

Prozdrowotna rola optymizmu u osób z zaburzeniami psychicznymi

Pro-health role of optimism among people with mental disorders

¹ Katedra i Klinika Psychiatrii i Psychoterapii, Śląski Uniwersytet Medyczny. Kierownik: prof. dr hab. n. med. Irena Krupka-Matuszczyk

² Oddział Psychiatryczny, Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej. Kierownik: lek. med. Olga Olechnowicz

Adres do korespondencji: Dr n. med. Karolina Potempa, Oddział Psychiatryczny, Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza, ul. Krasieńskiego 43, 41-300 Dąbrowa Górnicza, e-mail: karolina.potempa@o2.pl

Projekt badawczy otrzymał dotację przyznaną przez Wydziałową Komisję ds. Nauki Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

¹ Department of Psychiatry and Psychotherapy, Medical University of Silesia. Head: Professor Irena Krupka-Matuszczyk, MD, PhD

² Department of Psychiatry, Starkiewicz Specialist Hospital in Dąbrowa Górnicza. Head: Olga Olechnowicz, MD

Correspondence: Karolina Potempa, MD, PhD, Department of Psychiatry, Starkiewicz Specialist Hospital in Dąbrowa Górnicza, Krasieńskiego 43, 41-300 Dąbrowa Górnicza, Poland, e-mail: karolina.potempa@o2.pl

The research project received a grant awarded by the Departmental Scientific Committee of the Medical University of Silesia in Katowice.

Streszczenie

Cel badań: Liczne doniesienia naukowe wskazują, że optymizm korzystnie wpływa na dobrostan psychofizyczny. Głównym celem przeprowadzonych badań było sprawdzenie, czy optymizm jest predyktorem zasobów prozdrowotnych również u osób ze schizofrenią paranoidalną, zaburzeniami depresyjnymi i zaburzeniami schizoafektywnymi typu depresyjnego. Czynniki prozdrowotne objęte badaniem to: zachowania zdrowotne, poczucie zadowolenia z życia, funkcjonowanie społeczne, radzenie sobie ze stresem. Ponadto sprawdzano, czy między osobami z zaburzeniami psychicznymi a grupą kontrolną istnieją różnice w poziomie optymizmu i czynników prozdrowotnych. **Metoda:** W badaniu wykorzystano: Kwestionariusz Optymizmu, Inwentarz Zachowań Zdrowotnych, Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych, Skalę Satysfakcji z Życia, Skalę Oceny Funkcjonowania Społeczno-Zawodowego, Skalę Depresji Becka. **Wyniki:** U osób z zaburzeniami psychicznymi i u osób zdrowych zaobserwowano wpływ optymizmu na niektóre zasoby prozdrowotne. Między grupami badawczymi a grupą kontrolną odnotowano istotne różnice w poziomie zasobów prozdrowotnych. **Wnioski:** Badanie sugeruje ostrożność w uogólnianiu wniosków dotyczących ludzi zdrowych na populację ludzi z zaburzeniami psychicznymi. Niezbędne są dalsze badania nad czynnikami determinującymi zasoby prozdrowotne u osób z zaburzeniami psychicznymi.

Słowa kluczowe: zaburzenia depresyjne, schizofrenia paranoidalna, zaburzenie schizoaektywne – typ depresyjny, czynniki prozdrowotne, optymizm

Abstract

Aim: Many scientific reports indicate that optimism positively affects our psychophysical well-being. The main purpose of the conducted research was to verify whether optimism is a predictor of health-oriented resources also in patients with paranoid schizophrenia, depressive disorders and depressive schizoaffective disorders. The following health-oriented factors were evaluated in the study: health behaviour, life satisfaction, social functioning and coping with stress. Furthermore, we have verified whether there were any differences related to the level of optimism and health-oriented factors between individuals with mental disorders and a control group. **Methods:** The following tools were used in the study: Optimism Questionnaire, Health-Related Behaviour Inventory, Coping Inventory for Stressful Situations, Satisfaction with Life Scale, Social and Occupational Functioning Assessment Scale, Beck Depression Inventory. **Results:** Effects of optimism on some of the health-oriented factors were observed in patients with mental disorders as well as in healthy individuals. Significant differences in the level of health-oriented resources between the study population and controls were reported. **Conclusions:** The study suggests that generalisation of the conclusions regarding healthy population to individuals with mental disorders should be done with caution. Further research is needed to investigate the health behaviour determinants in patients with mental disorders.

Key words: depressive disorders, paranoid schizophrenia, depressive schizoaffective disorders, health-oriented factors, optimism

WPROWADZENIE

Zagadnienie optymizmu jest obecne w literaturze naukowej od XVII wieku (Tatarkiewicz, 2011). Zajmowali się nim przedstawiciele różnych dziedzin, jednak najwięcej teorii opisujących optymizm można znaleźć w literaturze psychologicznej.

Jednym z polskich badaczy zainteresowanych tym tematem był Ryszard Stach. Dokonał on wnikliwej analizy istniejących koncepcji psychologicznych i zaproponował własne rozumienie optymizmu, który zdefiniował jako „względnie trwałą tendencję do spostrzegania, wyjaśniania i oceniania świata i zjawisk w nim zachodzących w kategoriach raczej pozytywnych niż negatywnych oraz względnie trwałą skłonność do przewidywania i oczekiwania przyszłych, mniej lub bardziej konkretnych wydarzeń związanych z podmiotem jako raczej dla niego pomyślnych niż niepomyślnych w przypadku niepewności odnośnie do możliwości zaistnienia tych wydarzeń” (Stach, 2006).

Stach wyróżnił optymizm esencjalny i optymizm sprawczy. Ten pierwszy dzieli się na dwa rodzaje: optymizm esencjalny aktualny, definiowany jako tendencja do pozytywnej oceny ludzi i rzeczywistości, oraz optymizm esencjalny antycypacyjny – oczekiwanie pomyślnych wydarzeń w przyszłości. Kolejny rodzaj optymizmu to optymizm sprawczy, związany z umiejscowieniem źródła pozytywnych wydarzeń. Optymizm sprawczy osobisty dotyczy przekonania, że pomyślne sytuacje są efektem własnych działań jednostki, a optymizm sprawczy społeczny to przypisywanie sukcesów działaniom innych ludzi. Wreszcie optymizm sprawczy mistyczo-okazjonalny wiąże się z przekonaniem, iż pozytywne wydarzenia są wynikiem przypadku bądź działania opatrności.

Optymizm należy do zasobów korzystnie wpływającym na dobrostan psychofizyczny (Brisette *et al.*, 2002; Chang, 2002; Kivimäki *et al.*, 2005; Stach, 2006; Taylor *et al.*, 2000). W świetle doniesień naukowych sprzyja radzeniu sobie ze stresem, otwartości na zmiany i przeżywaniu pozytywnych emocji (Poprawa, 2001). Optymiści skuteczniej radzą sobie z chorobą somatyczną, szybciej wracają do zdrowia. Ponadto częściej stosują metody profilaktyczne, a w przypadku zachorowania bardziej przestrzegają zaleceń lekarskich (Kowalski, 2005; Scheier i Carver, 1993). Optymistyczne nastawienie sprzyja lepszemu funkcjonowaniu społecznemu i wpływa na subiektywną ocenę zdrowia (Bennett i Elliot, 2005). Ponadto z licznych doniesień wynika, że optymizm należy do najważniejszych zasobów prozdrowotnych (Baker, 2007).

Dotychczasowe badania koncentrowały się głównie na prozdrowotnej roli optymizmu u osób zdrowych psychicznie, więc przeprowadzenie badań sprawdzających funkcje optymizmu u ludzi z zaburzeniami psychicznymi wydaje się uzasadnione. Warto wspomnieć, iż wykazano już związek optymizmu z powstawaniem objawów depresyjnych: jak potwierdzają liczne doniesienia, optymizm zmniejsza ryzyko zachorowania na depresję (Carver *et al.*, 1989;

INTRODUCTION

The issue of optimism has been present in the scientific literature since the 17th century (Tatarkiewicz, 2011). Although it was investigated by representatives of different fields, most theories related to optimism can be found in the psychological literature.

Ryszard Stach was one of the Polish researchers interested in this matter. He thoroughly analysed the existing psychological concepts and suggested his own idea of optimism, which he defined as “a relatively constant tendency to perceive, explain and judge the world and its phenomena in positive rather than negative light as well as a relatively constant tendency to anticipate and expect future, more or less specific events related to the subject as rather favourable than unfavourable in case of uncertainty regarding the possible occurrence of these events” (Stach, 2006). Stach distinguished essential optimism and causative optimism. There are two types of essential optimism: the current essential optimism defined as a tendency towards a positive assessment of people and reality, as well as anticipatory essential optimism, i.e. anticipation of positive events in the future. Causative optimism, on the other hand, is associated with the locus of the source of positive events. Personal causative optimism is based on a belief that favourable situations result from actions of an individual, while social causative optimism involves attributing success to the actions of others. Finally, the causative mystical-occasional optimism is associated with a belief that positive events are a result of chance or providence.

Optimism is one of the resources that positively affect the psychophysical well-being (Brisette *et al.*, 2002; Chang, 2002; Kivimäki *et al.*, 2005; Stach, 2006; Taylor *et al.*, 2000). As shown in scientific reports, it promotes coping with stress, openness to change and experiencing positive emotions (Poprawa, 2001). Optimists more effectively cope with somatic diseases and show a more rapid recovery. Furthermore, they are likely to use preventive methods and, when facing a disease, more frequently comply with medical recommendations (Kowalski, 2005; Scheier and Carver, 1993). Optimistic attitude promotes better social functioning and influences subjective health assessment (Bennett and Elliot, 2005). Additionally, many reports show that optimism is one of the most important health-oriented resources (Baker, 2007).

Previous studies focused mainly on the health-oriented role of optimism in healthy population, therefore it seems justified to conduct a research in order to assess the role of optimism in patients with mental disorders. It is worth mentioning that the relationship between optimism and the development of depressive symptoms was already shown; optimism reduces the risk of depression, as confirmed by many reports (Carver *et al.*, 1989; Grote and Bledsoe, 2007; Seligman, 1993). However, no research assessing the role of optimism in people with mental conditions has been conducted so far.

Grote i Bledsoe, 2007; Seligman, 1993). Do tej pory nie podjęto jednak badań służących ocenie funkcji optymizmu u osób, które już zachorowały.

Jednym z najczęstszych problemów pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce są zaburzenia depresyjne (Drózd *et al.*, 2007). Rosnący wskaźnik rozpowszechnienia spowodował, że zaburzenia depresyjne to obecnie poważny problem na całym świecie (Pużyński, 2011). W związku z tym rozpoznawanie i właściwe leczenie depresji powinny być zadaniami priorytetowymi.

Dodatkowe działania terapeutyczne, zwiększające skuteczność leczenia, warto wprowadzić również do systemu leczenia osób cierpiących na schizofrenię. Liczne badania potwierdzają niższy poziom wykształcenia i niski status społeczny w tej grupie pacjentów (Cechnicki, 2001; Kasperek *et al.*, 2003). Ponadto wskazuje się na obniżenie jakości życia pod wpływem choroby, a co za tym idzie – spadek poczucia zadowolenia. Pacjenci z rozpoznaniem schizofrenii często przejawiają trudności interpersonalne i dysponują mało skutecznymi strategiami radzenia sobie ze stresem. Nierzadkim problemem jest nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich czy prowadzenie antyzdrowotnego stylu życia. Niska skuteczność leczenia schizofrenii i negatywne konsekwencje społeczno-zawodowe wskazują na potrzebę większej koncentracji na profilaktyce nawrotu choroby.

CEL PRACY

Głównym celem badań było sprawdzenie, czy u osób z zaburzeniami depresyjnymi i schizofrenią paranoidalną optymizm jest predyktorem zasobów prozdrowotnych, takich jak podejmowanie zachowań zdrowotnych, subiektywna ocena jakości życia, radzenie sobie ze stresem i funkcjonowanie społeczne.

Zaburzenia depresyjne są obecnie jedną z najczęściej rozpoznawanych chorób, a schizofrenia paranoidalna w znacznym stopniu upośledza funkcjonowanie społeczno-zawodowe. Identyfikacja obszarów funkcjonowania psychicznego, które mogą przyczynić się do poprawy stanu zdrowia pacjentów, wydaje się zatem uzasadniona. Zastanawiający jest również związek optymizmu z czynnikami prozdrowotnymi u osób z zaburzeniem schizoafektywnym typu depresyjnego. W obrazie klinicznym tego schorzenia występują zarówno objawy schizofreniczne, jak i depresyjne. Wątpliwości dotyczące pozycji nosologicznej zaburzeń schizoafektywnych wskazują na potrzebę dalszych badań z udziałem pacjentów (Jäger *et al.*, 2011; Kantrowitz i Citrome, 2011). Celem niniejszej pracy stało się więc sprawdzenie, czy w tej grupie chorych optymizm jest predyktorem czynników prozdrowotnych.

Zakłada się, że optymizm wpływa dodatnio na zachowania zdrowotne, poczucie zadowolenia z życia, styl skoncentrowany na zadaniu i funkcjonowanie społeczne. Jednocześnie przewiduje się ujemny wpływ optymizmu na stosowanie stylu skoncentrowanego na emocjach i stylu skoncentrowanego na unikaniu. Ponadto celem badań

Depressive disorders are one of the most common problems affecting primary care patients in Poland (Drózd *et al.*, 2007). Due to their increasing prevalence, depressive disorders are currently a serious problem worldwide (Pużyński, 2011). Therefore, diagnosis and appropriate management of depression should be a priority task.

It is also advisable to introduce additional therapeutic activities, which increase treatment efficacy, in the management of patients with schizophrenia. A number of reports confirm the poor level of education and low social status in these patients (Cechnicki, 2001; Kasperek *et al.*, 2003). Furthermore, a disease-related decrease in life quality and, consequently, reduced satisfaction are observed. Schizophrenic patients frequently experience interpersonal difficulties and have very few effective strategies for coping with stress. The lack of compliance with medical recommendations and unhealthy lifestyle are also common. Low efficacy of the treatment of schizophrenia and negative socio-professional consequences indicate the need for paying more attention to the prevention of relapses.

AIM OF THE PAPER

The main aim of the study was to investigate whether optimism is a predictor of health-oriented resources such as health behaviours, subjective assessment of life quality, coping with stress and social functioning, in patients with depressive disorders and paranoid schizophrenia.

Depressive disorders are currently one of the most frequently diagnosed conditions, while paranoid schizophrenia significantly impairs the socio-professional functioning. Therefore, it seems justified to identify areas of mental functioning that may contribute to health improvement in patients. The relationship between optimism and health-oriented factors in individuals with depressive schizoaffective disorder is also puzzling. Both, schizophrenic and depressive symptoms are present in the clinical picture of this disease. Uncertainties concerning the nosologic position of schizoaffective disorders indicate the need for further investigations in patients (Jäger *et al.*, 2011; Kantrowitz and Citrome, 2011). The aim of this study was therefore to verify whether optimism is a predictor of health-oriented factors in this patient population.

It is assumed that optimism has a positive effect on health behaviours, life satisfaction, task-oriented style and social functioning. At the same time, negative effects of optimism on emotion-oriented style and avoidance-oriented style are expected. Furthermore, the aim of the study was to verify whether there were any differences related to the level of optimism and health-oriented factors between individuals with mental disorders and a control group.

MATERIAL AND METHODS

The study included 30 patients diagnosed with depressive disorders (25 females and 5 males) aged 33–60 years

jest sprawdzenie, czy między osobami z zaburzeniami psychicznymi a grupą kontrolną istnieją różnice w poziomie optymizmu i czynników prozdrowotnych.

MATERIAŁ I METODA

W badaniu uczestniczyło: 30 osób z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych (25 kobiet i 5 mężczyzn), w wieku 33–60 lat (średnia: 53,4); 30 osób z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej (14 kobiet i 16 mężczyzn), w wieku 22–60 lat (średnia: 36,8); 30 osób z zaburzeniami schizoafektywnymi typu depresyjnego (21 kobiet i 9 mężczyzn), w wieku 22–60 lat (średnia: 44,2). Ponad połowa badanych (59%) otrzymuje świadczenia rentowe. Prawie 23% respondentów nie ma stałego zatrudnienia ani renty, a jedynie 15% pracuje zawodowo. Pozostali uczą się lub studiują. Respondentów wybrano spośród pacjentów następujących placówek: Oddział Psychiatryczny Szpitala Specjalistycznego im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej, Oddział Psychiatrii i Psychoterapii GCM w Katowicach, Poradnia Zdrowia Psychicznego GCM w Katowicach, Poradnia Zdrowia Psychicznego NSZOZ Merkury Sp. z o.o. w Dąbrowie Górniczej. Do badań zakwalifikowano osoby, których stan psychiczny został zdiagnozowany przez lekarza psychiatrę zgodnie z ICD-10 jako zaburzenie depresyjne (epizod depresyjny – łagodny/umiarkowany/ciężki lub zaburzenie depresyjne nawracające, lub utrwalone zaburzenie depresyjne), schizofrenia paranoidalna bądź zaburzenie schizoafektywne, typ depresyjny. Dodatkowym kryterium była liczba hospitalizacji psychiatrycznych (od 2 do 10). Wyłączono pacjentów z podwójną diagnozą, ze zmianami organicznymi w ośrodkowym układzie nerwowym i w fazie ostrej psychozy oraz doświadczających objawów psychotycznych w przebiegu depresji.

Grupę kontrolną tworzyło 30 osób (21 kobiet i 9 mężczyzn; średnia wieku: 41,1), podobnych pod względem wieku, płci i wykształcenia do przebadanych wcześniej pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. Członków grupy kontrolnej wybrano spośród pracowników Szpitala Specjalistycznego im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej. Do badań włączono osoby z negatywnym wywiadem dotyczącym chorób psychicznych i uzyskujące w Skali Depresji Becka wynik poniżej 11 punktów. Kryterium wykluczającym z badań była obecność zmian organicznych w ośrodkowym układzie nerwowym.

Badania przeprowadzono w latach 2011–2012. Wszyscy uczestnicy zostali poinformowani ustnie i pisemnie o celu badania i jego przebiegu. Ponadto zapewniono możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej w przypadku pogorszenia stanu psychicznego w trakcie i w wyniku badań. Badania uzyskały pozytywną opinię Komisji Bioetycznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach.

Wykorzystano Kwestionariusz Optymizmu (KO) Ryszarda Stacha (2002), Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Zygryda Juczyńskiego (2009), Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (Coping Inventory

(mean age: 53.4 years); 30 patients diagnosed with paranoid schizophrenia (14 females and 16 males) aged 22–60 years (mean age: 36.8 years); 30 patients diagnosed with depressive schizoaffective disorders (21 females and 9 males) aged 22–60 years (mean age: 44.2 years). More than half of respondents (59%) received pension. Nearly 23% of respondents were not permanently employed and did not receive pension and only 15% were professionally active. The other respondents attended school or university. Patients from the following institutions were enrolled in the study: Department of Psychiatry, Starkiewicz Specialist Hospital in Dąbrowa Górnicza; Department of Psychiatry and Psychotherapy GCM in Katowice; GCM Mental Health Centre in Katowice; Mental Health Centre NSZOZ Merkury Sp. z o.o. in Dąbrowa Górnicza. Individuals diagnosed by a psychiatrist and in accordance with ICD-10 with certain depressive disorder (depressive episode – mild/moderate/severe or recurrent depressive disorder, or permanent depressive disorder), paranoid schizophrenia or depressive schizoaffective disorders were enrolled in the study. The number of psychiatric hospitalizations was an additional criterion (2 up to 10). Patients with a dual diagnosis, with organic lesions in the central nervous system (CNS) as well as those with an acute phase of psychosis and psychotic symptoms in the course of depression were excluded from the study.

The control group included 30 individuals (21 females and 9 males; mean age: 41.1 years) comparable to the evaluated patients with mental disorders in terms of age, gender and education. The members of control group were selected from among the personnel of the Starkiewicz Specialist Hospital in Dąbrowa Górnicza. Individuals with a negative history of mental illnesses who obtained a score of less than 11 in Beck Depression Inventory were enrolled in the study. The presence of organic lesions in the CNS was an exclusion criterion.

The research was conducted in the years 2011–2012. Each participant was informed verbally and in writing about the aim and the course of the study. Furthermore, the participants were provided with access to psychological assistance in the case of deterioration of their mental state during and due to the study. The study received a positive opinion from the Bioethics Committee of the Medical University of Silesia in Katowice.

Optimism Questionnaire (OQ) by Ryszard Stach (2002), Health-Related Behaviour Inventory by Zygryd Juczyński (2009), Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) by Norman S. Endler and James D.A. Parker (Strelau *et al.*, 2009), Satisfaction with Life Scale (SWLS) by Juczyński, 2009, and Beck Depression Inventory were used in the study. Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS; Wciórka *et al.*, 1997; Wciórka, 2008) was used to measure social functioning. Socio-demographic data as well as other secondary variables were collected using personal data questionnaire (own design).

for Stressful Situations, CISS) Normana S. Endlera i Jamesa D.A. Parkera (Strelau *et al.*, 2009), Skalę Satisfakcji z Życia (Satisfaction with Life Scale, SWLS; Juczyński, 2009) i Skalę Depresji Becka. Do pomiaru funkcjonowania społecznego zastosowano Skalę Oceny Funkcjonowania Społeczno-Zawodowego (Social and Occupational Functioning Assessment Scale, SOFAS; Wciórka *et al.*, 1997; Wciórka, 2008). Dane społeczno-demograficzne i inne zmienne uboczne zbierano za pomocą ankiety danych osobowych (własnej konstrukcji).

Do obliczeń statystycznych wykorzystano pakiet Statistica 10. W celu porównania średnich używano testu *t*-Studenta, nieparametrycznego testu *U* Manna-Whitneya lub testu Cochran i Coxa. Zgodność z rozkładem normalnym weryfikowano za pomocą testu Shapiro-Wilka, natomiast jednorodność wariancji sprawdzano testem Levene'a. W celu oszacowania wpływu optymizmu na czynniki prozdrowotne zastosowano analizę regresji.

WYNIKI

Między osobami depresyjnymi a grupą kontrolną zaobserwowano istotne różnice w poziomie optymizmu i jego rodzajach, z wyjątkiem optymizmu sprawczego społecznego. U badanych z zaburzeniem schizoafektywnym jedynie poziomy optymizmu sprawczego i optymizmu sprawczego osobistego są istotnie niższe w porównaniu z osobami zdrowymi. Między osobami ze schizofrenią a grupą kontrolną nie odnotowano istotnych różnic w poziomie optymizmu i jego rodzajach. Wyniki wskazują również, że osoby z zaburzeniami psychicznymi charakteryzują się istotnie niższym poziomem funkcjonowania społecznego i poczucia zadowolenia z życia. Między pacjentami z zaburzeniami schizoafektywnymi i pacjentami z zaburzeniami depresyjnymi a osobami zdrowymi nie zaobserwowano istotnych różnic w poziomie zachowań zdrowotnych. Jedyną istotną różnicą między osobami ze schizofrenią a grupą kontrolną dotyczy poziomu praktyk zdrowotnych.

Porównanie średnich wyników związanych ze stylami radzenia sobie ze stresem ujawniło, że istotne różnice między osobami depresyjnymi a grupą kontrolną odnoszą się do stylu skoncentrowanego na zadaniu, stylu skoncentrowanego na emocjach i stylu skoncentrowanego na unikaniu polegającego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. Między osobami ze schizofrenią a zdrowymi psychicznie istotne różnice odnotowano jedynie w zakresie stylu skoncentrowanego na unikaniu polegającego na angażowaniu się w czynności zastępcze. Z kolei między respondentami z zaburzeniem schizoafektywnym a grupą kontrolną zaobserwowano istotne różnice w zakresie stylu skoncentrowanego na zadaniu i stylu skoncentrowanego na unikaniu polegającego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. Uzyskane wyniki zaprezentowano w tab. 1.

W celu oszacowania wpływu optymizmu na zasoby prozdrowotne osób z zaburzeniami psychicznymi zastosowano analizę regresji. Z danych prezentowanych

Statistica 10 was used for statistical calculations. Student's *t*-test, non-parametric Mann-Whitney *U* test or Cochran-Cox's test were used for the comparison of mean values. The Shapiro-Wilk test was used to verify compliance with normal distribution, while Levene's test was used to assess the uniformity of variance. Regression analysis was used to estimate the effects of optimism on health-oriented factors.

RESULTS

Significant differences in the levels and types of optimism, except for social causative optimism, were observed between depressed patients and controls. In schizoaffective patients, only the levels of causative optimism and personal causative optimism were significantly higher compared to healthy individuals. No significant differences were reported between schizophrenic patients and controls with respect to optimism levels and types. The results also indicate that individuals with mental disorders show significantly lower levels of social functioning and life satisfaction. No significant differences in the level of health behaviours were observed between schizoaffective patients, patients with depressive disorders and healthy individuals. The only significant difference between schizophrenic patients and controls was related to the level of health-oriented practices.

A comparison of the mean results for different styles of coping with stress revealed that the differences between depressed patients and controls relate to task-oriented style, emotion-oriented style as well as avoidance-oriented style, which involves seeking social contact. Significant differences between schizophrenic patients and mentally healthy individuals were only reported for avoidance-oriented style, which involves engaging in displacement activities. On the other hand, significant differences related to task-oriented style and avoidance-oriented style, which involves seeking social contact, were observed between schizoaffective respondents and controls (results are shown in Tab. 1). Regression analysis was used in order to estimate the effect of optimism on health-oriented resources in individuals with mental disorders. The data in Tab. 2 indicates that the level of optimism had significant effects on the levels of life satisfaction as well as on the level of social functioning in individuals with mental disorders. As indicated by *R*² coefficients, the "optimism" predictor accounts for approximately 24% of the variance of the results related to life satisfaction and about 20% of the variance of the results related to social functioning. However, optimism is not a predictor of health behaviours or styles of coping with stress in the study group.

In patients with paranoid schizophrenia, optimism had positive effects on the level of health behaviours and life satisfaction as well as the results for task-oriented style. The "optimism" predictor accounts for approximately 13% of the variance of the results for health behaviour, about

Zmienna <i>Variable</i>	Osoby z depresją <i>Depressed patients</i>	Osoby ze schizofrenią <i>Schizophrenic patients</i>	Osoby z zaburzeniem schizoafektywnym <i>Schizoaffective patients</i>
Optymizm (wynik ogólny) <i>Optimism (overall result)</i>	$t^1(58) = 3,76; p = 0,0004$	$t^1(58) = 0,39; p = 0,6944$	$t^1(58) = 1,46; p = 0,1487$
Optymizm esencjalny <i>Essential optimism</i>	$Z^2 = 2,22; p = 0,0260$	$t^2(51,3) = -1,22; p^* = 0,2288$	$t^1(58) = -0,03; p = 0,9719$
Optymizm sprawczy <i>Causative optimism</i>	$t^1(58) = 4,22; p = 0,0000$	$t^1(58) = 1,39; p = 0,1676$	$t^1(58) = 2,03; p = 0,0472$
Optymizm sprawczy osobisty <i>Personal causative optimism</i>	$Z^2 = 4,41; p = 0,0000$	$t^1(58) = 1,80; p = 0,0767$	$t^1(58) = 2,88; p = 0,0054$
Optymizm sprawczy społeczny <i>Social causative optimism</i>	$t^1(58) = 1,67; p = 0,1000$	$Z^2 = -0,02; p = 0,9823$	$t^1(58) = -0,23; p = 0,8189$
Funkcjonowanie społeczne <i>Social functioning</i>	$Z^2 = 4,92; p = 0,0000$	$Z^2 = 5,65; p = 0,0000$	$Z^2 = 5,87; p = 0,0000$
Poczucie zadowolenia z życia <i>Life satisfaction</i>	$t^1(58) = 5,60; p = 0,0000$	$t^1(58) = 2,03; p = 0,0468$	$Z^2 = 3,50; p = 0,0004$
Zachowania zdrowotne (wynik ogólny) <i>Health behaviour (overall result)</i>	$Z^2 = 0,38; p = 0,7062$	$Z^2 = -0,27; p = 0,7901$	$Z^2 = 0,06; p = 0,9469$
Prawidłowe nawyki żywieniowe <i>Proper eating habits</i>	$t^1(58) = 1,39; p = 0,1691$	$t^1(58) = 1,19; p = 0,2366$	$t^1(58) = 1,91; p = 0,0615$
Zachowania profilaktyczne <i>Preventive behaviour</i>	$Z^2 = -1,74; p = 0,0823$	$Z^2 = -1,28; p = 0,2009$	$Z^2 = -1,66; p = 0,0962$
Pozytywne nastawienia psychiczne <i>Positive mental attitude</i>	$t^1(58) = 1,30; p = 0,1970$	$t^1(58) = -0,50; p = 0,6155$	$t^1(58) = -0,93; p = 0,3560$
Praktyki zdrowotne <i>Health practices</i>	$t^1(58) = -0,18; p = 0,8534$	$t^1(58) = -2,10; p = 0,0396$	$t^1(58) = -1,76; p = 0,0836$
Styl skoncentrowany na zadaniu <i>Task-oriented style</i>	$Z^2 = 3,47; p = 0,0005$	$Z^2 = 1,95; p = 0,0509$	$Z^2 = 2,49; p = 0,0124$
Styl skoncentrowany na emocjach <i>Emotion-oriented style</i>	$t^1(58) = -7,04; p = 0,0000$	$t^2(47,6) = -1,35; p^* = 0,1813$	$t^1(58) = -5,22; p = 0,0000$
Styl skoncentrowany na unikaniu <i>Avoidance-oriented style</i>	$t^1(58) = 1,49; p = 0,1393$	$t^1(58) = -1,86; p = 0,0675$	$t^2(53,7) = -0,01; p^* = 0,9881$
Styl skoncentrowany na unikaniu – angażowanie się w czynności zastępcze <i>Avoidance-oriented style – engaging in displacement activities activities</i>	$t^1(58) = -1,70; p = 0,0933$	$t^1(58) = -3,51; p = 0,0008$	$t^1(58) = -1,73; p = 0,0882$
Styl skoncentrowany na unikaniu – poszukiwanie kontaktów towarzyskich <i>Avoidance-oriented style – seeking social contacts</i>	$t^1(58) = 5,65; p = 0,0000$	$t^1(58) = 1,68; p = 0,0981$	$t^1(58) = 2,42; p = 0,0186$

SD – odchylenie standardowe; **p*** – p dwustronna; **t¹** – test t-Studenta; **t²** – test U Manna-Whitneya; **t³** – test Cochra i Coxa.
SD – standard deviation; **p*** – bilateral; **t¹** – the Student's t-test; **t²** – the Mann-Whitney U test; **t³** – Cochran-Cox's test.

Tab. 1. Porównanie wyników osób z zaburzeniami psychicznymi z wynikami osób zdrowych
 Tab. 1. Comparison of results between patients with mental disorders and healthy individuals

w tab. 2 wynika, iż poziom optymizmu istotnie wpływa na poziom poczucia zadowolenia z życia i poziom funkcjonowania społecznego ludzi z zaburzeniami depresyjnymi. Jak wskazują współczynniki R², predyktor „optymizm” wyjaśnia około 24% wariacji wyników poczucia zadowolenia z życia i około 20% wariacji wyników funkcjonowania społecznego. W tej grupie badawczej optymizm nie jest natomiast predyktorem zachowań zdrowotnych ani stylów radzenia sobie ze stresem.

U osób ze schizofrenią paranoidalną poziom optymizmu dodatkowo wpływa na poziom zachowań zdrowotnych i poczucia zadowolenia z życia oraz na wyniki dotyczące stylu skoncentrowanego na zadaniu. Predyktor „optymizm” wyjaśnia około 13% wariacji wyników zachowań zdrowotnych, około 16% wariacji wyników poczucia zadowolenia z życia

16% of the variance of the results for life satisfaction and about 28% of the variance of the results for task-oriented style. In the study group, optimism had no significant effects on the level of social functioning or results for avoidance-oriented style or emotion-oriented style.

Data in Tab. 4 suggest that the level of optimism had positive effects on the level of life satisfaction (accounted for approx. 24% of variance) and positive health attitudes as a category of health behaviour (accounted for approx. 18% of variance) in patients with schizoaffective disorders. No significant effects of optimism on the other health-related resources were observed in this group.

As apparent from Tab. 5, optimism had significant effects on the level of health behaviours and life satisfaction as well as on the results related to the task-oriented style in

Zmienna zależna <i>The dependent variable</i>	Test SS dla pełnego modelu względem SS dla reszt <i>The SS-test for the complete model in relation to the SS-test for the residues</i>				Oceny parametrów <i>Parameter estimates</i>			
	Wielokr. <i>Multiple R</i>	Wielokr. <i>Multiple R2</i>	F	p	Stała α <i>a constant</i>	Param.	t	Beta
Zachowania zdrowotne: <i>Health behaviours:</i>	0,2953	0,0872	2,6761	0,1130	68,1807	0,4389	1,6358	0,2953
• Prawidłowe nawyki żywieniowe <i>Proper eating habits</i>	0,1704	0,0290	0,8381	0,3677	2,6912	0,0164	0,9155	0,1704
• Zachowania profilaktyczne <i>Preventive behaviour</i>	0,2743	0,0752	2,2796	0,1422	3,1046	0,0198	1,5098	0,2743
• Pozytywne nastawienia psychiczne <i>Positive mental attitude</i>	0,2272	0,0516	1,5240	0,2272	2,7921	0,0179	1,2345	0,2272
• Praktyki zdrowotne <i>Health practices</i>	0,2605	0,0678	2,0396	0,1643	2,7754	0,0189	1,4281	0,2605
Poczucie zadowolenia z życia <i>Life satisfaction</i>	0,4928	0,2429	8,9837	0,0056	9,5995	0,2294	2,9972	0,4928
Styl skoncentrowany na zadaniu <i>Task-oriented style</i>	0,2360	0,0557	1,6516	0,2092	45,4107	0,2230	1,2851	0,2360
Styl skoncentrowany na unikaniu <i>Avoidance-oriented style</i>	0,2528	0,0639	1,9119	0,1776	37,9593	0,1935	1,3827	0,2528
Styl skoncentrowany na emocjach <i>Emotion-oriented style</i>	0,3225	0,1040	3,2509	0,0821	64,1085	-0,3102	-1,8030	-0,3225
Funkcjonowanie społeczne <i>Social functioning</i>	0,4532	0,2054	7,2389	0,0118	43,2722	0,4719	2,6905	0,4532

Tab. 2. Wyniki analizy regresji dla grupy osób z zaburzeniami depresyjnymi

Tab. 2. Results of regression analysis for the group of patients with depressive disorders

i około 28% wariancji wyników stylu skoncentrowanego na zadaniu. W tej grupie badawczej poziom optymizmu nie wpływa istotnie na poziom funkcjonowania społecznego ani na wyniki związane ze stylem skoncentrowanym na unikaniu i stylem skoncentrowanym na emocjach.

Dane z tab. 4 sugerują, iż u osób z zaburzeniem schizofrenicznym poziom optymizmu wpływa dodatkowo na poziom poczucia zadowolenia z życia (wyjaśnia około 24% wariancji) i pozytywnych nastawień zdrowotnych – jako kategorii zachowań zdrowotnych (wyjaśnia około 18% wariancji). W tej grupie nie zaobserwowano istotnego wpływu optymizmu na pozostałe zasoby prozdrowotne.

Jak wynika z tab. 5, u osób zdrowych psychicznie poziom optymizmu istotnie wpływa na poziom zachowań zdrowotnych i poczucia zadowolenia z życia oraz na wyniki dotyczące stylu skoncentrowanego na zadaniu. Współczynniki R^2 wskazują, że predyktor „optymizm” wyjaśnia około 29% wariancji wyników zachowań zdrowotnych, około 23% wariancji wyników poczucia zadowolenia z życia i około 21% wariancji wyników stylu skoncentrowanego na zadaniu. Ponadto analiza regresji ujawniła, iż w grupie kontrolnej poziom optymizmu wpływa istotnie ujemnie na wyniki z zakresu stylu skoncentrowanego na emocjach. Nie jest natomiast predyktorem funkcjonowania społecznego ani stylu skoncentrowanego na unikaniu.

OMÓWIENIE

Zgodnie z doniesieniami naukowymi optymizm jest zasobem osobistym korzystnie wpływającym na dobrostan psychofizyczny (Brisette *et al.*, 2002; Chang, 2002;

healthy individuals. As indicated by R^2 coefficients, the “optimism” predictor accounted for approx. 29% of the variance of the results for health behaviour, approx. 23% of the variance of the results for life satisfaction and approx. 21% of the variance of the results for the task-oriented style. Furthermore, regression analysis revealed that the levels of optimism had significant negative effects on the results for the emotion-oriented style in the control group, whereas it was not a predictor of social functioning or the avoidance-oriented style.

DISCUSSION

According to scientific reports, optimism is a personal resource that positively affects our psychophysical well-being (Brisette *et al.*, 2002; Chang, 2002; Kivimäki *et al.*, 2005; Stach, 2006; Taylor *et al.*, 2000). The present study focused on the health-oriented role of optimism in patients with selected mental disorders.

The discussion of the obtained findings should start with the description of the study groups in terms of the tendency towards positive thinking. As expected, depressive individuals have a tendency to pessimism. The obtained results are supported by theoretical assumptions as well as other studies (Fresco *et al.*, 2006; Gerhard, 2008; Raps *et al.*, 1982; Seligman, 1993). Individuals with depression negatively assess both themselves and the reality, and they expect future events to be rather unfavourable (Abramson *et al.*, 1978).

In the present study, healthy individuals showed higher levels of optimism as compared to depressed patients,

Zmienna zależna <i>The dependent variable</i>	Test SS dla pełnego modelu względem SS dla reszt <i>The SS-test for the complete model in relation to the SS-test for the residues</i>				Oceny parametrów <i>Parameter estimates</i>			
	Wielokr. <i>Multiple R</i>	Wielokr. <i>Multiple R2</i>	F	p	Stała a <i>a constant</i>	Param.	t	Beta
Zachowania zdrowotne: <i>Health behaviours:</i>	0,3668	0,1345	4,3530	0,0461	70,6530	0,3706	2,0864	0,3668
• Prawidłowe nawyki żywieniowe <i>Proper eating habits</i>	0,3098	0,0959	2,9730	0,0956	2,4968	0,0218	1,7242	0,3098
• Zachowania profilaktyczne <i>Preventive behaviour</i>	0,3882	0,1507	4,9684	0,0340	2,7194	0,0250	2,2289	0,3882
• Pozytywne nastawienia psychiczne <i>Positive mental attitude</i>	0,4994	0,2494	9,3071	0,0049	2,7269	0,0281	3,0507	0,4994
• Praktyki zdrowotne <i>Health practices</i>	0,2051	0,0420	1,2301	0,2768	3,8321	-0,0132	-1,1091	-0,2051
Poczucie zadowolenia z życia <i>Life satisfaction</i>	0,4031	0,1625	5,4354	0,0271	12,0164	0,2439	2,3314	0,4031
Styl skoncentrowany na zadaniu <i>Task-oriented style</i>	0,5301	0,2810	10,9476	0,0025	41,2722	0,5384	3,3087	0,5301
Styl skoncentrowany na unikaniu <i>Avoidance-oriented style</i>	0,3175	0,1008	3,1390	0,0873	40,6416	0,3064	1,7717	0,3175
Styl skoncentrowany na emocjach <i>Emotion-oriented style</i>	0,1339	0,0179	0,5112	0,4805	49,7926	-0,1581	-0,7150	-0,1339

Tab. 3. Wyniki analizy regresji dla grupy osób ze schizofrenią

Tab. 3. Results of regression analysis for the group of patients with schizophrenia

Kivimäki *et al.*, 2005; Stach, 2006; Taylor *et al.*, 2000). W przeprowadzonym badaniu skoncentrowano się na prozdrowotnej roli optymizmu u osób z wybranymi zaburzeniami psychicznymi.

Omówienie uzyskanych wyników warto rozpocząć od przedstawienia charakterystyki badanych grup pod względem tendencji do myślenia optymistycznego. Zgodnie z przewidywaniami osoby depresyjne przejawiają skłonność do pesymizmu. Uzyskany rezultat znajduje odzwierciedlenie w założeniach teoretycznych, a także w wynikach innych badań (Fresco *et al.*, 2006; Gerhard, 2008; Raps *et al.*, 1982; Seligman, 1993). Osoby cierpiące na depresję negatywnie oceniają siebie i rzeczywistość oraz przewidują, że przyszłe wydarzenia będą dla nich raczej niepomyślne (Abramson *et al.*, 1978).

W prezentowanym badaniu grupa osób zdrowych psychicznie charakteryzuje się wyższym poziomem optymizmu w porównaniu z grupą osób depresyjnych, jednak zdrowi badani z podobną częstotliwością wyjaśniają sytuacje w sposób optymistyczny i pesymistyczny. Oczekują raczej pozytywnych wydarzeń w przyszłości. Przypisują sobie, a także działaniom innych ludzi odpowiedzialność za pojawienie się pomyślnych wydarzeń.

Grupa chorych z zaburzeniem schizoaafektywnym typu depresyjnego uzyskała w niniejszym badaniu wyniki wskazujące na tendencję do myślenia pesymistycznego, choć o mniejszym nasileniu niż u osób depresyjnych. Z kolei respondenci ze zdiagnozowaną schizofrenią przejawiają umiarkowaną tendencję do myślenia optymistycznego. Można przypuszczać, że niektóre sytuacje wyjaśniają i oceniają pozytywnie, a inne – negatywnie. Mają skłonność do przypisywania sukcesów własnym działaniom i poczynaniom innych ludzi. Uzyskane wyniki znajdują

however, healthy respondents account for situations in an optimistic and pessimistic way with the same frequency. They expect rather positive events in the future, and attribute the responsibility for the occurrence of positive events to themselves as well as to the actions of others.

In the present study, the group of patients with depressive schizoaffective disorder obtained results indicating a tendency towards pessimistic thinking, however to a lesser degree than depressed individuals. On the other hand, respondents diagnosed with schizophrenia showed moderate tendency towards optimistic thinking. It can be assumed that they assess some of situations positively, while other – negatively. They tend to attribute successes to their own actions as well as the actions of others. The obtained results are supported by scientific reports. People with schizophrenia exhibit a tendency to attributional egotism (Mezulis *et al.*, 2004; Witkowski, 1995). They attribute the responsibility for positive events to themselves, and failures to external factors. Such a mode of thinking plays an adaptive role – it helps maintain a positive self-assessment. In the present study, no significant differences in the mean levels of optimism (overall score) were observed between schizophrenic patients, schizoaffective patients and the controls.

The purpose of this study was to verify whether optimism has effects on health-oriented resources in individuals with mental disorders. It was found that optimism was a predictor of life satisfaction in all groups of patients. According to theoretical assumptions, positive assessment of reality and one's own life is an indication of optimism (Stach, 2006). The process of thinking, which involves among other things interpretation and explanation of reality, is the major determinant of emotions. The tendency to be

Zmienna zależna <i>The dependent variable</i>	Test SS dla pełnego modelu względem SS dla rezt <i>The SS-test for the complete model in relation to the SS-test for the residues</i>				Oceny parametrów <i>Parameter estimates</i>			
	Wielokr. <i>Multiple R</i>	Wielokr. <i>Multiple R2</i>	F	p	Stała α <i>a constant</i>	Param.	t	Beta
Zachowania zdrowotne: <i>Health behaviours:</i>	0,0291	0,0008	0,0238	0,8782	78,8340	0,0401	0,1545	0,0291
• Prawidłowe nawyki żywieniowe <i>Proper eating habits</i>	0,1364	0,0186	0,5310	0,4722	3,2265	-0,0124	-0,7287	-0,1364
• Zachowania profilaktyczne <i>Preventive behaviour</i>	0,1354	0,0183	0,5231	0,4755	3,6843	-0,0102	-0,7232	-0,1354
• Pozytywne nastawienia psychiczne <i>Positive mental attitude</i>	0,4306	0,1854	6,3754	0,0175	2,9201	0,0252	2,5249	0,4306
• Praktyki zdrowotne <i>Health practices</i>	0,0499	0,0024	0,0699	0,7933	3,3080	0,0040	0,2644	0,0499
Poczucie zadowolenia z życia <i>Life satisfaction</i>	0,4907	0,2408	8,8821	0,0058	6,8970	0,3662	2,9802	0,4907
Styl skoncentrowany na zadaniu <i>Task-oriented style</i>	0,2266	0,0513	1,5163	0,2284	45,5819	0,3142	1,2314	0,2266
Styl skoncentrowany na unikaniu <i>Avoidance-oriented style</i>	0,2962	0,0877	2,6934	0,1119	35,7730	0,3589	1,6411	0,2962
Styl skoncentrowany na emocjach <i>Emotion-oriented style</i>	0,0466	0,0021	0,0609	0,8067	51,5738	0,0482	0,2469	0,0466
Funkcjonowanie społeczne <i>Social functioning</i>	0,0397	0,0015	0,0442	0,8349	42,7730	0,0455	0,2102	0,0397

Tab. 4. Wyniki analizy regresji dla grupy osób z zaburzeniem schizoaffectywnym

Tab. 4. Results of regression analysis for the group of patients with schizoaffective disorder

potwierdzenie w doniesieniach naukowych. Ludzie cierpiący na schizofrenię przejawiają bowiem skłonność do egotyzmu atrybucyjnego (Mezulis *et al.*, 2004; Witkowski, 1995). Przypisują sobie odpowiedzialność za pojawienie się pozytywnych wydarzeń, natomiast porażki wyjaśniają czynnikami zewnętrznymi. Taki sposób myślenia pełni funkcje adaptacyjne – pozwala utrzymać pozytywną samoocenę. W omawianym badaniu między osobami ze schizofrenią i z zaburzeniami schizoaffectywnymi a grupą kontrolną nie zaobserwowano istotnej różnicy w średnim poziomie optymizmu (wynik ogólny).

Celem badania było sprawdzenie, czy optymizm wpływa na zasoby prozdrowotne osób z zaburzeniami psychicznymi. We wszystkich grupach chorych optymizm okazał się predyktorem poczucia zadowolenia z życia. Zgodnie z założeniami teoretycznymi do przejawów optymizmu należy pozytywna ocena rzeczywistości i własnego życia (Stach, 2006). Zasadniczym czynnikiem determinującym odczuwane emocje jest proces myślenia, obejmujący m.in. ocenę, interpretację i wyjaśnianie rzeczywistości. Skłonność do optymizmu sprzyja przeżywaniu pozytywnych emocji, w tym poczucia satysfakcji. Pesymizm osób depresyjnych to jeden z elementów warunkujących niezadowolenie z życia. Dane z badań sugerują, że pacjenci z depresją nie różnią się od ludzi zdrowych poziomem zadowolenia z kontaktów z dziećmi i z mieszkania (Michalska-Leśniewicz i Gruszczyński, 2010). Najmniejszą satysfakcję czerpią z oceny stanu własnego zdrowia i finansów. Jednak ogólnie są mniej zadowolone z własnego życia niż osoby zdrowe, co zostało potwierdzone w niniejszym badaniu. Warto podkreślić, iż myślenie osób depresyjnych charakteryzuje

optimistic promotes positive emotions, including satisfaction. Pessimism in depressed patients is one of the elements that determine dissatisfaction with life. Data from studies suggest that depressed patients do not differ from healthy individuals in terms of the level of satisfaction from contact with children or housing (Michalska-Leśniewicz and Gruszczyński, 2010). They derive the least satisfaction from their health status and finances. However, they are generally less satisfied with their life compared to healthy individuals, as confirmed in the present study. It is worth noting that the process of thinking in depressed individuals is characterised by a number of cognitive distortions. The tendency towards overgeneralisation, arbitrary inference or exaggerating failures and, at the same time, minimising successes is very distinct (Williams, 2006). It can be therefore suspected that the overall assessment of life performed by depressed individuals will be significantly more unfavourable than the assessment of various fields of life, and will not necessarily be based on logical grounds. Similar results for the levels of life satisfaction were obtained by those diagnosed with depressive schizoaffective disorders. The affective component is likely to have significant effects on the mode of thinking about the world and events.

The mean score achieved by schizophrenic patients in the Life Satisfaction Questionnaire, which indicates moderate satisfaction, is surprising as many scientific reports show low levels of life quality and satisfaction in this group of patients. The difference may result from the applied research tool. Research data suggest that schizophrenic patients are satisfied with their home, food and the available services in their neighbourhood (Chądzyńska *et al.*, 2003).

Zmienna zależna <i>The dependent variable</i>	Test SS dla pełnego modelu względem SS dla reszt <i>The SS-test for the complete model in relation to the SS-test for the residues</i>				Oceny parametrów <i>Parameter estimates</i>			
	Wielokr. <i>Multiple R</i>	Wielokr. <i>Multiple R2</i>	F	p	Stała α <i>a constant</i>	Param.	t	Beta
Zachowania zdrowotne: <i>Health behaviours:</i>	0,5425	0,2943	11,6818	0,0019	51,7868	0,9260	3,4178	0,5425
• Prawidłowe nawyki żywieniowe <i>Proper eating habits</i>	0,4518	0,2041	7,1837	0,0121	2,1618	0,0426	2,6802	0,4518
• Zachowania profilaktyczne <i>Preventive behaviour</i>	0,3174	0,1007	3,1383	0,0873	2,3294	0,0273	1,7715	0,3174
• Pozytywne nastawienia psychiczne <i>Positive mental attitude</i>	0,4917	0,2418	8,9312	0,0057	2,3081	0,0391	2,9885	0,4917
• Praktyki zdrowotne <i>Health practices</i>	0,5121	0,2622	9,9555	0,0038	1,8317	0,0451	3,1552	0,5121
Poczucie zadowolenia z życia <i>Life satisfaction</i>	0,4852	0,2354	8,6214	0,0065	13,0791	0,3178	2,9362	0,4852
Styl skoncentrowany na zadaniu <i>Task-oriented style</i>	0,4658	0,2170	7,7626	0,0094	44,8649	0,5415	2,7861	0,4658
Styl skoncentrowany na unikaniu <i>Avoidance-oriented style</i>	0,0129	0,0001	0,0047	0,9457	44,6415	-0,0100	-0,0686	-0,0129
Styl skoncentrowany na emocjach <i>Emotion-oriented style</i>	0,4447	0,1977	6,9024	0,0138	51,9165	-0,3652	-2,6272	-0,4447

Tab. 5. Wyniki analizy regresji dla grupy osób zdrowych

Tab. 5. Results of regression analysis for the group of healthy individuals

się licznymi zniekształceniami poznawczymi. Szczególnie widoczna jest skłonność do nadmiernej generalizacji, arbitralnego wnioskowania czy wyolbrzymiania porażek – przy jednoczesnym minimalizowaniu sukcesów (Williams, 2006). Można w związku z tym podejrzewać, że ogólna ocena życia dokonywana przez osoby depresyjne okaże się znacznie bardziej niekorzystna niż ocena poszczególnych dziedzin życia i niekoniecznie będzie się opierać na logicznych przesłankach. Podobne wyniki dotyczące poziomu zadowolenia z życia uzyskały osoby z rozpoznaniem zaburzeń schizoafektywnych typu depresyjnego. Komponent afektywny ma prawdopodobnie znaczący wpływ na sposób myślenia o świecie i wydarzeniach.

Zaskakującym rezultatem jest średnia uzyskana przez chorych na schizofrenię w Skali Satysfakcji z Życia, wskazująca na umiarkowane poczucie zadowolenia, podczas gdy liczne doniesienia naukowe wskazują na niski poziom jakości życia i satysfakcji z niego w tej grupie chorych. Wskazana różnica może wynikać z zastosowanego narzędzia. Dane z badań sugerują, że osoby ze schizofrenią odczuwają satysfakcję z własnego mieszkania, jedzenia i dostępności usług w okolicy zamieszkania (Chądryńska *et al.*, 2003). Nie są zadowolone z pewności siebie, opinii innych ludzi na ich temat ani z sytuacji finansowej. Ciekawych wniosków dostarczyły badania Jaremy i wsp. (2002). Okazało się, że im większa poprawa kliniczna po zastosowanym leczeniu, tym mniejsza poprawa jakości życia. Autorzy skłaniają się ku pogładowi, że ocena jakości życia nie zależy od nasilenia objawów schizofrenicznych, ma natomiast związek z obecnością i nasileniem objawów depresyjnych (Badura-Brzoza *et al.*, 2012; Jarema *et al.*, 2002). Te wnioski wyjaśniałaby również wyniki uzyskane w niniejszym

They are dissatisfied with their self-confidence, other people's opinions about them or their financial situation. Interesting conclusions can be also drawn from studies by Jarema *et al.* (2002). It was found that the greater clinical improvement following therapy, the lower improvement of life quality. The authors are of the opinion that the assessment of life quality is independent of the severity of schizophrenic symptoms, but associated with the presence and severity of depressive symptoms (Badura-Brzoza *et al.*, 2012; Jarema *et al.*, 2002). These findings would also explain the results obtained in our study by schizoaffective patients with concomitant depressive symptoms.

In conclusion, optimism is one of the most important predictors of life satisfaction, accounting for 16–24% of the variance for the results related to satisfaction. Patients with depression and schizoaffective disorders who show a tendency towards pessimism are not satisfied with their lives. Patients with schizophrenia and healthy individuals who show an average level of optimism are moderately satisfied with their lives. It is worth noting that in our study, patients with mental disorders showed significantly lower life satisfaction compared to healthy individuals, which seems obvious in the light of the foregoing.

Social functioning was another health-oriented resource analysed in the study. The results confirmed that optimism is a predictor of social functioning only in patients with depressive disorders. No significant effects of optimism on this variable were observed in the remaining subjects with mental disorders or in the control group. Social functioning is defined as the level at which a person functions in a certain social context. It covers a number of areas, including work-related roles, participation in family life and

badaniu przez osoby z zaburzeniem schizoafektywnym, w którym współlistnieją symptomy depresyjne.

Podsumowując: optymizm to jeden z ważniejszych predyktorów poczucia zadowolenia z życia, wyjaśniający 16–24% wariacji wyników związanych z satysfakcją. Osoby depresyjne i z zaburzeniem schizoafektywnym, które przejawiają skłonność do pesymizmu, nie są zadowolone ze swojego życia. Ludzie cierpiący na schizofrenię i zdrowi psychicznie przejawiający przeciętny optymizm odczuwają zaś umiarkowaną satysfakcję z życia. Warto dodać, że w niniejszym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi mają istotnie niższe poczucie satysfakcji z życia niż osoby zdrowe, co w świetle powyższych rozważań wydaje się oczywiste.

Kolejnym zasobem prozdrowotnym uwzględnionym w badaniu było funkcjonowanie społeczne. Wyniki potwierdziły, iż optymizm jest predyktorem funkcjonowania społecznego jedynie u osób z zaburzeniami depresyjnymi. U pozostałych badanych z zaburzeniami psychicznymi i w grupie kontrolnej nie zaobserwowano istotnego wpływu optymizmu na tę zmienną. Funkcjonowanie społeczne jest definiowane jako poziom, na jakim człowiek funkcjonuje w pewnym społecznym kontekście. Obejmuje wiele obszarów, w tym pełnienie ról zawodowych, udział w życiu rodzinnym i szerszej grupie społecznej czy zaspokajanie własnych potrzeb. Zgodnie z literaturą przedmiotu funkcjonowanie społeczne zależy głównie od kompetencji społecznych i zdolności do posługiwania się nimi (Tomorowicz, 2011). Jak się wydaje, w przypadku osób depresyjnych zasadnicze znaczenie ma także subiektywna ocena posiadanych umiejętności. Ze względu na specyfikę myślenia tych ludzi samoocena może się znacząco różnić od obiektywnej oceny ich kompetencji społecznych. Niewykluczone, że osoby depresyjne, choć mają kompetencje społeczne, wycofują się z życia społecznego i zawodowego, ponieważ są przekonane o czekającym je niepowodzeniu. Ponadto – zgodnie z zasadą samospełniającej się przepowiedni – swoim zachowaniem zwiększają ryzyko zaistnienia wydarzeń negatywnych, które z kolei utralają w nich przekonanie o własnej niekompetencji i wzmacniają negatywną ocenę rzeczywistości. Poradowska-Trzos i wsp. (2008) potwierdzili związek zniekształceń poznawczych z poziomem postrzeganego wsparcia społecznego. Ponadto podkreślili, że zasadnicze znaczenie dla zdrowia ma nie obiektywna dostępność wsparcia, ale sposób, w jaki człowiek to wsparcie spostrzega.

U osób ze schizofrenią i zaburzeniem schizoafektywnym nie zaobserwowano w niniejszym badaniu istotnego wpływu optymizmu na poziom funkcjonowania społecznego, a zatem czynników warunkujących funkcjonowanie społeczno-zawodowe należy poszukiwać w innych zasobach. Być może u osób ze schizofrenią predyktorami są zaburzenia poznania społecznego i związane z nimi dysfunkcje kognitywne, na co wskazuje część doniesień naukowych (Gurańska i Gurański, 2013; Roberts i Velligan, 2012; Stelmach *et al.*, 2011; Wiener i Rybakowski, 2006). Inne badania sugerują, że głównym czynnikiem decydującym

in a broader social group as well as satisfying one's own needs. According to the subject literature, social functioning is mainly dependent on social competencies and the ability to use them (Tomorowicz, 2011).

It seems that a subjective assessment of one's skills is also essential in depressed patients. Due to the specificity of thinking in these individuals, their self-assessment may significantly differ from an objective assessment of their social competencies. It seems possible that depressed patients, although not devoid of social competencies, withdraw from social and professional life, convinced that they will fail. Furthermore, as in line with the principle of self-fulfilling prophecy, their behaviour increases the risk of negative events, which in turn strengthen their conviction about their incompetence and reinforce negative assessment of reality. Poradowska-Trzos *et al.* (2008) confirmed the relationship between cognitive distortions and the level of perceived social support. Furthermore, the authors emphasise that it is not the objective availability of support that is essential for health, but the way this support is perceived by an individual.

In our study, no significant effects of optimism on the level of social functioning were observed in patients with schizophrenia and schizoaffective disorders, and thus the determinants of socio-professional functioning should be sought among other resources. Perhaps social cognitive disorders and the associated cognitive dysfunctions are predictors in schizophrenic patients, as indicated in some of the scientific reports (Gurańska and Gurański, 2013; Roberts and Velligan, 2012; Stelmach *et al.*, 2011; Wiener and Rybakowski, 2006). Other studies suggest that increased severity of psychopathological symptoms is the major determinant of the level of social functioning, especially the apathy symptom (Bottlender *et al.*, 2010). The present study supported the poorer socio-occupational functioning of patients with schizophrenia compared to the control group, which is in line with other reports (Rymaszewska, 2007, 2012; Rymaszewska *et al.*, 2007).

Unfortunately, data on social functioning of patients with schizoaffective psychosis are sparse. In the US studies, individuals diagnosed with this disorder are usually included in the schizophrenic group, which does not allow to learn about the specificity of their functioning. Some studies indicate that social cognitive deficit is most pronounced in schizophrenics, however, it occurs also in schizoaffective patients (Popovici *et al.*, 2012). Therefore, it may be supposed that, as in schizophrenia, social cognitive processes are one of the major determinants for social functioning in patients with schizoaffective psychosis. The tendency to assess and explain events has no effects on participation in social life. The present study showed that patients with schizoaffective disorders show significantly lower levels of social functioning compared to the control group. They exhibit significant difficulties in fulfilling social and occupational roles.

The obtained results indicate that optimism is one of determinants of social functioning in individuals with

o poziomie funkcjonowania społecznego jest nasilenie objawów psychopatologicznych, a szczególne znaczenie ma objaw apatii (Bottlender *et al.*, 2010). W prezentowanym badaniu potwierdzono gorsze funkcjonowanie społeczno-zawodowe osób ze schizofrenią w porównaniu z grupą kontrolną, co jest zgodne z innymi doniesieniami (Rymaszewska, 2007, 2012; Rymaszewska *et al.*, 2007).

Danych dotyczących funkcjonowania społecznego osób cierpiących na psychozę schizoafektywną istnieje niestety niewiele. W badaniach amerykańskich osoby z tym rozpoznaniem najczęściej włączane są do grupy chorych na schizofrenię, co uniemożliwia poznanie specyfiki ich funkcjonowania. Część badań wskazuje, iż deficyt poznania społecznego jest najbardziej wyraźny u schizofreników, jednak występuje także u osób z zaburzeniami schizoafektywnymi (Popovici *et al.*, 2012). Można więc przypuszczać, że u ludzi cierpiących na psychozę schizoafektywną jednym z czynników warunkujących funkcjonowanie społeczne są, podobnie jak w schizofrenii, procesy poznania społecznego. Na udział w życiu społecznym nie wpływa tendencja do oceniania i wyjaśniania wydarzeń. W prezentowanym badaniu wykazano, iż osoby z zaburzeniem schizoafektywnym charakteryzują się istotnie niższym poziomem funkcjonowania społecznego w porównaniu z grupą kontrolną. Przejawiają znaczne trudności w pełnieniu ról w życiu społecznym i zawodowym.

Uzyskane wyniki wskazują, że optymizm to jeden z czynników determinujących funkcjonowanie społeczne osób z zaburzeniami depresyjnymi. Uzasadniony wydaje się więc postulat, by w procesie terapeutycznym koncentrować się na zmianie dysfunkcyjnych przekonań pacjenta, w tym na modyfikacji pesymistycznego myślenia.

Celem niniejszego badania było również sprawdzenie, czy optymizm jest predyktorem zachowań zdrowotnych u osób z zaburzeniami psychicznymi. Wyniki wskazują, że optymizm wpływa dodatnio na zachowania zdrowotne jedynie w grupie kontrolnej i u pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii. Uzyskane dane są zgodne z założeniami teoretycznymi i rezultatami innych badań (Juczyński, 1997; Steptoe *et al.*, 1994). Nasilenie zachowań zdrowotnych dodatnio koreluje z optymizmem i ekstrawersją, a ujemnie z neurotyzmem. W grupie chorych na schizofrenię odnotowano pozytywny wpływ optymizmu na zachowania profilaktyczne i pozytywne nastawienia psychiczne. Nie stwierdzono istotnego wpływu na prawidłowe nawyki żywieniowe ani praktyki zdrowotne. Uzyskane wyniki są zgodne z wcześniejszymi badaniami (Juczyński, 1997; Lipowski, 2012; Steptoe *et al.*, 1994). W przypadku osób z rozpoznaniem schizofrenii wydaje się, że najważniejszą kategorią zachowań zdrowotnych są zachowania profilaktyczne, obejmujące zdobywanie informacji na temat zdrowia i choroby oraz przestrzeganie zaleceń lekarskich. Częstym problemem jest w tej grupie nieregularne zgłaszanie się na wizyty czy samodzielne modyfikowanie stosowanych leków. Takie działania skutkują zmniejszeniem efektywności leczenia i zwiększają ryzyko nawrotu. Można przypuszczać,

depressive disorders. Therefore, it seems reasonable to focus in the therapeutic process on changing the dysfunctional beliefs of the patient, including modification of pessimistic thinking.

The aim of the study was also to verify whether optimism is a predictor of health behaviours in individuals with mental disorders. The results indicate that optimism has positive effects on health behaviours only in the control group and in patients diagnosed with schizophrenia. The obtained data is in line with theoretical assumptions and other findings (Juczyński, 1997; Steptoe *et al.*, 1994). There is a positive correlation between enhanced health behaviours and optimism and extraversion, and a negative correlation between enhanced health behaviours and neurotism. Positive effects of optimism on preventive behaviours and positive mental attitudes were observed in patients with schizophrenia. No significant effects on proper eating habits or health-related practices were found. The results are consistent with previous studies (Juczyński, 1997; Lipowski, 2012; Steptoe *et al.*, 1994). In the case of schizophrenic patients, it seems that preventive behaviours, including the acquisition of information on health as well as compliance with medical recommendations, are the most important category of health behaviours. Irregular medical appointments and self-modification of pharmacotherapy are a common problem in this population. Such conduct leads to reduced treatment efficacy and an increased risk of relapse. It can be assumed that the enhancement of optimistic thinking would contribute to improved preventive behaviours.

It seems puzzling what factors determine the tendency towards healthy eating as well as everyday habits related to sleep and activity. Perhaps increased severity of psychopathological symptoms is a significant predictor of this health-related behaviour. Positive effects of optimism on proper eating habits, positive mental attitude and health-conscious practices were observed in the control group. Much stronger effects of optimism on health behaviour were reported for the healthy population as compared to schizophrenic patients. Comparison of mean values revealed differences related only to health-related practices. Positive mental attitude was the dominant type of behaviour in the healthy population. Schizophrenic patients mainly engage in health-related practices, but they also try to avoid stressful situations and negative emotions ("positive mental attitude" category). Regression analysis performed in schizoaffective patients did not show significant effects of optimism on the overall enhancement of health behaviours; only beneficial effects on positive attitude were observed. This means that optimism is one of the determinants of the avoidance of negative emotions and stressful situations. The above findings are in line with the data obtained by Lipowski (2012). The author conducted a study in athletes and showed that optimism correlated with positive mental attitude. He also found a correlation with health-related practices, but only in female population.

że wzmacnianie optymistycznego myślenia przyczyniłoby się do nasilenia zachowań profilaktycznych.

Zastanawiające wydaje się to, jakie czynniki warunkują skłonność do zdrowego odżywiania się oraz codzienne nawyki dotyczące snu i aktywności. Być może nasilenie objawów psychopatologicznych to istotny predyktor wymienionych zachowań zdrowotnych. W grupie kontrolnej zaobserwowano dodatni wpływ optymizmu na prawidłowe nawyki żywieniowe, pozytywne nastawienie psychiczne i praktyki zdrowotne. Wśród osób zdrowych psychicznie odnotowano znacznie silniejszy wpływ optymizmu na zachowania zdrowotne w porównaniu z osobami chorymi na schizofrenię. Porównanie średnich ujawniło różnicę jedynie w praktykach zdrowotnych. U osób zdrowych dominującym rodzajem zachowań są pozytywne nastawienia psychiczne. Chorzy na schizofrenię angażują się głównie w praktyki zdrowotne, ale w podobnym stopniu starają się unikać sytuacji stresogennych i negatywnych emocji (kategoria „pozytywne nastawienia psychiczne”). U osób z zaburzeniem schizoaфекtywnym analiza regresji nie ujawniła istotnego wpływu optymizmu na ogólne nasilenie zachowań zdrowotnych; zaobserwowano jedynie dodatni wpływ na pozytywne nastawienia psychiczne. Oznacza to, że optymizm należy do czynników warunkujących unikanie negatywnych emocji i sytuacji stresogennych. Powyższe wyniki są zgodne z danymi, które uzyskał Lipowski (2012). Autor przeprowadził badania z udziałem sportowców i wykazał, iż optymizm koreluje z pozytywnym nastawieniem psychicznym. Stwierdził również korelację z praktykami zdrowotnymi, ale wyłącznie u kobiet. Nie zaobserwował istotnego związku optymizmu z pozostałymi kategoriami zachowań zdrowotnych.

W niniejszym badaniu między osobami z zaburzeniem schizoaфекtywnym a grupą kontrolną nie odnotowano istotnych różnic w średnim poziomie zachowań zdrowotnych i poszczególnych kategoriach. Zaskakujących rezultatów dostarczyła analiza regresji dotycząca osób z zaburzeniami depresyjnymi: poziom optymizmu w tej grupie nie wpływa na ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych ani na poszczególne kategorie. Można zatem wyciągnąć wniosek, że u osób depresyjnych inne czynniki determinują podejmowanie zachowań zdrowotnych. Zachowania zdrowotne kształtują się od najmłodszych lat w toku socjalizacji i procesu uczenia się. Niewątpliwym wpływem mają tradycja i zwyczaje rodzinne. Wśród psychologicznych determinantów zachowań zdrowotnych oprócz optymizmu najczęściej wymienia się poczucie koherencji, poczucie własnej skuteczności, umiejscowienie kontroli i samoocenę (Juczyński, 1997). Istnieje wiele teoretycznych modeli wyjaśniających podejmowanie i utrzymywanie zachowań zdrowotnych (Gromulska *et al.*, 2009). Często jako główny czynnik traktuje się poczucie własnej skuteczności – niewykluczone, iż u osób depresyjnych właśnie ono jest kluczowym predyktorem nasilenia zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe badania nad wpływem optymizmu na zachowania zdrowotne prowadzono z udziałem osób

The author observed no significant relationship between optimism and other categories of health behaviours.

In the present study, no significant differences in the mean level of health behaviours or the individual categories were observed between schizoaffective patients and the control group. Surprising results were obtained in regression analysis performed in patients with depressive disorders: the level of optimism in this group had no effects on the overall rate of enhanced health behaviours or the individual categories. Therefore, it may be concluded that health behaviour is determined in depressive individuals by other factors. Health behaviours develop from an early age through socialisation and learning processes. Tradition and family customs also have a definite influence. The most common psychological determinants of health behaviours include, apart from optimism, the feeling of coherence, self-efficacy, the locus of control and self-assessment (Juczyński, 1997). There are many theoretical models explaining the undertaking and continuation of health behaviours (Gromulska *et al.*, 2009). Self-efficacy is often regarded as the major factor; it is possible that this is the main predictor of enhanced health behaviours in depressed individuals.

Previous studies on the effects of optimism on health behaviours included mentally healthy population. In the present study, the results for the control group were in line with previous reports, however, the impact of optimism on undertaking health behaviours by patients with depressive disorders requires further exploration. It is worth noting that depressed patients usually focus on preventive behaviour, whereas they pay least attention to eating habits. No significant differences in the mean values were found between the study group and the control group.

Coping with stress was the last health-oriented factor evaluated in the study. As expected, we found that optimism had a positive influence on the task-oriented style in healthy individuals; similar results were obtained for patients diagnosed with paranoid schizophrenia. Furthermore, negative effects of optimism on emotion-oriented style were reported for the control group.

Other hypotheses have not been confirmed. It was assumed that coping with stress involves actions aimed at solving problems or reformulating the meaning of crisis situation, especially if the situation cannot be changed. Scientific reports clearly confirm that optimism promotes effective coping with stress (Poprawa, 2001). It is therefore puzzling why optimism has no effects on the task-oriented style of coping in depressed and schizoaffective patients. Perhaps one of the reasons is associated with the hypothalamic–pituitary–adrenal axis (HPA), which is involved in the stress response. Individuals with depressive disorders often show abnormal HPA functioning, resembling functional alterations observed in chronic stress (Landowski, 2002). The anomalies in the stress mechanism are enhanced by dysfunctional cognitive patterns, low sense of control as well as low self-esteem. Zboralski *et al.* (2006) emphasize the role of gender and the sense of

zdrowych psychicznie. Wyniki uzyskane w niniejszym badaniu w grupie kontrolnej są zgodne z wcześniejszymi doniesieniami, jednak wpływ optymizmu na podejmowanie zachowań zdrowotnych u osób z zaburzeniami depresyjnymi to obszar wymagający dalszej eksploracji. Warto dodać, że ludzie cierpiący na depresję najczęściej koncentrują się na stosowaniu zachowań profilaktycznych, a najrzadziej dbają o prawidłowe nawyki żywieniowe. Nie odnotowano istotnych różnic w średnich między tą grupą badanych a grupą kontrolną.

Ostatnim czynnikiem prozdrowotnym uwzględnionym w badaniu był sposób radzenia sobie ze stresem. Zgodnie z przewidywaniami okazało się, że u osób zdrowych optymizm dodatnio wpływa na styl skoncentrowany na zadaniu – podobne wyniki uzyskali badani z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej. Ponadto w grupie kontrolnej odnotowano ujemny wpływ optymizmu na styl skoncentrowany na emocjach.

Pozostałe hipotezy nie zostały potwierdzone. Przyjęto, że skuteczne radzenie sobie ze stresem polega na podjęciu działań zmierzających do rozwiązania problemu lub przeformułowaniu znaczenia kryzysowej sytuacji, szczególnie w przypadku braku możliwości jej zmiany. Doniesienia naukowe jednoznacznie potwierdzają, iż optymizm sprzyja efektywnemu radzeniu sobie ze stresem (Poprawa, 2001). Zastanawiające jest zatem, dlaczego u osób depresyjnych i z zaburzeniem schizoaffectywnym optymizm nie wpływa na styl radzenia sobie skoncentrowany na zadaniu. Być może jedna z przyczyn wiąże się z działaniem osi limbiczno-podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej (LPPN), uczestniczącej w reakcji stresowej. U osób z zaburzeniami depresyjnymi często obserwuje się nieprawidłowości w funkcjonowaniu osi LPPN, które przypominają zmiany czynności stwierdzane w stresie przewlekłym (Łandowski, 2002). Istniejące anomalie w mechanizmach stresu są wzmacniane przez dysfunkcyjne schematy poznawcze, niskie poczucie kontroli i obniżone poczucie własnej wartości. Zboralski i wsp. (2006) podkreślają rolę płci i poczucia koherencji w determinowaniu stylu radzenia sobie ze stresem u pacjentów z zaburzeniami depresyjnymi. Być może u osób z rozpoznaniem zaburzeń schizoaffectywnych w reakcji stresowej uczestniczą podobne mechanizmy. Brak badań z udziałem tej grupy chorych nie pozwala na wyciągnięcie jednoznacznych wniosków.

W prezentowanym badaniu wykazano, że osoby depresyjne rzadko koncentrują się na rozwiązaniu problemu. Pozostałe grupy chorych i grupa kontrolna charakteryzują się umiarkowaną tendencją do stosowania stylu skoncentrowanego na zadaniu. Osoby z zaburzeniami depresyjnymi i schizoaffectywnymi znacznie rzadziej w porównaniu z osobami zdrowymi stosują tę strategię w obliczu stresu. Między osobami ze schizofrenią a grupą kontrolną nie zaobserwowano znaczących różnic. Wyniki analizy regresji dla stylu skoncentrowanego na emocjach ujawniły ujemny wpływ optymizmu jedynie u osób zdrowych psychicznie. U badanych z zaburzeniami psychicznymi sposób ujmowania świata nie

coherence in determining the style of coping with stress in patients with depressive disorders. Perhaps similar mechanisms are involved in the stress response in patients diagnosed with schizoaffective disorders. Due to the lack of studies in this patient population, it is impossible to draw clear conclusions.

The present study showed that depressed individuals rarely focus on solving problems. Other groups of patients as well as the controls showed moderate tendency to use the task-oriented style. Patients with depressive and schizoaffective disorders much more rarely use this strategy when facing stress, as compared to healthy individuals. No significant differences were observed between schizophrenic patients and the control group. The regression analysis of the emotion-oriented style revealed negative effects of optimism only in mentally healthy individuals. In the case of patients with mental disorders, the way of perceiving the world does not determine the style of coping, which involves focusing on one's own emotional experiences.

The results obtained in the control group are in line with the findings of Poprawa (2001). Individuals who think optimistic attempt to cope with negative emotions e.g. through reformulating the meaning of situation or diverting one's attention from unpleasant emotional experiences. Optimism does not play such a role in patients with mental disorders. It should be added that patients with depression and depressive schizoaffective disorders much more commonly focus on their own emotions when facing stress, as compared to healthy individuals. Unfortunately, this strategy does not promote effective coping, on the contrary, it may even enhance negative emotions. Both, healthy and schizophrenic individuals only occasionally use this strategy in stressful situations. No significant effects of optimism were observed for the avoidance-oriented style in any of the groups. It can be assumed, based on the obtained results, that the level of optimism increases or decreases the motivation to act and it is not associated with the tendency to avoid thinking about the situation. It promotes positive or negative emotions, but not indifference. Therefore, it is possible that both, the action and the thinking are always somehow directed by optimism.

Such explanation of the obtained results seems to be in line with the assumptions by Stach (2006) related to the nature of optimism. Optimism allows to formulate opinion on a certain phenomenon despite the lack of information about this phenomenon. On the other hand, lack of knowledge, rejection of experiencing and thinking by focusing on completely different activities is the aim of avoidance strategy. The present study showed that individuals with mental disorders equally frequently used the avoidance-oriented style when faced with stressful situation. However, patients with depression and schizoaffective disorders significantly less frequently used the avoidance-oriented style, which involves seeking social contacts. Patients diagnosed with schizophrenia, on the other hand, significantly more frequently used the avoidance-oriented style, which involved

determinuje stylu radzenia sobie polegającego na koncentracji na własnych przeżyciach emocjonalnych.

Wynik uzyskany w grupie kontrolnej jest zgodny z doniesieniami Poprawy (2001). Osoby myślące optymistycznie podejmują próby poradzenia sobie z emocjami negatywnymi np. poprzez przeformułowanie znaczenia sytuacji albo odwrócenie uwagi od nieprzyjemnych doznań emocjonalnych. U ludzi z zaburzeniami psychicznymi optymizm nie pełni takiej funkcji. Warto dodać, że osoby depresyjne i cierpiące na zaburzenia schizoafektywne typu depresyjnego znacznie częściej niż osoby zdrowe koncentrują się w sytuacji stresu na własnych emocjach. Niestety ta strategia nie sprzyja efektywnemu radzeniu sobie, może natomiast powodować nasilenie negatywnych emocji. Osoby zdrowe, a także osoby ze schizofrenią jedynie czasami stosują tę strategię w stresującej sytuacji. W przypadku stylu skoncentrowanego na unikaniu w żadnej grupie nie odnotowano istotnego wpływu optymizmu. Na podstawie uzyskanych wyników można przypuszczać, że poziom optymizmu zwiększa albo zmniejsza motywację do działania oraz nie wiąże się z tendencją do unikania myślenia o sytuacji. Sprzyja przeżywaniu pozytywnych bądź negatywnych emocji, ale nie obojętności. Niewykluczone więc, że zjawisko optymizmu zawsze w jakiś sposób ukierunkowuje działanie i myślenie.

Taki sposób wyjaśnienia uzyskanych wyników wydaje się zgodny z założeniami Stacha (2006) odnośnie do natury optymizmu. Optymizm pozwala na sformułowanie opinii na temat jakiegoś zjawiska mimo braku informacji o nim. Celem strategii unikania jest natomiast brak wiedzy, odrzucenie przeżywania i myślenia przez skoncentrowanie się na zupełnie innych czynnościach. W prezentowanym badaniu wykazano, że osoby z zaburzeniami psychicznymi z podobną częstotliwością posługują się stylem skoncentrowanym na unikaniu w obliczu sytuacji stresowej. Jednak osoby depresyjne i z zaburzeniem schizoafektywnym znacznie rzadziej niż zdrowe stosują styl skoncentrowany na unikaniu polegający na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. Z kolei badani z rozpoznaniem schizofrenii istotnie częściej niż członkowie grupy kontrolnej wybierają styl skoncentrowany na unikaniu polegający na angażowaniu się w czynności zastępcze.

Badanie dostarczyło wielu interesujących informacji na temat roli optymizmu u osób z zaburzeniami psychicznymi. Ujawniło jednak również, że niezbędna jest dalsza eksploracja czynników prozdrowotnych u chorych z zaburzeniami depresyjnymi, schizofrenią paranoidalną i zaburzeniami schizoafektywnymi. Szczególne znaczenie mają wnioski, które mogą znaleźć zastosowanie w praktyce klinicznej. Uzyskane rezultaty wskazują na potrzebę większej koncentracji na modyfikacji pesymistycznych przekonań i wzmacnianiu optymistycznego sposobu myślenia w trakcie oddziaływań terapeutycznych. U osób z zaburzeniami depresyjnymi zmiana dysfunkcyjnych schematów na pewno przyczyni się do poprawy funkcjonowania społecznego i zwiększy odczuwaną satysfakcję z życia. W przypadku pacjentów z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej wzmacnianie optymizmu prawdopodobnie

engaging in displacement activities, as compared to the control group.

The study permitted collection of a large amount of data on the role of optimism in patients with mental disorders. However, it also revealed that further investigation of the health-oriented factors in individuals with mental disorders, paranoid schizophrenia and schizoaffective disorders is needed. Conclusions applicable in the clinical practice are of particular importance. The obtained results indicate the need for a greater focus on the modification of pessimistic beliefs and the enhancement of the optimistic mode of thinking during therapeutic interactions. A change of the dysfunctional patterns in patients with depressive disorders will certainly contribute to the improvement in social functioning and increase life satisfaction. In the case of patients diagnosed with paranoid schizophrenia, optimism enhancement will probably increase the frequency of preventive behaviours as well as the effectiveness of coping with difficult situations. The results in patients with schizoaffective disorders clearly indicate the need for further investigation in this group of patients.

The therapy of mental disorders aimed only at the reduction of psychopathological symptoms is insufficient (Wilkos *et al.*, 2013). Additional therapeutic management, which will improve life quality, minimize negative consequences of the disease and reduce the risk of relapse are essential.

Generalisation of the results obtained in the present study should take into account limitations resulting from the socio-demographic characteristics of the study populations. First of all, only 30 subjects from each diagnostic group were evaluated. Second, only inhabitants of the province of Silesia, patients from several institutions, were included in the study. The results might have been affected by social and cultural factors as well as the specificity of treatment in a given facility. Thirdly, the study groups were heterogeneous in terms of some of the variables. The present study also suggests caution in generalising all conclusions related to healthy individuals to the population of patients with mental disorders. The adaptive function of optimism in mentally healthy individuals not always corresponds with the role of optimism in individuals with disorders.

CONCLUSIONS

1. Optimism has positive effects on life satisfaction and social functioning in patients with depressive disorders. Optimism is not a predictor of health behaviours or the styles of coping with stress in this population.
2. Optimism has positive effects on live satisfaction, health behaviours and task-oriented style in schizophrenic patients. Optimism is not a predictor of social functioning or avoidance-related style or emotion-oriented style in this group of patients.
3. Optimism has positive effects on life satisfaction in patients with depressive schizoaffective disorder.

spowoduje nasilenie podejmowanych zachowań profilaktycznych i zwiększy efektywność radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Z kolei wyniki badanych cierpiących na zaburzenia schizoafektywne niewątpliwie wskazują na potrzebę dalszych badań z udziałem tej grupy chorych.

Terapia zaburzeń psychicznych mająca na celu jedynie redukcję objawów psychopatologicznych jest niewystarczająca (Wilkos *et al.*, 2013). Niezbędne są dodatkowe oddziaływania terapeutyczne, które poprawią jakość życia, zminimalizują negatywne konsekwencje choroby i zmniejszą ryzyko nawrotu. Podczas dokonywania generalizacji wniosków z niniejszych badań należy pamiętać o ograniczeniach wynikających z charakterystyki socjodemograficznej badanych grup. Po pierwsze przebadano jedynie około 30 osób z każdej grupy diagnostycznej. Po drugie respondentami byli wyłącznie mieszkańcy województwa śląskiego, pacjenci kilku placówek. Warunki społeczno-kulturalne i specyfika leczenia danej ośrodka mogły mieć wpływ na wyniki. Po trzecie badane grupy nie były jednorodne pod względem części zmiennych. Prezentowane badanie sugeruje również ostrożność w uogólnianiu wszystkich wniosków dotyczących ludzi zdrowych na populację ludzi z zaburzeniami psychicznymi. Adaptacyjna funkcja, jaką pełni optymizm u ludzi zdrowych psychicznie, nie zawsze odpowiada jego roli u osób borykających się z zaburzeniami.

WNIOSKI

1. U osób z zaburzeniami depresyjnymi optymizm wpływa dodatnio na poczucie satysfakcji z życia i funkcjonowanie społeczne. W tej grupie chorych optymizm nie jest predyktorem zachowań zdrowotnych ani stylów radzenia sobie ze stresem.
2. U osób ze schizofrenią paranoidalną optymizm wpływa dodatnio na poczucie satysfakcji z życia, zachowania zdrowotne i styl skoncentrowany na zadaniu. W tej grupie chorych optymizm nie jest predyktorem funkcjonowania społecznego, stylu skoncentrowanego na unikaniu ani stylu skoncentrowanego na emocjach.
3. U osób z zaburzeniem schizoafektywnym typu depresyjnego optymizm wpływa dodatnio na poczucie satysfakcji z życia. W tej grupie chorych optymizm nie jest predyktorem funkcjonowania społecznego, zachowań zdrowotnych ani stylów radzenia sobie ze stresem.
4. U osób zdrowych psychicznie optymizm wpływa dodatnio na poczucie satysfakcji z życia, zachowania zdrowotne i styl skoncentrowany na zadaniu, a ujemnie na styl skoncentrowany na emocjach. W grupie kontrolnej optymizm nie jest predyktorem funkcjonowania społecznego ani stylu skoncentrowanego na unikaniu.
5. Między osobami z zaburzeniami depresyjnymi a grupą kontrolną zaobserwowano istotne różnice w poziomie optymizmu, funkcjonowania społecznego i poczucia zadowolenia z życia oraz w wynikach dotyczących stylu skoncentrowanego na zadaniu i stylu skoncentrowanego na emocjach.

Optimism is not a predictor of social functioning, health behaviours or the styles of coping with stress in this patient population.

4. In mentally healthy individuals, optimism has a positive impact on life satisfaction, health behaviours and the task-oriented style, whereas it negatively affects the emotion-oriented style. Optimism was not a predictor of social functioning or the avoidance-oriented style in the control group.
5. Significant differences in the levels of optimism, social functioning and life satisfaction as well as in the results related to the task-oriented style and emotion-oriented style were observed between patients with depressive disorders and the control group.
6. Significant differences in the levels of social functioning, life satisfaction and health-related practices as well as in the results related to the avoidance-oriented style involving the engagement in displacement activities were observed between patients with paranoid schizophrenia and the control group.
7. Significant differences in the levels of causative optimism, social functioning and life satisfaction as well as in the results related to the task-oriented style and emotion-oriented style were observed between patients with schizoaffective disorders and the control group.

Conflict of interest

The authors do not report any financial or personal links with other persons or organizations, which might affect negatively the content of this publication or claim authorship rights to this publication.

6. Między osobami ze schizofrenią paranoidalną a grupą kontrolną zaobserwowano istotne różnice w poziomie funkcjonowania społecznego, poczucia zadowolenia z życia i praktyk zdrowotnych oraz w wynikach dotyczących stylu skoncentrowanego na unikaniu polegającego na angażowaniu się w czynności zastępcze.
7. Między osobami z zaburzeniami schizoafektywnymi a grupą kontrolną zaobserwowano istotne różnice w poziomie optymizmu sprawczego, funkcjonowania społecznego i poczucia zadowolenia z życia oraz w wynikach dotyczących stylu skoncentrowanego na zadaniu i stylu skoncentrowanego na emocjach.

Konflikt interesów

Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

- Abramson LY, Seligman ME, Teasdale JD: Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *J Abnorm Psychol* 1978; 87: 49–74.
- Badura-Brzoza K, Piegza M, Błachut M *et al.*: Ocena wpływu wybranych czynników psychicznych i socjodemograficznych na jakość życia pacjentów ze schizofrenią. *Psychiatr Pol* 2012; 46: 975–984.
- Baker SR: Dispositional optimism and health status, symptoms and behaviours: assessing idiothetic relationships using a prospective daily diary approach. *Psychol Health* 2007; 22: 431–455.
- Bennett KK, Elliot M: Pessimistic explanatory style and cardiac health: what is the relation and the mechanism that links them? *Basic Appl Soc Psych* 2005; 27: 239–248.
- Bottlender R, Strauss A, Möller HJ: Social disability in schizophrenic, schizoaffective and affective disorders 15 years after first admission. *Schizophr Res* 2010; 116: 9–15.
- Brissette I, Scheier MF, Carver CS: The role of optimism in social network development, coping, and psychological adjustment during a life transition. *J Pers Soc Psychol* 2002; 82: 102–111.
- Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK: Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989; 56: 267–283.
- Cechnicki A: Jakość życia osób chorych na schizofrenię. Część I – wyniki badań w psychospołecznym programie leczenia. *Psychother* 2001; 117: 5–17.
- Chang EC: Optimism–pessimism and stress appraisal: testing a cognitive interactive model of psychological adjustment in adults. *Cogn Ther Res* 2002; 26: 675–690.
- Chądzyńska M, Spiridinow K, Kasperek B *et al.*: Porównanie jakości życia osób chorych na schizofrenię i ich opiekunów. *Psychiatr Pol* 2003; 37: 1025–1036.
- Drózd W, Wojnar M, Araszkievicz A *et al.*: Badanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych u pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce. *Wiad Lek* 2007; 60: 109–113.
- Fresco DM, Alloy LB, Reilly-Harrington N: Association of attributional style for negative and positive events and the occurrence of life events with depression and anxiety. *J Soc Clin Psychol* 2006; 25: 1140–1160.
- Gerhard K: optymizm – pesymizm a zaburzenia psychiczne. In: Keplinger A (ed.): *Bierność społeczna. Studia interdyscyplinarne*. ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury, Warszawa 2008: 137–154.
- Gromulska L, Piotrowicz M, Cianciara D: Własna skuteczność w modelach zachowań zdrowotnych oraz w edukacji zdrowotnej. *Przeł Epidemiol* 2009; 63: 427–432.
- Grote NK, Bledsoe SE: Predicting postpartum depressive symptoms in new mothers: the role of optimism and stress frequency during pregnancy. *Health Soc Work* 2007; 32: 107–118.
- Gurańska J, Gurański K: Zaburzenia prozodii emocjonalnej w przebiegu schizofrenii. *Psychiatr Pol* 2013; 47: 579–586.
- Jarema M, Koniecznyńska Z, Murawiec S *et al.*: Zmiana jakości życia i obrazu klinicznego w schizofrenii. *Psychiatr Pol* 2002; 36: 393–402.
- Jäger M, Haack S, Becker T *et al.*: Schizoaffective disorder – an ongoing challenge for psychiatric nosology. *Eur Psychiatry* 2011; 26: 159–165.
- Juczyński Z: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.
- Juczyński Z: Psychologiczne wyznaczniki zachowań zdrowotnych na przykładzie badań osób dorosłych. In: Łazowski J, Dolińska-Zygmunt G (eds.): *Ku lepszemu funkcjonowaniu w zdrowiu i chorobie*. Wydawnictwo Akademii Wychowania Fizycznego, Wrocław 1997: 285–291.
- Kantrowitz JT, Citrome L: Schizoaffective disorder: a review of current research themes and pharmacological management. *CNS Drugs* 2011; 25: 317–331.
- Kasperek B, Spiridonow K, Chądzyńska M: Jakość życia a koncepcja własnej osoby przewlekle chorych na schizofrenię poddawanych rehabilitacji psychiatrycznej. *Psychoter* 2003; 126: 45–59.
- Kivimäki M, Vahtera J, Elovainio M *et al.*: Optimism and pessimism as predictors of change in health after death or onset of severe illness in family. *Health Psychol* 2005; 24: 413–421.
- Kowalski M: optymizm – pesymizm oraz styl życia u przyszłych nauczycieli. In: Andrzejak Z, Kacprzak L, Pająk K (eds.): *Polski system edukacji po reformie 1999 roku: stan, perspektywy, zagrożenia*. Vol. 2, Dom Wydawniczy Elipsa, Poznań – Warszawa 2005: 201–206.
- Landowski J: Zaburzenia depresyjne a mechanizmy stresu. *Psychiatr Prakt Ogólnolek* 2002; 2: 9–13.
- Lipowski M: Level of optimism and health behavior in athletes. *Med Sci Monit* 2012; 18: CR39–CR43.
- Mezulis AH, Abramson LY, Hyde JS *et al.*: Is there a universal positivity bias in attributions? A meta-analytic review of individual, developmental, and cultural differences in the self-serving attributional bias. *Psychol Bull* 2004; 130: 711–747.
- Michalska-Leśniewicz M, Gruszczyński W: Psychologiczne wyznaczniki jakości życia kobiet z rozpoznaną depresją. *Psychiatr Pol* 2010; 44: 529–541.
- Popovici Z, Lázárescu M, Lenciu M *et al.*: Schizophrenia spectrum disorders: similarities and differences of social cognition. *Acta Med Marisensis* 2012; 58: 45–47.
- Poprawa R: Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. In: Dolińska-Zygmunt G (ed.): *Podstawy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001: 103–141.
- Poradowska-Trzos M, Dudek D, Rogoż M *et al.*: Postrzeganie wsparcia społecznego a styl poznawczy w chorobach afektywnych. *Psychiatr Pol* 2008; 42: 271–282.
- Pużyński S: Choroby afektywne nawracające. In: Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J (eds.): *Psychiatria*. Tom 2: *Psychiatria kliniczna*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2011: 305–376.
- Raps CS, Peterson C, Reinhard KE *et al.*: Attributional style among depressed patients. *J Abnorm Psychol* 1982; 91: 102–108.
- Roberts DL, Velligan DI: Can social functioning in schizophrenia be improved through targeted social cognitive intervention? *Rehabil Res Pract* 2012; 2012: 742106.
- Rymaszewska J: Funkcjonowanie społeczne osób z różnymi zaburzeniami psychicznymi. *Psychiatr Pol* 2007; 41: 39–51.
- Rymaszewska J: Społeczne funkcjonowanie osób z zaburzeniami psychicznymi. *Neurosci Fakty* 2012; 3: 6–12.

- Rymaszevska J, Dzielak K, Adamowski T *et al.*: Funkcjonowanie i aktywność zawodowa osób z zaburzeniami psychicznymi – przegląd z badań. *Psychiatr Pol* 2007; 41: 29–38.
- Scheier MF, Carver CS: On the power of positive thinking: the benefits of being optimistic. *Curr Dir Psychol Sci* 1993; 2: 26–30.
- Seligman MEP: Optymizmu można się nauczyć. Jak zmienić swoje myślenie i swoje życie. *Media Rodzina*, Poznań 1993.
- Stach R: Kwestionariusz do badania optymizmu. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
- Stach R: Optymizm. Badania nad optymizmem jako mechanizmem adaptacyjnym. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2006.
- Stelmach E, Karakula H, Moryłowska-Topolska J *et al.*: Funkcjonowanie społeczne a poznanie społeczne u osób chorych na schizofrenię. *Curr Probl Psychiatry* 2011; 12: 520–525.
- Steptoe A, Wardle J, Vinck J *et al.*: Personality and attitudinal correlates of healthy and unhealthy lifestyles in young adults. *Psychol Health* 1994; 9: 331–343.
- Strelau J, Jaworowska A, Wrześniewski K *et al.*: Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. Podręcznik do polskiej normalizacji. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2009.
- Tatarkiewicz W: O szczęściu. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
- Taylor SE, Kemeny ME, Reed GM *et al.*: Psychological resources, positive illusions, and health. *Am Psychol* 2000; 55: 99–109.
- Tomorowicz A: Struktura kompetencji społecznych w ujęciu interakcyjnym. *Psychiatria* 2011; 8: 91–96.
- Wciórka J (ed.): Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2008.
- Wciórka J, Muskat K, Matalowski P: Ocena przydatności skal funkcjonowania społecznego z systemu DSM-IV (GAF, SOFAS, GARF). *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6: 253–267.
- Wiener D, Rybakowski J: Zaburzenia poznania społecznego w schizofrenii. *Psychiatr Pol* 2006; 40: 205–218.
- Wilkos E, Tylec A, Kułakowska D *et al.*: Najnowsze kierunki terapeutyczne w rehabilitacji pacjentów z zaburzeniami psychicznymi. *Psychiatr Pol* 2013; 47: 621–634.
- Williams JMG: Depresja. In: Clark DM, Fairburn CG (eds.): *Terapia poznawczo-behavioralna. Badania naukowe i praktyka kliniczna*. Alliance Press, Gdynia 2006: 242–266.
- Witkowski T: W służbie Ja. Koncepcja egotyzmu atrybucyjnego. Przegląd badań. *Psychol Wychow* 1995; 38: 17–27.
- Zboralski K, Florkowski A, Galecki P: Poczucie koherencji, osobowość i style rozwiązywania problemów u pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń depresyjnych. *Psychiatr Pol* 2006; 40: 293–300.

Informacja dla Autorów!

Począwszy od numeru 1/2015 w „*Psychiatrii i Psychologii Klinicznej*” (“*Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*”) będziemy publikować wyłącznie artykuły przygotowane według nowego regulaminu. Zwracamy się do Autorów o dopełnienie poniższych warunków podczas pisania prac:

- **Prace oryginalne są publikowane wyłącznie w języku angielskim (preferowanym w czasopiśmie)**, prace pogładowe i opisy przypadku oraz inne typy prac – w języku angielskim lub polskim. **Na prośbę Autora odpowiedzialnego za pracę i na koszt Autora/Autorów redakcja może zlecić tłumaczenie artykułu na angielski (lub korektę autorskiej anglojęzycznej wersji pracy) wykwalifikowanym tłumaczom.**
- **Objętość zasadniczego tekstu publikacji (wyluczając informacje ze strony tytułowej, streszczenie, tabele i ryciny, piśmiennictwo itp.) nie powinna przekraczać:**
 - ✓ w przypadku pracy oryginalnej – 2000 słów;
 - ✓ w przypadku pracy przeglądowej – 3000 słów;
 - ✓ w przypadku pracy kazuistycznej – 1500 słów;
 - ✓ w przypadku listów do redakcji i komentarzy redakcyjnych – 1000 słów.
- **Pracę należy poprzedzić streszczeniem zawierającym:**
 - ✓ **w pracy oryginalnej i pogładowej minimum 200, a maksimum 250 słów;**
 - ✓ **w opisie przypadku minimum 100, a maksimum 150 słów.**

W przypadku pracy oryginalnej wymagana jest budowa strukturalna: cel, materiał i metoda, wyniki, wnioski.
- **Poniżej streszczenia należy zamieścić 3–5 słów kluczowych**, opierając się na katalogu Index Medicus – Medical Subject Headings (www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html).
- **Opisy bibliograficzne w bibliografii załącznikowej (piśmiennictwo) powinny być uporządkowane alfabetycznie według nazwisk autorów. W tekście głównym obowiązuje system harwardzki odwołań** – należy podać nazwisko autora i rok wydania w nawiasach okrągłych (Nowak *et al.*, 2012), a w przypadku więcej niż jednej pracy tego samego autora z tego samego roku dodać indeks literowy, np. Nowak *et al.*, 2012a. W przypadku prac sygnowanych przez dwóch autorów przywołuje się oba nazwiska, np. Nowak i Kowalski, 2011. W pracach oryginalnych i pogładowych można się powoływać maksymalnie na 30 pozycji piśmiennictwa, w opisach przypadków – na 15 pozycji.

Pełny Regulamin ogłaszania prac znajduje się na stronie 315 (zob. też www.psychiatria.com.pl/index.php/regulamin-oglaszania-prac).