

Marcin Wnuk¹, Jerzy Marcinkowski², Mateusz Hędzulek¹

¹Koło Naukowe Diagnostyki i Leczenia Uzależnień Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

²Zakład Higieny, Katedra Medycyny Społecznej Uniwersytetu Medycznego
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Pośredni charakter relacji między doświadczeniami duchowymi a dobrostanem jednostek współzależniowych

*Indirect relationship between spiritual experience
and wellbeing among co-dependent persons*

Abstract

Introduction. The aim of the study was to examine if the hope, meaning of life as well as optimism mediate between spiritual experiences and some aspect of wellbeing.

Material and methods. The sample consisted of 40 co-dependent subjects participating in Al-Anon from Poznań. The following tools were used: Daily Spiritual Experiences Scale, Purpose in Life Test, Herth Hope Index, Satisfaction with Life Scale, Cantril Ladder, one-item scales regarding optimism, desire to life, passion of life, feeling of happiness in a few recent days, evaluation of life, mental health and distress.

Results. According to expectation meaning of life mediated between spiritual experiences and life contentment as well as feeling of happiness in a few recent days. Hope mediated between spiritual experiences and passion of life. Optimism mediated between spiritual experiences and satisfaction with life. Additionally hope and meaning of life mediated between spiritual experiences and distress. *Psychiatria* 2009; 6, 3: 82–90

key words: co-dependance, mental health, spiritual experiences, meaning of life, hope, optimism, mediator variable

Wstęp

W literaturze przedmiotu pojawia się tendencja do traktowania związków pomiędzy religijnymi aspektami funkcjonowania jednostek a ich jakością życia i dobrostanem jako mających pośredni, a nie bezpośredni charakter [1–3]. Najczęściej w roli zmiennych pośredniczących pomiędzy religijnością a dobrostanem weryfikuje się takie konstrukty, jak poczucie sensu życia [1, 2, 4–8], nadzieja [2, 8] czy optymizm [2, 6, 7]. Dotychczasowe rezultaty badań dotyczących pośredniczącej roli poczucia sensu życia pomiędzy religij-

nością a dobrostanem i zdrowiem psychicznym są niejednoznaczne. Prawdopodobnym powodem nieśpójności wyników są przede wszystkim różnice w operacjonalizacji obu pojęć, użycie odrębnych miar religijności oraz dobrostanu oraz dywersyfikacja badanych populacji. Steger i Frazier dowiedli, że wśród studentów psychologii poczucie sensu życia pośredniczy między zaangażowaniem religijnym a satysfakcją z życia [6]. Wśród studentów z Izraela stwierdzono istnienie pośredniczącej roli poczucia sensu życia pomiędzy wiarą religijną a psychologicznym dobrostanem oraz dystresem. W tym samym projekcie badawczym poczucie sensu życia okazało się nie być mediatorem pomiędzy zaangażowaniem religijnym a psychologicznym dobrostanem i dystresem [5]. W innych badaniach relacja pomiędzy postawą wo-

Adres do korespondencji:
mgr psych. Marcin Wnuk
ul. Mateckiego 71/24, 60–689 Poznań
tel.: 664 934 268
e-mail: marwnuk@wp.pl

bec chrześcijaństwa i poczuciem szczęścia była za pośredniczoną przez poczucie sensu życia [7]. Wśród kobiet poza jedną miarą religijności poczucie sensu życia pośredniczyło pomiędzy religijnością i poznawczym aspektem dobrostanu w postaci satysfakcji z życia. Ta sama zmienna okazała się nie pełnić pośredniczącej roli między religijnością a emocjonalnymi wskaźnikami dobrostanu psychicznego w postaci negatywnego i pozytywnego afektu [4]. W badaniach Wnuka [8] przeprowadzonych wśród studentów zarówno poczucie sensu życia, jak i nadzieja były zmiennymi pośredniczącymi pomiędzy częstotliwością przeżyć duchowych a satysfakcją z życia i pozytywnym afektem. Analogiczne rezultaty uzyskano wśród Anonimowych Alkoholików [9]. Wśród tej populacji częstsze doświadczenia duchowe wpływają pozytywnie na odkrywanie poczucia sensu życia i nadzieję, co z kolei skutkuje obniżeniem poczucia beznadziejności.

W literaturze przedmiotu współzależnienie jest traktowane albo jako zaburzenie osobowości, albo jako choroba [10–14]. Badacze doszukują się genezy tego fenomenu w byciu członkiem dysfunkcyjnej rodziny i urazie z dzieciństwa [11, 15] bądź w relacjach z uzależnionym partnerem, które skutkują pojawieniem się charakterystycznych symptomów [10].

Wśród głównych objawów współzależnienia wymienia się trudności z odczuwaniem własnej wartości, nadmierną kontrolę zachowań zarówno swoich, jak i innych osób, nieumiejętne zaspokajanie własnych potrzeb, rozmyte granice pomiędzy sobą a innymi i otaczającym światem, zaprzeczanie i tłumienie myśli i odczuć oraz problemy seksualne [10, 12, 14].

Według Woititz [10] współzależnienie jest chorobą analogiczną do alkoholizmu, mającą odzwierciedlenie w identycznym zestawie objawów. Jedyna różnica pomiędzy jednostkami uzależnionymi i współzależnionymi polega na tym, że wśród tych pierwszych obserwuje się zależność wobec alkoholu, natomiast wśród współzależnionych jest to uzależnienie od nadmiernie pijącego partnera życiowego. Podejście to znajduje odzwierciedlenie w filozofii Anonimowych Alkoholików oraz związanej z nimi wspólnotie rodzin zwanej Al-Anon. Zarówno żona alkoholika, jak i on sam starają się uzyskać kontrolę nad piciem uzależnionego, wierząc, że jest to możliwe. Usilne próby uzyskania kontroli nie wywołują pożądanych efektów, nie rewidując jednocześnie poglądu żony alkoholika i jego samego na temat przejścia kontroli nad piciem. Również terapia oparta na uczestnictwie w grupach samopomocy osób współzależnionych opiera się na identycznych zasadach oraz regułach, jak wśród Anonimowych Al-

koholików. Jej centralnym elementem jest realizacja programu 12 kroków poprzez przyznanie bezsilności wobec picia osoby uzależnionej i braku kontroli nad jego spożywaniem, oparcie swojego powrotu do zdrowia na „Sile Większej” oraz „Sile Wyższej”, jakkolwiek jest ona pojmowana, przeprowadzenie obrachunku moralnego, zadośćuczynienie, poszukiwanie i spełnianie woli Bożej oraz niesienie posłania innym współzależnionym [16].

Hipoteza badawcza

Nadzieja, poczucie sensu życia oraz optymizm są zmiennymi pośredniczącymi pomiędzy przeżyciami duchowymi a dobrostanem.

Materiał i metody

W badaniach wzięło udział 40 osób współzależnionych, będących członkami wspólnoty Al-Anon. Wśród nich zarówno kobiety, jak i mężczyźni stanowili po 50%. Wykształcenie podstawowe posiadało 2,6% badanych, 21,1% — wykształcenie zawodowe, 55,2% — wykształcenie średnie, 21,1% — wykształcenie wyższe. Średnia wieku badanych wynosiła 46,7 roku (SD [standard deviation] = 13,78).

Użyto następujących narzędzi badawczych: Skali Codziennych Doświadczeń Duchowych (DSES, *Daily Spiritual Experiences Scale*), Skali Poczucia Sensu Życia (PIL, *Purpose in Life Test*), Indeksu Nadziei Hertha (HHI, *Herth Hope Index*), miary do weryfikowania poziomu optymizmu, Drabinki Cantrila (*Cantril Ladder*), Skali Satysfakcji z Życia (SWLS, *Satisfaction with Life Scale*), zestawu testów do oceny szczęścia autorstwa Czapińskiego składających się ze skali pragnienia życia, pasji życia, oceny dotychczasowego życia oraz oceny szczęścia dokonywanej z perspektywy ostatnich dni życia, jak również dwie negatywne miary dobrostanu w postaci oceny zdrowia mentalnego oraz poziomu dystresu.

Skala Codziennych Doświadczeń Duchowych składa się z 16 pytań. Badana osoba udziela odpowiedzi na sześciostopniowej skali od 1 — nigdy lub prawie nigdy, do 6 — wiele razy w ciągu dnia. Im większą liczbę punktów uzyskuje, z tym większym stopniem duchowości ma się do czynienia. Narzędzie to prezentuje zadowalające właściwości psychometryczne. Jego rzetelność, w zależności od populacji, plasuje się w granicach $\alpha = 0,86\text{--}0,95$ [17]. W realizowanym projekcie badawczym rzetelność wyniosła α Cronbacha = 0,94.

Skala Sensu Życia składa się z 20 pozycji dotyczących potrzeby sensu życia. Respondent odpowiada na każde z pytań, mając za zadanie zakreślenie pola mieszczącego się na kontinuum między 1 a 7, gdzie 7 ozna-

cza maksymalne nasilenie odczucia związanego z sensem życia, natomiast 1 — najmniejsze. Wyniki oblicza się poprzez zsumowanie odpowiedzi na wszystkie pytania. Im wyższy wynik, tym silniejsze zaspokojenie potrzeby sensu życia, im niższy, tym większa frustracja egzystencjalna. Zakres możliwych do uzyskania wyników mieści się w zbiorze pomiędzy 20 a 140 punktami [18]. Rzetelność tego narzędzia mierzona współczynnikiem korelacji r-Pearsona wyniosła 0,82, z poprawką Spearmana-Browna — 0,90 [19]. Dla polskiej wersji skali, przy użyciu metody test–retest w odstępie pół roku, uzyskano rzetelność 0,64–0,70, w zależności od badanej populacji [20].

Indeks Nadziei Herth jest skalą wykorzystywaną do pomiaru nadziei, opierającą się na jej definicji, która mówi, że jest to wielowymiarowa, dynamiczna siła życia, którą można scharakteryzować jako pewność osiągnięcia dobra, możliwą do osiągnięcia i osobiście znaczącą dla osoby posiadającej nadzieję [21]. Badani udzielają odpowiedzi na 12 pytań, wyrażonych w czterostopniowej skali Likerta od — zdecydowanie zgadzam się — 4, do zdecydowanie nie zgadzam się — 1 [22]. Skala ta posiada zadowalające właściwości psychometryczne. Jej rzetelność w odniesieniu do populacji chorych osób wyniosła $\alpha = 0,97$ [22]. Rzetelność badana metodą test–retest wyniosła 0,91 [22]. W realizowanym projekcie badawczym rzetelność wyniosła α Cronbacha = 0,91. Poziom optymizmu weryfikowano za pomocą stwierdzenia: „Jestem zawsze optymistycznie nastawiony w stosunku do przyszłości”. Badani zaznaczali odpowiednią odpowiedź na skali Likerta (zdecydowanie zgadzam się, zgadzam się, raczej nie zgadzam się, zdecydowanie nie zgadzam się).

Dobrostan definiowano jako poznawczy bilans życia odnoszący się do oceny pragnienia i pasji życia, oceny dotychczasowego życia, oceny szczęścia z perspektywy kilku ostatnich dni życia, satysfakcji z życia dokonywanej z 2 perspektyw czasowych (teraźniejszości i przeszłości), oceny zdrowia psychicznego oraz oceny poziomu stresu. Do pomiaru dobrostanu obok Drabinki Cantrila wykorzystano baterię testów autorstwa Janusza Czapińskiego oraz dwie negatywne miary dobrostanu w postaci oceny zdrowia psychicznego oraz poziomu stresu.

Drabinka Cantrila składa się z jednego pytania. Respondent ocenia swoje ogólne zadowolenie z życia w skali 0–10. W programie „Cebula”, prowadzonym przez Czapińskiego, po dwumiesięcznym odroczeniu uzyskano rzetelność 0,76 [23]. W innym projekcie współczynnik rzetelności po przeprowadzeniu ponownego badania po dwóch latach wyniósł 0,65 [24].

Skala pragnienia życia składa się z jednej pozycji testowej, na której respondent określa jedną z wartości umieszczonej na kontinuum od 0 do 9, gdzie 0 oznacza całkowity brak pragnienia życia (odpowiedź: „nie chce mi się żyć”), natomiast 9 — najsilniejsze z możliwych pragnienie życia (odpowiedź: „bardzo mocno chce mi się żyć”) [25–27].

Pasja życia jest miarą złożoną z jednego pytania. Badana osoba wybiera jedną spośród trzech odpowiedzi alternatywnych (nudne, zwyczajne, pasjonujące) [25–27].

Na skali szczęścia w ostatnich dniach badany dokonuje oceny poprzez zakreślenie jednej z czterech odpowiedzi: niezbyt szczęśliwy, dość szczęśliwy, szczęśliwy, bardzo szczęśliwy [25–27].

Przy ocenie swojego dotychczasowego życia badany ma do wyboru 6 możliwości: okropne nieszczęśliwe, niezbyt udane, ani dobre, ani złe, dosyć dobre, udane, wspaniałe. Odpowiadając na pytanie, jak ocenia swoje całe dotychczasowe życie, wybiera taką odpowiedź, która najbardziej oddaje jego opinię na ten temat [28].

Skala Satysfakcji z Życia jest powszechnie używanym narzędziem do mierzenia dobrostanu psychicznego na podstawie operacjonalizacji satysfakcji z życia jako świadomej poznawczej oceny życia, podczas której jednostka dokonuje porównania warunków swojego życia z narzuconymi sobie standardami [29]. Miara ta zawiera 5 stwierdzeń, na które badana osoba udziela odpowiedzi w siedmiostopniowej skali. Im większa liczba punktów, tym znaczącej satysfakcja z życia badanej osoby. Skala ta posiada zadowalające właściwości psychometryczne. Jej rzetelność mierzona metodą test–retest wyniosła 0,83 po dwutygodniowym ponownym badaniu, 0,84 po miesięcznym, natomiast 0,64–0,82 po dwumiesięcznym [30]. Jej jednoczynnikowy charakter został potwierdzony w kilku projektach badawczych [29, 31–33].

Oceniając poziom zdrowia psychicznego, badani wpisywali liczbę dni w ciągu ostatniego miesiąca, kiedy mieli poczucie, że ich zdrowie psychiczne nie było dobre.

Na pytanie o poziom stresu badani określali na pięciostopniowej skali częstotliwość przeżywania smutku, podenerwowania, zniecierpliwienia lub niepokoju, bezradności, bezwartościowości oraz trudności w działaniu.

Wyniki

Do weryfikacji postawionych hipotez użyto pakietu statystycznego SPSS (wersja 12). Zanotowano umiarkowane pozytywne korelacje pomiędzy częstotliwością przeżyć duchowych a optymizmem, poczuciem

sensu życia i nadzieją. Spośród wskaźników dobrostanu przeżycia duchowe były silnie związane z pragnieniem życia oraz umiarkowanie skorelowane z pasją życia, oceną szczęścia w ostatnich dniach, satysfakcją z życia, aktualnym zadowoleniem z życia oraz dystresem. Nie zanotowano związków pomiędzy częstotliwością przeżyć duchowych a dotychczasową oceną życia oraz przewidywanym zadowoleniem z życia. Optimizm korelował umiarkowanie z wszystkimi zastosowanymi wskaźnikami dobrostanu, podobnie jak nadzieja oraz poczucie sensu życia, z tą tylko różnicą, że owe dwie ostatnie zmienne nie były związane z dotychczasową oceną szczęścia (tab. 1).

Do weryfikacji założeń o pośredniczącej roli optymizmu, nadziei oraz poczucia sensu życia pomiędzy przeżyciami duchowymi a dobrostanem zastosowano analizę regresji liniowej dla każdego ze wskaźników dobrostanu, poza oceną dotychczasowego życia oraz przewidywanym zadowoleniem z życia. Dla pragnienia życia, pasji życia, oceny szczęścia w ostatnich dniach, satysfakcji z życia, aktualnego zadowolenia z życia oraz dystresu pierwsze dwa warunki do uznania danej zmiennej za zmienną pośredniczącą zostały spełnione. Zmienna niezależna w postaci przeżyć duchowych była skorelowana z wymienionymi zmiennymi zależnymi oraz z potencjalnymi zmiennymi pośredniczącymi, takimi jak optymizm, nadzieja i poczucie sensu życia, które z kolei były skorelowane z większością wskaźników dobrostanu (tab. 1) [29].

Po zastosowaniu analizy regresji jedynymi predyktorami pragnienia życia pozostało poczucie sensu życia ($\beta = 0,471$; $F = 21,90$; $p < 0,01$) oraz przeżycia duchowe ($\beta = 0,471$; $F = 22,22$; $p < 0,01$), podczas, gdy uzyskane wcześniej korelacje pomiędzy nadzieją i pragnieniem życia, podobnie jak optymizmem i pragnieniem życia, zostały zredukowane do poziomu nieistotnego statystycznie, odpowiednio: ($\beta = 0,199$; $p = 0,242$) oraz ($\beta = -0,077$; $p = 0,664$). Zmienną predykcyjną dla pasji życia okazała się być nadzieja ($\beta = 0,478$; $\beta = 0,499$; $F = 9,28$; $p < 0,01$). Równocześnie związki pomiędzy przeżyciami duchowymi i pasją życia, podobnie jak poczuciem sensu życia i pasją życia oraz optymizmem i pasją życia, uległy zmniejszeniu do poziomu nieistotnego statystycznie, odpowiednio: ($\beta = 0,105$; $p = 0,638$), ($\beta = 0,313$; $p = 0,089$) oraz ($\beta = 0,187$; $p = 0,441$). W przypadku analizy regresji z użyciem oceny szczęścia w ostatnich dniach jako wskaźnika dobrostanu jedynym predyktorem tej zmiennej pozostało poczucie sensu życia ($\beta = 0,605$; $F = 16,20$; $p < 0,01$). Równocześnie korelacje pomiędzy przeżyciami du-

chowymi i oceną szczęścia w ostatnich dniach, podobnie jak nadzieją i oceną szczęścia w ostatnich dniach oraz optymizmem i oceną szczęścia w ostatnich dniach, zostały zredukowane do poziomu nieistotnego statystycznie, odpowiednio: ($\beta = 0,211$; $p = 0,207$), ($\beta = 0,155$; $p = 0,370$) oraz ($\beta = 0,047$; $p = 0,826$).

Identyczna sytuacja miała miejsce, kiedy jako wskaźnika dobrostanu użyto aktualnego zadowolenia z życia ($\beta = 0,671$; $F = 22,90$; $p < 0,01$). Predyktorem tej zmiennej było poczucie sensu życia, natomiast jej wcześniejsze związki z przeżyciami duchowymi, nadzieją oraz optymizmem okazały się nieistotne statystycznie, odpowiednio: ($\beta = 0,216$; $p = 0,165$), ($\beta = 0,295$; $p = 0,060$) oraz ($\beta = 0,236$; $p = 0,229$).

Po zastosowaniu analizy regresji, w której w roli zmiennej zależnej użyto satysfakcji z życia, jej jedynym predyktorem był optymizm ($\beta = 0,504$; $F = 9,20$; $p < 0,01$). Uzyskane podczas korelacji parami zależności pomiędzy przeżyciami duchowymi, poczuciem sensu życia oraz nadzieją a satysfakcją z życia zostały zredukowane do poziomu nieistotnego statystycznie, odpowiednio: ($\beta = 0,286$; $p = 0,135$), ($\beta = 0,080$; $p = 0,733$) oraz ($\beta = 0,205$; $p = 0,407$). Zmiennymi predykcyjnymi dla dystresu była nadzieja ($\beta = -0,660$; $F = 21,63$; $p < 0,01$) i poczucie sensu życia ($\beta = -0,455$; $F = 19,81$; $p < 0,01$), podczas gdy uzyskane wcześniej korelacje pomiędzy doświadczeniami duchowymi i poziomem stresu podobnie jak optymizmem i stresem, zostały zredukowane do poziomu nieistotnego statystycznie, odpowiednio: ($\beta = -0,014$; $p = 0,936$) oraz ($\beta = 0,162$; $p = 0,468$).

Dyskusja

Postawiona hipoteza została częściowo potwierdzona. Przeżycia duchowe korelowały tylko z jednym wskaźnikiem dobrostanu w postaci pragnienia życia. Zmienna ta była pośrednio związana z innymi czterema aspektami dobrostanu niezależnie od tego, czy miały one pozytywny czy negatywny charakter. Okazało się, że poczucie sensu życia jest mediatorem pomiędzy doświadczeniami duchowymi a zadowoleniem z życia, dystresem oraz oceną szczęścia w ostatnich dniach. Dowiedziono, że nadzieja jest zmienną pośredniczącą pomiędzy doświadczeniami duchowymi a pasją życia oraz dystresem. Również optymizm wystąpił w roli mediatora w relacji doświadczeń duchowych oraz satysfakcji z życia. Oznacza to, że im częściej jednostki współuzależnione korzystające ze wsparcia grup samopomocy doświadczają przeżyć duchowych, tym łatwiej jest im odkrywać sens życia, co z kolei skutkuje tym, że doświad-

Tabela 1. Wartości współczynników korelacji (n = 40)
Table 1. Correlation matrix

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Pragnienie życia												
2. Pasja życia	0,57**											
3. Ocena szczęścia w ostatnich dniach	0,47**	0,52**										
4. Ocena dotychczasowego życia	0,24	0,32*	0,23									
5. Satysfakcja z życia	0,52**	0,49**	0,63**	0,17								
6. Aktualne zadowolenie z życia	0,65**	0,51**	0,63**	0,32	0,48**							
7. Przewidywane zadowolenie z życia	0,66**	0,46**	0,47**	0,41*	0,28	0,73**						
8. Zdrowie psychiczne	-0,33	-0,17	-0,30	-0,25	-0,19	-0,34	-0,38					
9. Poziom stresu	-0,74**	-0,50**	-0,54**	-0,29	-0,53**	-0,65**	-0,65**	0,52**				
10. Optymizm	0,55**	0,50**	0,48**	0,37*	0,54**	0,60**	0,52**	-0,27	-0,56**			
11. Nadzieja	0,65**	0,50**	0,43**	0,31	0,48**	0,55**	0,41*	-0,37*	-0,66**	0,73**		
12. Sens życia	0,66**	0,50**	0,53**	0,15	0,40**	0,59**	0,60**	-0,26	-0,53**	0,67**	0,44**	
13. Przeżycia duchowe	0,71**	0,43**	0,35*	0,05	0,52**	0,46**	0,33	-0,19	-0,54**	0,49**	0,62**	0,42*

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01

czają niższego poziomu dystresu, są bardziej zadowolone z życia oraz doświadczają większego poczucia szczęścia. Wśród członków tej populacji przeżycia duchowe sprzyjają również nadziei, wpływając pośrednio pozytywnie na ich pasję życia oraz redukcję dystresu. Również dzięki aktywności duchowej są oni bardziej optymistycznie nastawieni, dzięki czemu finalnie oceniają siebie jako bardziej usatysfakcjonowanych ze swojego życia.

Otrzymane rezultaty są zbliżone z dotychczasowymi wynikami badań. Zgodnie z nimi zarówno nadzieja, jak i poczucie sensu życia pośredniczą między przeżyciami duchowymi Anonimowych Alkoholików a ich poczuciem beznadziejności [9]. Jest to o tyle istotne, że zarazem uzależnienie, jak i współuzależnienie są przez niektórych badaczy traktowane jako zaburzenia charakteryzujące się podobną patogenezą i skutkujące analogicznymi objawami [10]. W obu przypadkach uczestnictwo w grupach samopomocy jest traktowane jako jedna z form leczenia, dla której kluczowym czynnikiem jest realizacja duchowego programu 12 kroków [34, 35]. Zaangażowanie w program 12 kroków niezależnie od tego, czy są to osoby uzależnione, czy współuzależnione wymaga od członków ruchu samopomocy koncentracji na własnym rozwoju duchowym jako podstawie procesu zdrowienia.

Wydaje się, że otrzymane w obu badaniach zależności, bez względu na podobieństwa badanych populacji, mają raczej uniwersalny charakter. Analogiczne rezultaty otrzymano wśród studentów, gdzie w roli wskaźników dobrostanu użyto jego poznawczych oraz afektywnych miar. Zgodnie z ich wynikami poczucie sensu życia oraz nadzieja studentów są zmiennymi pośredniczącymi pomiędzy przeżyciami duchowymi a satysfakcją z życia oraz pozytywnym afektem [8]. Poprzeczny model badań nie uprawnia do wyciągania wniosków o relacjach pomiędzy zmiennymi z perspektywy przyczynowo-skutkowej. Pozwala ona jednak określić kierunek otrzymanych relacji [36]. Oznacza to, że osoby współuzależnione, podobnie jak jednostki uzależnione oraz studenci, odnajdują nadzieję oraz sens swojego życia poprzez przeżycia duchowe. Osoby, dla których wiara jest istotnym czynnikiem w ich życiu, odkrywają jego sens na bazie wartości religijno-duchowych, natomiast agnostycy, ateści oraz osoby niereligijne mogą odnajdywać sens swojego życia, kierując się w życiu wartościami świeckimi [37], takimi jak opieka nad innymi, wartościami związanymi z rodziną i wspólnotą, autonomią i niezależnością, własnym rozwojem i odpoczynkiem, relacjami rodzinnymi czy przyjaźnią i miłością [38–40]. W badaniach Mądrzyckiego mi-

łość i przyjaźń były najczęściej wybieranymi przez studentów wartościami będącymi źródłem sensu życia. Na drugim miejscu znalazł się Bóg, potem dobro, brak samotności, wiara w życie pozagrobowe, wspańiałość świata oraz nadzieja na lepsze życie i możliwość osiągnięcia szczęścia [40].

Zarówno nadzieja, jak i poczucie sensu życia są kluczowymi elementami dobrostanu. Nadzieja jest ważnym czynnikiem dla poprawy jakości życia, adaptacji do istniejących warunków wśród jednostek doświadczających podwyższonego poziomu i stresu z powodu straty bliskiej osoby, wśród umierających, jednostek pracujących z pacjentami psychiatrycznymi oraz wśród pacjentów przewlekle chorych. Pozytywne związki pomiędzy jakością życia i nadzieją zostały stwierdzone u pacjentów ze zdiagnozowanymi nowotworami, rodzin pacjentów onkologicznych, pacjentów podlegających opiece paliatywnej i ich rodzin, pacjentów psychiatrycznych oraz pacjentów przewlekle chorych [41]. Wiara w „Siłę Wyższą” powodowała wzrost nadziei u 92% spośród 25 członków rodzin opiekujących się terminalnie chorymi krewnymi [42]. W badaniach osób terminalnie chorych jednym ze źródeł nadziei była wiara w Boga [43]. Ryff w swojej koncepcji psychologicznego dobrostanu stworzonej na bazie analizy najczęściej powtarzających się w psychologii wskaźników zdrowia i dobrostanu obok pięciu innych jego składników wyróżnił poczucie sensu i celu w życiu [44]. Zgodnie z założeniami koncepcji Genii jedną z dwóch składowych dobrostanu duchowego jest dobrostan egzystencjalny, rozumiany jako umiejętność odnajdywania sensu życia [45]. Priorytetowym zagadnieniem w kontekście relacji między poczuciem sensu życia a dobrostanem jest odpowiedź na pytanie, czy skuteczne odkrywanie sensu życia jest tylko koniecznym czy być może również wystarczającym warunkiem przeżywania szczęścia i dobrostanu. Wyniki dotychczasowych badań potwierdzają co najmniej umiarkowane korelacje pomiędzy poczuciem sensu życia a dobrostanem niezależnie od specyfiki badanych populacji oraz zastosowanych narzędzi badawczych i miar mających zarówno poznawczy, jak i afektywny charakter [4, 6, 46–53].

Wyniki badań wykazały, że w zależności od użytego wskaźnika jakości życia w roli mediatorów pomiędzy doświadczeniami duchowymi a dobrostanem wystąpiły trzy różne zmienne. Pierwsza z nich w postaci sensu życia była mediatorem trzykrotnie, kolejna — nadzieja dwukrotnie, natomiast optymizm jednokrotnie. Prawdopodobnie był to skutek zróżnicowania użytych miar dobrostanu, które odnosiły się zarówno do jego pozytywnych, jak i negatywnych aspektów. Spośród 36 współczynników korelacji pomiędzy nimi trzynaście było

nieistotnych statystycznie, dwadzieścia jeden miało umiarkowaną siłę, natomiast tylko dwa były silnie związane (tab. 1). Z drugiej strony siła zależności pomiędzy analizowanymi zmiennymi pośredniczącymi była albo umiarkowana, albo duża. Umiarkowaną korelację zanotowano pomiędzy nadzieją a poczuciem sensu życia. Niewątpliwie jest to potwierdzenie tezy, że są to oddzielne, choć w pewnym stopniu podobne konstrukty. Zgodnie z twierdzeniami Frankla posiadanie nadziei ułatwia odnajdywanie sensu życia [54], którego brak skutkuje poczuciem beznadziejności jako jednej ze składowych tak zwanej pustki egzystencjalnej [55]. Stwierdzono istnienie silnej korelacji pomiędzy nadzieją a optymizmem. W literaturze przedmiotu oba fenomeny są traktowane jako różne pomimo znaczącego wzajemnego podobieństwa [56, 57]. Podstawowa różnica między nimi odnosi się do orientacji temporalnej. Podczas gdy nadzieja jest skoncentrowana na przyszłości, optymizm dotyczy teraźniejszości. Wyniki dotychczasowych badań wskazują na fakt, że można być optymistą mimo braku nadziei oraz żywić nadzieję, nie przejawiając jednocześnie optymizmu [57].

Przeprowadzone badania niosą za sobą znaczące implikacje natury teoretycznej i praktycznej. Przede wszystkim zgodnie z wynikami otrzymanymi wśród innych populacji potwierdzają, że relacje pomiędzy doświadczeniami duchowymi a dobrostanem również wśród osób współzależniowych są zapośredniczone przez poczucie sensu życia i nadzieję. Wydaje się, że przedstawiony schemat relacji pomiędzy doświadczeniami duchowymi, nadzieją, poczuciem sensu życia i dobrostanem ma uniwersalny charakter.

Pełniejsza weryfikacja tej tezy wymaga realizacji dalszych projektów badawczych z zastosowaniem różnych miar dobrostanu.

Wyniki zrealizowanych badań dowodzą istotnej roli doświadczeń duchowych dla powrotu do zdrowia i dobrostanu osób współzależniowych. Mimo że w terapii leczenia uzależnień i współzależniowych są wykorzystywane elementy duchowego w swym charakterze programu 12 kroków, to funkcja tej sfery dla procesu terapeutycznego pozostaje w dalszym ciągu niedoceniana. Wydaje się, że wpływ na przedstawiony stan rzeczy ma fakt, że zarówno psychologowie, jak i lekarze należą do populacji sceptycznie nastawionych wobec religijno-duchowego obszaru funkcjonowania oraz jego naukowej wartości.

Wnioski

1. Doświadczenia duchowe ułatwiają odkrywanie poczucia sensu życia jednostek współzależniowych, co prawdopodobnie skutkuje ich większym zadowoleniem z życia, poczuciem szczęścia w odniesieniu do oceny ostatnich dni życia oraz niższym poziomem dystresu.
2. Wśród jednostek współzależniowych doświadczenia duchowe towarzyszą wyższemu poziomowi nadziei, co z kolei jest prawdopodobnie przyczyną ich większej pasji życia oraz niższego poziomu dystresu.
3. Jednostki współzależniowe, które doświadczają częstych przeżyć duchowych są bardziej optymistycznie nastawione do życia, czego efektem jest prawdopodobnie ich większa satysfakcja z życia.

Streszczenie

Wstęp. Celem przeprowadzonego projektu badawczego było sprawdzenie, czy poczucie sensu życia, nadzieja oraz optymizm pośredniczą pomiędzy doświadczeniami duchowymi a różnymi aspektami dobrostanu psychicznego.

Materiał i metody. Zbadano 40 uczestników spotkań grup Anonimowych Alkoholików z Poznania. Użyto następujących narzędzi badawczych: Skali Codziennych Doświadczeń Duchowych, Skali Sensu Życia, Indeksu Nadziei Hertha, Skali Satysfakcji z Życia, Drabinki Cantrila, złożonej z jednego pytania skali dotyczącej optymizmu, pragnienia życia, pasji życia, poczucia szczęścia z perspektywy ostatnich dni życia, oceny dotychczasowego życia, zdrowia psychicznego oraz poziomu dystresu.

Wyniki. Zgodnie z oczekiwaniami poczucie sensu życia pośredniczyło między doświadczeniami duchowymi a zadowoleniem z życia oraz poczuciem szczęścia w odniesieniu do oceny ostatnich dni życia. Nadzieja pośredniczyła pomiędzy doświadczeniami duchowymi a pasją życia. Optymizm pośredniczył między doświadczeniami duchowymi i satysfakcją z życia. Dodatkowo nadzieja oraz poczucie sensu życia pośredniczyły pomiędzy doświadczeniami duchowymi i dystresem. *Psychiatria 2009; 6, 3: 82–90*

słowa kluczowe: współzależnienie, zdrowie psychiczne, doświadczenia duchowe, sens życia, nadzieja, optymizm, zmienna pośrednicząca

PIŚMIENNICTWO

1. Jones J.W. Religion, health and psychology of religion: how the research on religion and health help us understand religion. *Journal of Religion and Health* 2004; 43: 317–328.
2. Park C.L. Religiousness/spirituality and health: a meaning system perspective. *Journal of Behavioral Medicine* 2007; 30: 319–328.
3. Zullig J.K., Ward R.M., Horn T. The association between perceived spirituality, religiosity and life satisfaction: the mediating role of self-rated health. *Social Indicators Research* 2006; 79: 255–274.
4. Zika S., Chamberlain K. Religiosity, life meaning and well-being: some relationship in a sample of women. *Journal of Scientific Study of Religion* 1988; 27: 411–420.
5. Vilchensky N., Kravetz S. How are religious belief and behavior good for you? An investigation of mediators religion to mental health in a sample of Israeli Jewish students. *Journal for the Scientific Study of Religion* 2005; 44: 459–471.
6. Steger M.F., Frazier P. Meaning in life: one link in the chain from religiousness to well-being. *Journal of Counseling Psychology* 2005; 52: 574–582.
7. French S., Joseph S. Religiosity and its association with happiness, purpose in life, and self-actualisation. *Mental Health, Religion and Culture* 1999; 2: 117–120.
8. Wnuk M. Pośrednicząca rola zmiennych o charakterze egzystencjalnym pomiędzy duchowością/religijnością i dobrostanem psychicznym studentów. *Psychologia Jakości Życia*; 2009 (w przygotowaniu redakcyjnym).
9. Wnuk M., Hędzalek M. Relacje między doświadczeniami duchowymi a zdrowiem psychicznym Anonimowych Alkoholików. Rola nadziei, poczucia sensu życia oraz pozytywnego i negatywnego afektu. Spotkania z psychologią społeczną 2009 (w przygotowaniu redakcyjnym).
10. Woititz J. Małżeństwo na lodzie, psychologiczne problemy żon alkoholików. Warszawa: IPZiT PTP; 1989.
11. Mellody P. Toksyczne związki — anatomia i terapia współuzależnienia. J. Santorski & Co., Warszawa 1993.
12. Cermak T. Diagnosing and treating co-dependence. Johnston Institute Books, Minneapolis 1986.
13. Beattie M. Koniec współuzależnienia, jak przestać kontrolować życie innych i zacząć troszczyć się o siebie. Media Rodzina, Poznań 1994.
14. Mellody P. Toksyczna miłość i jak się z niej wyzwolić. J. Santorski & Co., Warszawa 1992.
15. Bradshaw J. Zrozumieć rodzinę. IPZiT PTP, Warszawa 1994.
16. Dwanaście Kroków i Dwanaście Tradycji. Warszawa: Fundacja Biura Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce 1986.
17. Loustalot, F., Wyatt, S.B., Boss, B., May, W., McDyess, T. Psychometric examination of the Daily Spiritual Experiences Scale. *Journal of Cultural Diversity* 2006; 13: 162–167.
18. Cekiera Cz. Toksykomania. Narkomania. Lekomania. Alkoholizm. Nikotynizm. Państwowe Wydawnictwa Naukowe, Warszawa 1995.
19. Crumbaugh J.C., Maholic L.T. An experimental study an existentialism, the psychometric approach to Frank's concept of noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology* 1964; 20: 200–207.
20. Siek S. Wybrane metody badania osobowości. Akademia Teologii Katolickiej, Warszawa 1993.
21. Dufault K., Martocchio B. Hope: its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America* 1985; 20: 379–391.
22. Herth K. Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing* 1992; 17: 1251–1259.
23. Czapiński J. Psychologia szczęścia: przegląd badań teorii cebulowej. „Akademos”, Warszawa-Poznań 1992.
24. Kivett E., Palmore E. Change in life satisfaction: a longitudinal study of persons aged 46–70. *Journal of Gerontology* 1977; 32: 311–316.
25. Derbis R. Doświadczenie codzienności. Wydawnictwo WSP, Częstochowa 2000.
26. Wnuk M. Poczucie jakości życia Anonimowych Alkoholików. *Psychologia Jakości Życia* 2006; 5: 49–62.
27. Wnuk M. Nadzieja jako pozytywny korelat szczęścia wśród Anonimowych Uzależnionych od Seksu i Miłości. *Seksuologia Polska* 2008; 6: 51–56.
28. Czapiński J., Panek T. Diagnoza społeczna 2007. Vizja Press and IT, Warszawa 2008.
29. Diener E., Emmons R.A., Larsen R.J., Griffin S. The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment* 1985; 49: 71–75.
30. Pavot W., Diener E. Review of the satisfaction with life scale. *Psychological Assessment* 1993; 164–172.
31. Pavot W., Diener E. Colvin C.R., Sandvik E. Further validation of the Satisfaction evidence for the cross-method convergence of well-being. *Social Indicators Research* 1991; 28: 1–20.
32. Shevlin M.E., Bunting P.B. Confirmatory factor analysis of the satisfaction with life scale. *Perceptual and Motor Skills* 1994; 79: 1316–1318.
33. Lewis C.A., Shevlin M.E., Bunting B.P., Joseph S. Confirmatory factor analysis of the satisfaction with life scale: replication and methodological refinement. *Perceptual and Motor Skills* 1995; 80: 304–306.
34. Wnuk M. Duchowy charakter Programu Dwunastu Kroków a jakość życia Anonimowych Alkoholików. *Alkoholizm i Narkomania* 2007; 3: 289–302.
35. Anonimowi Alkoholicy. Fundacja Biura Służby Krajowej Anonimowych Alkoholików w Polsce, Warszawa 2001.
36. Baron R.M., Kenny D.A. The moderator–mediator distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 6: 1173–1182.
37. Prężyna W. Wykłady z psychologii w KUL. Lublin 1988.
38. Stuckey J.C. Faith, aging and dementia. Experiences of Christian, Jewish, and non-religious spousal caregivers and older adults. *Dementia* 2003; 2: 337–352.
39. Bar-Tur L., Savaya R., Prager E. Sources of meaning in life for young and old Israeli Jews and Arabs. *Journal of Aging Studies* 2001; 15: 253–269.
40. Mądrycki T. Osobowość jako system tworzący i realizujący plany. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego 2003.
41. Wnuk M. Nadzieja a poczucie jakości życia Anonimowych Alkoholików. W: Gawor A. Głębocka A. (red.). *Jakość życia współczesnego człowieka. Wybrane problemy*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008; 75–90.
42. Herth K. Hope in the family caregiver of terminally ill people. *Journal of Advanced Nursing* 1993; 18: 538–548.
43. Buckley J., Herth H. Fostering hope in terminally ill people. *Nursing Standard* 2004; 19: 33–41.
44. Ryff C.D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 6: 1069–1081.
45. Genia V. Evaluation of the spiritual well-being scale in a sample of college students. *International Journal for the Psychology of Religion* 2001; 11: 25–33.
46. Zika S., Chamberlain K. Relation of hassles and personality to subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 1987; 53: 155–162.
47. Zika S., Chamberlain K. On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of Psychology* 1992; 83: 133–145.
48. Steger M.F., Frazier P., Kaler M., Oishi S. The meaning of life questionnaire: assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of Counseling Psychology* 2006; 53: 80–93.
49. Fry P.S. Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: existential predictors of psychological wellbeing in com-

- munity-residing and institutional care elders. *Aging and Mental Health* 2000; 4: 375–387.
50. Evangelista L.S., Doering L., Dracup K. Meaning and life purpose: The perspectives of post-transplant women. *Heart and Lung* 2003; 32: 250–257.
51. Ardel M, Koenig C.S. The role of religion for hospice patients and relatively healthy older adults. *Research on Aging* 2006; 28: 184–215.
52. O'Connor B.P., Vallerand R.J. Psychological adjustment variables as predictors of mortality among nursing home residents. *Psychology and Aging* 1999; 13: 368–374.
53. Fleer J., Hoekstra H.J., Sleijfer D.T., Tuinman M.A., Hoekstra-Webers J.E.H.M. The role of meaning eudajmonic well-being. *Annual Review of Psychology* 2001; 52: 141–166.
54. Frankl V.E. Man's search for meaning. An introduction to logotherapy. Beacon Press, Boston 2006.
55. Frankl V.E. Egzystencjalna pustka. *Życie i myśl* 1973; 5: 46–51.
56. Trzebińska E. Psychologia pozytywna. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne: Warszawa; 2008.
57. Koziński J. Psychologia nadziei. Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2006.