroksetyna, fluoksetyna, sertralina i fluwoksamina). Pacjenci znajdowali się na różnych etapach psychoterapii z racji tego, że gdy jedna osoba ją kończyła, w jej miejsce psychoterapię rozpoczynała inna. Najkrótszy czas oddziaływań psychoterapeutycznych wynosił 4 tygodnie, a najdłuższy 12 tygodni.

Wśród chorych było 11 mężczyzn i 19 kobiet w wieku od 21 do 59 lat ($M = 39,5$; $SD = 11,9$). Grupę kontrolną stanowiły osoby bez zaburzeń lękowych w wieku od 19 do 45 lat ($M = 28,0$; $SD = 7,2$). Dobór grupy kontrolnej miał charakter celowy. Badania odbyły się za zgodą respondentów, przy zapewnieniu ich o poufności uzyskanych danych. Projekt badawczy otrzymał zgodę Komisji Bioetycznej Instytutu Psychologii Uniwersytetu Szczecińskiego (KB 12/2017).

Metoda

W celu weryfikacji hipotez zastosowano: *Kwestionariusz Wsparcia Społecznego* (F-SozU K-22) autorstwa G. Sommera i T. Fydricha (polska adaptacja: Z. Juczyński) i *Kwestionariusz Postaw Życiowych* (LAP-R) G.T. Requera (polska adaptacja: R. Klamut).

Kwestionariusz F-SozU K-22 jest narzędziem przeznaczonym do pomiaru wsparcia społecznego w jego trzech wymiarach: emocjonalnym (odczuwanie akceptacji ze strony innych), praktycznym (pomoc w codziennych problemach) oraz integracji społecznej (posiadanie kręgu przyjaciół) [19]. Badany określa, w jakim stopniu zgadza się z każ-

dym z 22 twierdzeń, zaznaczając na skali wartość od 1 („zupełnie nie dotyczy”) do 5 („całkowicie mnie dotyczy”). Miarą stopnia poczucia wsparcia społecznego jest suma punktów. Im niższy wynik, tym wyższe wsparcie. Rzetelność dla całej skali α Cronbacha w przeprowadzonym badaniu wyniosła 0,91 (wsparcie emocjonalne $\alpha = 0,82$; praktyczne $\alpha = 0,84$; integracja społeczna $\alpha = 0,73$).

Kwestionariusz LAP-R składa się z 48 twierdzeń i służy do badania poczucia sensu życia w sześciu kategoriach postaw egzystencjalnych [20], takich jak: cel (ukierunkowanie na sens i wartości), spójność wewnętrzna (poczucie tożsamości), akceptacja śmierci (zrozumienie przemijalności natury ludzkiej), pustka egzystencjalna (brak poczucia oddziaływania na rzeczywistość), kontrola życia (podejmowanie lub rezygnacja z decyzji w kontekście odpowiedzialności za życie), poszukiwanie celów (nastawienie na rozwój i podejmowanie nowych wyzwań). Kwestionariusz zawiera również dwie skale złożone: osobowego sensu (miara poczucia sensu życia) i równowagi postaw życiowych (łączy wynik). Badany określa stopień, w jakim dane twierdzenie jest prawdziwe w odniesieniu do jego osoby na siedmiostopniowej skali Likerta (od 1 – „całkowicie nieprawda” do 7 – „całkowicie prawda”). Współczynnik alfa Cronbacha dla całej skali wyniósł 0,84 (cel $\alpha = 0,88$; spójność wewnętrzna $\alpha = 0,86$; kontrola życia $\alpha = 0,83$; akceptacja śmierci $\alpha = 0,81$; pustka egzystencjalna $\alpha = 0,68$; poszukiwanie celów $\alpha = 0,80$; osobowy sens $\alpha = 0,92$).

Analizy statystyczne niezbędne do weryfikacji postawionych hipotez przeprowadzono w programie IBM SPSS Statistics w wersji 23. Wyliczono statystyki opisowe zmiennych ilościowych, przetestowano normalność ich rozkładów, wykonano analizę korelacji ze współczynnikiem r Pearsona i testów t -Studenta dla prób niezależnych. Zastosowano analizę regresji wielokrotnej, metodą krokową, przyjmując próg istotności $p < 0,05$. Wyniki istotne na poziomie $0,05 < p < 0,1$ uznawano za istotne na poziomie tendencji statystycznej.

Wyniki

Zgodnie z przyjętymi celami badawczymi najpierw sprawdzono, czy osoby cierpiące na zaburzenia lękowe (grupa kliniczna) i osoby zdrowe (grupa kontrolna) różnią się od siebie w zakresie spostrzeganego wsparcia społecznego (hipoteza 1). Wyniki porównania, tj. wartości średnich arytmetycznych (M) i odchyłeń standardowych (SD) dla poszczególnych wymiarów wsparcia oraz wartości testu t -Studenta, poziomy istotności p , a także wartości d Cohena przedstawia tabela 1.

Ustalono, że porównywane grupy różnią się od siebie istotnie statystycznie w zakresie nasilenia wsparcia emocjonalnego, integracji społecznej i wsparcia społecznego, a także na poziomie tendencji pod względem poziomu odczuwanego wsparcia praktycznego. Siła tych efektów jest umiarkowana. Osoby zdrowe dostrzegają w swoim życiu więcej wsparcia społecznego i ogólnie więcej jego wymiarów niż osoby lękowe.

Tabela 1. Poziom wsparcia społecznego i jego poszczególnych wymiarów z podziałem na grupę kontrolną i grupę kliniczną

	Grupa kontrolna (n = 34)		Grupa kliniczna (n = 30)		t	p	d Cohena
	M	SD	M	SD			
Wsparcie emocjonalne	28,15	5,17	23,43	6,93	3,052	0,004	0,778
Wsparcie praktyczne	32,59	6,46	29,33	7,38	1,882	0,065	0,471
Integracja społeczna	29,15	5,49	26,37	5,31	2,054	0,044	0,514
Wsparcie społeczne	89,88	15,42	79,13	17,76	2,592	0,012	0,649

Następnie zweryfikowano, czy doświadczanie zaburzeń lękowych różnicuje w sposób istotny statystycznie badane osoby pod względem poziomu poczucia sensu życia i wchodzących w jego skład postaw egzystencjalnych (hipoteza 2). Rezultaty analizy przeprowadzonej w tym celu testem *t*-Studenta dla prób niezależnych ujawniły, że porównywane grupy różnią się od siebie istotnie statystycznie w zakresie równowagi postaw życiowych oraz pod względem poziomu takich wymiarów, jak: cel, spójność wewnętrzna i osobowy sens. Siła tych efektów jest duża. Odnotowano także różnice na poziomie tendencji statystycznej. Odnosiły się one do kontroli życia i poczucia pustki egzystencjalnej (siła ich efektów jest umiarkowana). Osoby zdrowe przejawiają wyższe poczucie celu, większą spójność wewnętrzną, kontrolę życia, osobowy sens i równowagę postaw życiowych, a mniejsze nasilenie pustki egzystencjalnej w stosunku do osób cierpiących na zaburzenia lękowe (tab. 2).

Tabela 2. Poziom poczucia sensu życia i jego wymiarów z podziałem na grupę kontrolną i grupę kliniczną

	Grupa kontrolna (n = 34)		Grupa kliniczna (n = 30)		t	p	d Cohena
	M	SD	M	SD			
Cel	38,59	7,00	26,30	10,81	5,319	<0,001	1,367
Spójność wewnętrzna	36,41	7,17	27,90	12,16	3,354	0,002	0,866
Kontrola życia	41,94	6,72	37,27	11,25	1,984	0,053	0,512
Akceptacja śmierci	33,29	8,66	29,93	12,29	1,249	0,217	0,320
Pustka egzystencjalna	27,91	7,58	32,03	9,29	-1,953	0,055	0,489
Poszukiwanie celów	41,12	5,93	38,63	9,83	1,204	0,235	0,311
Osobowy sens	75,00	13,08	54,20	21,63	4,580	<0,001	1,182
Równowaga postaw życiowych	81,21	27,46	50,73	37,96	3,710	<0,001	0,929

W kolejnym kroku sprawdzano, czy wśród osób z zaburzeniami lękowymi istnieje zależność między poczuciem sensu życia i jego wymiarami a wsparciem społecznym i jego czynnikami (hipoteza 3). Analiza korelacji *r* Pearsona wykazała (tab. 3), że różne rodzaje wsparcia korelują pozytywnie z celem, spójnością wewnętrzną, kontrolą

życia (tylko w jednym przypadku), osobowym sensem i równowagą postaw życiowych, a negatywnie z akceptacją śmierci. Poszukiwanie celów nie było skorelowane z żadnym wymiarem wsparcia.

Tabela 3. Korelacje między poczuciem sensu życia i jego poszczególnymi wymiarami a wsparciem społecznym i jego składowymi wśród osób cierpiących na zaburzenia lękowe

	Wsparcie emocjonalne	Wsparcie praktyczne	Integracja społeczna	Wsparcie społeczne
Cel	0,507**	0,311 ^t	0,415*	0,451*
Spójność wewnętrzna	0,685**	0,529**	0,522***	0,643**
Kontrola życia	0,363*	0,238	0,170	0,291
Akceptacja śmierci	-0,230	-0,436*	-0,321	-0,367*
Pustka egzystencjalna	-0,481**	-0,263	-0,425*	-0,424*
Poszukiwanie celów	0,162	0,238	0,031	0,172
Osobowy sens	0,638**	0,453*	0,501**	0,587***
Równowaga postaw życiowych	0,473**	0,190	0,328 ^t	0,361*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; t – tendencja

By pogłębić omówione analizy, sprawdzono, jakie zmienne pozwalają przewidywać poziom osobowego poczucia sensu życia wśród wszystkich badanych osób (hipoteza 4). Dokonano tego przez analizę regresji wielokrotnej za pomocą metody krokowej. Jako zmienne wyjaśniające uwzględniono wymiary wsparcia, płeć, wiek osób badanych oraz grupę badawczą. Uzyskane wyniki wskazują (tab. 4), że predyktorem wyjaśniającym samodzielnie największy procent (47%) wariacji poczucia sensu życia jest wsparcie emocjonalne ($cR^2 = 0,468$; $R = 0,690$; $F(63,1) = 56,367$; $p = 0,001$). Nie bez znaczenia było jednak dodanie do modelu kolejnych zmiennych, takich jak wiek, płeć i brak zaburzeń lękowych, dzięki czemu procent wyjaśnionej wariacji wzrósł istotnie statystycznie do 66% zmienności sensu życia ($cR^2 = 0,660$; $R = 0,814$; $F(63,3) = 39,220$; $p = 0,001$). Wartości współczynnika β świadczą, że wyższy poziom wsparcia emocjonalnego, brak zaburzeń lękowych i starszy wiek potencjalnie są związane z wyższym poziomem poczucia sensu życia.

Tabela 4. Współczynniki analizy regresji dla zmiennej zależnej w postaci osobowego sensu życia dla wszystkich badanych

	B	SE	β	R^2	ΔR^2	F_{zmiany}
Model 1				0,47	0,46	56,36***
(Stała)	8,83	7,74				
Wsparcie emocjonalne	2,17	0,29	0,69***			
Model 2				0,55	0,54	10,74*
(Stała)	23,58	8,48				
Wsparcie emocjonalne	1,82	0,29	0,58***			

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Brak zaburzeń lękowych	-12,18	3,71	-0,30*			
Model 3				0,66	0,64	19,11**
(Stała)	-1,76	19,02				
Wsparcie emocjonalne	2,02	0,52	0,64***			
Brak zaburzeń lękowych	-19,34	0,33	-0,47***			
Wiek	0,70	7,36	0,38***			

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; B – niestandardyzowany współczynnik; SE – błąd standardowy estymacji; β – standaryzowany współczynnik; R^2 – współczynnik determinacji wielorakiej; ΔR^2 – delta R^2 ; F_{zmiany} – istotność F zmiany

W ostatnim etapie zweryfikowano, jakie zmienne wyjaśniające są predyktorami poziomu osobowego sensu życia u osób z zaburzeniami lękowymi (hipoteza 5). Wyniki wskazują (tab. 5), że predyktorem wyjaśniającym największy procent (38%) w zakresie zmiennej „osobowe poczucie sensu życia” jest wsparcie emocjonalne ($cR^2 = 0,386$; $R = 0,638$; $F(29,1) = 19,241$; $p = 0,001$).

Tabela 5. Współczynniki analizy regresji dla zmiennej zależnej w postaci osobowego sensu życia dla osób z zaburzeniami lękowymi

	B	SE	β	R^2	ΔR^2	F_{zmiany}
Model 1				0,41	0,39	19,24**
(Stała)	7,49	11,08				
Wsparcie emocjonalne	1,99	0,45	0,64**			
Model 2				0,61	0,58	13,906**
(Stała)	-35,85	14,80				
Wsparcie emocjonalne	2,41	0,39	0,77**			
Wiek	0,85	0,22	0,47**			

** $p < 0,01$; B – niestandardyzowany współczynnik; SE – błąd standardowy estymacji; β – standaryzowany współczynnik; R^2 – współczynnik determinacji wielorakiej; ΔR^2 – delta R^2 ; F_{zmiany} – istotność F zmiany

W drugim modelu procent wariacji zmiennej zależnej znacznie wzrósł, wyjaśniając łącznie 58% w zakresie zmiennej „osobowe poczucie sensu życia” ($cR^2 = 0,580$; $R = 0,780$; $F(29,2) = 21,008$; $p = 0,001$). Wartości współczynnika β świadczą, że wyższe wsparcie emocjonalne i wiek zwiększają poziom sensu życia u osób z zaburzeniami lękowymi.

Omówienie wyników

Zgodnie z założeniem przyjętym w pierwszej hipotezie osoby cierpiące na zaburzenia lękowe różniły się w spostrzeganiu wsparcia społecznego od osób zdrowych, oceniając je jako niższe. Wyniki mogą znajdować swoje uzasadnienie w niektórych

wcześniejszych analizach. Wykazano w nich, że chorzy, u których zdiagnozowano fobię społeczną, deklarowali mniejsze wsparcie społeczne niż osoby należące do grupy kontrolnej [21]. Na przykład Watson i Friend [22] twierdzą, że jednostki o wysokim poziomie lęku mają tendencję do odczuwania niższej ufności, unikania relacji interpersonalnych i do większego zamartwiania się. Podobnie Haemmerlie i wsp. [23] wymieniają brak umiejętności międzysobowych wśród deficytów wyróżniających zaburzenia lękowe. Staton i Campbell [24] dowodzą, że osoby o silniejszym lęku posiadają zafałszowaną percepcję wsparcia społecznego, co może spowalniać lub uniemożliwiać poprawę ich zdrowia. Takiemu postrzeganiu towarzyszy zwykle zniekształcona interpretacja działań wspierających [25]. Z kolei Aleksandrowicz [26] podkreśla, że zaburzenia nerwicowe są formą komunikacji, której celem jest zaspokojenie potrzeb psychospołecznych, możliwych do realizacji jedynie w relacji z innymi osobami, gdy doświadcza się ich obecności, zainteresowania i miłości.

Przy weryfikacji drugiej hipotezy zaobserwowano niższy poziom poczucia sensu życia i postaw egzystencjalnych u osób z zaburzeniami lękowymi niż u osób zdrowych. Podobnie także w innych badaniach korelacyjnych odnotowano negatywny związek między sensem życia a lękiem [27–29]. Na doniesienia te można spojrzeć z perspektywy psychologii egzystencjalnej. Niezdrowy lęk odzwierciedla zagubienie lub utratę sensu życia [30], a brak poczucia sensu stoi u podstaw wielu zaburzeń psychicznych [31]. Ponadto Bobkowicz-Lewartowska [32] podkreśla, że większość osób z zaburzeniami nerwicowymi niejednokrotnie całościowo ocenia negatywnie swoje życie, nie traktując choroby jako wyzwania adaptacyjnego i okazji do walki, ale postrzegając swój stan chorobowy w kategoriach przegranej.

Trzecia hipoteza również znalazła swoje potwierdzenie. Rezultaty korespondują z innymi analizami i dowodzą, że wymiary wsparcia społecznego łączą się pozytywnie z sensem życia w różnych jego aspektach, a negatywnie z pustką egzystencjalną. Analogiczną prawidłowość zauważył Krause [14] w amerykańskim badaniu podłużnym osób starszych, w którym poczucie sensu życia korelowało z postrzeganym wsparciem społecznym, otrzymywanym od rodziny. Związki te można wytłumaczyć w kontekście badań nad potrzebą przynależności. Wynika z nich, że poczucie więzi i odnajdywanie siebie w bliskich relacjach wzmacnia sens życia [33]. Niezaspokojenie tej potrzeby, samotność, izolacja i ostracyzm pogłębiają postrzeganie życia jako bezcelowego i bezwartościowego [34]. Ponadto, jak wykazują liczne analizy na całym świecie, poprawa funkcjonowania osób zmagających się z zaburzeniami nerwicowymi wymaga zintegrowania wielu aspektów życia, wśród których najczęściej wymieniane są poczucie sensu i stabilizacja więzi interpersonalnych [35]. Warto odnotować, że w niniejszych badaniach zarówno wymiary wsparcia, jak i pozytywne wymiary poczucia sensu życia były niższe w grupie klinicznej niż w grupie kontrolnej. Może to wynikać z obecności obu tych czynników w różnych doświadczeniach chorobowych, kiedy brak relacji interpersonalnych współwystępuje z obniżonym poczuciem sensu.

W tym kontekście istotne dla sensu życia wydaje się zwłaszcza wsparcie emocjonalne (hipotezy 4 i 5). Uzyskane przez nas wyniki znajdują potwierdzenie w badaniach Krausego [14]. Osoby, które otrzymywały wsparcie emocjonalne, deklarowały wyższe poczucie sensu życia niż respondenci uzyskujący jedynie wsparcie praktyczne. Co

więcej, jednostki, które emocjonalnie wspierały członków swojej wspólnoty, cieszyły się większym poczuciem sensu, co z kolei prowadziło do poprawy ich zdrowia. Można więc sądzić, że ważnym elementem poprawy funkcjonowania osób lękowych jest potrzeba zbilansowanego podejścia do życia w kontekście choroby. Z jednej strony chorzy potrzebują wsparcia, z drugiej mogą, w miarę możliwości, dawać wsparcie innym. Mayeroff [36] podkreśla, że otrzymywanie wsparcia i bycie przydatnym (dzielenie się umiejętnościami lub czasem) jest silnym czynnikiem motywującym bez względu na wiek. Świadomość bycia potrzebnym może choć w części wypełnić pustkę egzystencjalną pojawiającą się wśród osób z zaburzeniami lękowymi.

W niniejszym badaniu wiek również okazał się predyktorem sensu życia, choć warto mieć na uwadze, że w grupie odnotowano stosunkowo wysoką średnią wieku uczestników. W licznych badaniach epidemiologicznych przeprowadzonych w różnych kontekstach kulturowych [37–39] wśród pacjentów leczonych z powodu zaburzeń lękowych przeważają osoby młode (25–30 lat). Jak wiadomo, wpływ wieku na zdrowie psychiczne może ulegać zmianom w różnych okresach rozwojowych [40]. Potwierdzają to doniesienia, które wskazują, że poziom stresu i lęku maleje z wiekiem, a poczucie sensu życia wzrasta [41]. Również w badaniach przekrojowych odnotowano, że sens jest pozytywnie związany z liczbą przeżytych lat [36]. Można zatem wnioskować, że poczucie sensu życia pozostaje w okresie średniej dorosłości ważnym zasobem psychologicznym w chorobie [42].

Badanie, pomimo zgodności wyników z przyjętymi hipotezami i empirycznej spójności z dotychczasowymi rezultatami wyłonionymi w innych analizach, ma charakter wstępny i prezentuje pewne ograniczenia. Ze względu na mało liczną grupę osób badanych wnioskowanie oparte na modelu z zastosowaniem analizy regresji skłania do ostrożnej interpretacji wyników, gdyż w takich grupach mogą być one uzależnione od kilku, a nie większości obserwacji. Dlatego zwiększenie liczebności grupy osób z zaburzeniami lękowymi oraz doprecyzowanie jej rozkładu rozpoznań umożliwiłyby dokładniejsze określenie zależności pomiędzy rodzajami wsparcia i wymiarami poczucia sensu życia. Ponadto, pomimo iż relacje przyczynowo-skutkowe są często domyślnie wpisane w analizę regresji [43], w niniejszym badaniu trudno wskazać kierunek zależności między zmiennymi końcowymi. Nie jest oczywiste, czy niższy poziom wsparcia społecznego w populacji osób cierpiących z powodu zaburzeń lękowych jest przyczyną, czy raczej ich skutkiem. W wypadku, gdy wynika on z zaburzenia, postulowanie zwiększania wsparcia w tej grupie pacjentów może prowadzić do wzmacniania nieprawidłowych sposobów funkcjonowania osobowości. Wreszcie należy podkreślić, że wsparcie społeczne subiektywnie odczuwane przez uczestników grupy psychoterapeutycznej niekoniecznie musi oddawać rzeczywiście oferowane im wsparcie ze strony innych osób. Z tego względu potwierdzenie otrzymanych rezultatów wymaga przeprowadzenia dalszych badań z uwzględnieniem metodologii, która pozwoliłaby porównać wsparcie postrzegane z rzeczywiście dostępnym.

Wnioski

1. Istotnym czynnikiem w procesie terapeutycznym chorych z zaburzeniami lękowymi jest wzmacnianie poczucia sensu życia (w jego wymiarach celu, spójności wewnętrznej, kontroli życia, akceptacji śmierci, poszukiwania osobowego sensu) i dążenie do zmniejszenia pustki egzystencjalnej oraz poczucia bezsensu.
2. Wydaje się zasadne stosowanie wśród pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi psychoterapii nakierowanej na zmianę tych schematów funkcjonowania osobowości, które uniemożliwiają im budowanie sieci wsparcia społecznego. Wynika to z tego, że zaburzenia lękowe często charakteryzują się niższą ufnością, unikaniem relacji interpersonalnych, zafalszowaną percepcją wsparcia społecznego, co prowadzi do zniekształconej interpretacji działań wspierających.

Piśmiennictwo

1. Rzewuska M, Siwiak-Kobayashi M, Aleksandrowicz J, Brykczyńska C. *Postępy terapii zaburzeń nerwicowych*. Farmakoterapia w Psychiatrii i Neurologii 2003; 19(1): 17–44.
2. Nydegger RV. *Dealing with anxiety and related disorders: Understanding, coping, and prevention*. Santa Barbara: Praeger; 2012.
3. Preston TC, Shelton RC. *Anxiety disorders*. W: Hossein Fatemi S, Clayton PJ. red. *The medical basis of psychiatry*. New York: Springer; 2016. S. 145–168.
4. Kou C, Meng X, Xie B, Chen Y, Yu Q, Shi J i wsp. *The prevalence and correlates of neurotic disorders among undergraduates at a mainland Chinese university*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2012; 47(12): 2011–2018.
5. National Institute of Mental Health. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/any-anxiety-disorder-among-adults.shtml> (dostęp: 12.06.2017).
6. Panayiotou G, Karekla M. *Perceived social support helps, but does not buffer the negative impact of anxiety disorders on quality of life and perceived stress*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2013; 48(2): 283–294.
7. Mielimąka M, Rutkowski K, Cyranka K, Sobański JA, Müldner-Nieckowski Ł, Demblińska E i wsp. *Skuteczność intensywnej psychoterapii grupowej stosowanej w leczeniu zaburzeń nerwicowych i osobowości*. Psychiatr. Pol. 2015; 49(1): 29–48.
8. Cohen S. *Social relationships and health*. Am. Psychol. 2004; 59(8): 676–684.
9. Janowski K, Tatala M, Jedynak T, Książkowska A, Głowacka B. *Wsparcie społeczne a ocena własnej choroby, nasilenie objawów depresyjnych i akceptacja życia z chorobą u kobiet po mastektomii*. Polskie Forum Psychologiczne 2016; 21(2): 188–205.
10. Payne RJ, Jones JG. *Measurement and methodological issues in social support*. W: Kasl S, Cooper CL. red. *Stress and health: Issues in research methodology*. Chichester: Wiley; 1987. S. 167–205.
11. Helgeson VS. *Two important distinctions in social support: Kind of support and perceived versus received*. J. Appl. Soc. Psychol. 1993; 23(10): 825–845.
12. Roohafza HR, Afshar H, Keshteli AH, Mohammadi N, Feizi A, Taslimi M i wsp. *What's the role of perceived social support and coping styles in depression and anxiety*. J. Res. Med. Sci. 2014; 19(10): 944–949.

13. Lewis GJ, Bates TC, Posthuma D, Polderman TJC. *Core dimensions of personality broadly account for the link from perceived social support to symptoms of depression and anxiety.* J. Pers. 2013; 82(4): 329–339.
14. Krause N. *Longitudinal study of social support and meaning in life.* Psychol. Aging 2007; 22(3): 456–469.
15. Debats DL. *Sources of meaning: An investigation of significant commitments in life.* J. Humanist. Psychol. 1999; 39(4): 30–57.
16. Steger MF, Kashdan TB, Oishi S. *Being good by doing good: Daily eudaimonic activity and well-being.* J. Res. Pers. 2008; 42(1): 22–42.
17. Machell KA, Kashdan TB, Short JL, Nezlek JB. *Relationships between meaning in life, social and achievement events, and positive and negative affect in daily life.* J. Pers. 2015; 83(3): 287–298.
18. Paykel ES. *Life events, social support and depression.* Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 1994; 377(1): 50–58.
19. Juczyński Z. *Kwestionariusz Wsparcia Społecznego F-SozU-K-22* (niepublikowane narzędzie pomiarowe, Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego).
20. Reker GT. *Theoretical perspective, dimensions, and measurement of existential meaning.* W: Reker GT, Chamberlain K. red. *Exploring existential meaning. Optimizing human development across the life span.* Thousand Oaks: Sage Publication; 2000. S. 39–55.
21. Torgud LJ, Walker JR, Murray L, Cox BJ, Chartier M, Kjernisted KD. *Deficits in perceived social support associated with generalized social phobia.* Cogn. Behav. Ther. 2004; 33(2): 87–96.
22. Watson D, Friend R. *Measurement of social-evaluative anxiety.* J. Consult. Clin. Psychol. 1969; 33(4): 448–457.
23. Haemmerlie FM, Montgomery RL, Melchers J. *Social support, perceptions of attractiveness, weight, and the CPI in socially anxious males and females.* J. Clin. Psychol. 1988; 44(3): 435–441.
24. Staton SC, Campbell L. *Perceived social support moderates the link between attachment anxiety and health outcomes.* PLoS One. 2014; 9(4): e95358.
25. Dour HJ, Wiley JF, Roy-Byrne P, Stein MB, Sullivan G, Sherbourne CD i wsp. *Perceived social support mediates anxiety and depressive symptom changes following primary care intervention.* Depress. Anxiety 2014; 31(5): 436–442.
26. Aleksandrowicz JW. *Czy rzeczywiście nie ma zaburzeń nerwicowych?* Postępy Psychiatrii i Neurologii 1997; 6: 411–416.
27. Shiah YJ, Chang F, Chiang SK, Lin IM, Tam WC. *Religion and health: Anxiety, religiosity, meaning of life and mental health.* J. Relig. Health 2015; 54(1): 35–45.
28. Flensburg-Madsen T, Tolstrup J, Sørensen HJ, Mortensen EL. *Social and psychological predictors of onset of anxiety disorders: Results from a large prospective cohort study.* Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2012; 47(5): 711–721.
29. Volkert J, Schulz H, Levke Brütt A, Andreas S. *Meaning in life: Relationship to clinical diagnosis and psychotherapy outcome.* J. Clin. Psychol. 2014; 70(6): 528–535.
30. Coon D, Mitterer JO. *Introduction to psychology: Gateways to mind and behavior.* Belmont: Wadsworth; 2009.
31. Yalom ID. *Existential psychotherapy.* New York: Basic Books; 1980.
32. Bobkiewicz-Lewartowska L. *Poczucie sensu życia u osób z zaburzeniami nerwicowymi.* Psychiatria i Psychologia Kliniczna 2013; 13(1): 33–39.
33. Baumeister RF, Leary MR. *The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation.* Psychol. Bull. 1995; 117(3): 497–529.

34. Stillman TF, Baumeister RF, Lambert NM, Crescioni AW, DeWall CN, Fincham FD. *Alone and without purpose: Life loses meaning following social exclusion*. J. Exp. Soc. Psychol. 2009; 45(4): 686–694.
35. Bańka A. *Psychopatologia pracy*. Poznań: Stowarzyszenie Psychologia i Architektura; 2016.
36. Mayeroff M. *On caring*. New York: Harper Perennial; 1971.
37. Andrews G, Henderson S, Hall W. *Prevalence, comorbidity, disability and service utilization. Overview of the Australian National Mental Health Survey*. Br. J. Psychiatry 2001; 178(4): 145–153.
38. Blazer D, George LK, Hughes D. *Generalised anxiety disorder*. W: Robins LN, Regier DA. red. *Psychiatric disorders in America: The epidemiological catchment area study*. New York: The Free Press; 1991. S. 180–203.
39. Wells JE, Browne MA, Scott KM, McGee MA, Baxter J, Kokaua J i wsp. *Prevalence, interference with life and severity of 12 month DSM-IV disorders in Te Rau Hinengaro: The New Zealand Mental Health Survey*. Aus. N Z J. Psychiatry 2006; 40(10): 845–854.
40. Nakamura J, Warren M, Branand B, Liu PJ, Wheeler B, Chan T. *Positive psychology across the lifespan*. W: Pedrotti JT, Edwards LM. red. *Perspectives on the intersection of positive psychology and multiculturalism*. Dordrecht: Springer; 2014. S. 109–124.
41. Gupta U. *Age, mental health and well-being*. J. Psychosoc. Res. 2016; 11(1): 147–156.
42. Steger MF, Oishi S, Kashdan TB. *Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older adulthood*. J. Posit. Psychol. 2009; 4(1): 43–52.
43. Orme JG, Combs-Orme T. *Multiple regression with discrete dependent variables*. New York: Oxford University Press; 2009.

Adres: Małgorzata Szcześniak
Uniwersytet Szczeciński
Instytut Psychologii
71-017 Szczecin, ul. Krakowska 69
e-mail: malgorzata.szczeniak@whus.pl

Otrzymano: 12.07.2017

Zrecenzowano: 7.10.2017

Otrzymano po poprawie: 29.11.2017

Przyjęto do druku: 20.12.2017