

RENÉ WODARZ  <https://orcid.org/0009-0000-7731-9499>

Instytut Psychologii, Uniwersytet Opolski
Institute of Psychology, Opole University

ALEKSANDRA ROGOWSKA  <https://orcid.org/0000-0002-4621-8916>

Instytut Psychologii, Uniwersytet Opolski
Institute of Psychology, Opole University
e-mail: arogowska@uni.opole.pl

Satysfakcja z życia a samoocena i obraz ciała w okresie wczesnej i średniej dorosłości

Life Satisfaction, Self-esteem, and Positive Body Image During Adulthood

Abstract: This study is aimed at examining differences in self-esteem, positive body image and life satisfaction among the people at the sixth stage (Intimacy vs. Isolation) and the seventh stage (Generativity vs. Stagnation) of Erikson's psychosocial development, with regards for gender. Also, the correlation between self-esteem, positive body image and life satisfaction was tested in the study. 309 adults, aged between 18 and 65 ($M = 33.65$, $SD = 14.64$), including 154 women (49.83%), participated in the cross-sectional online study. The total sample was spilt into two groups, regarding Erikson's theory of psychosocial development: Stage 6 (early adulthood from 18 to 39, $M = 24.20$, $SD = 6.15$, $n = 199$) and Stage 7 (middle adulthood from 40 to 65, $M = 50.76$, $SD = 8.85$, $n = 110$). To measure life satisfaction, self-esteem and positive attitude towards the body, the Satisfaction With Life Scale (SWLS), the Rosenberg Self-Esteem Scale (SES), and the Body Appreciation Scale (BAS-2) were used respectively. Results indicate that middle-aged people are more satisfied with their life, and score higher in self-esteem and positive body image than young adults. Life satisfaction, self-esteem, and positive body image are correlated positively. Self-esteem and positive body image are predictors of life satisfaction and, together with gender and age, explain 48% of its variance in early- and middle-aged adults.

Keywords: age, Erikson's stages of psychosocial development, gender, life satisfaction, positive body image, self-esteem

Słowa kluczowe: samoocena, satysfakcja z życia, stadia rozwoju psychospołecznego Eriksona, płeć, pozytywny obraz ciała, wiek

WPROWADZENIE

Dotychczasowe badania wskazują na związek pomiędzy samooceną, pozytywnym obra-

zem własnego ciała i satysfakcją z życia. Nie ma wszakże jednoznacznych wniosków co do tego, w jaki sposób wiek i płeć wpływają na te relacje w wieku dorosłym. Celem niniejsze-

go badania była, po pierwsze, analiza różnic w zakresie poczucia własnej wartości, pozytywnego obrazu własnego ciała i zadowolenia z życia pomiędzy osobami znajdującymi się na szóstym (intymność a izolacja) i siódmym (generatywność a stagnacja) etapie rozwoju psychospołecznego według Erika Eriksona, z uwzględnieniem płci, a po drugie – analiza związku pomiędzy samooceną, pozytywnym obrazem własnego ciała i satysfakcją z życia.

Poczucie satysfakcji z życia

Poczucie satysfakcji z życia (*life satisfaction*) jest terminem wielowymiarowym i wieloznacznym, rozumianym też jako „dobrostan”, „jakość życia” lub „zadowolenie z życia” (Zalewska, 1999). Satysfakcja z życia jest wynikiem subiektywnej oceny takich obszarów życia, jak: zdrowie, sytuacja finansowa, praca zawodowa, poczucie własnej wartości i jakości relacji interpersonalnych (Michalos, 1991). Poziom satysfakcji z życia nie jest tylko sumą czy średnią wyżej wymienionych czynników. W zależności od jednostki, niektóre obszary mogą okazać się ważniejsze, a inne mogą mieć wpływ tylko marginalny (Spryńska i in., 2019). Ed Diener (1985, 2000) definiuje satysfakcję z życia jako zadowalający wynik porównania własnej sytuacji z ustalonymi przez siebie standardami.

Badania (Blanchflower, Oswald, 2008; Clark, Oswald, 2006; Darbonne i in., 2012; Gerdtham, Johannesson, 2001) wykazały, że związek między wiekiem a poczuciem satysfakcji z życia jest nieliniowy i przybiera kształt litery „U”. Najniższe średnie poziomy satysfakcji z życia dotyczą osób dorosłych w średnim wieku, pomiędzy 40 a 49 rokiem życia, co wyjaśnia się poprzez odniesienie do czynników psychospołecznych i ról życiowych. Anna Darbonne i współpracownicy (2012) sugerują, że osoby w średnim wieku są głęboko osadzone w rolach obywatelskich, zawodowych, społecznych i rodzinnych, co może być czynnikiem zwiększającym poziom stresu i konfliktów interpersonalnych. Sugeruje się też (Darbonne i in., 2012) istnienie pewnego rodzaju punktu zwrotnego, który skłania jednostkę do rozszerzonych rozmyślań i porównań, co może prowadzić do

spadku poczucia jakości i satysfakcji z życia. Osoby w młodszym wieku są znacznie bardziej odporne na te czynniki, ponieważ występują one rzadziej i ich działanie jest znacząco mniejsze. W społeczeństwie panuje też wyższy poziom przyzwolenia na „błędy młodości”.

Obniżenie poziomu satysfakcji z życia w okresie średniej dorosłości można tłumaczyć również tzw. kryzysem wieku średniego (Levinson, 1978; Newton, 1994), wiązanym z ponowną oceną rodziny i dotychczasowej kariery, a także sensu i celu życia. Gdy ludzie wchodzą w średnią dorosłość, ich decyzje i działania są oparte na wyborach dokonanych na podstawie refleksji z poprzedniego etapu (Levinson, 1978; Newton, 1994).

Po osiągnięciu najniższego poziomu satysfakcji z życia i rozwiązaniu kryzysu wieku średniego zwiększa się odporność na stresujące czynniki środowiskowe, ze względu na adaptację do aktualnej sytuacji życiowej i pogodzenie się z własnymi słabościami, osiągnięcie stabilizacji finansowej czy wypracowanie bardziej skutecznych metod radzenia sobie z negatywnymi wydarzeniami. Badacze twierdzą, że efekt ten może być potęgowany przez zjawisko lepszego traktowania osób starszych przez społeczeństwo (Clark, Oswald, 2006). Podwyższanie się stopnia subiektywnego zadowolenia z życia może też być skutkiem oceny zdarzeń życiowych przez pryzmat przeszłości, a nie wyłącznie obecnej sytuacji (Świerżewska, 2010).

Związki między subiektywnie odczuwaną satysfakcją z życia a płcią są niejednoznaczne i silnie uzależnione od kontekstu kulturowego państwa, w którym zostały przeprowadzone badania (Meisenberg, Woodley, 2015). Wyniki badań przeprowadzonych w polskiej populacji ($N = 1915$) nie wykazały istotnych statystycznie różnic międzypłciowych pod względem zadowolenia z życia (Wąsowicz-Kiryło, Baran, 2013).

Samoocena

Samoocena (*self-esteem*) jest definiowana jako przekonanie o własnej wartości lub ocena dotycząca własnych cech i kompetencji (Dzwonkowska i in., 2008). Podstawą samooceny jest

samowiedza, czyli zbiór subiektywnych opinii, które jednostka odnosi względem siebie (Dzwonkowska i in., 2008). Według Morrisa Rosenberga (1965) wysoka samoocena jest efektem oceny samego siebie jako wartościowego członka społeczności, z kolei niska samoocena jest objawem niezadowolenia z siebie oraz odrzucenia własnego Ja (Dzwonkowska i in., 2008). Globalna samoocena wyraża względnie stały stosunek do siebie samego (Szpitalak, Polczyk, 2015), uformowany we wczesnym dzieciństwie i wpływający na poszczególne oceny częściowe i specyficzne obszary samooceny. Samoocena specyficzna dotyczy funkcjonowania jednostki w różnych obszarach jej życia i odnosi się do pojedynczych cech, ukształtowanych środowiskowo na bazie genetycznych predyspozycji (Buss, 2020; Dzwonkowska i in., 2008; Neiss i in., 2002; Wojciszke, 2011). Samoocena może być negatywna lub pozytywna i można ją spozstrzegać zarówno jako stan (w procesie tworzenia się samooceny), jak i cechę osobowości (Dzwonkowska i in., 2008; Rosenberg, 1965).

Istnieje pozytywna korelacja między samooceną a satysfakcją z życia (Campbell, 1981; Dogan i in., 2013; Du i in., 2017; Diener, Diener, 1995; Herman i in., 2018; Wąsowicz-Kiryló, Baran, 2013), wyniki badań nad związkami samooceny z wiekiem i płcią są natomiast niejednoznaczne. Diana Fecenec (2008) wykazała, że najwyższą samoocenę prezentowały kobiety w wieku 16–19 lat oraz 65–79 lat, w porównaniu z kobietami w wieku 20–64 lat. W przypadku mężczyzn osoby w wieku 20–64 lat charakteryzowały się niższą samooceną niż grupa młodsza (w wieku 16–19 lat). Inne badania wskazują na wyższą samoocenę wśród czterdziestolatków niż dwudziestolatków (Roberts, Bengtson, 1990; Wink, Helson, 1993). Również Richard Robins i współpracownicy (2002) wykazali, że samoocena zmienia się znacząco na przestrzeni życia: najwyższe poziomy osiąga w wieku dorastania (9–12 lat) oraz na przełomie średniej i późnej dorosłości (60–69 lat), najniższy poziom dotyczy zaś młodych dorosłych (pomiędzy 18 a 22 rokiem życia). Paul Wink i Ravenna Helson (1993) tłumaczą wzrost samooceny między 43 a 53 rokiem życia stabilizacją ekonomiczną, zawodową oraz rodzinną uzyskiwaną w tym

okresie życia. Ponadto w dorosłości zwiększa się prawdopodobieństwo osiągnięcia wyższego statusu społecznego oraz władzy, co może wpłynąć korzystnie na wartość samooceny (Szpitalak, Polczyk, 2015).

Liczne badania wykazały też, że mężczyźni osiągają wyższy poziom samooceny niż kobiety (Josephs i in., 1992; Kearney-Cooke, 1999; Kling i in., 1999; Lewinsohn i in., 1993; Steinberg i Dornbusch, 1991), co może być skutkiem wpływów kultury na jednostkę. Wysoki poziom samooceny u mężczyzn według Kristen Kling i współpracowników (1999) jest spowodowany pewnego rodzaju samospełniającą się przepowiednią, spowodowaną oczekiwaniami społecznymi wobec mężczyzn. Tradycyjna, stereotypowa rola męska obfituje bowiem w pewność siebie, a co za tym idzie – wpływa na wzrost samooceny.

Z drugiej strony badacze sugerują, że nie tyle mężczyźni mają podwyższoną samoocenę, ile kobiety obniżoną, również pod wpływem kultury, stereotypów i oczekiwań społecznych. Julie McMullin i John Cairney (2004) sugerują, że niższy poziom samooceny wśród kobiet może być spowodowany różnicami kulturowymi oraz rolami płciowymi, gdyż samoocena jest zmienianą związaną m.in. z zarobkami, pozycją społeczną i zawodową oraz statusem. Zważywszy na większą liczbę mężczyzn na stanowiskach kierowniczych i, ogólnie rzecz biorąc, wyższe zarobki wśród mężczyzn, można przyjąć, że ten aspekt wpływa na wzrost samooceny u mężczyzn i jej obniżenie u kobiet, spowodowane subiektywnie spozstrzeganą mniejszą szansą na sukces. McMullin i Cairney (2004) zwracają także uwagę na to, że niska samoocena u kobiet może być cechą kulturowo pożądaną wśród mężczyzn.

Obraz ciała

Obraz ciała (*body-image*) jest konstruktem wielowymiarowym, który obejmuje poznawcze, behawioralne, emocjonalne i społeczne aspekty oceny ogólnego wyglądu ciała i zadowolenia z własnego ciała (Thompson, 1990; Cash i in., 2004; Grogan, 2008). Alicja Głębocka (2009) definiuje obraz ciała jako zbiór przeko-

nań o własnym wyglądzie, który został stworzony na podstawie dostępnych wzorców oraz informacji w otoczeniu jednostki. Na kształtowanie się obrazu ciała wpływa wiele czynników zewnętrznych i wewnętrznych, jak np. samoocena, środowisko specyficzne i niespecyficzne czy obiektywna atrakcyjność (Buczak, Sumajło, 2013). Na ocenę wyglądu ciała składają się komponenty biologiczne, ale także emocjonalne i społeczne (Lipowska, Lipowski, 2013). Z perspektywy współczesnej psychologii ewolucyjnej (Pawłowski, 2009) wygląd fizyczny jest definiowany jako wynik biologicznej strategii doboru płciowego u ludzi. Kryteria urody mają na celu umożliwienie znalezienia partnera seksualnego o wysokich wartościach i możliwościach partnerskich oraz reprodukcyjnych (Pawłowski, 2009). Istnieje znacząca różnica między oceną ciała innej osoby a tym, jak osoba sama siebie ocenia i wartościuje swój wygląd (Wojciszke, 2011). Ocena wyglądu innej osoby jest uwarunkowana ogólnymi wyznacznikami urody, jak odpowiednia masa czy umięśnienie ciała. Na spostrzeganie własnego wizerunku wpływa wiele czynników, które można podzielić na dwie kategorie. Pierwsza kategoria dotyczy spostrzegania własnego ciała w sposób adekwatny lub nieadekwatny do rzeczywistości (Mańkowska, Steuden, 2021). Ocena ta powstaje m.in. na skutek obserwacji otoczenia i porównań z innymi osobami oraz znajomości norm społecznych obowiązujących w danym środowisku i kulturze. Druga kategoria dotyczy aspektu emocjonalnego (Kobieracka, 2012). Jest to ocena tego, jak dobrze dana osoba się czuje w swoim ciele, a także poziom zadowolenia z tego, jak wygląda i jak jej ciało funkcjonuje. Obraz ciała i ocena atrakcyjności nie są zatem wyłącznie wzrokową percepcją wyglądu ciała, lecz także subiektywnym osądem, który powstał na podstawie zinternalizowanego systemu wartości (Joško-Ochojska i in., 2013).

Wygląd ciała wchodzi w skład uogólnionej samooceny (Joško-Ochojska i in., 2013; Fecenec, 2008). Związek między samooceną a obrazem ciała jest obukierunkowy: samoocena może mieć wpływ na spostrzeganie własnego ciała, a subiektywna ocena własnego ciała może obniżać lub podwyższać uogólnioną samoocenę

(Bale, Archer, 2013; Feingold, 1992; Kochan-Wójcik, Piskorz, 2010). Ocena własnego ciała pełni też ważną funkcję w życiu człowieka oraz wpływa dodatnio na poziom satysfakcji z życia i jakość życia (Cash, Pruzinsky, 1990; Delfabbro i in., 2011; Diener i in., 1995; Głębocka, 2009; Lee i in., 2014; Swami i in., 2018; Tager i in., 2006). Hye-Ryeon Lee i współpracownicy (2014) wykazali również, że samoocena mediuje związek między obrazem własnego ciała a zadowoleniem z życia.

Płeć i wiek w znacznym stopniu wpływają na ocenę atrakcyjności własnego ciała i odczucia z nim związane (Burgess, Broome, 2012). Ocena własnego ciała jest związana z samooceną, co wpływa prawdopodobnie na wyższy jej poziom u mężczyzn niż u kobiet (Brodie i in., 1991; Cullasi i in., 1998; Damarest, Allen, 2000; Graham i in., 2000; Mellor i in., 2010). W okresie wczesnej dorosłości obniża się poziom zadowolenia z własnego wyglądu, w porównaniu z okresem adolescencji, a następnie poziom ten wzrasta w wieku średnim, aby się obniżyć w wieku senioralnym (Mendelson i in., 1996; Lipowska, Lipowski 2013). Z jednej strony, po trzydziestym roku życia pojawiają się zazwyczaj pierwsze oznaki starzenia się (np. siwe włosy, zmarszczki, problemy zdrowotne), co sugerowałoby obniżoną ocenę własnego wyglądu i gorszy obraz ciała. A jednak, osoby w średnim wieku lepiej oceniają swoje ciało niż młodzi dorośli. Spostrzeganie własnego ciała nie jest bowiem wynikiem prostej oceny cech fizycznych, ale uwarunkowane jest w znacznym stopniu czynnikami społecznymi i emocjonalnymi (Lipowska, Lipowski, 2013), normami obowiązującymi w danym otoczeniu, wymaganiami i oczekiwaniami społecznymi oraz statusem społecznym (Buczak, Sumajło, 2013; Joško-Ochojska i in., 2013). Ważną kwestią wydaje się też stopień skupienia na własnym wyglądzie oraz spostrzegana subiektywnie konieczność oraz częstość dokonywania ocen i porównań społecznych (Surowiec i in., 2018; Joško-Ochojska i in., 2013). Wraz z wiekiem mogą się też pojawić większy dystans wobec własnego ciała i mniejsza presja społeczna związana z wyglądem (Rusticus i in., 2008).

Problem badawczy

Chociaż związki między satysfakcją z życia a samooceną (Campbell, 1981; Diener, Diener, 1995; Dogan i in., 2013; Du i in., 2017; Herman i in., 2018; Wąsowicz-Kiryło, Baran, 2013) i obrazem ciała (Cash, Pruzinsky, 1990; Delfabbro i in., 2011; Diener i in., 1995; Głębocka, 2009; Lee i in., 2014; Swami i in., 2018; Tager i in., 2006) były wcześniej przedmiotem badań, niewiele wiadomo o tym, jak te zmienne kształtują się w okresie dorosłości, zwłaszcza w kontekście współczesnych zadań i konfliktów rozwojowych. Teorie rozwoju osoby dorosłej opisują rozwój w dorosłości jako etapy wzrostu, w których jednostki zaczynają patrzeć na świat z szerszej perspektywy i zdobywają bardziej złożone zrozumienie siebie i innych (Hutchison, 2007). Według Erika Eriksona (1997) w okresie wczesnej dorosłości (w wieku 18–40 lat) pojawia się kryzys psychospołeczny (sprzeczność między potrzebami jednostki a społeczeństwa), będący wynikiem konfliktu „intymność a izolacja”. Zadaniem rozwojowym jest przejście od egoistycznego myślenia o sobie do troski o innych ludzi na świecie i osiągnięcie cnoty miłości. Angażując się w relacje z innymi ludźmi, jednostki są w stanie doświadczyć miłości i intymności, jak też poczucia bezpieczeństwa. Obraz ciała może odgrywać istotną rolę w tworzeniu intymnych związków, ponieważ jednostki mogą odczuwać dyskomfort związany z własnym wyglądem fizycznym. Młodzi dorośli mogą dokonywać porównań społecznych, oceniając swój wygląd fizyczny w odniesieniu do standardów społecznych lub postrzeganej atrakcyjności potencjalnych partnerów, co może mieć pozytywny lub negatywny wpływ na obraz ciała. Pozytywny obraz ciała może się przyczynić do podwyższenia samooceny, a tym samym potencjalnie ułatwiać rozwój relacji intymnych. Z drugiej strony, negatywny obraz ciała może prowadzić do poczucia niepewności i utrudniać zdolność do nawiązywania romantycznych relacji. Osoby, którym nie udało się nawiązać trwałego związku, mogą odczuwać samotność i izolację, co może prowadzić do obniżenia samooceny i satysfakcji z życia. Z kolei rozwijanie bliskich relacji i doświad-

czanie intymności może zwiększyć poczucie własnej wartości i kompetencji.

Kolejny kryzys psychospołeczny przypada na okres 40–65 lat i odnosi się do konfliktu między kreatywnością a stagnacją (Erikson, 1997; Slater, 2003). Pozytywne rozwiązanie tego kryzysu psychospołecznego prowadzi do osiągnięcia cnoty opiekuńczości. Jest to czas, w którym osoba musi przewartościować swoje role życiowe i zadania rozwojowe oraz skupić się na wnoszeniu wkładu w społeczeństwo, zwiększeniu wydajności w pracy, a także zaangażowaniu w działania charytatywne i organizacje prospołeczne. W miarę, jak jednostki wkraczają w średnią dorosłość, mogą doświadczyć zmian fizycznych związanych ze starzeniem się. Pozytywny obraz ciała na tym etapie obejmuje akceptację i przystosowanie się do tych zmian, co może podwyższać poziom samooceny, pewności siebie i energii, jaką jednostki wnoszą do swoich działań generatywnych. Poczucie komfortu we własnym ciele może wpływać na podwyższenie poziomu vitalności i zaangażowania w działania na rzecz innych.

Poczucie generatywności wiąże się z wiarą w następne pokolenia, aktywnością twórczą i praktykami wychowawczymi (rodzicielstwo, nauczanie, mentoring). Jeśli osoba nie jest zadowolona ze swojego aktualnego życia, zwykle żałuje decyzji, które podjęła w przeszłości, ma poczucie bezużyteczności i stagnacji. Pomyślnie sprostanie wyzwaniom generatywności może prowadzić do poczucia spełnienia i celu. Osoby aktywnie zaangażowane w przyczynianie się do dobra innych i społeczeństwa mogą doświadczyć wzrostu samooceny oraz satysfakcji z życia, ponieważ postrzegają siebie jako osoby wartościowe i zdolne do wywierania znaczącego wpływu na otoczenie.

Badanie własne

Celem prezentowanego badania była analiza różnic między osobami dorosłymi w szóstym i siódmym stadium rozwoju psychospołecznego według Eriksona (1997) pod względem satysfakcji z życia, samooceny i pozytywnego obrazu własnego ciała, z uwzględnieniem płci. Założono, że wyższa satysfakcja z życia wią-

że się z pozytywnym rozwiązaniem kryzysów wczesnej i średniej dorosłości, zgodnie z teorią rozwoju psychospołecznego Eriksona (1956, 1997). Eksplorowano również, czy satysfakcja z życia osób dorosłych jest w większym stopniu zdeterminowana samooceną czy pozytywnym obrazem ciała, przy uwzględnieniu płci i wieku.

Na podstawie dotychczasowej literatury naukowej sformułowano następujące hipotezy:

H1. Osoby będące w szóstym stadium rozwoju psychospołecznego według Eriksona (wczesna dorosłość) prezentują wyższy poziom satysfakcji z życia, w porównaniu z osobami w stadium siódmym (średnia dorosłość).

H2. Istnieją różnice w poziomie samooceny pomiędzy osobami dorosłymi w szóstym i siódmym stadium rozwoju psychospołecznego, jednak kierunek tych różnic nie może być przewidywany na podstawie dotychczasowych badań.

H3. Bardziej pozytywny obraz ciała występuje u osób w średniej dorosłości (Stadium 7) niż we wczesnej dorosłości (Stadium 6).

H4. Satysfakcja z życia, samoocena i pozytywny obraz ciała są ze sobą pozytywnie skorelowane.

W ostatnich latach pojawiło się w Europie i na świecie wiele wyzwań związanych z kryzysem klimatycznym, masową emigracją zarobkową, pandemią COVID-19, wojną na Ukrainie i inflacją. Kryzysy te mogą wpływać na dobrostan osób dorosłych, obniżając satysfakcję z życia czy samoocenę. Stałe kontrolowanie tych zmiennych wydaje się wyzwaniem obecnych czasów. Wyniki niniejszych badań mogą być pomocne w wyjaśnieniu czynników dobrostanu osób dorosłych na różnych etapach

rozwojowych, a także opracowaniu działań prewencyjnych i interwencyjnych, aby pomóc dorosłym w rozwoju.

METODA

Charakterystyka osób badanych

Na zaproszenie do badania odpowiedziało 527 osób. Z badania wykluczono osoby poniżej 18 roku życia i powyżej 65 roku życia, osoby o płci niebinarnej (z powodu zbyt małej liczebności grupy) oraz osoby, które nie wyraziły zgody na przetwarzanie danych osobowych. Wśród pozostałych 499 osób stwierdzono znaczącą przewagę kobiet (337 w porównaniu z 162 mężczyznami), dlatego dokonano zrandomizowanej selekcji kobiet w poszczególnych grupach wiekowych, tak aby liczba kobiet i mężczyzn była do siebie zbliżona. W ostatecznej grupie badanej znalazło się 309 osób pomiędzy 18 a 65 rokiem życia ($M = 33.65$, $SD = 14.64$), w tym 49.83% kobiet. Badanych podzielono na dwie grupy ze względu na wiek, korespondujący ze stadiami rozwoju psychospołecznego Eriksona: w stadium 6 (zakres wieku 18–39 lat) było 199 osób (64.40%), a w stadium 7 (zakres wieku 40–65 lat) znalazło się 110 osób (35.60%). Tabela 1 przedstawia dane demograficzne badanej grupy, z podziałem na stadia rozwoju psychospołecznego Eriksona. Większość badanych zamieszkiwała wieś i małe miasta oraz była wykształcona na poziomie szkoły średniej.

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna osób badanych reprezentujących dwa stadia rozwoju psychospołecznego Eriksona w dorosłości (Stadium 6 i Stadium 7); $N = 309$

Zmienna	Kategoria zmiennej	Razem (wiek 18–65)		Stadium 6 (wiek 18–39)		Stadium 7 (wiek 40–65)	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Płeć	Mężczyzna	155	50.16	109	54.77	46	41.82
	Kobieta	154	49.84	90	45.23	64	58.18

Miejsce zamieszkania	Wieś	103	33.33	70	35.18	33	30.00
	Miasto do 50 tys.	57	18.45	39	19.60	18	16.36
	Miasto od 50 tys. do 150 tys.	61	19.74	35	17.59	26	23.64
	Miasto od 150 tys. do 500 tys.	43	13.92	24	12.06	19	17.27
	Miasto powyżej 500 tys.	45	14.56	31	15.58	14	12.73
Wykształcenie	Podstawowe	28	9.06	27	13.57	1	.91
	Zawodowe	13	4.21	5	2.51	8	7.27
	Średnie	106	34.30	77	38.69	29	26.36
	Wyższe (niepełne)	61	19.74	50	25.13	11	10.00
	Wyższe (pełne)	101	32.69	40	20.10	61	55.46

Źródło: opracowanie własne.

Procedura badań

Badanie zostało przeprowadzone między 18 października a 6 grudnia 2021 roku, w formie online. Kwestionariusz Google Forms zawierał informacje o badaniu i formularz świadomej zgody, ankietę demograficzną i wystandaryzowane kwestionariusze samoopisowe do pomiaru satysfakcji z życia, samooceny i pozytywnego obrazu ciała. Zaproszenie do badania zostało rozesłane za pomocą portalu społecznościowego Facebook, z prośbą o udostępnienie znajomym (metodą kuli śnieżnej), jak również do grup docelowych na Facebooku, włączając następujące grupy: Studenci – łączmy się, Ankiety – chętnie pomogę wypełnić, Wypełniamy ankiety, Ankiety studenckie, Seniorzy na Facebooku, Seniorzy Wrocław, Warszawscy Seniorzy i Senior 50+. Po zapoznaniu się z informacją dotyczącą ochrony danych osobowych i informacji o anonimowości badania osoby podejmowały decyzję o uczestnictwie w badaniu i mogły się wycofać w każdym momencie, bez podawania przyczyn.

Narzędzia badawcze

Do badania poczucia satysfakcji z życia wykorzystano Skalę Satysfakcji z Życia (*Satisfaction With Life Scale* [SWLS]) autorstwa Eda Die-

nera i współpracowników (1985), w tłumaczeniu Konrada Jankowskiego (2015). Narzędzie składa się z pięciu twierdzeń, a odpowiedzi są udzielane na siedmiostopniowej skali Likerta (od 1 = *Zdecydowanie się nie zgadzam* do 7 = *Zdecydowanie się zgadzam*). Ogólny wynik stanowi sumę pięciu pozycji kwestionariusza i mieści się w przedziale 5–35 punktów. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom zadowolenia z życia. Rzetelność skali (α Cronbacha) w tym badaniu wynosiła .90.

Do pomiaru samooceny zastosowano Skalę Samooceny Rosenberga (*Rosenberg Self-Esteem Scale* [RSES]) w polskiej adaptacji (Dzwonkowska i in., 2008; Rosenberg, 1965). Skala jest narzędziem jednowymiarowym, które służy do pomiaru uogólnionej samooceny, rozumianej jako względnie stała, świadoma postawa wobec Ja (negatywna lub pozytywna). Kwestionariusz składa z dziesięciu stwierdzeń, do których respondenci ustosunkowują się na czterostopniowej skali (od 1 = *Zdecydowanie się nie zgadzam* do 4 = *Zdecydowanie się zgadzam*). Ogólny wynik jest sumą wszystkich punktów i mieści się w przedziale 10–40. Im wyższy wynik, tym wyższy poziom ogólnej, świadomej samooceny osoby badanej. Spójność wewnętrzna w tym badaniu wynosiła α Cronbacha = .90.

Do pomiaru oceny pozytywnego obrazu własnego ciała zastosowano Skalę Doceniania Ciała (*Body Appreciation Scale* [BAS-2]) autorstwa Tracy Tylki i Nichole Wood-Barcalow (2015), w polskiej adaptacji Magdaleny Razmus i Wiktora Razmusa (2017). Na kwestionariusz składa się dziesięć pozycji, a respondenci mogą udzielić odpowiedzi na 6-stopniowej skali odpowiedzi (od 1 = *Nigdy* do 6 = *Zawsze*). Wynik obliczany jest poprzez zsumowanie punktów z poszczególnych pozycji (zakres 10–60). Wyższa wartość punktowa oznacza bardziej pozytywny obraz ciała i większe zadowolenie z własnego ciała. Skala BAS-2 cechowała się bardzo wysoką rzetelnością w tym badaniu (α Cronbacha = .96).

Dodatkowo w ankiecie zadano szereg pytań demograficznych, mających na celu charakterystykę grupy badanej pod względem płci (mężczyzna, kobieta, inna płeć), wieku (liczba lat), wykształcenia (podstawowe, zawodowe, średnie, wyższe niepełne, wyższe pełne, inne) oraz miejsca zamieszkania (wieś, miasto do 50 tys. mieszkańców, miasto od 50 tys. do 150 tys. mieszkańców, miasto od 150 tys. do 500 tys. mieszkańców, miasto powyżej 500 tys. mieszkańców).

Analizy statystyczne

Przeprowadzono wstępne analizy właściwości parametrycznych, aby sprawdzić, czy rozkłady zmiennych w grupie osób badanych są zbliżone do rozkładu normalnego. Ponieważ grupa była liczna ($N > 200$), przyjęto skośność i kurtozę jako wyznaczniki normalności rozkładu, jeśli wskaźniki mieszczą się w zakresie ± 1 (George, Mallery, 2016). Ponieważ kryteria te zostały spełnione, przeprowadzono analizy

parametryczne w kolejnych krokach. Do zbadania różnic międzygrupowych pod względem satysfakcji z życia, samooceny i pozytywnego obrazu ciała przeprowadzono serię dwuczynnikowych analiz wariancji 2×2 ANOVA (Płeć $\times$ Stadium), oddzielnie dla każdej zmiennej. Test *post-hoc* Bonferroniego został wykorzystany do analizy różnic między poszczególnymi grupami. Wielkość efektu była mierzona za pomocą współczynnika η^2_p oraz d Cohena. Związki między zmiennymi badano za pomocą analizy korelacji Pearsona oraz regresji wielokrotnej dla satysfakcji z życia jako zmiennej wyjaśnianej i samooceny oraz pozytywnego obrazu siebie jako predyktorów (przy kontroli wieku i płci).

WYNIKI

Różnice międzygrupowe

Wyniki dwuczynnikowej analizy wariancji (płeć i stadium rozwojowe) zostały zaprezentowane w tabeli 2. Kobiety i mężczyźni nie różnili się między sobą pod względem satysfakcji. Natomiast okazało się, że stadium rozwoju psychospołecznego Eriksona znacząco różnicowało osoby badane, lecz tylko w grupie mężczyzn. Jak wynika z testów *post-hoc*, mężczyźni w stadium 6 rozwoju psychospołecznego (wczesna dorosłość) wykazali istotnie statystycznie niższy poziom satysfakcji z życia od mężczyzn w stadium 7 (średnia dorosłość), $t = -2.75$, $p < .05$, d Cohena = $-.48$. Wśród kobiet nie stwierdzono różnic między stadiami rozwojowymi. Efekt interakcji między płcią a wiekiem także nie był istotny statystycznie w odniesieniu do satysfakcji z życia.

Tabela 2. Wyniki analizy wariancji dla satysfakcji z życia, samooceny i pozytywnego obrazu ciała, ze względu na płeć i stadium rozwoju psychospołecznego Eriksona

		Stadium 6 (wiek 18–39)		Stadium 7 (wiek 40–65)					
Zmienna	Płeć	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	Efekt	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2_p
Satysfakcja z życia						P	2.84	.093	.009
	M	22.04	6.40	25.04	5.26	S	5.03	.026	.016
	K	22.11	6.71	22.45	5.80	P*S	3.19	.075	.010
Samoocena						P	3.59	.059	.012
	M	28.42	5.77	32.33	4.97	S	23.42	< .001	.071
	K	27.79	6.19	30.41	4.85	P*S	.91	.340	.003
Obraz ciała						P	3.192	.075	.01
	M	36.87	11.09	43.87	11.38	S	8.701	.003	.028
	K	37.11	12.91	38.53	12.04	P*S	3.82	.052	.012

Adnotacja: M – mężczyzna; K – kobieta; P – płeć; S – stadium rozwojowe, P*S – interakcja między płcią a stadium rozwojowym. *N* = 309

Źródło: opracowanie własne.

Nie wykazano także różnic międzypłciowych pod względem samooceny (zob. tabela 2), obserwowano natomiast istotny efekt główny dla stadium rozwojowego. Testy *post-hoc* wykazały, że młodzi mężczyźni w stadium 6 rozwoju psychospołecznego mają istotnie statystycznie niższą samoocenę, w porównaniu z mężczyznami w średnim wieku (stadium 7), $t = -3.96, p < .001, d \text{ Cohena} = -.70$. Podobnie, młode kobiety (stadium 6) miały istotnie statystycznie niższy poziom samooceny od kobiet w średnim wieku [$t = -2.85, p < .05, d \text{ Cohena} = -.47$] oraz mężczyzn w średnim wieku (stadium 7 rozwoju psychospołecznego) [$t = -4.46, p < .001, d \text{ Cohena} = -.81$]. W analizie nie stwierdzono jednak istotnego efektu interakcji między płcią a stadium rozwojowym w odniesieniu do samooceny.

W odniesieniu do pozytywnego obrazu ciała kobiety i mężczyźni nie różnią się istotnie statystycznie (zob. tabela 2), natomiast efekt główny dla stadium rozwojowego okazał się istotny statystycznie. Testy *post-hoc* wykazały, że mężczyźni w średnim wieku (stadium 7)

mają istotnie statystycznie lepszy obraz ciała od mężczyzn [$t = -3.35, p < .01, d \text{ Cohena} = -.59$] i kobiet [$t = -3.14, p < .05, d \text{ Cohena} = -.57$] reprezentujących wczesną dorosłość (stadium 6). Nie stwierdzono efektu interakcji pomiędzy płcią a stadium rozwojowym dla pozytywnego obrazu ciała.

Związki pomiędzy satysfakcją z życia, samooceną i pozytywnym obrazem ciała

Przeprowadzono wstępną analizę korelacji Pearsona, aby przetestować związki między satysfakcją z życia, samooceną i pozytywnym obrazem ciała u osób dorosłych w młodym i średnim wieku. Satysfakcja z życia okazała się dodatnio związana z samooceną ($r = .68, p < .001$) oraz pozytywnym obrazem ciała ($r = .58, p < .001$). Samoocena jest również dodatnio skorelowana z pozytywnym obrazem ciała ($r = .73, p < .001$).

Następnie przeprowadzono analizę regresji wielorakiej, aby wyjaśnić zmienność satysfakcji z życia osób dorosłych za pomocą takich

zmiennych, jak płeć i wiek (włączone do modelu H_0 w pierwszym kroku) oraz samoocena

i pozytywny obraz ciała (dołączone do modelu H_1 w kroku drugim; zob. tabela 3).

Tabela 3. Wyniki analizy regresji wielokrotnej dla zmiennej Satysfakcja z życia

Model	Zmienne	<i>b</i>	<i>SE b</i>	β	<i>t</i>	<i>p</i>	95% CI	
							dolny	górny
H₀	Stała	21.00	.91		23.00	< .001	19.21	22.80
	Płeć (żeńska)	−1.00	.72		−1.39	.166	−2.41	.42
	Wiek	.06	.03	.15	2.52	.012	.01	.11
H₁	Stała	2.13	1.39		1.53	.127	−.61	4.88
	Płeć (żeńska)	.03	.53		.05	.963	−1.02	1.07
	Wiek	−.03	.02	−.07	−1.54	.125	−.07	.01
	Samoocena	.61	.07	.57	8.92	< .001	.48	.75
	Pozytywny obraz ciała	.09	.03	.18	2.93	.004	.03	.16

Adnotacja: CI = przedział ufności. *N* = 309

Źródło: opracowanie własne.

Model H_0 wyjaśnia jedynie 2% zmienności satysfakcji z życia, $R = .15$, $R^2 = .02$, $F_{(2, 306)} = 3.63$, $p < .05$. Wyższy poziom satysfakcji z życia może być przewidywany u osób starszych ($\beta = .15$, $p < .05$). Płeć nie ma istotnego statystycznie związku z satysfakcją z życia. Gdy do modelu regresji H_1 zostały włączone samoocena i pozytywny obraz ciała, wiek przestał być istotnym predyktorem satysfakcji z życia. Wysoki poziom satysfakcji z życia może być przewidywany na podstawie wysokiego poziomu samooceny ($\beta = .57$, $p < .001$) i pozytywnego obrazu ciała ($\beta = .18$, $p < .01$). Model H_1 wyjaśnia 48% zmienności satysfakcji z życia, $R = .69$, $R^2 = .48$, $F_{(4, 304)} = 69.36$, $p < .001$.

DYSKUSJA

W przedstawionym badaniu podjęto próbę wyjaśnienia satysfakcji z życia osób dorosłych za pomocą takich zmiennych, jak samoocena i pozytywny obraz ciała, w kontekście kon-

cepcji rozwoju psychospołecznego Eriksona (1997). Wyniki przeprowadzonych badań okazały się sprzeczne z hipotezą H_1 o niższym poziomie satysfakcji z życia u osób w wieku średnim (związanym z siódmym stadium rozwoju psychospołecznego), w porównaniu z młodymi dorosłymi (będącymi w szóstym stadium). W niniejszym badaniu osoby w siódmym stadium rozwoju psychospołecznego (pomiędzy 40 a 65 rokiem życia) prezentowały wyższy poziom satysfakcji z życia niż młodzi dorośli (w wieku 18–39 lat). Zgodnie z poprzednimi badaniami (Wąsowicz-Kiryło, Baran, 2013) potwierdzono natomiast brak różnic międzypłciowych pod względem satysfakcji z życia.

Wcześniejsze badania wykazały, że najniższy poziom satysfakcji z życia przypada na okres średniej dorosłości (Blanchflower, Oswald, 2008; Clark, Oswald, 2006; Darbonne i in., 2012; Gerdtham, Johanneson, 2001), pomiędzy 40 a 49 rokiem życia. Jednakże Darbonne i współpracownicy (2012) wykazali, że choć najniższy poziom satysfakcji z życia

występuje w 47 roku życia, to ogólny średni poziom zadowolenia z życia był niższy u osób młodych i w średnim wieku (30–47), w porównaniu z osobami w średniej i późnej dorosłości (47–70). Uzyskane w niniejszym badaniu wyniki zdają się spójne z tymi danymi.

Nie istnieje pełna zgodność co do wyjaśnień związku między satysfakcją z życia a wiekiem. Wyniki badań Darbonne i współpracowników (2012) sugerują, że na dobrostan w wieku średnim mogą istotnie wpływać negatywne interakcje społeczne. Głównym zadaniem wczesnej dorosłości (szóste stadium rozwoju psychospołecznego) jest nawiązywanie intymnych relacji (Erikson, 1997), w tym przyjaźni i relacji partnerskiej. Osoby, które mają trudności z nawiązywaniem i utrzymywaniem relacji, mogą cierpieć z powodu wyobcowania i samotności, co prowadzić może do bieżącej izolacji społecznej, ale też wpływać na niepomysłne rozwiązanie kolejnego kryzysu psychospołecznego (Erikson, 1997). Z drugiej strony, w okresie średniej dorosłości (siódme stadium rozwoju psychospołecznego) ludzie angażują się w działania generatywne, mające znaczenie w życiu społecznym, aby pozostawić po sobie dziedzictwo w następnych pokoleniach (Erikson, 1997). W świetle teorii rozwoju psychospołecznego Eriksona (1956, 1997) pełny dobrostan może być osiągany właśnie w relacji do wyższych prospołecznych zachowań i poczucia miłości oraz generatywności wobec innych. Okres średniej dorosłości jest też nazywany czasem pełni życia lub fazą dominacji, kiedy to jednostki osiągają szczyt swojej kariery zawodowej, najwyższy status społeczny i ekonomiczny (Appelt, 2016), co może wpływać pozytywnie na poczucie satysfakcji z życia.

Satysfakcja z życia może być też odnoszona do wyniku zestawienia spostrzeganej, własnej sytuacji z postawionymi przez siebie wymaganiami oraz standardami, które dotyczą indywidualnie definiowanych wartości (np. wykształcenie, kariera zawodowa, sytuacja materialna, rodzina i posiadanie dzieci, zasoby społeczne i wiele innych; Diener i in., 1985). Można mówić o odczuciu satysfakcji z życia, gdy wynik tego subiektywnego porównania jest zadowalający (Diener, 2000). Być może różne pokolenia dążą

do różnych celów życiowych i inaczej definiują pojęcie osiągnięć. Chociaż stadia rozwoju psychospołecznego mają uniwersalne znaczenie i powinny dotyczyć wszystkich, niezależnie od pokolenia, różnice kulturowe, zmiany cywilizacyjne i kryzysy światowe mogą wpływać na dobrostan i przesuwanie się granic wiekowych w rozwoju. Ponadto badania (np. Horley, Lavery, 1995) wskazują na moderujące działanie w odniesieniu do poczucia satysfakcji z życia takich czynników, jak szczęście, status ekonomiczny oraz stan cywilny. Niemniej wiek wydaje się mieć nadrzędny wpływ, a pozostałe wymienione czynniki nieporównywalnie mniejszy.

Uzyskane wyniki badań wskazują, że również samoocena różnicuje osoby dorosłe w zależności od stadium rozwoju psychospołecznego, co tym samym potwierdza hipotezę H2. Osoby w średnim wieku prezentowały wyższy poziom samooceny w porównaniu z osobami młodszymi. Te wyniki są zgodne z wcześniejszymi raportami (Roberts, Bengtson, 1990; Wink, Helson, 1993), które wskazują na wzrost poziomu samooceny powyżej 40 roku życia. Również Robins i współpracownicy (2002) wykazali, że samoocena zmienia się znacząco w ciągu życia, a najwyższe poziomy osiąga w wieku dorastania (9–12 lat) oraz na przełomie średniej i późnej dorosłości (60–69 lat), z kolei najniższy poziom dotyczył młodych dorosłych (pomiędzy 18 a 22 rokiem życia). Zgodnie z koncepcją rozwoju psychospołecznego Eriksona (1956) samoocena wzrasta wraz z wiekiem. Im osoba jest starsza, tym bardziej akceptuje i docenia siebie, co w ostatniej fazie rozwoju prowadzi do akceptacji własnych dokonań życiowych oraz integralności ego. W okresie ograniczonej aktywności społecznej wysoka samoocena może działać jako reakcja obronna, która podnosi subiektywne samopoczucie i pozwala na osiągnięcie wewnętrznej integralności (Demo, 1992).

Wyniki przeprowadzonego badania nie potwierdziły wcześniejszych doniesień o wyższym poziomie samooceny u mężczyzn niż u kobiet (Kearney-Cooke, 1999; Kling i in., 1999; Josephs i in., 1992; Lewinsohn i in., 1993; Steinberg, Dornbusch, 1991) – nie stwierdzono w tym zakresie różnic związanych z płcią. Obserwo-

wane we wcześniejszych badaniach różnice w samoocenie na korzyść mężczyzn odnoszono do skutku wpływów kultury na jednostkę, oczekiwań społecznych oraz pełnionych ról związanych z płcią (Kling i in., 1999; McMullin, Cairney, 2004). W tym kontekście można sugerować, że być może przemiany kulturowe związane z ruchem feministycznym doprowadziły do zmian w poziomie samooceny, zrównując mężczyzn z kobietami. Z drugiej strony można się odnieść do wyjaśnień metodologicznych: być może zastosowanie obu zmiennych demograficznych (wieku i płci) do analizy różnic w poziomie samooceny niweluje efekt samej płci. Prawdopodobnie wiek ma większe znaczenie dla samooceny niż płeć. Niemniej potrzeba więcej badań, aby ustalić, czy brak efektu dla płci jest związany z wiekiem, różnicami międzykulturowymi, międzypokoleniowymi, czy może innym czynnikiem, nieuwzględnionym w niniejszym badaniu.

Zgodnie z hipotezą H3 i wcześniejszymi badaniami (Mendelson i in., 1996; Burgess, Broome, 2012; Lipowska, Lipowski 2013) osoby w okresie średniej dorosłości prezentowały wyższy poziom pozytywnego obrazu ciała niż młodzi dorośli. Odnosząc się do istotnych w różnych okresach dorosłości czynników społecznych i emocjonalnych, w tym norm, wymagań i oczekiwań społecznych (Buczak, Sumajło, 2013; Joško-Ochojska i in., 2013; Lipowska, Lipowski, 2013) można sądzić, że poczucie atrakcyjności i zadowolenie z własnego ciała mogą się przekładać na jakość satysfakcji seksualnej, co ostatecznie może wpływać na budowanie związków intymnych, szczególnie istotne na szóstym etapie rozwoju psychospołecznego. Zgodnie z trójczynnikową teorią miłości (Sternberg, 2007; Wojciszke, 2021) na pierwszym etapie związku romantycznego dominuje namiętność (jeden z trzech komponentów miłości), związana z podejmowaniem aktywności seksualnej. W okresie wczesnej dorosłości (Ziółkowska, 2016) niezadowolenie ze związku w sferze seksualnej może wynikać z negatywnego obrazu własnego ciała. Dojrzałe związki w okresie średniej i późnej dorosłości opierają się głównie na dwóch pozostałych komponentach miłości, mianowicie na intymności i zaangażowaniu (Sternberg,

2007; Wojciszke, 2021). Na siódmym etapie rozwojowym poczucie własnej atrakcyjności i samoocena ciała mogą więc odgrywać nieznaczną już rolę w tworzeniu dojrzałych i trwałych związków partnerskich czy małżeńskich, jak też podczas rozwiązywania kryzysu generatywności (Appelt, 2016). Również niski poziom inteligencji emocjonalnej (Śmieja-Nęcka, 2018) oraz lękowe style przywiązania (Wojciechowska, 2016) mogą się przyczyniać do niepomyślnego rozwiązania kryzysu intymności i gorszej postawy wobec własnego ciała u osób na wczesnym etapie dorosłości.

Podobnie do samooceny, w niniejszych badaniach ocena własnego wyglądu również nie różnicowała kobiet i mężczyzn, co pozostaje w sprzeczności z poprzednimi doniesieniami (Brodie i in., 1991; Cullasi i in., 1998; Damares, Allen, 2000; Graham i in., 2000; Mellor i in., 2010), które wskazywały wyższy poziom pozytywnego obrazu ciała u mężczyzn w porównaniu z kobietami. Tłumacząc te rozbieżności, można się odnieść do ogólnego poziomu samooceny, który zwiększa się wraz z wiekiem (Rusticus i in., 2008), a który pełni kluczową rolę w kształtowaniu się obrazu własnego ciała (Jackson i in., 1988; Joško-Ochojska i in., 2013; Mellor i in., 2010). Niniejsze badania bowiem spójnie wykazały wyższy poziom samooceny i oceny własnego wyglądu u osób w średnim wieku w porównaniu z młodszymi dorosłymi, co sugeruje większe znaczenie wieku niż płci w odniesieniu do poziomu obu zmiennych.

Badania wykazały pozytywne korelacje pomiędzy satysfakcją z życia, samooceną i pozytywnym obrazem ciała u osób reprezentujących wczesną i średnią dorosłość, potwierdzając hipotezę H4. Obecne badania są zgodne z wcześniejszymi wynikami, które wskazują jednoznacznie na pozytywną korelację między satysfakcją z życia a samooceną (Campbell, 1981; Diener, Diener, 1995; Dogan i in., 2013; Du i in., 2017; Herman i in., 2018; Wąsowicz-Kiryló, Baran, 2013), satysfakcją z życia a pozytywnym obrazem ciała (Cash, Pruzinsky, 1990; Delfabbro i in., 2011; Diener i in., 1995; Głębocka, 2009; Lee i in., 2014; Swami i in., 2018; Tager i in., 2006), jak również samooceną a zadowoleniem z własnego wyglądu (Bale, Archer, 2013; Fecenec, 2008; Feingold, 1992; Joško-Ochojska

i in., 2013; Kochan-Wójcik, Piskorz, 2010). Wyniki niniejszych badań wykazały ponadto, że samoocena w najwyższym stopniu wyjaśnia zmienność satysfakcji z życia, choć pozytywny obraz ciała ma również pewien wkład w subiektywne poczucie dobrostanu. Wiek i płeć okazały się nieistotnymi predyktorami satysfakcji z życia, gdy do modelu regresji włączono samoocenę i pozytywny obraz ciała. Prawdopodobnie samoocena mediuje związek między wiekiem a satysfakcją z życia. Testowanie tej hipotezy powinno być przedmiotem dalszych badań podłużnych.

Ograniczenia badań

Chociaż uzyskano wiele interesujących wyników, powinny być one traktowane z ostrożnością ze względu na ograniczenia przeprowadzonego badania. Badania zostały przeprowadzone online ze względu na wybuch pandemii COVID-19 i uniemożliwiony osobisty kontakt z badanymi. Dobór uczestników do badania nie był losowy, co ogranicza generalizację uzyskanych wyników. Kolejnym potencjalnym ograniczeniem jest zastosowanie kwestionariuszy samoopisowych. W przyszłości warto byłoby przeprowadzić badania eksperymentalne, które pozwoliłyby na obiektywny pomiar. Kolejne badanie powinno być rozszerzone o szereg pytań dotyczących takich kwestii, jak satysfakcja z pracy i życia rodzinnego, wykonywany zawód, status społeczny oraz zaangażowanie w działania znaczące i prospołeczne. Również badania podłużne umożliwiłyby rozstrzygnięcie, czy wyniki obecnych badań zależą w większym stopniu od wieku czy różnic międzypokoleniowych. Podział na grupy wiekowe 18–39 lat i 40–65 lat może dawać uproszczone wyniki. Do okresu wczesnej dorosłości zalicza się osoby wkraczające w dorosłość (18–29 lat) oraz osoby starsze. Jednakże dorośli powyżej 35. roku życia mogą już potencjalnie wkraczać w fazę kryzysu wieku średniego, co charakteryzuje raczej okres średniej aniżeli wczesnej dorosłości. W przyszłości należałoby więc przeprowadzić bardziej szczegółowe analizy w celu zbadania różnic między grupami w okresach stabilizacji i przemian rozwojowych.

WNIOSKI

Uzyskane wyniki pozwalają na dokładniejsze zrozumienie związków między zadowoleniem z życia, samooceną i pozytywnym obrazem własnego ciała w perspektywie rozwojowej. Dorośli w średnim wieku prezentują wyższy poziom satysfakcji z życia i samooceny oraz mają lepszy stosunek do własnego ciała. Czynniki psychologiczne, ekonomiczne oraz przede wszystkim społeczne wydają się determinować te różnice rozwojowe w większym stopniu aniżeli czynniki biologiczne (wiek i płeć). Dobrostan jest w najwyższym stopniu uzależniony od samooceny, dlatego istotne jest rozwijanie pozytywnego stosunku do siebie, włączając w to zadowolenie z własnego wyglądu, od wczesnego dzieciństwa. Samoocena kształtuje się w wyniku interakcji subiektywnych spostrzeżeń i działań wychowawczych. Z tego względu duże znaczenie może mieć popularyzacja wiedzy psychologicznej wśród nauczycieli, wychowawców i rodziców, aby wspierać dzieci i młodzież w lepszym rozumieniu i akceptowaniu siebie. W przypadku niskiego poziomu dobrostanu wskazane może być zastosowanie działań interwencyjnych opartych na podwyższaniu samooceny oraz zadowolenia z siebie i własnego wyglądu. Jak wynika z przeprowadzonych badań, te działania są szczególnie istotne w okresie wczesnej dorosłości, kiedy najważniejsze zadania rozwojowe obejmują opuszczenie domu rodzinnego i usamodzielnienie się, podjęcie decyzji w sprawie życia rodzinnego, edukacji i kariery zawodowej, nawiązanie głębokich relacji interpersonalnych i związków małżeńskich czy partnerskich, zaangażowanie w społeczność i karierę zawodową. Te wyzwania w dzisiejszych czasach kryzysu światowego i niestabilnej sytuacji zewnętrznej mogą wpływać na obniżenie możliwości radzenia sobie z problemami oraz niezdolność do spełnienia oczekiwań własnych i społecznych, a przez to prowadzić do niskiej samooceny i satysfakcji z życia. Konieczna jest dogłębna analiza wszystkich czynników dobrostanu osób dorosłych i wspieranie ich w rozwoju w pełnym cyklu życia.

BIBLIOGRAFIA

- Appelt K. (2016), Środkowy okres dorosłości. Jak rozpoznać potencjał dojrzałych dorosłych? W: A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, 503–552. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Bale C., Archer J. (2013), Self-perceived attractiveness, romantic desirability and self-esteem: A mating sociometer perspective. *Evolutionary Psychology*, 11(1), 68–94.
- Blanchflower D., Oswald A. (2008), Is wellbeing U-shaped over the life cycle? *Social Science and Medicine*, 66, 1733–1749.
- Brodie D., Slade P., Riley V. (1991), Sex differences in body-image perceptions. *Perceptual and Motor Skills*, 72(1), 73–74.
- Buczak A., Sumajło M. (2013), Samoocena globalna i spostrzeganie własnego ciała a zachowania żywieniowe studentów. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny*, 32, 232–242.
- Burgess J., Broome M. (2012), Perceptions of weight and body image among preschool children: A pilot study. *Pediatric Nursing*, 38, 147–176.
- Buss D. (2020), *Ewolucja pożądania. Jak ludzie dobierają się w pary?*, przekł. S. Pikiel. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Campbell A. (1981), *The Sense of Well-Being in America: Recent Patterns and Trends*. New York: McGraw Hill.
- Cash T., Morrow J., Hrabosky J., Perry A. (2004), How has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1081–1089.
- Cash T., Pruzinsky T. (1990), *Body Images: Development, Deviance, and Change*. New York: The Guilford Press.
- Clark A., Oswald A. (2006), The curved relationship between subjective well-being and age. *Paris-Jourdan Sciences Economiques*, 29, 2–12.
- Cullasi S., Rohrer J., Bahm C. (1998), Body-image perceptions across sex and age groups. *Perceptual and Motor Skills*, 87(3), 839–847.
- Damarest J., Allen R. (2000), Body image: Gender, ethnic, and age differences. *The Journal of Social Psychology*, 140(4), 465–472.
- Darbonne A., Uchino B., Ong A. (2012), What mediates links between age and well-being? A test of social support and interpersonal conflict as potential interpersonal pathways. *Journal of Happiness Studies*, 14(3), 951–963.
- Delfabbro P., Winefield A., Anderson S., Hammarström A., Winefield H. (2011), Body image and psychological well-being in adolescents: The relationship between gender and school type. *The Journal of Genetic Psychology*, 172(1), 67–83.
- Demo D. (1992), The self-concept over time: research issues and directions. *Annual Review of Sociology*, 18(1), 303–326.
- Diener E. (2000), Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for national index. *American Psychologist*, 1, 34–43.
- Diener E., Diener M. (1995), Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 653–663.
- Diener E., Emmons R., Larsen R., Griffin S. (1985), The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75.
- Diener E., Wolsic B., Fujita F. (1995), Physical attractiveness and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 120–129.
- Dogan T., Totan T., Sapmaz F. (2013), The role of self-esteem, psychological well-being, emotional self-efficacy, and affect balance on happiness: A path model. *European Scientific Journal*, 9(20), 31–42.
- Du H., King R., Chi P. (2017), Self-esteem and subjective well-being revisited: The roles of personal, relational, and collective self-esteem. *PLOS ONE*, 12(8), 1–17.
- Dzwonkowska I., Lachowicz-Tabaczek K., Łaguna M. (2008), *Samoocena i jej pomiar. SES. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych.

- Erikson E. (1956), The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4(1), 56–121.
- Erikson E. (1997), *Dzieciństwo i społeczeństwo*, przekł. P. Hejmej. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Fecenec D. (2008), *Wielowymiarowy Kwestionariusz Samooceny*. MSEI. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.
- Feingold A. (1992), Good-looking people are not what we think. *Psychological Bulletin*, 111, 304–341.
- George D., Mallery P. (2016), *IBM SPSS Statistics 23 Step by Step: A Simple Guide and Reference* (14th ed.). New York: Routledge. doi: 10.4324/9781315545899.
- Gerdtham U., Johannesson M. (2001), The relationship between happiness, health, and socio-economic factors: Results based on Swedish microdata. *The Journal of Socio-Economics*, 30, 553–557.
- Głębocka A. (2009), *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Graham M., Eich C., Kephart B., Peterson D. (2000), Relationship among body image, sex, and popularity of high school students. *Perceptual and Motor Skills*, 90(3), 1187–1193.
- Grogan S. (2008), *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women, and Children*. London: Routledge–Taylor and Francis Group.
- Herman A., Ciszek P., Gortat M. (2018), Samoocena i poczucie samotności a zadowolenie z życia u pensjonariuszy domów pomocy społecznej. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, sectio J – Paedagogia-Psychologia*, 31(1), 219–227.
- Horley J., Lavery J. (1995), Subjective well-being and age. *Social Indicators Research*, 34(2), 275–282.
- Hutchison E. (2007), *Dimensions of Human Behavior: The Changing Life Course*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Jackson L., Sullivan L., Rostker R. (1988), Gender, gender role, and body image. *Sex Roles*, 19, 429–443.
- Jankowski K. (2015), Is the shift in chronotype associated with an alteration in well-being? *Biological Rhythm Research*, 46, 237–248.
- Josephs R., Markus H., Tafarodi R. (1992), Gender and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 391–402.
- Joško-Ochojska J., Marcinkowska U., Lau K. (2013), Wygląd, samoocena i kształtowanie własnego ciała jako czynniki ryzyka anoreksji psychicznej u studentów. *Annales Academiae Medicae Gedanensis*, 43, 45–52.
- Kearney-Cooke A. (1999), Gender differences and self-esteem. *The Journal of Gender-Specific Medicine: JGSM: the official journal of the Partnership for Women's Health at Columbia*, 2(3), 46–52.
- Kling K., Hyde J., Showers C., Buswell B. (1999), Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125(4), 470–500.
- Kobieracka A. (2012), Emocjonalny aspekt obrazu ciała a ocena relacji z rodzicami u młodych kobiet. *Przeгляд Psychologiczny*, 55(4), 383–395.
- Kochan-Wójcik M., Piskorz J. (2010), Zmiany w zakresie postrzegania i oceny własnego ciała wśród kobiet od okresu dojrzewania do dorosłości. *Psychologia Rozwojowa*, 15(3), 21–32.
- Lee H., Lee H., Choi J., Kim J., Han H. (2014), Social media use, body image, and psychological well-being: A cross-cultural comparison of Korea and the United States. *Journal of Health Communication*, 19(12), 1343–1358.
- Levinson D. (1978), *The Seasons of a Man's Life*. New York: Knopf.
- Lewinsohn P., Rohde P., Seeley J. (1993), Psychosocial characteristics of adolescents with a history of suicide attempt. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32, 60–68.
- Lipowska M., Lipowski M. (2013), Polish normalization of the Body Esteem Scale. *Health Psychology Report*, 1, 72–81. doi: 10.5114/hpr.2013.40471.
- Mańkowska A., Steuden S. (2021), Samoocena i satysfakcja z wyglądu własnego ciała u kobiet oczekujących narodzin dziecka i bezdzietnych. *Polskie Forum Psychologiczne*, 26(3), 259–276.
- McMullin J., Cairney J. (2004), Self-esteem and the intersection of age, class, and gender. *Journal of Aging Studies*, 18(1), 75–90.
- Meisenberg G., Woodley M. (2015), Gender Differences in Subjective Well-Being and Their Relationships with Gender Equality. *Journal of Happiness Studies*, 16(6), 1539–1555.

- Mellor D., Fuller-Tyszkiewicz M., McCabe M., Ricciardelli L. (2010), Body image and self-esteem across age and gender: A short-term longitudinal study. *Sex Roles*, 63(9–10), 672–681.
- Mendelson B., White D., Mendelson M. (1996), Self-esteem and body esteem: Effects of gender, age, and weight. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17(3), 321–346.
- Michalos A. (1991), *Global Report of Student Well-Being*. New York: Springer.
- Neiss M., Sedikides C., Stevenson J. (2002), Self-esteem: A behavioural genetic perspective. *European Journal of Personality*, 16, 1–17.
- Newton P. (1994), Daniel Levinson and his theory of adult development: A reminiscence and some clarifications. *Journal of Adult Development*, 1, 135–147. doi: 10.1007/BF02260089.
- Pawłowski B. (2009), *Biologia atrakcyjności człowieka*. Warszawa: Wydawnictwa Uniwersytetu Warszawskiego.
- Razmus M., Razmus W. (2017), Evaluating the psychometric properties of the Polish version of the Body Appreciation Scale-2. *Body Image*, 23, 45–49.
- Roberts R., Bengtson V. (1990), Is intergenerational solidarity a unidimensional construct? A second test of a formal model. *Journal of Gerontology*, 45(1), 12–20.
- Robins R., Trzesniewski K., Tracy J., Gosling S., Potter J. (2002), Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*, 17(3), 423–434. doi: 10.1037/0882-7974.17.3.423.
- Rosenberg M. (1965), *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rusticus S., Hubley A., Zumbo B. (2008), Measurement invariance of the appearance schemas inventory – revised and the body image quality of life inventory across age and gender. *Assessment*, 15(1), 60–71.
- Slater C. (2003), Generativity versus stagnation: An elaboration of Erikson's adult stage of human development. *Journal of Adult Development*, 10(1), 53–65. doi: 10.1023/A:1020790820868.
- Sprynska Z., Tychmanowicz A., Filipiak S. (2019), Kto jest szczęśliwszy? Optymizm, wartości i satysfakcja z życia studentów polskich i ukraińskich. *Czasopismo Psychologiczne. Psychological Journal*, 25(1), 69–77.
- Steinberg L., Dornbusch S. (1991), Negative correlates of part-time employment during adolescence: Replication and elaboration. *Developmental Psychology*, 27, 304–313.
- Sternberg R.J. (2007), Dwuskładnikowa teoria miłości. W: R.J. Sternberg, K. Weis (red.), *Nowa psychologia miłości*, 275–296. Taszów: Biblioteka Moderatora.
- Surowiec M., Wilczyńska K., Orlof W., Waszkiewicz N. (2018), Obraz kobiecego ciała a wizerunek kreowany przez media. *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny*, 18(2), 74–79.
- Swami V., Weis L., Barron D., Furnham A. (2018), Positive body image is positively associated with hedonic (emotional) and eudaimonic (psychological and social) well-being in British adults. *The Journal of Social Psychology*, 158(5), 541–552.
- Szpitalak M., Polczyk R. (2015), *Samoocena. Geneza, struktura i metody pomiaru*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Śmieja-Nęcka M. (2018), *W związku z inteligencją emocjonalną. Rola inteligencji emocjonalnej w relacjach społecznych i związkach intymnych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Świerżewska D. (2010), Satysfakcja z życia aktywnych i nieaktywnych osób po 60. roku życia. *Psychologia Rozwojowa*, 15(2), 89–99.
- Tager D., Good G., Morrison J. (2006), Our bodies, ourselves revisited: Male body image and psychological well-being. *International Journal of Men's Health*, 5(3), 228–237.
- Thompson J. (1990), *Body Image Disturbance: Assessment and Treatment*. Elmsford: Pergamon Press.
- Tylka T.L., Wood-Barcalow N.L. (2015), The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, 12, 53–67. doi: 10.1016/j.bodyim.2014.09.006.
- Wąsowicz-Kiryło G., Baran T. (2013), Wpływ samooceny i dobrostanu ekonomicznego na satysfakcję z życia kobiet i mężczyzn w różnym wieku. *Chowanna*, 1, 85–101.
- Wink P., Helson R. (1993), Personality change in women and their partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(3), 597–605.
- Wojciechowska J. (2016), Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać? W: A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, 469–502. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Wojciszke B. (2011), *Psychologia społeczna*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

- Wojciszke B. (2021), *Psychologia miłości*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Zalewska A. (1999), Typy zadowolenia z życia a system wartościowania. *Forum Psychologiczne*, 4(2), 138–155.
- Ziółkowska B. (2016), Okres wczesnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał młodych dorosłych? W: A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa*, 423–468. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Malwina Szpitalak Romuald Polczyk Agata Cyganiewicz

Instytut Psychologii UJ

Instytut Psychologii UJ

Instytut Psychologii UJ

UODPARNIANIE NA WPŁYW SPOŁECZNY: WZMOCNIONA AUTOAFIRMACJA JAKO CZYNNIK ZMNIEJSZAJĄCY EFEKTYWNOŚĆ TECHNIKI „DRZWI ZATRZAŚNIĘTE PRZED NOSEM”

W psychologii społecznej prowadzi się niewiele badań empirycznych dotyczących uodparniania na techniki wpływu społecznego. Badania przedstawione w niniejszym artykule dotyczą tego zagadnienia. Podstawowym ich celem była próba wykazania, że dokonanie autoafirmacji wzmocnionej otrzymaniem pozytywnej informacji zwrotnej zmniejsza podatność na oddziaływanie techniki wpływu społecznego „drzwi zatrzaśnięte przed nosem” (efekt wzmocnionej autoafirmacji).

W eksperymencie zreplikowano skuteczność techniki „drzwi zatrzaśnięte przed nosem”. Wykazano także, iż metoda wzmocnionej autoafirmacji zmniejsza skuteczność tej techniki: u osób jej poddanych tendencja do spełnienia właściwej prośby w technice „drzwi zatrzaśnięte przed nosem” obniżyła się do poziomu odnotowanego w grupie kontrolnej. W badaniach brała także udział grupa, w której autoafirmację łączono z negatywnym feedbackiem; częstość zgód nie różniła się w niej od częstości odnotowanej w grupie kontrolnej. Ogółem uzyskane wyniki potwierdziły hipotezę, że technika wzmocnionej autoafirmacji powoduje zwiększenie odporności na wpływ społeczny w postaci metody „drzwi zatrzaśnięte przed nosem”.

Słowa kluczowe: drzwi zatrzaśnięte przed nosem, wzmocniona autoafirmacja, wpływ społeczny

WPROWADZENIE

Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie wyników badań dotyczących uodparniania na technikę wpływu społecznego zwaną „drzwi zatrzaśnięte przed nosem” (DZPN). Inspiracją do podjęcia tych badań była refleksja, że w psychologii społecznej istnieje ogromna dysproporcja między liczbą badań i analiz teoretycznych dotyczących skutecznego wywierania wpływu a liczbą badań związanych z uodparnianiem osób na wpływ (por. Szpitalak i Polczyk,

w druku). Podczas gdy można z łatwością dokonać szerokiego przeglądu technik wpływania na osoby czy też wyznaczników uległości wobec wpływu społecznego, podsumowanie istniejącej wiedzy na temat czynienia jednostki mniej na wpływ podatną jest zadaniem niełatwym. Próba taka została poniekąd podjęta w książkach autorstwa Cialdiniego (2009) czy Łukaszeńskiego, Dolińskiego, Maruszeńskiego i Ohmega (2009), chociaż autorzy nie powołują się na konkretne badania ilustrujące efektywność różnych metod uodparniania na wpływ społeczny. Podobnie Au-

gustynek (2008), który wśród skutecznych technik opierania się wpływowi wymienia: ostrożność, próbę odkrycia rzeczywistej motywacji innych ludzi, działanie we własnym rytmie bez ulegania presji czasu, niewdawanie się w zbędną dyskusję, dostrzeganie alternatywnych możliwości rozwiązania problemów, przyznawanie, że czegoś nie chcemy, nie wiemy albo nie rozumiemy (s. 243-244). Jednakże, także w tej publikacji nie znajdziemy żadnych badań empirycznych wskazujących na skuteczność tych sposobów obrony przed manipulacją.

Wydaje się, że najlepiej udokumentowaną empirycznie metodą wspierającą opieranie się wpływowi społecznemu jest ostrzeżenie osoby np. o działaniu perswazyjnym kierowanym w jej kierunku (por. np. Chen, Reardon, Rea i Moore, 1992; Fukada, 2005; Kiesler i Kiesler, 1964, McGuire i Papageorgis, 1962; Petty i Cacioppo, 1977; 1979). Dzięki takiemu ostrzeżeniu jednostka jest np. w stanie opracować kontrargumenty i oprzeć się perswazji (np. Petty i Cacioppo, 1977).

Niniejszy artykuł przedstawia wyniki eksperymentu dotyczącego skuteczności *wzmocnionej autoafirmacji* w zmniejszaniu podatności na wpływ społeczny wywierany techniką „drzwi zatrzaśnięte przed nosem”.

Wzmocniona autoafirmacja (Szpitalak, 2012; Szpitalak i Polczyk, 2012a) jest procedurą składającą się z dwóch elementów: autoafirmacji oraz pozytywnej informacji zwrotnej. W źródłowych badaniach Szpitalak (2012) autoafirmacja polegała na uświadomieniu sobie przez osobę badaną własnych mocnych stron, poprzez wypisywanie na kartce papieru swoich największych osiągnięć życiowych. Pozytywna informacja zwrotna była udzielana przez eksperymentatora i dotyczyła funkcjonowania pamięci (por. opis procedury badawczej poniżej). W szeregu eksperymentów (Szpitalak, 2012; Szpitalak i Polczyk, 2012a) wykazano i zreplikowano, że procedura wzmocnionej autoafirmacji redukuje pamięciowy efekt dezinformacji, czyli podatność na

dezinformację w kontekście pamięci świadka naocznego. Stwierdzono także, iż zwiększa ona odporność na działania perswazyjne (Szpitalak i Polczyk, w druku). W badaniach prezentowanych w niniejszym artykule sprawdzano, czy uodparnia ona również na technikę „drzwi zamknięte przed nosem”.

Efekt techniki „drzwi zatrzaśnięte przed nosem” polega na wzroście prawdopodobieństwa spełnienia prośby docelowej, jeżeli jest ona poprzedzona inną, trudniejszą do zrealizowania, prośbą (Cialdini, Vincent, Lewis, Catalan, Wheeler i Darby, 1975). Pierwsza (tzw. „duża”) prośba musi być bardzo trudna do spełnienia i jest zazwyczaj odrzucana. Druga prośba powinna być znacząco łatwiejsza do spełnienia (por. Cialdini i in., 1975). W szeregu badań wykazano, że łatwiejsza prośba jest częściej spełniana, jeśli jest poprzedzona prośbą trudną w porównaniu z sytuacją, kiedy taką prośbą trudną nie jest poprzedzona (por. przeglądy: Doliński, 2000; 2005; Kulbat, 1998; Śpiewak, 2003).

Podstawą do spekulacji, że metoda wzmocnionej autoafirmacji może zmniejszać podatność na różnego rodzaju wpływ społeczny było założenie, że połączenie autoafirmacji z pozytywną informacją zwrotną powoduje sytuacyjne podniesienie samooceny oraz pewności siebie. W literaturze przedmiotu istnieją doniesienia, że sama pozytywna informacja zwrotna sprzyja poprawie nastroju (np. Jussim, Yen i Aiello, 1995) i pewności siebie (Marston, 1968; McCarty, 1986). Dodanie do pozytywnej informacji zwrotnej elementu autoafirmacji powinno, naszym zdaniem, jeszcze mocniej wpłynąć na nastrój i pewność siebie. Istnieją dowody empiryczne świadczące na korzyść tezy, że pewne siebie jednostki, w porównaniu z niepewnymi, są efektywniejsze w działaniu (Sy, Tram i O'Hara, 2006) oraz podejmowaniu decyzji (Chuang, Cheng, Chang i Chiang, 2013). Można przypuszczać, że większa pewność siebie powinna też sprzyjać odporności na próby wywierania wpływu. Powinno tak być dlatego, że osoby pewne siebie powinny

w większym stopniu, niż osoby siebie niepewne, opierać się w swoich działaniach na własnych autonomicznych decyzjach i wiedzy, niż na sugestiach pochodzących skądinąd. W literaturze przedmiotu nie udało nam się znaleźć bezpośredniego potwierdzenia empirycznego dla tego założenia, wydaje się jednak, że jest ono logiczne i niesprzeczne z konstruktem „pewność siebie”.

W planowanych badaniach przewidziano też zastosowanie warunku w postaci osłabionej autoafirmacji, polegającej na tym, że po akcie autoafirmacji następuje negatywna informacja zwrotna. Procedura taka powinna skutkować szczególnie wyraźnym obniżeniem nastroju, pewności siebie i samooceny. Powinno być tak dlatego, że dokonanie autoafirmacji aktywizuje Ja idealne. Następująca później konfrontacja z Ja aktualnym, osłabionym przez negatywną informację zwrotną, prowadzi do silnych emocji o zabarwieniu negatywnym (Higgins, 1987). W rezultacie, powinna obniżyć się pewność siebie osób badanych i w konsekwencji zwiększyć się ich podatność na wpływ społeczny. Zatem, wrażliwość na metodę DZPN powinna być większa w grupie z osłabioną autoafirmacją w porównaniu z sytuacją, w której w ogóle nie manipuluje się autoafirmacją ani informacją zwrotną. Rzecz jasna, podatność na DZPN w grupie z osłabioną autoafirmacją powinna także być mniejsza niż w grupie ze wzmocnioną autoafirmacją.

Reasumując, w przedstawianym badaniu weryfikacji poddano następujące hipotezy:

1. Technika DZPN jest skuteczna – więcej próśb docelowych zostanie spełnionych w grupie nieautoafirmującej z DZPN, w porównaniu z grupą nieautoafirmującą bez DZPN.
2. Skuteczność techniki DZPN będzie mniejsza w grupie ze wzmocnioną autoafirmacją niż w grupie bez wzmocnionej autoafirmacji.
3. Skuteczność techniki DZPN będzie większa w grupie z osłabioną autoafirmacją niż w grupie bez osłabionej autoafirmacji.

Metoda

Osoby badane

W badaniu wzięły udział 234 osoby (165 kobiet i 69 mężczyzn), studenci krakowskich uczelni wyższych. Średnia wieku uczestników wyniosła 20,32 ($SD = 1,86$). Udział w badaniach był nieodpłatny.

Materiały i procedura

Manipulacja wzmocnioną/osłabioną autoafirmacją. Zadanie autoafirmujące polegało na tym, że część uczestników otrzymywała polecenie wypisania na kartce swoich sukcesów życiowych (grupa autoafirmująca), część natomiast miała opisać drogę, jaką pokonuje codziennie z domu na uczelnię (była to grupa bez manipulacji autoafirmacją). Następnie, po około pięciu minutach, osoba badana była informowana, że będzie wykonywała krótkie ćwiczenie pamięciowe. Polegało ono na tym, że proszono ją, aby postarała się zapamiętać jak najwięcej wyrazów z listy 60 niepowiązanych ze sobą rzeczowników. Po dwóch minutach listę zabierano i dawano uczestnikowi arkusz do wypisania zapamiętanych słów. Arkusz ten skonstruowany był w ten sposób, że miejsca na wypisanie wyrazów były ponumerowane, stąd osoba badana w chwili oddawania arkusza wiedziała, ile słów udało jej się odpamiętać. W grupie bez manipulacji informacją zwrotną pola w arkuszu nie były ponumerowane. Po oddaniu arkusza następowała manipulacja informacją zwrotną: część osób nie otrzymała żadnej informacji zwrotnej odnośnie do tego, jak wypadła na tle swojej grupy rówieśniczej, część otrzymała feedback o charakterze pozytywnym, a część – o charakterze negatywnym. Pozytywny feedback polegał na tym, że informacją odniesienia była zaniżona o półtora odchylenia standardowego średnia z grupy odniesienia (ustalona na podstawie badań pilotażowych). Tym samym, badani z tej grupy „dowiadawali się”, że ich wy-

niki są dobre na tle grupy rówieśniczej. W grupie z negatywną informacją zwrotną średnia odniesienia była zawyżona o półtora odchylenia standardowego. W grupie bez informacji zwrotnej nie podawano żadnej średniej odniesienia.

Ogółem, opisane manipulacje prowadziły do powstania trzech grup eksperymentalnych: grupy ze wzmocnioną autoafirmacją (WA), w której po autoafirmacji następował pozytywny feedback; grupy z osłabioną autoafirmacją (OA) - po autoafirmacji następował negatywny feedback, oraz grupy bez autoafirmacji (BA), w której badani nie angażowali się w akt autoafirmacji ani nie dostawali żadnej informacji zwrotnej. Rozkład płci nie był istotnie statystycznie zróżnicowany między tymi trzema grupami (test $\chi^2(2) = 0,04$; $p = 0,982$).

Procedura. Badanie miało charakter indywidualny. Uczestników informowano, że badanie dotyczy wpływu aktywizacji poznawczej na pamięć. Badani najpierw wypełniali krótki kwestionariusz sprawdzający rzekomo, czy uczą się w ciszy, jak bardzo są podatni na dystrakcje itp. Następnie manipulowano autoafirmacją i podaniem informacji zwrotnej (por. opis wyżej). Po zakończeniu badania eksperymentatorka, żegnając się z uczestnikiem, mówiła: „Dziękuję bardzo, z mojej strony to wszystko. Mam jednak jeszcze do pani/pana prośbę w imieniu jednej z naszych studentek¹. Ona jest na V roku i pisze pracę magisterską z psychologii osobowości. Niestety ma kłopoty z pozyskaniem osób badanych. Prosiła mnie, żebym spytała swoich badanych, czy zgodziliby się wypełnić jej kwestionariusze, niestety zajmuje to aż dwie i pół godziny, no i trzeba by to wypełnić teraz” (duża prośba). Jeśli badany wyrażał zgodę, przystępował do wypełniania kwestionariuszy. Jeżeli nie wyrażał zgody, ekspery-

mentatorka mówiła: „Oczywiście, rozumiem, to jednak zajmuje dużo czasu. Może zgodził(a)by się pani/pan wziąć w takim razie udział w badaniu pilotażowym do pracy magisterskiej tej studentki? Polega ono na wypełnieniu dwóch kwestionariuszy i zajmuje niecałe pół godziny” (prośba właściwa). Badanie w grupie bez DZPN polegało na podchodzeniu do osób siedzących na korytarzu lub na stołówce jednego z budynków Uniwersytetu Jagiellońskiego i podaniu jedynie prośby właściwej. W razie odmowy eksperymentator prosił o podanie wieku osoby badanej (osoby, które się zgodziły wpisywały go w metryczce). W związku z takim charakterem procedury część badania miała charakter quasi-eksperymentu. Grupy z i bez procedury DZPN nieco różniły się rozkładem płci (proporcje mężczyzn w grupach z i bez DZPN odpowiednio: 22,6 vs. 35,2%; $\chi^2(1) = 4,71$; $p = 0,030$).

Ogółem, plan eksperymentalny miał charakter dwuczynnikowy 3×2 : autoafirmacja (wzmocniona, osłabiona, brak) $\times$ DZPN (obecny, brak). Zmienną zależną było uleganie vs. nieuleganie prośbie docelowej.

Wyniki

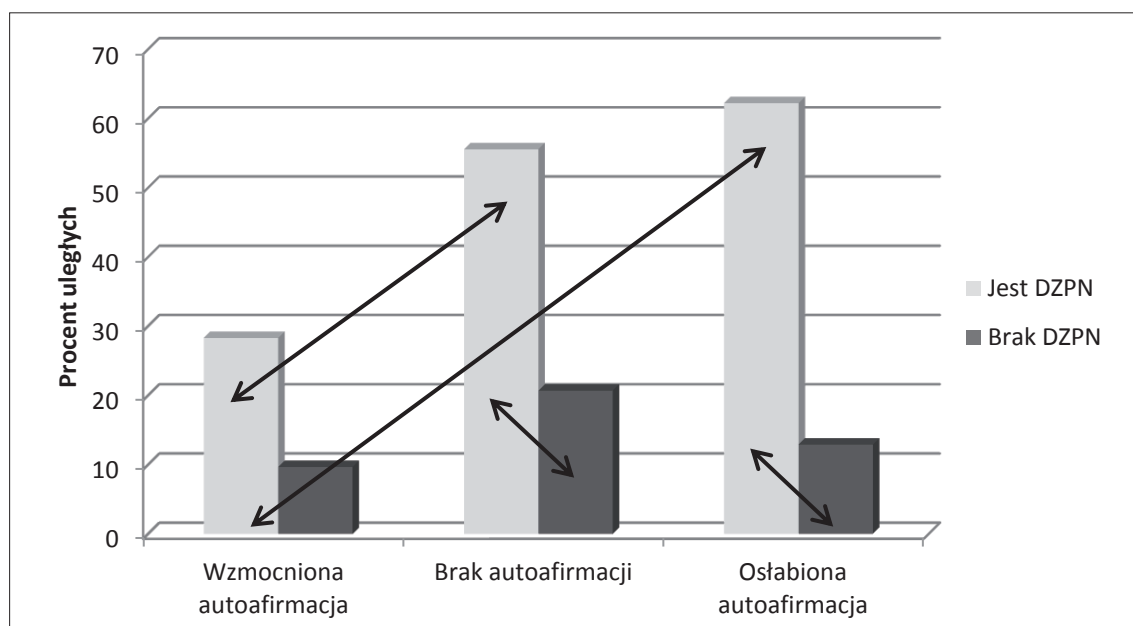
Hipotezy miały charakter *a priori*, a zmienna zależna miała charakter dychotomiczny. W związku z tym przeanalizowano wpływ manipulacji techniką DZPN osobno w grupach poddanych i niepoddanych manipulacji autoafirmacją, za pomocą testów chi-kwadrat (jest to pewna analogia do metody porównań zaplanowanych w np. analizie wariancji). Wyniki przedstawione są w Tabeli 1 i dla ilustracji na Wykresie 1.

Jak widać w Tabeli 1 i na Wykresie 1, w grupie poddanej DZPN, skuteczność tej techniki

¹ Z obawy przed wystąpieniem reguły wzajemności (eksperymentatorka podając informację zwrotną wprowadziła zapewne część osób w pozytywny nastrój, część zaś w negatywny) lub transferem nastroju na zaangażowanie w kolejne aktywności (co by stwarzało niebezpieczeństwo, że osoby z warunku WA, będąc w pozytywnym nastroju, będą się częściej godzić na spełnianie prośb, natomiast osoby z warunku z OA – rzadziej), zadbano, aby nadawcą prośby była inna osoba, niż eksperymentatorka, która pełniła tu jedynie rolę pośrednika, wyraźnie zaznaczając, że jej badanie już się skończyło i dziękując za udział w nim.

Tabela 1 Liczba i procent osób ulegających i nieulegających prośbie właściwej w grupach poddanych i niepoddanych technice DZPN, osobno w podgrupach z WA, bez A i OA

		Drzwi zatrzaśnięte przed nosem				Ogółem	
		tak		nie			
		N	%	N	%	N	%
Wzmocniona autoafirmacja	Uległ/a	15	28,30	3	9,68	18	21,43
	Nie uległ/a	38	71,70	28	90,32	66	78,57
	Ogółem	53	100,00	31	100,00	84	100,00
Brak autoafirmacji	Uległ/a	25	55,56	6	20,69	31	41,89
	Nie uległ/a	20	44,44	23	79,31	43	58,11
	Ogółem	45	100,00	29	100,00	74	100,00
Osłabiona autoafirmacja	Uległ/a	28	62,22	4	12,90	32	42,11
	Nie uległ/a	17	37,78	27	87,10	44	57,89
	Ogółem	45	100,00	31	100,00	76	100,00



Ryc 1. Uleganie prośbie właściwej w grupach poddanych i niepoddanych technice DZPN, osobno w podgrupach WA, BA i OA. Strzałkami zaznaczono różnice istotne statystycznie.

była mniejsza o około 50% w grupie poddanej wzmocnionej autoafirmacji (WA) niż w grupie z osłabioną autoafirmacją (OA) i w grupie z brakiem autoafirmacji (BA). Różnice ogółem między tymi trzema grupami były istotne statystycznie ($p = 0,002$, por. Tabela 2). Szczegółowe porównania między parami grup wykazały (por.

Tabela 3), że uleganie prośbie właściwej wskutek techniki DZPN było istotnie statystycznie niższe w grupie z WA niż w pozostałych grupach (WA vs. BA: $p = 0,008$; WA vs. OA: $p = 0,001$). Różnica między grupami BA oraz z OA nie była istotna statystycznie ($p = 0,520$). W grupie nie-poddanej technice DZPN żadna z różnic między

Tabela 2 Różnice pod względem spełniania prośby między grupami WA, BA i OA, osobno w grupach poddanych i niepoddanych technice DZPN

	$\chi^2(2)$	p	V Cramera
Jest DZPN	12,91	0,002	0,30
Brak DZPN	1,56	0,459	0,13

Tabela 3 Porównania wielokrotne między grupami WA, BA i OA, osobno w grupach poddanych i niepoddanych technice DZPN

	Jest DZPN	Brak DZPN						
			$\chi^2(1)$	p_{as}	P_{DOK}	φ	$\chi^2(1)$	p_{as}
Wzmocniona autoafirmacja vs. brak autoafirmacji			6,40 ¹	0,011	0,008	0,28	0,69 ¹	0,405
Wzmocniona autoafirmacja vs. osłabiona autoafirmacja			10,04 ¹	0,002	0,001	0,34	0,101 ¹	0,999
Oslabiona autoafirmacja vs. brak autoafirmacji			0,41	0,520	0,669	0,07	0,65 ¹	0,419

¹ χ^2 obliczony z poprawką na ciągłość; p_{as} : p asymptotyczne; p_{dok} : p dokładne Fishera; φ : miara siły związku ϕ

Tabela 4 Wpływ techniki DZPN na spełnianie prośby w grupach WA, brak WA i OA

GRUPA	$\chi^2(1)$	p_{as}	p_{dok}	Φ
Wzmocniona autoafirmacja	3,00 ¹	0,083	0,056	0,22
Brak autoafirmacji	7,43 ¹	0,006	0,004	0,35
Oslabiona autoafirmacja	16,35	<0,001	<0,001	0,49

¹ χ^2 obliczony z poprawką na ciągłość; p_{as} : p asymptotyczne; p_{dok} : p dokładne Fishera; φ : miara siły związku ϕ

grupami nie była istotna statystycznie ($p = 0,459$; por. Tabela 2). Wielkość redukcji skuteczności techniki DZPN uzyskanej metodą WA, wyrażona wskaźnikiem *phi*, wyniosła odpowiednio 0,28 dla porównania z grupą BA oraz 0,34 dla porównania z grupą OA. Warto zauważyć jeszcze, że WA wydaje się redukować skuteczność techniki DZPN niemal całkowicie, jeśli sądzić z faktu, że odsetek spełniania próśb właściwych w grupie z DZPN i WA był porównywalny z odsetkiem spełniania próśb w grupie bez DZPN i BA (28,30% vs. 20,69%).

Analizując uzyskane wyniki z innej perspektywy, sprawdzono skuteczność techniki DZPN osobno w podgrupach z WA, BA i OA. Wyniki zawarte w Tabeli 4 sugerują, że istotne statystycznie różnice w uleganiu próbie właściwej między osobami poddanymi i niepoddanymi technice DZPN pojawiły się w grupie BA oraz w grupie OA (p odpowiednio: 0,006 i $< 0,001$), lecz nie w grupie WA ($p = 0,083$). Wyniki te wskazują, że metoda WA redukuje skuteczność techniki DZPN, której to właściwości nie posiada autoafirmacja osłabiona. Niezależnie od wniosków dotyczących efektywności metody WA w uodparnianiu na wpływ, wyniki te potwierdzają i replikują skuteczność techniki DZPN: w podgrupie bez WA ponad dwukrotnie więcej osób spełniło prośbę docelową (55,56% vs. 20,69%), jeśli osoby zostały poddane technice DZPN niż jeśli nie zostały jej poddane. W podgrupie OA efekt DZPN był jeszcze silniejszy (62,22% vs. 12,90%).

Dyskusja wyników

Po pierwsze, w przedstawianym eksperymencie zreplikowano skuteczność dobrze już znanej w literaturze sekwencyjnej techniki wpływu społecznego „drzwi zatrzaśnięte przed nosem”. Technika ta była skuteczna zarówno w warunku nieautoafirmującym, jak i w warunku z obniżoną autoafirmacją.

Udało się też potwierdzić hipotezę, że wzmocniona autoafirmacja zmniejsza podatność na tę

technikę DZPN. Tym samym, skuteczność manipulacji wzmocnioną autoafirmacją została potwierdzona już po raz ósmy (czterokrotnie w badaniach Szpitalak i Polczyka (w druku; 2012b), trzykrotnie w badaniach Szpitalak (2012) oraz w eksperymencie opisywanym w niniejszym artykule). Warto podkreślić, że w niniejszym artykule wykorzystano inny rodzaju wpływu społecznego i jego operacjonalizację niż w pozostałych eksperymentach. Uzasadnione zatem staje się przypuszczenie, że wzmocniona autoafirmacja może w swoim osłabiającym skuteczność manipulacji oddziaływaniu mieć charakter uniwersalny. W opisywanym eksperymencie efekt wzmocnionej autoafirmacji wydawał się wręcz znosić efektywność badanej techniki wpływu – osoby poddane technice DZPN, które dokonały autoafirmacji, po której otrzymały pozytywną informację zwrotną, nie wyrażały zgody na prośbę właściwą częściej niż osoby z warunku kontrolnego, u których prośba docelowa nie była poprzedzona dużą prośbą. Wydaje się więc, że wzmocniona autoafirmacja systematycznie uodparnia jednostkę na różne techniki wpływu społecznego.

Uzyskane wyniki skłaniają do dalszego eksplorowania hipotezy, że pewność siebie zmniejsza podatność na wpływ społeczny wywierany metodą DZPN. Niestety mechanizm taki (wzmocniona autoafirmacja → wzrost pewności siebie → uodpornienie na wpływ społeczny) jak dotąd nie został jeszcze poddany empirycznej weryfikacji. Pewną przeszkodą jest tutaj brak wystandaryzowanego narzędzia mierzącego pewność siebie osób badanych.

Uzyskane wyniki można również interpretować w kategoriach wpływu nastroju jednostki na podatność na wpływ społeczny. Istnieją bowiem dane wskazujące, że nastrój negatywny sprzyja uleganiu wpływowi, w przeciwieństwie do pozytywnego (Böhner i Weinerth, 2001). Interpretacja taka jest możliwa, ponieważ można oczekiwać, jak napisano we wprowadzeniu, że wzmocniona autoafirmacja polepsza nastrój

uczestników, w przeciwieństwie do autoafirmacji osłabionej albo braku autoafirmacji. Jednak wyjaśnienie tego rodzaju jest o tyle niepewne, że istnieją również dane empiryczne wskazujące na zależność odwrotną – taką, że pozytywny nastrój sprzyja uleganiu wpływowi społecznemu (Böhner, Crow, Erb i Schwartz, 1992).

Nie stwierdzono natomiast, by osoby z warunku z osłabioną autoafirmacją miały większą podatność na DZPN od osób z warunku kontrolnego, w którym nie było ani autoafirmacji, ani informacji zwrotnej. Tym samym, nie potwierdzono hipotezy, według której autoafirmacja, po której następuje negatywna informacja zwrotna, prowadzi do obniżenia pewności siebie i w konsekwencji do zwiększenia podatności na wpływ. Przyczyny tego niepowodzenia mogły być dwojakie: po pierwsze, możliwe jest, że zastosowana manipulacja nie doprowadziła do obniżenia pewności siebie osób badanych, a po drugie, jeśli nawet doszło do obniżenia pewności siebie, to nie miało to wpływu na poziom uległości. Odnosnie do pierwszej możliwości można zauważyć, że badani (przynajmniej ich część) mogli nie zaakceptować negatywnej informacji zwrotnej, tym samym nie mogło u nich dojść do postulowanego w hipotezie obniżenia pewności siebie. Doniesienia, że negatywny feedback bywa odrzucany, istnieją w literaturze przedmiotu (Brockner, 1984; Shrauger, 1975). Jeśli jednak, mimo wszystko, doszło do obniżenia pewności siebie, to brak wpływu tego na uległość wobec DZPN mógł być spowodowany pewnego rodzaju negatywnym nastawieniem części badanych, spowodowanym negatywnym feedbackiem, które kazało im nie ulegać żadnej z próśb, ani dużej, ani mniejszej.

Warto zauważyć, że w przypadku osób z warunkiem z osłabioną autoafirmacją mogło zdarzyć się tak, że u części z nich doszło wręcz do zwiększenia podatności na DZPN w porównaniu z uczestnikami z grupy kontrolnej. Mogło tak się zdarzyć dlatego, że zaktywizowanie pozytywnych aspektów Ja (poprzez akt autoafirmacji) w połączeniu z negatywnym feedbackiem

doprowadziło do zaindukowania stanu dysonansu poznawczego (por. Festinger, 1957/2007) i wprowadziło badanych w negatywny nastrój (Harmon-Jones, 1999). Jedną z najbardziej dostępnych dla podmiotu metod zredukowania dysonansu i poprawy nastroju mogła być chęć pomocy innej osobie, czyli spełnienie prośby. Jak wskazują wyniki badań, sama możliwość sprawienia przyjemności drugiej osobie (np. studentce proszącej o wypełnienie ankiet do badań) może poprawić nastrój uczestnikom doświadczającym dysonansu (por. np. Cialdini i Kenrick, 1976; Regan, Williams i Sparling, 1972). Obecność takich osób w omawianej grupie mogła doprowadzić do braku różnic w porównaniu z warunkiem kontrolnym. Nawet, jeśli u innych osób doszło do postulowanych w hipotezie mechanizmów, w związku z tym, że w omawianej grupie zachodziłyby u różnych osób procesy prowadzące albo do zwiększania albo do zmniejszania podatności na DZPN, nie stwierdzono, aby osoby z grupy z osłabioną autoafirmacją częściej niż osoby bez tej manipulacji ulegały technice DZPN.

Wyniki uzyskane w przedstawianym w niniejszym artykule badaniu mogą mieć pewne znaczenie dla dyskusji na temat mechanizmu skuteczności techniki DZPN. Pomimo bowiem faktu, iż technika ta od ponad trzydziestu lat jest przedmiotem empirycznej i teoretycznej eksploracji, nadal istnieją różnice zdań dotyczące mechanizmu odpowiadającego za jej efektywność (por. Dołiński, 2000; 2005; Śpiewak, 2003). Początkowo sądzono, iż technika DZPN jest skuteczna, ponieważ działa zgodnie z regułą wzajemności, a dokładniej – regułą wzajemnych ustępstw (Cialdini i in., 1975; por. O’Keefe, 1999), bądź też zgodnie z efektem kontrastu pomiędzy pierwszą, trudną do spełnienia prośbą, a drugą – znacznie łatwiejszą (Cialdini i in., 1975; Kulbat, 1998; por. Abrahams i Bell, 1994). W wyniku dalszych badań pojawiały się kolejne wyjaśnienia, na przykład spekulacje, że wysoka efektywność techniki DZPN jest następstwem poczucia winy, jakiego doświadcza jednostka, która nie spełniła pierwszej prośby

(np. O’Keefe i Figgé, 1997). Sugerowano też, że mechanizm działania tej techniki wiąże się z autoprezentacją (Pendleton i Batson, 1979; por. Reeves, Baker, Boyd i Cialdini, 1991). W literaturze przedmiotu odnaleźć można również poznawcze wyjaśnienia skuteczności techniki (Śpiewak, 2002; 2003; Tybout, Sternthal i Calder, 1983).

Wyniki przedstawione w niniejszym artykule zdają się podważać zasadność traktowania jednostki będącej odbiorcą działań perswazyjnych czy jakichkolwiek oddziaływań społecznych jako bezrefleksyjnej. Potwierdzają one raczej doniesienia (por. Śpiewak, 2002) świadczące o tym, że mechanizm techniki DZPN oparty jest na procesach kontrolowanych. Jak zauważa Śpiewak, jeżeli jednostka funkcjonowałaby w sposób bezrefleksyjny, odmowa spełnienia pierwszej prośby powinna prowadzić do automatycznego odrzucenia kolejnej. Fakt, że zwykle w technice DZPN dzieje się odwrotnie sprzyja interpretacjom zakładającym znaczący udział procesów kontrolowanych w mechanizmie działania wspomnianej techniki (por. Santos, Leve i Pratkanis, 1994). Wyniki prezentowane w niniejszym artykule wydają się wspierać tezę, że uleganie DZPN jest, do pewnego stopnia przynajmniej, refleksyjne. Gdyby bowiem było całkowicie automatyczne, trudno byłoby wytłumaczyć, dlaczego wzmocnienie autoafirmacji miałoby zmniejszać ten automatyzm. Bardziej przekonujące wydaje się przyjęcie, że wskutek wzmocnionej autoafirmacji osoba podejmuje inne decyzje, niż bez tej autoafirmacji. Możliwe jest, w zgodzie z postawioną hipotezą, że wzrost pewności siebie i asertywności, spowodowany wzmocnieniem autoafirmacji, owocuje wzrostem odporności na próby oddziaływania społecznego.

Podsumowując można stwierdzić, że najistotniejszym wnioskiem z przeprowadzonych badań wydaje się być potencjalnie uniwersalny i niespecyficzny charakter efektu wzmocnionej autoafirmacji. Jeśli dalsze badania potwierdzą tę uniwersalność, to efekt ten może stać się sposobem na uodparnianie na niepożądany wpływ

społeczny. Może to być interesujący wynik, jeśli zważyć, jak to opisano we Wprowadzeniu, że istnieje bardzo niewiele metod, zwłaszcza sprawdzonych eksperymentalnie, które pozwalałyby zmniejszać podatność na wpływ.

Ograniczenia zastosowanej procedury i propozycja dalszych badań

Do słabości wykorzystanej procedury zaliczyć należy brak weryfikacji hipotezy, że mechanizmem działania techniki wzmocnionej autoafirmacji jest wzrost pewności siebie podmiotu. Zaproponowane w niniejszej pracy wyjaśnienie należy zatem traktować z ostrożnością. W kolejnych badaniach należałoby dokonać pomiaru zmian pewności siebie wskutek zastosowania techniki wzmocnionej autoafirmacji. Warto byłoby również sprawdzić skuteczność tej metody w uodparnianiu na inne sekwencyjne techniki wpływu społecznego.

Implikacje praktyczne

Jak wspomniano we Wprowadzeniu, w psychologii prowadzi się znacznie więcej badań nad metodami wpływania na ludzi, niż na temat uodparniania na te metody. Przedstawiona w tym artykule metoda może być załącznikiem do konstruowania procedur służących opieraniu się niepożądanemu wpływowi. Wydaje się to ważne, ponieważ z pewnością w wielu przypadkach instytucje czy osoby stosujące skuteczne metody wywierania wpływu kierują się raczej własnym interesem, niż ludzi poddanych wpływowi. Interes tych ostatnich jednak powinien być również, jak sądzimy, uwzględniany w psychologii, stąd pomysł na przedstawione badania.

Literatura cytowana

- Abrahams, M. F., Bell, R. A. (1994). Encouraging charitable contributions: An examination of three models of door-in-the-face compliance. *Communication Research*, 21, 131-153.

- Augustynek, A. (2008). *Sugestia. Manipulacja. Hipnoza*. Warszawa: Gifin.
- Bohner, G., Crow, K., Erb, H.-P., Schwarz, N. (1992). *European Journal of Social Psychology*, 22, 511-530.
- Böhner, G., Weinerth, T. (2001). Negative affect can increase or decrease message scrutiny: The affect interpretation hypothesis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1417-1428.
- Brockner, J. (1984). Low self-esteem and behavioral plasticity: Some implications of personality and social psychology. W: L. Wheeler (red.), *Review of personality and social psychology* (Vol. 4, s. 237-271). Beverly Hills, CA: Sage.
- Chen, H. C., Reardon, R., Rea, C., Moore, D. J. (1992). *Journal of Experimental Social Psychology*, 28, 523-541.
- Chuang, S., Cheng, Y., Chang, Ch., Chiang, Y. (2013). The impact of self-confidence on the compromise effect. *International Journal of Psychology*, 48, 660-675.
- Cialdini, R. (2009). *Wywanie wpływu na ludzi. Teoria i praktyka*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Cialdini, R. B., Kenrick, D. T. (1976). Altruism as hedonism: A social development perspective on the relationship of negative mood state and helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 366-375.
- Cialdini, R. B., Vincent, J. E., Lewis, S. K., Catalan, J., Wheeler, D., Darby, B. (1975). Reciprocal concessions procedure for inducing compliance: The door-in-the-face technique. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 206-215.
- Doliński, D. (2000). *Psychologia wpływu społecznego*. Wrocław: Towarzystwo Przyjaciół Ossolineum.
- Doliński, D. (2005). *Techniki wpływu społecznego*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR.
- Festinger, L. (1957/2007). *Teoria dysonansu poznawczego*. Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Fukada, H. (2005). *Japanese Psychological Review*, 48, 57-61.
- Harmon-Jones, E. (1999). Toward an understanding of the motivation underlying dissonance effects: Is the production of aversive consequences necessary? W: E. Harmon-Jones i J. Mills (red.). *Cognitive Dissonance. Progress on a Pivotal Theory in Social Psychology* (s. 71-99). Washington: American Psychological Association.
- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: A theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94, 319-340.
- Jussim, L., Yen, H. i Aiello, J. R. (1995). *Journal of Experimental Social Psychology*, 31, 322-356.
- Kiesler, C. A., Kiesler, S. B. (1964). Role of Forewarning in Persuasive Communications. *Journal of Abnormal & Social Psychology*, 68, 547-549.
- Kulbat, J. (1998). Stopa w drzwiach: Wpływ wielkości pierwszej prośby na percepcję wielkości prośby właściwej. *Studia Psychologiczne*, 40, 49-67.
- Łukaszewski, W., Doliński, D., Maruszewski, T., Ohme, R. (2009). *Manipulacja*. Sopot: Smak Słowa.
- Marston, A. R. (1968). *Educational Research*, 10, 134-138.
- McCarthy, P. A (1986). *Academy of Management Journal*, 29, 840-847.
- McGuire, W. J., Papageorgis, D. (1962). Effectiveness of forewarning in developing resistance to persuasion. *Public Opinion Quarterly*, 26, 24-34.
- O'Keefe, D. J. (1999). Three reasons for doubting the adequacy of the reciprocal-concessions explanation of door-in-the-face effects. *Communication Studies*, 50, 211-220.
- O'Keefe, D. J., Figgé, M. (1997). A guilt-based explanation of the door-in-the-face influence strategy. *Human Communication Research*, 24, 64-81.
- Pendleton, M. G., Batson, C. D. (1979). Self-presentation and the door-in-the-face technique for inducing compliance. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 5, 77-81.
- Petty, R. E., Cacioppo, J. T. (1979). Effect of forwarning of persuasive intent and involvement on cognitive responses and persuasion. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 5, 173-176.
- Reeves, R. A., Baker, G. A., Boyd, J. G., Cialdini, R. B. (1991). The door-in-the-face technique: Reciprocal concessions vs. self-presentational explanations. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 545-558.
- Regan, D. T., Williams, M., Sparling, S. (1972). Voluntary expiation of guilt: A field experiment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 18, 124-132.
- Santos, M. D., Leve, C., Pratkanis A. R. (1994). Hye, buddy, can you spare seventeen cents?. Mindful persuasion and the pique technique. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 755-764.

- Shrauger, J. S. (1975). Responses to evaluation as a function of initial self-perceptions. *Psychological Bulletin*, 82, 581-596.
- Sy, T., Tram, S., O'Hara, L.A. (2006). Relation of employee and manager emotional intelligence to job satisfaction and performance. *Journal of Vocational Behavior*, 68, 461-473.
- Szpitalak, M. (2012). *Rola motywów autoregulacyjnych w mechanizmach zniekształceń pamięciowych uwarunkowanych efektem dezinformacji*. Niepublikowana praca doktorska. Kraków, Uniwersytet Jagielloński.
- Szpitalak, M., Polczyk, R. (2012a). Efekt wzmocnionej autoafirmacji w redukowaniu efektu dezinformacji. W: D. Doliński, J. Maciuszek, R. Polczyk (red.). *Wokół wpływu społecznego* (s. 99-111). ów: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Szpitalak, M., Polczyk, R. (2012b). Efekt wzmocnionej autoafirmacji – wzrost odporności na dezinformację wskutek autoafirmacji wzmocnionej pozytywną informacją zwrotną. *Studia Psychologiczne*, 50, 63-75.
- Szpitalak, M., Polczyk, R. (w druku). łanie manipulacji. W: M. Gamian-Wilk i D. Doliński (red.), *Wokół Psychomanipulacji*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Śpiewak, S. (2002). *Studia Psychologiczne*, 40, 23-41.
- Śpiewak, S. (2003). *Studia Psychologiczne*, 41, 173-190.
- Tybout, A., Sternthal, B., Calder, B. J. (1983). Information availability as a determinant of multiple request effectiveness. *Journal of Marketing Research*, 20, 280-290.

Malwina Szpitalak Romuald Polczyk Agata Cyganiewicz

Instytut Psychologii UJ

Instytut Psychologii UJ

Instytut Psychologii UJ

IMMUNIZING AGAINST SOCIAL INFLUENCE: REINFORCED SELF-AFFIRMATION REDUCES THE EFFECTIVENESS OF THE "DOOR-IN-THE-FACE" TECHNIQUE

ABSTRACT

In social psychology, there is little research concerning immunizing against techniques of social influence. The experiment presented in this paper aims to fill this gap. The purpose of this research was to demonstrate that self-affirmation connected with a positive feedback reduces the vulnerability to the "door-in-the-face" technique (reinforced self-affirmation effect).

As a result of the presented study, the general effectiveness of the "door-in-the-face" technique was replicated. It was also found that reinforced self-affirmation reduces the efficacy of this technique: the tendency to fulfill the target request among people who underwent the reinforced self-affirmation technique was not greater than in the control group. It was also found that the vulnerability to the "door-in-the-face" technique in the group in which the self-affirmation was followed by a negative feedback did not differ from the control group. In sum, the results obtained support the hypothesis that enhanced self-confidence, caused by the reinforced self-affirmation, reduces the vulnerability to social influence, exerted by the "door-in-the-face" technique.

Keywords: door-in-the face technique, reinforced self-affirmation, social influence

Motywy utrzymywania abstynencji a metapoznanie i emocje samoświadomościowe u osób uzależnionych od alkoholu

Motives of abstinence versus metacognition and self-conscious emotions in people addicted to alcohol

Mateusz Wojtczak, Sławomir Ślaski

Instytut Psychologii, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Summary

Aim. The target of the present study was to show the relationship between time and motives for maintaining abstinence and metacognitive beliefs about alcohol and self-conscious emotions.

Methods. Ninety-one alcohol-dependent individuals who are currently maintaining abstinence participated in the study. Three instruments were used to measure individual variables: RALD was used to examine motives for maintaining abstinence, MPA was used to measure the level of individual metacognitive beliefs about alcohol, and SUM 5 was used to measure the level of self-conscious emotions in addicts who maintain abstinence. Correlation analyses were performed and differences in mean ranks of metacognition and self-awareness emotions were examined for the two independent samples.

Results. All metacognitive beliefs were shown to negatively correlate with abstinence time. Some metacognitive beliefs were negatively associated with abstinence motives. Moreover, positive associations of self-conscious emotions and metacognitive beliefs with time and abstinence motives were found. Both metacognitive beliefs and self-conscious emotions have different mean levels depending on the duration of abstinence.

Conclusions. The study revealed that both psychological constructs are related to abstinence maintenance and can be creatively used in further analyses of addiction recovery and relapse prevention.

Słowa kluczowe: motywy abstynencji, przekonania metapoznawcze, samoświadomościowe emocje

Key words: abstinence motives, metacognitive beliefs, self-conscious emotions

Wstęp

W świetle najnowszych badań dotyczących heteronomicznego modelu uzależnienia od alkoholu należy dopasowywać zalecenia i cele związane z leczeniem w zależności od typu uzależnienia od alkoholu. Badacze, odwołując się do tego modelu, rekomendują, że całkowita abstynencja jako cel terapeutyczny jest optymalna dla osób charakteryzujących się przebiegiem uzależnienia od alkoholu typu I oraz IV według podziału Lesha, któremu towarzyszą silne objawy abstynencyjne, a więc drżenie rąk, tachykardia, zmiany ciśnienia krwi, drgawki oraz silny głód przyjmowania alkoholu [1, 2]. W pozostałych typach uzależnienia abstynencja dalej pozostaje optymalnym celem, jednakże nie wyklucza to innych strategii terapeutycznych [3, 4]. W nawiązaniu do powyższego rozróżnienia w niniejszej pracy problematyka abstynencji u osób uzależnionych jest rozumiana jako stan remisji objawów uzależnienia, nigdy zaś jako powrót do stanu pełnej kontroli picia. Pojęcie remisji oraz jej podział zostały tutaj przyjęte zgodnie z najnowszą klasyfikacją ICD-11 [5].

Mając na względzie, że osoba uzależniona w swoich procesach motywacyjnych koncentruje się przede wszystkim na używaniu alkoholu oraz oczekiwaniach z nim związanych, należy w analizie abstynencji skupić się na motywach niepicia. Najogólniej u osób uzależnionych motywy niepicia można podzielić na dwie grupy: zewnętrzne i wewnętrzne [6]. Dość rzadko udaje się natrafić w literaturze przedmiotu na badania koncentrujące się szczegółowo na problematyce motywów niepicia [7]. Obecnie brakuje systematycznej oraz powszechnie stosowanej klasyfikacji motywów abstynencji. Przykładowo istnieją badania, które wyodrębniają dziesięć motywów niepicia [8], ale w innych wymienia się ich nawet czternaście [9]. Prowadzono też badania z wykorzystaniem jednego lub dwóch czynników motywów niepicia [10]. Według autorów badań pełna struktura czynnikowa motywów niepicia obejmuje względy religijne/moralne, chęć zachowania osobistej kontroli, wychowanie, obawy dotyczące wydatków oraz chęć uniknięcia negatywnych konsekwencji. Model ten jest najlepiej opracowany pod względem psychometrycznym [11].

Badacze oraz terapeuci uzależnień są zgodni, że wewnętrzna zmiana osoby uzależnionej następuje wtedy, gdy pacjent ma odpowiednią motywację do tego, aby zmienić swoje dotychczasowe zachowanie [12]. Głównym celem leczenia jest pomoc pacjentowi w uzyskaniu wglądu we własne myślenie oraz emocje w kontekście radzenia sobie z dysfunkcjonalnymi przekonaniami na temat alkoholu oraz samego siebie. Następnym krokiem jest nauka odnajdywania konstruktywnych zachowań, które w trakcie uzależnienia pozostawały poza granicą percepcji umysłowej [13]. Tak więc na tym etapie możemy stwierdzić, że to właśnie te dwa aspekty życia psychicznego człowieka mają fundamentalne znaczenie w rozwoju uzależnienia, jak również w uzyskaniu abstynencji. Są to właśnie procesy poznawcze oraz przeżywane emocje. W dalszej części pracy zostaną omówione oba te konstrukty w kontekście abstynencji. Analizy zostaną ukazane w aspekcie metapoznawczym oraz emocji samoświadomościowych.

Metapoznanie

Mianem metapoznania określamy to wszystko, co ludzie wiedzą o własnych procesach poznawczych, a także to, jak wykorzystują tę samowiedzę w celu regulacji własnego zachowania oraz procesów przetwarzania informacji [14]. Najprościej możemy je zdefiniować jako „myślenie na temat swojego myślenia” albo „poznanie poznania”. Teoretycy metapoznania wyróżnili dwa poziomy struktury poznawczych: metapoziom (samowiedza) oraz poziom obiektowy (procesy poznawcze i afektywne). Ich wzajemną relację opisuje się w kategoriach monitorowania (gdy poziom procesów meta obserwuje zmiany na poziomie obiektowym) oraz kontroli (gdy poziom obiektowy jest regulowany przez metastruktury). W paradygmacie metapoznawczym monitorowanie określa się mianem zdawania sobie sprawy z posiadania własnej wiedzy oraz śledzenia na bieżąco przebiegu własnych procesów poznawczych i emocjonalnych [14]. Kontrola jawi się natomiast jako dyspozycja do regulacji własnego zachowania zgodnie z intencją.

Wells i Matthews [15] podjęli próbę powiązania psychopatologii z metapoznaniem. Swoją teorię zawarli w modelu, który określili mianem samoregulującej funkcji wykonawczej (*Self-regulatory Executive Function* – S-REF) i w którym wiodącą rolę odgrywa mechanizm odgórnego, tj. metapoznawczego, przepływu informacji [16]. Przebieg całego procesu ma charakter swoisty dla danej sytuacji i istnieje tak długo, jak długo ów niechciany stan psychiczny się utrzymuje [17]. Jeśli strategia samoregulacji jest nieadaptacyjna, to wtedy może się ona przyczyniać do powstania nieprawidłowych metaprzekonań [18]. Możemy zatem dostrzec, że powiązanie psychopatologii z modelem metapoznawczym skupia się na nieadaptacyjnym sposobie regulacji emocji oraz dysfunkcjonalnych przekonaniach na temat określonych strategii radzenia sobie.

W omawianym przez nas modelu S-REF nieprawidłowe metapoznanie uobecnia się przez tzw. syndrom poznawczo-uwagowy (*Cognitive-attentional Syndrome* – CAS). Zgodnie z koncepcją badaczy można go określić w pierwszej kolejności jako perseweratywne, trudne do kontroli myślenie w formie zamartwiania się bądź ruminacji. Po wtóre, charakteryzuje się on uwagowym stylem monitorowania zagrożenia. To z kolei prowadzi do strategii radzenia sobie, która na skutek utrwalenia nie pozwala na efektywną modyfikację dysfunkcjonalnych przekonań [19].

W kontekście uzależnienia od alkoholu powyższy model metapoznawczy został opracowany przez Spadę i wsp. [20]. Badacze ci dostrzegli, że picie alkoholu jest wywołane obecnością nieprawidłowego procesu metapoznawczego. Odwołując się do modelu S-REF, zwrócili też uwagę na dwa typy dysfunkcjonalnych przekonań metapoznawczych na temat picia alkoholu: pozytywne i negatywne. Pierwsza grupa stanowi rodzaj oczekiwań wobec konsumpcji alkoholu. Według nich samo picie stanowi pewną strategię regulacji poznawczo-emocjonalnej (np. przekonanie, że picie alkoholu pomaga się zrelaksować). Druga grupa negatywnych przekonań jest związana z poczuciem braku kontroli nad procesem picia oraz szkodami poznawczymi (np. przekonanie, że u mnie nie da się kontrolować picia). Zdaniem autorów pozytywne przekonania wpływają na zaangażowanie się jednostki w picie alkoholu w początkowej fazie uzależnienia. Te negatywne natomiast przyczyniają się do dalszego picia alkoholu oraz postępującego w czasie rozwoju uzależnienia w późniejszych jego fazach [21].

Istotnym elementem, który potęguje działanie dysfunkcjonalnego metapoznania, jest obecność syndromu poznawczo-uwagowego (CAS). Wpływa on niekorzystnie na doświadczanie negatywnych stanów emocjonalnych oraz prowadzi do ich wzmożenia i przedłużenia. Występuje zaś w trzech fazach picia alkoholu: przed zaangażowaniem w picie, w trakcie picia oraz po zaprzestaniu picia [20].

Dotychczasowe badania odnosiły dezadaptacyjne metapoznanie raczej do czynnego uzależnienia lub nadużywania alkoholu [22]. Dostępne są wszakże pojedyncze badania, które ukazują rolę zmian metapoznawczych osoby uzależnionej w kontekście utrzymywania abstynencji [23]. Zgodnie z przewidywaniami poziomy dysfunkcjonalnego metapoznania były najwyższe u osób aktualnie pijących, a najniższe u tych, które kończyły terapię stacjonarną. Co ważne, grupa uzależnionych rozpoczynających leczenie odwykowe wykazała charakterystyczny wzorec stylu metapoznawczego, w tym wykorzystanie pozytywnej oceny picia jako strategii kontroli negatywnych emocji oraz myśli. W związku z tym utrzymywanie dezadaptacyjnych metapoznań może mieć istotny wpływ na ryzyko nawrotu [24]. Lecz badacze w swoich analizach łączących metapoznanie z abstynencją skupiają się właściwie na wymiarze czasowym. Brakuje w literaturze przedmiotu powiązań z innymi wymiarami abstynencji. Autorzy są jednak zgodni co do tego, że zmiana metapoznawczych przekonań pozytywnie oddziałuje na leczenie wielu zaburzeń psychicznych, w tym uzależnienia [19]. W dalszej części pracy zostanie ukazany ów związek metapoznania z abstynencją.

Emocje samoświadomościowe

Konceptualizacja emocji samoświadomościowych – w perspektywie poznawczo-atrybucyjnej – została zaproponowana przez Lewisa [25]. Emocje samoświadomościowe zazwyczaj odnoszą się do zasad i reguł, które są dla jednostki istotne i tym samym zostały zinternalizowane. Owe zasady i normy mogą być natury moralnej, społecznej lub personalnej [26]. Emocje samoświadomościowe powstają w wyniku oceny własnego zachowania dokonanej przez „ja”, ale też mogą się pojawić w sytuacjach oceny cudzego zachowania w kontekście norm istotnych dla jednostki [27].

Jednostka dokonuje porównania sfery „ja” w odniesieniu do norm, standardów i własnych aspiracji, a następnie dokonuje autoatrybucji siebie i swoich zachowań oraz ich interpretacji jako zgodnej lub niezgodnej z jej zasadami [25]. Autoatrybucja jest dwójakiego rodzaju. Po pierwsze, dotyczy całości *self*, stąd możemy mówić o samoocenie globalnej jednostki lub charakterologiczno-osobowościowej. Po drugie zaś, możemy mówić o atrybucji częściowej, kiedy oceniana jest nie jednostka jako całość, ale jej konkretne zachowania i czyny, a więc mamy tutaj do czynienia z oceną behawioralną [28].

W kontekście pojawienia się emocji samoświadomościowych w życiu psychicznym najbardziej interesować nas będzie aspekt samooceny. W ramach zaprezentowanej koncepcji można wyróżnić swoiste emocje samoświadomościowe: wstyd, poczucie winy, pychę oraz dumę [25].

Kiedy dana osoba dokonuje transgresji, może pojawić się u niej uczucie wstydu. Jest to emocja, która w sposób szczególnie negatywnie wpływa na jej życie wewnętrzne.

Dotyczy bowiem całościowej, globalnej atrybucji jednostki. Człowiek, przeżywając wstyd, utożsamia się ze złym czynem lub porażką i tym samym przeżywa siebie jako złego pod względem moralnym lub niespełnionego w realizacji ważnych dla siebie celów [29].

Poczucie winy jest o wiele bardziej konstruktywne dla życia wewnętrznego jednostki i jest ono uważane za emocję bardziej dojrzałą w stosunku do wstydu. Przede wszystkim poczucie winy nie jest przeżywane w kontekście całościowej samooceny jednostki, dlatego zły czyn lub porażka w określonym działaniu nie rzutują na globalną samoocenę jednostki, lecz na pewne jej aspekty i umożliwiają konstruktywne poradzenia sobie z tym afektywnym stanem. Z poczuciem winy wiąże się tym samym możliwość zadośćuczynienia oraz poprawy [30].

Duma łączy się z pozytywnymi konsekwencjami dokonanych czynów, które mogą zostać dostrzeżone w sposób obiektywny. Autentyczna duma wywodzi się z częściowych atrybucji określonych sukcesów lub realizacji celów i często koncentruje się na wysiłkach podejmowanych w celu ich osiągnięcia. Można stwierdzić, że jest to duma z własnego zachowania jednostki [26].

Pycha natomiast, podobnie jak wstyd, jest emocją, która uobecnia się w samoocenie globalnej. Oznacza to, że pozytywna ocena samego siebie dotyczy całego „ja” jednostki, a źródło danego czynu znajduje się w trwałych i niezmiennych cechach jednostki [25]. Taki wzorzec byłby zgodny z powiązaniem pychy z tendencją do globalnych atrybucji sukcesu [31]. Człowiek pozostający pod wpływem tej emocji czuje się zadowolony z siebie niezależnie od obiektywnej jakości własnych dokonań. Jako taka jest ona uznawana za emocję dysfunkcjonalną, która prowadzi do zniekształceń poznawczych własnej osoby.

Jako że utrzymywanie abstynencji jest złożonym problemem dotyczącym sfery emocji oraz ich regulacji, a także stanowi swoistą wartość dla uzależnionych osób, emocje samoświadomościowe wydają się konstruktem powiązanim z abstynencją. Autorzy badający populację osób zdrowych i uzależnionych zauważyli, że i pozytywne, i negatywne emocje samoświadomościowe łączą się z abstynencją [32]. Częstość ich występowania oraz poziom nasilenia niosą ze sobą określone implikacje zarówno w czynnym uzależnieniu, jak i w procesie zdrowienia.

Zgodnie z konceptualizacją tychże emocji badacze wykazali, że duma autentyczna pozytywnie koreluje z utrzymywaniem abstynencji wśród uzależnionych. Również w populacji nieuzależnionych osoby odczuwające tę emocję rzadziej angażują się w problemowe picie [32]. Ci sami badacze dowiedli, że osoby kierujące się w swoich działaniach pychą miały mniejszą skłonność do zmiany obrazu siebie oraz modyfikacji swojego zachowania. W kontekście picia wiązało się to z kurczowym trzymaniem się strategii regulacji emocji poprzez picie alkoholu. Natomiast w grupie osób, które rozpoczęły abstynencję po poprzednim problemowym picu, obserwowano większą tendencję do nawrotów [32].

Inni autorzy próbowali sprawdzić, w jaki sposób negatywne emocje samoświadomościowe wiążą się z używaniem alkoholu [33]. Okazało się, że w zależności od konkretnego typu emocji pojawia się odrębna strategia używania alkoholu. Badacze wykazali, że skłonność do wstydu łączy się z powtarzalnymi destrukcyjnymi wzorcami

używania alkoholu. Dzieje się tak dlatego, że owa emocja potęguje doświadczanie negatywnego samopoczucia, a alkohol staje się strategią redukcji i uśmierzenia przykrych afektów. Z kolei poczucie winy może stanowić czynnik ochronny przed problemowym piciem. Powodem tego jest atrybucja częściowa, która skupia uwagę jednostki na poszczególnych zachowaniach oraz płynących z nich konsekwencjach. Należy podkreślić, że badanie to dotyczyło osób zdrowych i odnosiło się wprost do problematycznego picia, pośrednio zaś do abstynencji, która nie była rozumiana w kontekście klinicznym.

Cel badań

Hipotezy

Opisane w artykule badania miały na celu ukazanie związku między metapoznaniem, emocjami samoświadomościowymi a utrzymywaniem abstynencji i jej motywami. Ponadto sprawdzano różnice wewnątrzgrupowe wśród uzależnionych w aspekcie poziomu metapoznania w trakcie utrzymywania abstynencji oraz poziomu emocji samoświadomościowych przeżywanych w przebiegu trwania abstynencji. Zgodnie z hipotezami badawczymi oczekiwano, że:

1. Istnieje ujemny związek między dysfunkcjonalnymi przekonaniem metapoznawczymi na temat alkoholu a czasem i motywami utrzymywania abstynencji.
2. Poziom dezadaptacyjnych metaprzekonań na temat alkoholu jest mniejszy u osób w pełnej remisji niż u osób z wczesną remisją.
3. Emocje samoświadomościowe mają dodatni związek z czasem oraz motywami utrzymywania abstynencji.
4. Poziom emocji samoświadomościowych jest większy u osób w pełnej remisji niż u osób z wczesną remisją.

Material

Uczestnicy i procedura

Badania były prowadzone anonimowo metodą papier-ołówek, a także za pośrednictwem internetu. Wszystkie osoby zostały poinformowane w instrukcji o anonimowości badania oraz jego celach naukowych. Badanie zostało przeprowadzone zgodnie z Deklaracją helsińską. Wszyscy wyrazili zgodę na udział w badaniach. W badaniu wzięło udział $N = 91$ osób w wieku od 22 do 80 lat ($M_{\text{wiek}} = 46,68$ roku; $SD_{\text{wiek}} = 12,41$ lat), wśród których $n_m = 53$ stanowili mężczyźni (58,2%), a $n_k = 38$ stanowiły kobiety (41,8%).

Osoby te były rekrutowane w całodobowych ośrodkach odwykowych spośród osób ze zdiagnozowanym uzależnieniem od alkoholu, jak również w grupach Anonimowych Alkoholików oraz innych grupach samopomocowych. Średni wiek osób badanych, gdy rozpoczęło się u nich problemowe picie alkoholu, wynosił $M_{\text{wiek}} = 25,11$ roku; $SD = 9,81$ lat. Zgodnie z klasyfikacją ICD-11 wyodrębniono wśród badanych

dwie podgrupy badawcze: (1) osoby we wczesnej remisji ($n_w = 41$) oraz (2) w pełnej remisji ($n_p = 50$).

Metody

Narzędzia badawcze

Moje ograniczanie substancji psychoaktywnych (RALD)

Reasons for Abstaining or Limiting Drinking (RALD) [11] (polska adaptacja: Ślaski [34]) to narzędzie do pomiaru motywów niepicia alkoholu. Kwestionariusz zawiera 10 pytań dotyczących motywów utrzymywania/ograniczania abstynencji [11]. Tworzą go trzy skale, które składają się na motywację do niepicia: „Utrata kontroli” – α Cronbacha = 0,84; „Negatywne konsekwencje” – α Cronbacha = 0,90; „Przekonania” – α Cronbacha = 0,54. Wartość poszczególnych odpowiedzi wynosi od 1 („zupełnie nie dotyczy”) do 6 („całkowicie dotyczy”).

Moje przekonania o alkoholu (MPA)

Metacognitive Beliefs about Alcohol Use [18] (polska adaptacja: Ślaski [35]) to narzędzie do pomiaru dezadaptacyjnych metapoznawczych przekonań na temat alkoholu. Kwestionariusz składa się z 18 pytań. Odpowiadając na nie, badani wskazują swoje metapoznawcze przekonania na temat alkoholu. Zostały w nim wyodrębnione dwa główne czynniki: „Pozytywne metapoznania na temat alkoholu” (dwie pierwsze skale: (a) i (b)) oraz „Negatywne metapoznania na temat alkoholu” (kolejne dwie skale: (c) i (d)):

- (a) Pozytywne metapoznawcze przekonania na temat samoregulacji emocjonalnej (α Cronbacha = 0,91);
- (b) Pozytywne metapoznawcze przekonania na temat samoregulacji poznawczej (α Cronbacha = 0,81);
- (c) Negatywne metapoznawcze przekonania na temat braku kontroli (α Cronbacha = 0,82);
- (d) Negatywne metapoznawcze przekonania na temat szkód poznawczych wywołanych alkoholem (α Cronbacha = 0,80)

Skale uczuć moralnych (SUM 5)

Skale uczuć moralnych – wersja 5 [27] to narzędzie mierzące pewne inklinacje do doświadczania różnych uczuć w sytuacji transgresji bądź też realizacji ważnych subiektywnie dla jednostki zasad moralnych [36]. W naszym badaniu instrukcja została zmieniona w taki sposób (za zgodą autora), że ową ważną zasadą moralną było przekroczenie bądź też zachowanie abstynencji w chwili nawrotu uzależnienia. SUM 5 składa się z części A, odnoszącej się do sytuacji niedotrzymania abstynencji, oraz części B, która mierzy uczucia związane z zachowaniem abstynencji. Badany

ustosunkowuje się do pytań w skali odpowiedzi od 0 do 6, gdzie 0 oznacza „nigdy”, a 6 – „zawsze, za każdym razem”.

SUM 5 w skali A składa się z 26 pytań mierzących 6 skal. W niniejszym badaniu skupiono się na trzech skalach, które odnoszą się do emocji samoświadomościowych. Są to: „Skala wstydu” (α Cronbacha = 0,72), „Skala globalnego poczucia winy” (α Cronbacha = 0,90), „Skala poczucia skruchy” (α Cronbacha = 0,80).

SUM 5 w części B składa się z 25 pytań tworzących 5 skal. Na potrzeby niniejszego badania wykorzystano 3 skale odnoszące się do interesujących nas emocji samoświadomościowych. Są to: „Skala pychy” (α Cronbacha = 0,91), „Skala dumy” (α Cronbacha = 0,90), „Skala powinności wobec zasad” (α Cronbacha = 0,85). Pierwsza z nich mierzy pychę dysfunkcjonalną, a pozostałe dwie – funkcjonalne poczucie dumy.

Metody statystyczne

Do weryfikacji, czy analizowane zmienne mają rozkład normalny, wykorzystano test Shapiro-Wilka. Wyniki testu okazały się istotne statystycznie dla wszystkich analizowanych zmiennych. Ponieważ rozkład analizowanych zmiennych różni się od rozkładu normalnego, do porównania poziomu zmiennych w wyszczególnionych grupach wykorzystano nieparametryczny test U Manna-Whitneya. Analizy różnic między rozkładami prawdopodobieństwa uzupełniono policzeniem wielkości efektu, posługując się miarą współczynnika r dla testu U Manna-Whitneya. Podobnie – jako że zmienne analizowane w naszej pracy różnią się od rozkładu normalnego – w badaniach korelacyjnych wykorzystano nieparametryczny współczynnik tau-b Kendalla.

Wyniki

Metapoznanie a abstynencja

Istnieją istotne (wszystkie na poziomie $p < 0,05$) związki między dezadaptacyjnymi przekonaniami metapoznawczymi a czasem i motywami abstynencji (tab. 1).

Tabela 1. Korelacja tau-b Kendalla między metapoznawczymi przekonaniami na temat alkoholu a czasem i motywami abstynencji (N = 91)

Skala	Czas abstynencji	Utrata kontroli	Negatywne konsekwencje	Przekonania
PP-RE	-0,28*	-0,08	-0,05	-0,16*
PP-RP	-0,25*	-0,09	-0,04	-0,11
NP-BK	-0,32*	-0,19*	-0,16*	-0,10
NP-SZP	-0,27*	-0,17*	-0,17*	-0,12

* $p < ,05$ (jednostronnie). PP-RE – pozytywne przekonania metapoznawcze na temat samoregulacji emocjonalnej; PP-RP – pozytywne przekonania metapoznawcze na temat samoregulacji poznawczej; NP-BK – negatywne przekonania metapoznawcze na temat braku kontroli; NP-SZP – negatywne przekonania metapoznawcze na temat szkód poznawczych.

Do sprawdzenia hipotezy o istotnie wyższym nasileniu poziomu dezadaptacyjnych przekonań u osób we wczesnej remisji względem tych, które już osiągnęły pełną remisję, wykorzystano test *U* Manna-Whitneya (tab. 2).

Tabela 2. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla przekonań metapoznawczych w obu grupach (N = 91)

Skala	Średnia ranga – grupa we wczesnej remisji	Średnia ranga – grupa w pełnej remisji	U Manna-Whitneya	Z	Wielkość efektu	Istotność
PP-RE	55,45	38,25	637,50	-3,09	0,32	0,02
PP-RP	56,83	37,20	581,00	-3,57	0,37	0,001
NP-BK	60,23	34,33	441,50	-4,76	0,50	0,001
NP-SZP	55,83	37,94	622,00	-3,29	0,34	0,001
PP-RE – pozytywne przekonania metapoznawcze na temat samoregulacji emocjonalnej; PP-RP – pozytywne przekonania metapoznawcze na temat samoregulacji poznawczej; NP-BK – negatywne przekonania metapoznawcze na temat braku kontroli; NP-SZP – negatywne przekonania metapoznawcze na temat szkód poznawczych.						

Emocje samoświadomościowe a abstynencja

Istnieją istotne związki między poziomem emocji samoświadomościowych a czasem i poszczególnymi motywami abstynencji (tab. 3).

Tabela 3. Korelacja tau-b Kendalla między wymiarami emocji samoświadomościowych a motywami abstynencji (N = 91)

Skala	Czas abstynencji	Utrata kontroli	Negatywne konsekwencje	Przekonania
Wstyd	0,11	0,18**	0,14*	0,06
Globalne poczucie winy	0,04	0,13*	0,06	-0,06
Poczucie skruchy	0,24**	0,25**	0,18**	0,13*
Pycha	0,11	0,15*	0,17*	0,10
Duma	0,21**	0,35**	0,32**	0,16*
Powinność wobec zasad	0,28**	0,37**	0,36**	0,19*
* $p < 0,05$ (jednostronnie); ** $p < 0,01$ (jednostronnie)				

Do sprawdzenia hipotezy o istotnie wyższym nasileniu poziomu emocji samoświadomościowych u osób w pełnej remisji względem tych, które jeszcze nie osiągnęły pełnej remisji, wykorzystano test *U* Manna-Whitneya (tab. 4).

Tabela 4. Wyniki testu U Manna-Whitneya dla emocji samoświadomościowych w obu grupach (N = 91)

Skala/zmienna	Średnia ranga (wczesna remisja)	Średnia ranga (pełna remisja)	U Manna-Whitneya	Z	Wielkość efektu	Istotność
Wstyd	41,56	49,64	843,00	-1,45	0,15	0,14

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Globalne poczucie winy	44,48	47,25	962,50	-0,50	0,05	0,61
Poczucie skruchy	36,66	53,66	642,00	-3,06	0,32	0,002
Pycha	42,01	49,27	861,50	-1,30	0,13	0,19
Duma	39,04	51,71	739,50	-2,28	0,23	0,02
Powinność wobec zasad	36,29	53,96	627,00	-3,18	0,33	0,001

Dyskusja

W niniejszej pracy próbowano wykazać, że niski poziom dezadaptacyjnych metapoznań i tym samym ich większa adaptacyjność stanowi istotny czynnik w procesie zdrowienia z uzależnienia. Przeprowadzone badania korelacyjne potwierdziły w całości zakładaną hipotezę. Oznacza to, że zgodnie z wynikami dotychczasowych badań [23] im mniejszy jest poziom dezadaptacyjnych metapoznań, tym bardziej możemy mówić o potencjalnie dłuższym czasie utrzymywanej abstynencji. Stąd można wysnuć wniosek natury predykcyjnej, że im bardziej przekonania metapoznawcze stają się adaptacyjne, tym bardziej stanowią czynnik podtrzymujący abstynencję i profilaktykę nawrotów uzależnienia od alkoholu.

W opisywanym badaniu sprawdzono, czy dezadaptacyjne metapoznanie łączy się ujemnie z motywami abstynencji i jakie to ma znaczenie w kontekście procesu zdrowienia. Wyniki potwierdziły częściowo zakładaną hipotezę. W literaturze przedmiotu nie ma jednoznacznych doniesień, które ukazywałyby związek metapoznań z motywami abstynencji, stąd można uznać, że uzyskane przez nas rezultaty stanowią pewne novum w tej materii.

Wykazano, że oba wymiary negatywnych metapoznań mają ujemny związek z motywami utraty kontroli oraz negatywnych konsekwencji. Oznacza to, że prawdopodobnie wraz z redukcją dysfunkcyjnych negatywnych przekonań osoby uzależnione dostrzegają coraz wyraźniej brak kontroli nad swoim piciem i zyskują lepszą zdolność właściwego postrzegania oraz oceny negatywnych skutków picia (wpływ na procesy poznawczo-emocjonalne) [37].

Interesujący jest z kolei brak istotnych związków pozytywnych metapoznań z wyżej omawianymi motywami abstynencji. Być może wynika to z faktu, że struktura owych przekonań zakłada właśnie poczucie kontroli oraz własnej skuteczności i nawet ich niski poziom nie sprawia, że osoba uzależniona utrzymuje abstynencję z powodu braku kontroli i negatywnych konsekwencji.

Ostatnim motywem abstynencji uwzględnionym w naszym badaniu są przekonania. Wyniki ukazały jedynie ujemny słaby związek z pozytywnymi metapoznawczymi przekonaniami na temat samoregulacji emocji. Zgodnie z wynikami badań innych autorów dowiedziono, że wraz ze zmniejszeniem tego typu metaprzekonań osoby uzależnione zaczynają regulować swój stan emocjonalny w inny sposób [19]. Być

może wraz z nauką nowych strategii samoregulacji emocjonalnej następuje pewne przewartościowanie w sferze motywacyjnej.

By sprawdzić, czy faktycznie i kiedy następuje poprawa w poziomie dysfunkcyjnych metaprzekonań u osób utrzymujących abstynencję, dokonano porównania dwóch grup: osób we wczesnej remisji (mniej niż 12 miesięcy) oraz w pełnej remisji (ponad 12 miesięcy). Podział ten podyktowany był faktem, że właśnie w ciągu pierwszego roku od zaprzestania picia najwięcej osób wraca do czynnego uzależnienia [38]. Okazało się – zgodnie z hipotezą 2 – że faktycznie występują istotne różnice w poziomie dezadaptacyjnych metapoznań na korzyść grupy będącej w pełnej remisji. Podobne wyniki uzyskano w innych badaniach [23]. Jest prawdopodobne, że pacjenci, którzy nauczyli się radzić sobie z dystresem psychicznym bez alkoholu i korzystali z interwencji programów terapeutycznych i grup samopomocowych, zmienili niektóre ze swoich przekonań na temat spożywania alkoholu.

Kolejnym celem tego badania była weryfikacja hipotez o dodatnim związku emocji świadomościowych z czasem oraz motywami abstynencji. Hipoteza 4 została potwierdzona w sposób częściowy. Zgodnie z wynikami badań innych autorów zakłada się, że duma autentyczna wykazuje związek z utrzymywaniem abstynencji, natomiast przeżywana pycha może sprzyjać abstynencji na początku jej trwania, potem natomiast może być predyktorem nawrotu do uzależnienia [32]. Istnieją także rozbieżne doniesienia pokazujące, że wzbudzenia negatywnych emocji świadomościowych takich jak wstyd i poczucie winy mają odmienny wpływ na strategię wspierania abstynencji u osób uzależnionych [39, 40].

W niniejszym badaniu dowiedziono, że tylko adaptacyjne emocje świadomościowe, a więc poczucie winy (mierzone skalą poczucia skruchy) oraz poczucie dumy (mierzone skalą dumy oraz powinności wobec zasad), w sposób istotny dodatnio korelują z czasem abstynencji. Jest to częściowe potwierdzenie przywoływanych wyżej badań. Oznacza to, że funkcjonalne i dojrzałe emocje świadomościowe (nawet negatywne), które osoba uzależniona zaczyna przeżywać w trakcie utrzymywania abstynencji, mogą być pomocne w dalszym procesie zdrowienia [32].

Kolejnym punktem analiz była weryfikacja hipotezy o dodatnim związku emocji świadomościowych z motywami abstynencji, którą udało się częściowo potwierdzić. W literaturze przedmiotu nie znajdujemy jednoznacznych badań nad związkiem emocji świadomościowych oraz motywami abstynencji. Dotychczas autorzy badań dotyczących abstynencji łączyli emocje świadomościowe z motywami picia [33], stąd niełatwo będzie odnieść prezentowane tutaj wyniki do innych prac.

Analiza korelacji ujawniła, że wszystkie emocje świadomościowe współwystępują dodatnio z motywem utraty kontroli. Oznacza to, że wgląd we własne emocje prawdopodobnie pozwala osobom uzależnionym zaakceptować fakt nieodwracalnej utraty zdolności kontrolowanego picia. Wykazano, że najsilniejszy dodatni związek z tym motywem mają emocje funkcjonalne (poczucie winy, poczucie dumy) i tym samym to one w dłuższej perspektywie mogą służyć podtrzymywaniu owej motywacji. Wstyd i pycha przypuszczalnie mają związek z tym motywem na początku drogi do trzeźwego życia [32]. Natomiast funkcjonalne emocje winy oraz dumy prawdopodobnie silniej ujawniają się na późniejszych etapach zdrowienia.

Wykazano też, że wszystkie emocje świadomościowe poza wstydem dodatnio wiążą się z motywem negatywnych konsekwencji. Uzależnienie wywołuje wiele szkód w funkcjonowaniu psychicznym człowieka, co wzbudza w nim bardzo silne, niekiedy destrukcyjne emocje. Ich skrajne natężenie (zgodnie z modelem metapoznawczym) zamyka jednocześnie możliwość głębszego wglądu w siebie oraz faktyczne dostrzeganie obiektywnych negatywnych konsekwencji.

Najmniej istotnych związków przyniosła analiza korelacji emocji świadomościowych z motywem przekonań. Tutaj dodatni związek (aczkolwiek bardzo słaby, nieprzekraczający 0,16) miały wyłącznie emocje świadomościowe funkcjonalne. Oznacza to, że osoby doświadczające tych emocji w małym stopniu kierują się motywacją płynącą z przekonań, które wprost nie odnoszą się do negatywnych aspektów picia.

Ostatnią częścią analiz było sprawdzenie, czy średni poziom emocji samoświadomościowych różni się między grupami wyróżnionymi ze względu na czas trwania abstynencji. Analizy w częściowy sposób potwierdziły postawioną hipotezę. Wykazano, że grupa w pełnej remisji charakteryzuje się istotnie większym średnim poziomem emocji poczucia winy oraz dumy względem osób we wczesnej remisji. Oznacza to, że w dłuższej perspektywie, czyli powyżej jednego roku, to właśnie emocje samoświadomościowe funkcjonalne zaczynają odgrywać kluczową rolę w utrzymywaniu abstynencji. Wynik ten byłby zgodny z rezultatami innych badań [32]. Niemniej jednak trzeba pamiętać o tym, że jest to wniosek tylko częściowo uprawniony, gdyż nie zostały przeprowadzone badania podłużne, a zatem nie mamy wiedzy o poziomie emocji samoświadomościowych na początku terapii.

Podsumowując, możemy stwierdzić, że zarówno metapoznanie, jak i emocje samoświadomościowe mają związek z utrzymywaniem abstynencji. W perspektywie dalszych badań nad abstynencją warto byłoby opracować model metapoznawczy zdrowienia z uzależnienia. Można także pochylić się nad rolą wzbudzania emocji samoświadomościowych (zwłaszcza funkcjonalnych) w programach terapeutycznych oraz nad kształtowaniem umiejętności właściwego wglądu w tę sferę życia emocjonalnego pacjenta.

Ograniczenia i perspektywa dalszych badań

Niniejsze badania miały pewne ograniczenia. Narzędzie RALD – mierzące model trójczynnikowy – akurat w skali mierzącej motyw przekonań charakteryzowało się niewystarczającym wskaźnikiem rzetelności. Być może w badaniach motywów abstynencji niezwiązanych bezpośrednio z piciem prowadzonych w grupach osób uzależnionych należałoby posłużyć się innym, rzetelniejszym narzędziem. Ponadto w naszym badaniu uwzględniono wyłącznie dezadaptacyjne przekonania metapoznawcze na temat alkoholu, natomiast nie spróbowano zbadać rodzaju oraz poziomu adaptacyjnych przekonań metapoznawczych, zwłaszcza grupie osób będących dłuższy czas w abstynencji. Badano przy tym tylko różnice poziomu zmiennych wyjaśniających u różnych osób. Prawdopodobnie bardziej reprezentatywne wyniki zapewniłyby badania longitudinalne, gdyby udało się zmierzyć poziom metapoznania oraz emocji samoświadomościowych u tych samych osób na początku drogi zdrowienia oraz po

dłuższej abstynencji. Wtedy też moglibyśmy uwypuklić, w jaki sposób owe zmienne wpływają z biegiem czasu na motywy utrzymywania abstynencji.

W wypadku dalszych badań nad abstynencją warto byłoby opracować model metapoznawczy zdrowienia z uzależnienia w perspektywie metakognitywnej. Nie ma obecnie systematycznego modelu zdrowienia opartego na tym paradygmacie. A że redukcja dezadaptacyjnych metapoznań dodatnio łączy się z abstynencją, warto sprawdzić, czy istnieją rodzaje adaptacyjnych metaprzekonań na temat alkoholu i jak wpływają one na abstynencję.

Piśmiennictwo

1. Bętkowska-Korpała B. *Osobowościowe uwarunkowania dynamiki zdrowienia u osób uzależnionych od alkoholu*. Kraków: Medycyna Praktyczna; 2013.
2. Schlaff G, Walter H, Lesch OM. *The Lesch alcoholism typology – Psychiatric and psychosocial treatment approaches*. Ann. Gastroenterol. 2011; 24(2): 89–97.
3. Chodkiewicz J. *Odbić się od dna? Rola jakości życia w przebiegu i efektach terapii osób uzależnionych od alkoholu*. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 2012.
4. Jakubczyk A, Wojnar M. *Całkowita abstynencja czy redukcja szkód – różne strategie terapii uzależnienia w świetle badań i międzynarodowych zaleceń*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(3): 374–385.
5. World Health Organization. *ICD-11, the 11th Revision of the International Classification of Diseases*. 2020. <https://icd.who.int/en> (dostęp: 13.05.2022).
6. Szczyrba B, Trzcieniecka-Green A. *Motywy podjęcia, kontynuowania i ukończenia terapii u kobiet uzależnionych od alkoholu, w oddziale terapii uzależnienia od alkoholu*. Alkohol. Narkom. 2004; 17(3–4): 221–233.
7. Rowicka M. *Differences and similarities in motives to decrease drinking, and to drink in general between former and current heavy drinkers – Implications for changing own drinking behaviour*. Front. Psychol. 2022; 12: 734350.
8. De Micheli D, Formigoni MLOS. *Are reasons for the first use of drugs and family circumstances predictors of future use patterns?* Addict. Behav. 2002; 27(1): 87–100.
9. Merrill JE, Read JP. *Motivational pathways to unique types of alcohol consequences*. Psychol. Addict. Behav. 2010; 24(4): 705–711.
10. Nagoshi CT, Nakata T, Sasano K, Wood MD. *Alcohol norms, expectancies, and reasons for drinking and alcohol use in a U.S. versus a Japanese college sample*. Alcohol. Clin. Exp. Res. 1994; 18(3): 671–678.
11. Epler AJ, Sher KJ, Piasecki TM. *Reasons for abstaining or limiting drinking: A developmental perspective*. Psychol. Addict. Behav. 2009; 23(3): 428–442.
12. Beck JS. *Terapia poznawczo-behawioralna*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2012.
13. Berking M, Margraf M, Ebert D, Wupperman P, Hofmann SG, Junghanns K. *Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence*. J. Consult. Clin. Psychol. 2011; 79(3): 307–318.
14. Koriat A. *Metacognition and consciousness*. W: Zelazo PD, Moscovitch M, Thompson E. red. *Cambridge handbook of consciousness*. New York: Cambridge University Press; 2007. S. 289–325.

15. Wells A, Matthews G. *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hillside: Hove Erlbaum; 1994.
16. Wells A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester: Wiley; 2000.
17. Wells A, King P. *Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial*. J. Behav. Ther. Exp. Psychiatry 2006; 37(3): 206–212.
18. Spada MM, Wells A. *Metacognitive beliefs about alcohol use: Development and validation of two self-report scales*. Addict. Behav. 2008; 33(4): 515–527.
19. Matthews G. *Advancing the theory and practice of metacognitive therapy: A commentary on the special issue*. Cognit. Ther. Res. 2015; 39: 81–87.
20. Spada MM, Caselli G, Nikčević AV, Wells A. *Metacognition in addictive behaviors*. Addict. Behav. 2014; 44: 9–15.
21. Spada MM, Wells A. *A metacognitive model of problem drinking*. Clin. Psychol. Psychother. 2009; 16(5): 383–393.
22. Dragan M. *Difficulties in emotion regulation and problem drinking in young women: The mediating effect of metacognitions about alcohol use*. Addict. Behav. 2015; 48: 30–35.
23. Ottonello M, Fabiane E, Pistarini C, Spigno P, Torselli E. *Difficulties in emotion regulation during rehabilitation for alcohol addiction: Correlations with metacognitive beliefs about alcohol use and relapse risk*. Neuropsychiatr. Dis. Treat. 2019; 15: 2917–2925.
24. Halvorsen M, Hagen R, Hjemdal O, Eriksen MS, Sørli AJ, Waterloo K i wsp. *Metacognitions and thought control strategies in unipolar major depression: A comparison of currently depressed, previously depressed, and never-depressed individuals*. Cogn. Ther. Res. 2015; 39: 31–40.
25. Lewis M. *Emocje samoświadomościowe: zażenowanie, duma, wstyd, poczucie winy*. W: Lewis M, Haviland-Jones JM. red. *Psychologia emocji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005. S. 780–797.
26. Tracy JL, Robins RW. *Putting the self into self-conscious emotions: A theoretical model*. Psychol. Inq. 2004; 15(2): 103–125.
27. Strus W, Żylicz PO. *Emocje samoświadomościowe – podstawowe rozróżnienia i narzędzia pomiaru*. W: Gasiul H. red. *Metody badania emocji i motywacji*. Warszawa: Difin; 2018. S. 80–109.
28. Tangney JP, Dearing RL. *Shame and guilt*. New York–London: Guilford Press; 2002.
29. Feiring C, Taska L, Lewis M. *Adjustment following sexual abuse discovery: The role of shame and attributional style*. Dev. Psychol. 2002; 38(1): 79–92.
30. Barrett KC. *A functionalist approach to shame and guilt*. W: Tangney JP, Fischer KW. red. *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. New York: Guilford Press; 1995. S. 25–63.
31. Tracy JL, Robins RW. *The psychological structure of pride: A tale of two facets*. J. Pers. Soc. Psychol. 2007; 92(3): 506–525.
32. Dunlop WL, Tracy JL. *The autobiography of addiction: Autobiographical reasoning and psychological adjustment in abstinent alcoholics*. Memory 2013; 21(1): 64–68.
33. Treeby M, Bruno R. *Shame and guilt-proneness: Divergent implications for problematic alcohol use and drinking to cope with anxiety and depression symptomatology*. Pers. Individ. Differ. 2012; 53(5): 613–617.
34. Ślaski S. *RALD (Reasons for Abstaining or Limiting Drinking)*. Polska adaptacja narzędzia do pomiaru motywów niepicia, niepublikowany maszynopis. 2017.

35. Ślaski S. *Metacognitive Beliefs about Alcohol Use*. Polska adaptacja narzędzia do pomiaru dezadaptacyjnych metapoznawczych przekonań na temat alkoholu, niepublikowany maszynopis. 2017.
36. Strus W. *Dojrzałość emocjonalna a funkcjonowanie moralne*. Warszawa: Liberi Libri; 2012.
37. Cierpiałkowska L, Chodkiewicz J. *Uzależnienie od alkoholu. Oblicza problemu*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2020.
38. Moyer A, Finney JW. *Outcomes for untreated individuals involved in randomized trials of alcohol treatment*. J. Subst. Abuse Treat. 2002; 23(3): 247–252.
39. Dearing RL, Stuewig J, Tangney JP. *On the importance of distinguishing shame from guilt: Relations to problematic alcohol and drug use*. Addict. Behav. 2005; 30(7): 1392–1404.
40. Modrzyński R. *Abstynencja czy ograniczanie picia? Znaczenie zasobów w przewidywaniu abstynencji osób uzależnionych od alkoholu we wczesnej fazie zdrowienia*. Warszawa: Difin; 2017.

Adres: Sławomir Ślaski
 Instytut Psychologii
 Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
 01-938 Warszawa, ul. Wóycickiego 1/3, bud. 14
 e-mail: s.slaski@uksw.edu.pl

Otrzymano: 18.05.2022

Zrecenzowano: 18.07.2022

Otrzymano po poprawie: 20.07.2022

Przyjęto do druku: 25.07.2022

