

KATARZYNA ADAMCZYK  
BARBARA JANKOWIAK  
EMILIA SOROKO

*Uniwersytet im. Adama Mickiewicza  
w Poznaniu*

## STATUS ZWIĄZKU (W ZWIĄZKU INTYMNYM VS SINGIEL), KONSTRUKT JA I ZDROWIE PSYCHICZNE MŁODZIEŻY AKADEMICKIEJ

ABSTRACT. Adamczyk Katarzyna, Jankowiak Barbara, Soroko Emilia, *Status związku (w związku intymnym vs singiel), konstrukt Ja i zdrowie psychiczne młodzieży akademickiej* [Relationship Status (Single vs. Partnered), Self-construals and Mental Health: A Study of University Students]. *Studia Edukacyjne* nr 45, 2017, Poznań 2017, pp. 55-65. Adam Mickiewicz University Press. ISSN 1233-6688. DOI: 10.14746/se.2017.45.5

The aim of this online survey was to test the hypothesis that self-construals (Independent self-construal and Interdependent self-construal) mediate the association between relationship status (single vs. partnered) and mental health. Four hundred and twenty-nine university students (327 females and 102 males) 19-25 ( $M = 21.79$ ,  $SD = 1.72$ ) completed the Polish versions of the General Health Questionnaire-28 and Self-Construal Scale. The results indicated that although different configurations of self-construals are related to the level of experienced anxiety, the aspects of mental health analyzed are not related to the interaction between relationship status (partnered vs single) and 4 configurations of self-construals. At the same time, the revealed lack of correlation between relationship status and mental health is contradictory to expectations and hypotheses. The results suggest that university students are perhaps in the middle of a prolonged moratorium, and in consequence, not making an attempt to fulfill developmental tasks characteristic for (young) adults cannot be seen as an indicator of any aspect of psychological health.

**Key words:** independent self-construal, interdependent self-construal, mental health, single, partnered, university students

### Wprowadzenie

Młodzież akademicka to osoby w okresie rozwojowym znajdującym się pomiędzy późną adolescencją a wczesną dorosłością<sup>1</sup>. W tych etapach życia

---

<sup>1</sup> Np. Erik Homburger Erikson adolescencję umieszcza między 12/13 a 18/20 rokiem życia, zaś wczesną dorosłość datuje od 19. do 25. roku życia. Daniel Lewinson używa natomiast

jednostki angażują się w relacje preintymne oraz intymne, które mają odmienny charakter i funkcje<sup>2</sup>. Związki preintymne tworzone w okresie dojrzewania nie prowadzą, przynajmniej z założenia, do trwałych relacji partnerskich czy małżeńskich. Ich główną funkcją jest kształtowanie się gotowości do wchodzenia w bliskie związki w okresie dorosłości oraz wspomaganie procesu formowania się tożsamości poprzez uzyskiwanie w relacjach miłosnych informacji zwrotnych na temat jakości tożsamości obojga partnerów<sup>3</sup>. Związki intymne tworzone we wczesnej dorosłości mają stanowić rozwiązanie kryzysu intymność *vs* izolacja<sup>4</sup>. Warunkiem wejścia w etap budowania intymności w rozumieniu Eriksonowskim jest osiągnięta tożsamość, a więc pozytywny bilans piątego normatywnego kryzysu rozwojowego. Etapy późnej adolescencji i wczesnej dorosłości różnią się pod względem zadań rozwojowych (budowanie tożsamości *vs* kształtowanie intymności w związkach), których rozwiązanie świadczyć będzie o efektywnym funkcjonowaniu jednostek<sup>5</sup>. Zgodnie z ustaleniami poczynionymi przez Roberta J. Havighursta, pokonanie zadania rozwojowego, które charakteryzuje każdy etap życia, prowadzi do stanu dobrego samopoczucia, zwiększonego poczucia własnej wartości i dobrego dostosowania w relacji między jednostką a jej kontekstem społecznym i stanowi podstawę skutecznego radzenia sobie z zadaniami rozwojowymi na przyszłych etapach życia<sup>6</sup>, natomiast osoba, która nie poradzi sobie z zadaniem rozwojowym, doświadcza braku satysfakcji i społecznej dezaprobaty<sup>7</sup>.

Zaangażowanie w intymne relacje stanowi istotny czynnik przyczyniający się do wyższego dobrostanu<sup>8</sup>. Dotychczasowe badania wskazują, iż u osób żyjących w pojedynkę obserwuje się na przykład wyższy wskaźnik depresji, lęku, zaburzeń nastroju, problemów z przystosowaniem oraz problemów z alkoholem w porównaniu z osobami w związkach małżeńskich<sup>9</sup>.

---

pojęcia „okres przejściowy” na czas między 17. a 22. rokiem życia, a wczesną dorosłość – od 22. do 45. roku życia. Zob. E.H. Erikson, *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Poznań 1997; D.J. Lewinson, *A Conception of Adult Development*, *American Psychologist*, 1986, 41, 1, s. 2-13.

<sup>2</sup> K. Piotrowski, J. Wojciechowska, B. Ziółkowska, *Rozwój nastolatka. Późna faza dorastania*, [w:] *Niezbędnik dobrego nauczyciela*, red. A.I. Brzezińska, Warszawa 2014, s. 26.

<sup>3</sup> Tamże.

<sup>4</sup> E.H. Erikson, *Dopełniony cykl życia*, Poznań 2002.

<sup>5</sup> Zob. M. Resnick, *Protective Factors, Resilience, and Health Youth Development*, *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 2000, 11(1), s. 157-164.

<sup>6</sup> J. Havighurst, 1952, 1953, za: S. Bonino, E. Cattellino, S. Ciairano, *Adolescents and Risk. Behavior, Functions, and Protective Factors*, Italia 2005, s. 14-15.

<sup>7</sup> B.M. Newman, P.R. Newman, *Development through life: a psychosocial approach*, California 1987, s. 30.

<sup>8</sup> D. Umberson, K. Williams, *Family status and mental health*, [w:] *Handbook of the sociology of mental health*, red. C.S. Aneshensel, J.C. Phelan, New York 1999.

<sup>9</sup> S.R. Braithwaite, R. Delevi, F.D. Fincham, *Romantic relationships and the physical and mental health of college students*, *Personal Relationships*, 2010, 17(1).

Zależność między statusem związku<sup>10</sup> (tzn. posiadaniem vs brakiem partnera życiowego; byciem w relacji intymnej vs bycie singlem) a zdrowiem psychicznym podlega wpływowi dodatkowych czynników (np. wiek, płeć)<sup>11</sup>. Czynnikiem jak dotąd nie uwzględnianym w badaniach jest konstrukt Ja niezależnego i współzależnego, który odnosi się do sposobu pojmowania przez jednostkę własnego Ja w relacji do innych<sup>12</sup>. Osoby z wysoce rozwiniętym niezależnym konstruktem Ja podkreślają swoje unikalne wewnętrzne atrybuty, zdolności, myśli i uczucia, które oddzielają je od innych<sup>13</sup>. Współzależność konstruktów Ja można scharakteryzować jako Ja osadzone i wzajemnie połączone z reprezentacjami innych. Osoby z wysoko rozwiniętym współzależnym konstruktem Ja podkreślają przynależność i dopasowanie; zależą od innych i od relacji z innymi. Dobre relacje interpersonalne i dostosowanie do innych ludzi są dla nich ważnym źródłem poczucia własnej wartości<sup>14</sup>. Wcześniejsze badania<sup>15</sup> ujawniły, iż osoby o współzależnym konstrukcie Ja, które przede wszystkim określają siebie poprzez bliskie relacje z innymi, mogą starać się rozwijać i utrzymywać bliskie relacje z innymi, podczas gdy osoby o niezależnym konstrukcie Ja mają tendencję do utrzymywania własnego poczucia niezależności, unikatowości i indywidualności. Osoby, u których przeważa współzależny konstrukt Ja podawały większą liczbę ludzi, które uważały za bardzo ważne dla siebie, postrzegały wyższy poziom wsparcia społecznego i opisywały swoje najważniejsze relacje jako bliższe i bardziej zaangażowane niż osoby o niskim współzależnym konstrukcie Ja<sup>16</sup>.

<sup>10</sup> Pojęcia „status związku” (*relationship status*) używamy za V. Lehmann i współpracownikami, mając na myśli stan relacyjny, czyli to, czy ktoś identyfikuje siebie jako osobę będącą w związku z drugą osobą lub nie; pojęcie to jest precyzyjniejsze pod względem realnego relacyjnego funkcjonowania osób niż bardziej klasyczne rozróżnienie na rodzaje stanu cywilnego, szczególnie gdy badamy młodzież akademicką. Por. V. Lehmann i in., *Satisfaction with Relationship Status: Development of a New Scale and the Role in Predicting Well-Being*, *Journal of Happiness Studies*, 2015, 16, s. 169-184.

<sup>11</sup> B. DePaulo, W. Morris, *Singles in society and science*, *Psychological Inquiry*, 2005, 2-3, s. 57-83.

<sup>12</sup> A. Pilarska, *Polska adaptacja Skali Konstruktywów Ja*, *Studia Psychologiczne*, 2011, 49(1), s. 21-34.

<sup>13</sup> T.M. Singelis, *The measurement of independent and interdependent self-construals*, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1994, 20(5), s. 580-591.

<sup>14</sup> Tamże.

<sup>15</sup> Np. S.E. Cross, M.L. Morris, J.S. Gore, *Thinking about oneself and others: The relational-interdependent self-construal and social cognition*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 2002, 82, s. 399-418; S.E. Cross, L. Madson, *Models of the self: self-construals and gender*, *Psychological Bulletin*, 1997, 122(1), s. 5-37; H. Markus, S. Kitayama, *Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation*, *Psychological Review*, 1991, 98, s. 224-253.

<sup>16</sup> S.E. Cross, P.L. Bacon, M.L. Morris, *The relational-interdependent self-construal and relationships*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 2000, 78, s. 791-808.

## Cele badań

Z uwagi na brak wcześniejszych prac nad rolą konstruktów Ja w relacji między statusem związku a zdrowiem psychicznym, w prezentowanych badaniach interesowała nas kwestia, czy zdrowie psychiczne osób o różnym statusie związku (tzn. osób posiadających i nie posiadających partnera życiowego) może różnić się w zależności od przewagi Ja niezależnego lub zależnego, ściślej mówiąc – specyficznej konfiguracji konstruktów Ja zależnego i Ja współzależnego. Przyjmując założenie, iż aktualny status związku może przyczyniać się do zwiększenia cierpienia psychologicznego, jeśli nie jest on dopasowany do dominującego konstruktów Ja, głównym celem badań było wyjaśnienie potencjalnych różnic w poziomie zdrowia psychicznego poprzez analizę roli konstruktów Ja oraz statusu związku (a także interakcją między konstruktami Ja a statusem związku) a zdrowiem psychicznym. W badaniach przyjęto hipotezę, iż u osób, które nie są w związku, a jednocześnie mają konfiguracje wskazujące na przewagę Ja współzależnego, zdrowie będzie niższe. Dodatkowym celem badań było też porównanie kobiet i mężczyzn pod względem konstruktów Ja oraz zdrowia psychicznego.

## Metody

**Osoby badane.** Badaniami o charakterze badań internetowych objęto 429 studentów Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza w Poznaniu (327 kobiet i 102 mężczyzn), w wieku od 19 do 25 lat ( $M = 21,79$ ,  $SD = 1,72$ ). Osoby nie posiadające partnera stanowiły 51% ( $n = 219$ ) osób badanych, natomiast osoby będące w związku heteroseksualnym stanowiły 49% ( $n = 210$ ). Siedemdziesiąt osób było w związku trwającym krócej niż 12 miesięcy, a 139 – w związku trwającym dłużej niż 12 miesięcy. Wśród osób żyjących w pojedynkę, 152 osoby wskazały, iż obecnie nie mają partnera i nigdy wcześniej go nie posiadały, natomiast 66 osoby wskazały, iż obecnie nie mają partnera, ale w przeszłości były w związku.

**Procedura badawcza.** Badanie zostało przeprowadzone w formie elektronicznej, za pośrednictwem uniwersyteckiej poczty mailowej UAM w Poznaniu. Link do kwestionariuszy w formie online został przesłany do studentów UAM wszystkich wydziałów i kierunków. Zaproszenie do udziału w badaniu zawierało informacje o celach i procedurze badania oraz ich poufności. Badania rozpoczęło ponad 4000 studentów, ale kompletne dane z wybranych w niniejszym badaniu narzędzi uzyskano od 429 osób, co jest zgodne z oczekiwany stopniem realizacji próby internetowej<sup>17</sup>.

<sup>17</sup> Por. więcej: P. Kleka, *Dane z kwestionariuszy jako wartościowe źródło informacji o osobach badanych*, [w:] *Diagnozowanie – wyzwania i konteksty*, red. J.W. Paluchowski, Poznań 2017.

**Narzędzia badawcze.** W badaniu zastosowano następujące narzędzia badawcze:

**Kwestionariusz Danych Osobowych.** Narzędzie to zostało opracowane w celu zebrania danych socjodemograficznych, takich jak wiek, płeć, wydział i kierunek studiów, status związku.

**Kwestionariusz Goldberga (General Health Questionnaire-28 – GHQ-28;** Goldberg, Hillier, 1979 – polska adaptacja: Goldberg, Williams, Makowska, Merecz, 2001<sup>18</sup>). Kwestionariusz ten mierzy symptomy obecne w zaburzeniach niepsychotycznych<sup>19</sup>. Zastosowana tutaj wersja skali GHQ-28 powstała ze skrócenia wersji składającej się uprzednio z 60 pozycji i używana jest przede wszystkim do celów badawczych, a także jako miara psychologicznego dobrostanu<sup>20</sup>. Skala GHQ-28 składa się z 4 podskal (każda po 7 pozycji): symptomy somatyczne, niepokój i bezsenność, dysfunkcja społeczna (zaburzenia funkcjonowania) oraz poważna depresja. Zadaniem osoby badanej jest porównanie swego stanu w ciągu ostatnich kilku tygodni z uogólnionym poczuciem, jak jest zwykle w jej życiu na czterostopniowej skali (1 – lepiej niż zwykle, 2 – tak samo jak zwykle, 3 – gorzej niż zwykle, 4 – znacznie gorzej niż zwykle). W niniejszym badaniu zastosowano bimodalną procedurę kodowania (0, 0, 1, 1), która daje wyniki od 0 do 28, tworząc próg przekraczający cztery jako wskaźnik zaburzenia psychiatrycznego. W obecnym badaniu rzetelność narzędzia wynosiła odpowiednio  $\alpha = 0,80$ ,  $\alpha = 0,84$ ,  $\alpha = 0,69$ ,  $\alpha = 0,90$ ,  $\alpha = 0,91$  dla podskali symptomy somatyczne, lęk, dysfunkcja społeczna, poważna depresja i wynik ogólny.

**Skala Konstruktów Ja (SKJ) (Self-Constraint Scale – SCS;** Singlis, 1994 – polska adaptacja: Pilarska, 2011<sup>21</sup>). Skala konstruktów Ja składa się z 24 pozycji zaprojektowanych do pomiaru poziomów współzależności oraz zależności. Uczestnicy dokonują samoopisu na skali typu skala Likerta (od 1 – zdecydowanie się nie zgadzam, do 7 – zdecydowanie się zgadzam). Skala jest rzetelnym i trafnym narzędziem do pomiaru niezależnych i współzależnych wymiarów Ja<sup>22</sup>. Wersja polska składa się z 18 pozycji, w przeciwieństwie do wersji oryginalnej 24-itemowej<sup>23</sup>. W omawianych badaniach alfa Cronbacha wyniosła 0,73 dla podskali Ja współzależnego i 0,70 dla Ja niezależnego.

<sup>18</sup> D. Goldberg i in., *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*, Łódź 2001.

<sup>19</sup> D.P. Goldberg, V.F. Hillier, *A scaled version of the General Health Questionnaire*, *Psychological Medicine*, 1979, 9(1), s. 139-145.

<sup>20</sup> Np. D. Goldberg, P. Williams, *A user's guide to the General Health Questionnaire*, Windsor 1988.

<sup>21</sup> A. Pilarska, *Polska adaptacja Skali Konstruktów Ja*, s. 21-34.

<sup>22</sup> T.M. Singelis, *The measurement of independent and interdependent self-construals*, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1994, 20(5), s. 580-591.

<sup>23</sup> A. Pilarska, *Polska adaptacja Skali Konstruktów Ja*, s. 21-34.

## Wyniki

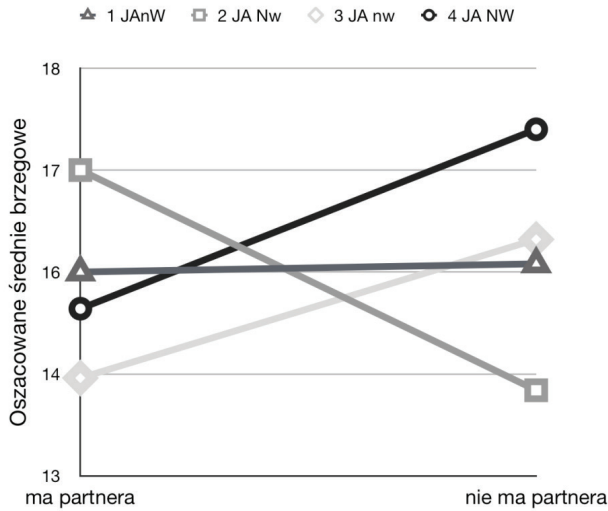
W pierwszym kroku analizy, w celu wyodrębnienia czterech możliwych konfiguracji Ja, przeprowadzono analizę skupień metodą  $k$ -średnich (tab. 1). Następnie sprawdzono różnice międzygrupowe, stosując wieloczynnikową analizę wariancji  $2 \times 4$ : status związku (posiadanie *vs* nie posiadanie partnera życiowego)  $\times$  4 konfiguracje Ja, gdzie zmienną zależną było zdrowie psychiczne mierzone w kategoriach symptomów somatycznych, niepokoju, zaburzeń funkcjonowania, symptomów depresji oraz ogólnego zdrowia.

Tabela 1  
Konfiguracje konstruktów Ja z uwagi na status związku oraz płeć

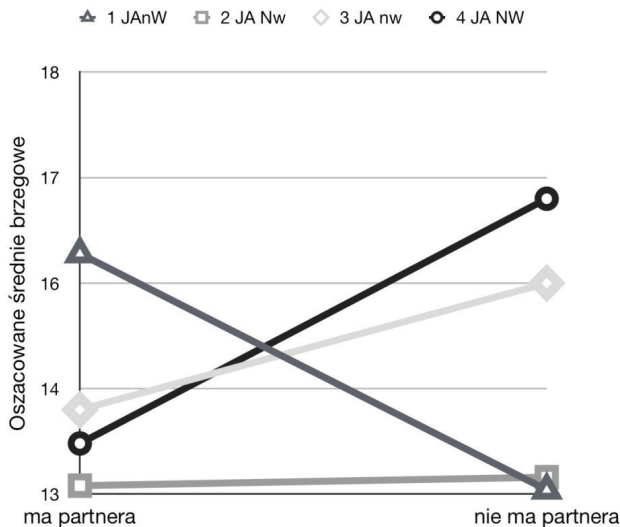
Konfiguracje Ja		Ja niezależne niskie a Ja współzależne wysokie (Ja nW)	Ja niezależne wysokie a Ja współzależne niskie (Ja Nw)	Ja niezależne i Ja współzależne niskie (Ja nw)	Ja niezależne oraz Ja współzależne wysokie (Ja NW)
Kobiety	Osoby posiadające partnera	56	33	17	47
	Osoby nie posiadające partnera	48	37	17	33
Mężczyźni	Osoby posiadające partnera	8	10	3	7
	Osoby nie posiadające partnera	11	19	10	10

Przeprowadzona wieloczynnikowa analiza wariancji wykazała, iż status związku analizowany z uwzględnieniem konfiguracji konstruktów Ja nie stanowi czynnika różnicującego w zakresie symptomów somatycznych, niepokoju, zaburzeń funkcjonowania, symptomów depresji oraz ogólnego zdrowia,  $\Lambda = 0,99$ ,  $F(4, 418) = 0,85$ ,  $p > 0,05$ ,  $\eta^2 = 0,02$ . Jednocześnie, różne konfiguracje konstruktów Ja okazują się czynnikiem różnicującym poziom niepokoju,  $F(3, 421) = 2,70$ ,  $p < 0,05$ , to znaczy osoby o dominującym Ja niezależnym i jednocześnie słabszym Ja współzależnym doświadczają niższego niepokoju ( $M = 14,18$ ,  $SD = 4,35$ ) w porównaniu z osobami o dominującym Ja współzależnym i słabszym Ja niezależnym ( $M = 16,49$ ,  $SD = 5,09$ ).

Przeprowadzone analizy ujawniły, iż u kobiet odnotowuje się więcej symptomów somatycznych ( $t(195,244) = 3,23; p = 0,001$ ) oraz niepokoju ( $t(427) = 3,17; p = 0,002$ ) niż u mężczyzn, co przekłada się też na ich gorsze zdrowie ogólne ( $t(427) = 2,80; p = 0,005$ ). Ponadto zaobserwowano, że kobiety mają wyższe Ja współzależne od mężczyzn ( $t(427) = 3,51; p < 0,001$ ).



Ryc. 1. Status związku a konstrukty Ja i symptomy somatyczne u kobiet



Ryc. 2. Status związku a konstrukty Ja i symptomy somatyczne u mężczyzn

Jednocześnie, biorąc pod uwagę płeć (por. ryc. 1 i 2), u kobiet z wysokim Ja niezależnym i jednocześnie niskim Ja współzależnym (Ja Nw) przy statusie „posiadanie partnera” wzrasta nasilenie symptomów somatycznych. U mężczyzn z kolei, jeśli mają Ja niezależne niskie i jednocześnie wysokie współzależne (Ja nW), to będąc w związku mają oni wyższe nasilenie symptomów somatycznych.

## Dyskusja wyników i rekomendacje do dalszych badań

Przeprowadzone badania wskazują, iż choć odmienne konfiguracje konstruktywów Ja powiązane są ze zróżnicowanym poziomem doświadczanego przez jednostkę niepokoju, to jednak wybrane aspekty zdrowia psychicznego nie zależą od interakcji między statusem związku i konfiguracjami konstruktywów Ja. Jednocześnie, ujawniony w badaniach brak związku między statusem związku a zdrowiem psychicznym (także analizowany w kontekście konfiguracji konstruktywów Ja) pozostaje w sprzeczności z wcześniejszymi pracami, w których w zdecydowanej większości taki związek udokumentowano<sup>24</sup>. Wyniki te mogą sugerować, że status związku młodzieży akademickiej nie jest czynnikiem ryzyka zaburzeń z uwagi na obecność w tym okresie życia takich okoliczności, jak przedłużające się moratorium ze względu na kontynuowanie nauki, możliwą utrzymującą się zależność finansową od rodziców i w związku z tym niepodejmowanie jeszcze zadań rozwojowych charakterystycznych dla okresu wczesnej dorosłości. Warto podkreślić, że w badaniu nie uwzględniono osób tworzących związki małżeńskie i osób posiadających dzieci. Można więc przypuszczać, że obecne zadania rozwojowe podejmowane przez studentów uczestniczących w badaniu to zadania rozwojowe charakterystyczne dla okresu późnej adolescencji, a tworzone związki nie są jeszcze odpowiedzią na kryzys intymność *vs* izolacja i część z nich może mieć charakter związków preintymnych.

Uzyskane wyniki ujawniły, że badane aspekty zdrowia psychicznego nie zależą od interakcji między statusem związku i konfiguracjami konstruktywów Ja. Może to wynikać z opisywanej już wyżej specyfiki grupy badanej (studentów) lub przyjęcia dwukategorialnego rozumienia statusu związku, to znaczy posiadanie *vs* nie posiadanie partnera życiowego. Warto w kolejnych badaniach uwzględnić więcej kategorii statusu związku – ze względu na zmiany w relacjach miłosnych we współczesnym świecie – na przykład związek kohabitacyjny (jedno i dwupłciowy), związek kohabitacyjny bez wspólnego zamieszkiwania (jedno i dwupłciowy), związek małżeński i sprawdzić, czy te

<sup>24</sup> Np. C.M. Kamp Dush, P.R. Amato, *Consequences of relationship status and quality for subjective well-being*, Journal of Social and Personal Relationships, 2005, 22(5), s. 607-627.



formy relacji („pasujące” lub nie) do konstruktów Ja wiążą się ze zdrowiem psychicznym. Można bowiem przypuszczać, że osoby z niezależnym konstruktami Ja będą tworzyć związki odpowiadające ich potrzebom, na przykład związki bez wspólnego zamieszkiwania, co nie będzie wpływać na ich zdrowie psychiczne. Gdyby osoby tworzyły związki małżeńskie, wyniki świadczące o *well-being* mogłyby być już inne. Ponadto, życie w pojedynkę staje się obecnie coraz powszechniejszym zjawiskiem wśród młodych dorosłych, którzy decydują o małżeństwie odkładają w czasie<sup>25</sup>, a przyczyny życia w pojedynkę nabierają coraz częściej charakteru osobistej decyzji<sup>26</sup>, zaś studenci mogą tworzyć krótkotrwałe relacje intymne lub preintymne. W związku z tym, brak partnera życiowego u młodzieży akademickiej może nie stanowić czynnika ryzyka dla zdrowia psychicznego. Uzyskane wyniki wskazują jednak, że odmienne konfiguracje konstruktów Ja okazują się czynnikiem różnicującym poziom niepokoju; osoby o dominującym Ja niezależnym i jednocześnie słabszym Ja współzależnym doświadczają niższego niepokoju w porównaniu z osobami o dominującym Ja współzależnym i słabszym Ja niezależnym.

Przeprowadzone analizy ujawniły, iż u kobiet odnotowuje się więcej symptomów somatycznych oraz niepokoju niż u mężczyzn, co przekłada się także na ich gorsze zdrowie oraz że kobiety mają wyższe Ja współzależne od mężczyzn. Uzyskane dane zgodne są z wynikami epidemiologicznymi, wskazującymi, że kobiety częściej cierpią na zaburzenia lękowe<sup>27</sup> i depresyjne<sup>28</sup>, a ich sposób wychowania i socjalizacji przyczynia się do kształtowania cech i zachowań submisyjnych<sup>29</sup>.

U kobiet z dominującym Ja niezależnym i niskim Ja współzależnym (Ja Nw) przy statusie „posiadanie partnera” wzrasta nasilenie symptomów somatycznych. Natomiast, nasilenie symptomów somatycznych u mężczyzn w związkach następuje, jeśli mają oni Ja niskie niezależne i dominujące współzależne (Ja nW). U kobiet nasilenie symptomów somatycznych jest podwyższone przez konfigurację konstruktów Ja z wyższą niezależnością, a u męż-

<sup>25</sup> Np. M. Such-Pyrgiel, *The lifestyles of single people in Poland*, *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 2014, 109, s. 198-204.

<sup>26</sup> B. Prabhakar, *Causes for remaining single: A comparative study*, *Journal of Psychosocial Research*, 2011, 6, s. 203-210.

<sup>27</sup> Zob. więcej: A.M. Albano, A. Krain, *Anxiety and Anxiety Disorders in Girls*, [w:] *Handbook of behavioral and emotional problems in girls*, red. D.J. Bell, S.L. Foster, E.J. Mash, New York 2005.

<sup>28</sup> Zob. więcej: M. Frąckowiak-Sochańska, *Zdrowie psychiczne kobiet i mężczyzn. Płeć społeczno-kulturowa a kategorie „zdrowia psychicznego” i „chorób psychicznych”*, *Nowiny Lekarskie*, 2011, 80, 5, s. 394-406.

<sup>29</sup> Zob. więcej: D.J. Bell, S.L. Foster, E.J. Mash, *Understanding Behavioral and Emotional Problems in Girls, Understanding Behavioral and Emotional Problems in Girls*, [w:] *Handbook of behavioral*, s. 1-25; B. Jankowiak, *Behawioralne i emocjonalne problemy dziewcząt i kobiet. Dlaczego nie wiemy więcej?* [w:] *Kontrowersje wokół socjalizacji dziewcząt i kobiet*, red. A. Matysiak-Błaszczyk, B. Jankowiak, Poznań 2016, s. 223-232.

czyzn jest odwrotnie – ci z przewagą Ja współzależnego doświadczają więcej symptomów somatycznych. Można to rozumieć jako reagowanie somatyczne na konflikt wewnętrzny lub na konflikt zewnętrzny w odpowiedzi na oczekiwania społeczne większej zależności u kobiet, a niezależności u mężczyzn. Choć są to ciekawe możliwości interpretacyjne tych badań, to jednak konieczne jest zwrócenie uwagi, że w przypadku mężczyzn (z uwagi na niską liczebność w podgrupach konfiguracji Ja) są to jedynie spostrzeżenia wymagające dalszej eksploracji empirycznej.

## BIBLIOGRAFIA

- Albano A.M., Krain A., *Anxiety and Anxiety Disorders in Girls*, [w:] *Handbook of behavioral and emotional problems in girls*, red. D.J. Bell, S.L. Foster, E.J. Mash, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York 2005.
- Bell D.J., Foster S.L., Mash E.J., *Understanding Behavioral and Emotional Problems in Girls*, [w:] *Handbook of behavioral and emotional problems in girls*, red. D.J. Bell, S.L. Foster, E.J. Mash, Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York 2005.
- Bonino S., Cattellino E., Ciairano S., *Adolescents and Risk. Behavior, Functions, and Protective Factors*, Springer-Verlag, Italia 2005.
- Braithwaite S.R., Delevi R., Fincham F.D., *Romantic relationships and the physical and mental health of college students*, *Personal Relationships*, 2010, 17(1).
- Cross S.E., Bacon P.L., Morris M.L., *The relational-interdependent self-construal and relationships*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 2000, 78.
- Cross S.E., Madson L., *Models of the self: self-construals and gender*, *Psychological Bulletin*, 1997, 122(1).
- Cross S.E., Morris M.L., Gore J.S., *Thinking about oneself and others: The relational-interdependent self-construal and social cognition*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 2002, 82.
- DePaulo B., Morris W., *Singles in society and science*, *Psychological Inquiry*, 2005, 2-3.
- Erikson E.H., *Dzieciństwo i społeczeństwo*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 1997.
- Erikson E.H., *Identity and the life cycle*, W.W. Norton & Company, New York 1980.
- Erikson E.H., *Dopełniony cykl życia*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 2002.
- Frąckowiak-Sochańska M., *Zdrowie psychiczne kobiet i mężczyzn. Płeć społeczno-kulturowa a kategorie „zdrowia psychicznego” i „chorób psychicznych”*, *Nowiny Lekarskie*, 2011, 80, 5.
- Goldberg D., Williams P., *A user's guide to the General Health Questionnaire*, NFER NELSON Publishing Company Ltd., Windsor 1988.
- Goldberg D., Williams P., Makowska Z., Merecz D., *Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami Davida Goldberga. Podręcznik dla użytkowników kwestionariuszy GHQ-12 i GHQ-28*, Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 2001.
- Goldberg D.P., Hillier V.F., *A scaled version of the General Health Questionnaire*, *Psychological Medicine*, 1979, 9(1).
- Jankowiak B., *Behawioralne i emocjonalne problemy dziewcząt i kobiet. Dlaczego nie wiemy więcej?* [w:] *Kontrowersje wokół socjalizacji dziewcząt i kobiet*, red. A. Matysiak-Błaszczuk, B. Jankowiak, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2016.
- Kamp Dush C.M., Amato P.R., *Consequences of relationship status and quality for subjective well-being*, *Journal of Social and Personal Relationships*, 2005, 22(5).

- Kleka P., *Dane z kwestionariuszy jako wartościowe źródło informacji o osobach badanych*, [w:] *Diagnozowanie – wyzwania i konteksty*, red. J.W. Paluchowski, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2017.
- Lehmann V., Tuinman M.A., Braeken J., Vingerhoets A.J.J.M., Sanderman R., Hagedoorn M., *Satisfaction with Relationship Status: Development of a New Scale and the Role in Predicting Well-Being*, *Journal of Happiness Studies*, 2015, 16.
- Lewinson D.J., *A Conception of Adult Development*, *American Psychologist*, 1986, 41, 1.
- Markus H., Kitayama S., *Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation*, *Psychological Review*, 1991, 98.
- Newman B.M., Newman P.R., *Development through life: a psychosocial approach*, Brooks/Cole Publishing Company, California 1987.
- Pilarska A., *Polska adaptacja Skali Konstruktów Ja*, *Studia Psychologiczne*, 2011, 49(1).
- Piotrowski K., Wojciechowska J., Ziółkowska B., *Rozwój nastolatka. Późna faza dorastania*, [w:] *Niezbędnik dobrego nauczyciela*, red. A.I. Brzezińska, Instytut Badań Edukacyjnych, Warszawa 2014.
- Prabhakar B., *Causes for remaining single: A comparative study*, *Journal of Psychosocial Research*, 2011, 6.
- Resnick M., *Protective Factors, Resilience, and Health Youth Development*, *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews*, 2000, 11(1).
- Singelis T.M., *The measurement of independent and interdependent self-construals*, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 1994, 20(5).
- Such-Pyrgiel M., *The lifestyles of single people in Poland*, *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 2014, 109.
- Umberson D., Williams K., *Family status and mental health*, [w:] *Handbook of the sociology of mental health*, red. C.S. Aneshensel, J.C. Phelan, Kluwer/Plenum, New York 1999.