

**LATVIJAS UNIVERSITĀTE**

Pedagoģijas un psiholoģijas fakultāte

**Psiholoģijas nodaļa**

Psiholoģijas maģistra studiju programmas

studente **Katrīna Lūse**

stud.apl. Nr. Psih010067

Maģistra darbs

**Piesaistes īpatnības šizofrēnijas slimniekiem**

Darba vadītāja:

Dr.psych. Baiba Martinsone

Rīga 2007

## Satura rādītājs

Satura rādītājs .....	2
Rezumējums .....	3
Abstract.....	4
Ievads.....	5
Piesaiste .....	6
Piesaistes jēdziens .....	6
Piesaiste pieaugušo vecumā.....	8
Piesaisti ietekmējošie faktori .....	9
Piesaistes īpatnības dažādu psihisku traucējumu gadījumā.....	10
Šizofrēnija un tās attīstība piesaistes attiecību kontekstā .....	16
Šizofrēnijas jēdziens .....	16
Šizofrēnijas pacienta ģimenes psiholoģisks raksturojums .....	16
Šizofrēnijas attīstību ietekmējošie faktori .....	19
Šizofrēnija un piesaistes īpatnības .....	20
Metode.....	24
Pētījuma dalībnieki.....	24
Instrumentārijs.....	24
Procedūra .....	26
Rezultāti.....	27
Iztirzājums .....	33
Izmantotās literatūras saraksts .....	41
Bibliogrāfija.....	46
Pielikumi.....	49

## Rezumējums

Pētījuma mērķis bija noskaidrot, kādas piesaistes īpatnības raksturīgas šizofrēnijas pacientiem un vai tās statistiski nozīmīgi atšķiras salīdzinājumā ar cilvēkiem neklīniskajā izlasē, kā arī, atsevišķi pētot cilvēkus bez piesaistes figūras, noskaidrot, vai pastāv atšķirības piesaistē klīniskajā un neklīniskajā izlasē. Pētījumā tika aptaujāti 31 šizofrēnijas pacients (15 sievietes, 16 vīrieši, vidējais vecums 37.45 gadi) un 35 cilvēki kontroles grupā (19 sievietes, 16 vīrieši, vidējais vecums 36.86). Respondenti aizpildīja šādas metodes: 1) Bartolomjū un Horovica „Attiecību aptauja” (*The Relationship Questionnaire/RQ*, Bartholomew & Horowitz, 1991, adaptējusi Bite, 1998); 2) Vesta un Šeldones izveidotā „Savstarpējās piesaistes aptauja” (*Reciprocal Attachment Questionnaire/RAQ*, West, Sheldon & Reifer, 1987 adaptējusi Martinsone, 2003); 3) Vesta un Kellerses „Savstarpējās piesaistes aptaujas” (*Reciprocal Attachment Questionnaire /IRAQ*, West & Keller, 2000) pielikums tiem, kam patreiz nav piesaistes figūras – „Ja Jums pašlaik nav pieķeršanās objekta” (*If You Do Not Currently Have An Attachment Figure*) – adaptācija Latvijā; 4) demogrāfisko datu aptauja.

Pētījumā tika konstatēts, ka nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības piesaistē Attiecību aptaujā šizofrēnijas pacientiem un kontroles grupai. Tika konstatēta tendence, ka šizofrēnijas pacientiem biežāk raksturīgs izvairīgi bailīgais piesaistes stils, salīdzinājumā ar kontroles grupu, savukārt, drošais piesaistes stils biežāk parādījās neklīniskajā izlasē. Savstarpējās attiecību aptaujas ietvaros tika konstatēts, ka 17% neklīniskajā un 42% klīniskajā izlasē cilvēkiem raksturīga piesaistes objekta neesamība. Tika konstatēta statistiski nozīmīga atšķirība starp izlasēm tuvības meklēšanas un izmantošanas dimensijās, šizofrēnijas pacientiem bija augstāki rezultāti. Parādījās tendences, ka klīniskajā izlasē vairāk raksturīga uzmanīga aprūpes meklēšana, savukārt starp cilvēkiem bez piesaistes figūras, šizofrēnijas pacienti biežāk saglabā distanci attiecībās, baidās tikt sāpināti vai noraidīti, piesaiste samazina drošības izjūtu, ne kā cilvēkiem kontroles grupā. Mazāk raksturīga vēlme pēc tuvām attiecībām un augstas pašpietiekamības prioritātes dimensija. Attiecību aptaujā cilvēkiem bez piesaistes figūras visvairāk tika konstatēts izvairīgi bailīgais (40%) un izvairīgi noraidošais piesaistes stils (40%) neklīniskajā izlasē, savukārt klīniskajā izlasē vairāk raksturīgi izvairīgi noraidošais (46%) un drošais piesaistes stils (31%). Abās izlasēs nebija raksturīgs ar attiecībām pārņemtais piesaistes stils (0%).

*Atslēgas vārdi:* piesaiste, šizofrēnija, piesaistes objekta neesamība

## Abstract

The goal of the research is to clear up the specific attachment characteristics of schizophrenia patients and whether it differ significantly from people in nonclinical sample. Also separately examining people without attachment figure, to clarify, is there difference in attachment in clinical and nonclinical sample. In the survey participated 31 schizophrenia patient (15 women, 16 men, mean age 37.45 years) and 35 people in the control group. Respondents filled out following methods: 1) *The Relationship Questionnaire/RQ*, Bartholomew & Horowitz, 1991; 2) *Reciprocal Attachment Questionnaire/RAQ*, West, Sheldon & Reifer, 1987; 3) *Reciprocal Attachment Questionnaire/RAQ*, West & Keller, 2000 attachment *If You Do Not Currently Have An Attachment Figure*, adaptation in Latvia; 4) questionnaire of demographic data.

In the research was established, that there is no statistical significance in attachment in The Relationship Questionnaire between schizophrenia patients and control group. The tendency was stated, that schizophrenia patients are more frequently characterized by fearful attachment, in comparison with the control group, but secure attachment more frequently showed up in nonclinical sample.

In the Reciprocal Attachment Questionnaire was ascertained that 17% of respondents in the nonclinical and 42% in the clinical sample is characterized by pattern of no attachment figure. Statistically significant difference was stated between the samples in proximity seeking and use of attachment figure dimensions, schizophrenia patients showed higher results. The tendency were stated, that the clinical sample is characterized by higher results in compulsive care-seeking, but in the sample with no attachment figure, schizophrenia patients more frequently keep distance in relationships, sense fear of hurt or rejection and attachment decreases security than people in the control group. Less frequently is desire for close relationships and high priority on self-sufficiency. In The Relationship Questionnaire for people without attachment figure in the nonclinical sample mostly was stated fearfull (40%) and dismissive (40%) attachment, but in the clinical sample – dismissive (46%) and secure attachment (31%). In both samples the preoccupied attachment style was no represented (0%).

*Key words:* attachment, schizophrenia, no attachment figure

## Ievads

2003.gadā Latvijā reģistrēti 17974 šizofrēnijas slimnieki, kas ieņem pirmo vietu statistikas datus par izplatītāko psihisko traucējumu. Kopumā pieaugušo populācijā šizofrēnija ir sastopama 0,5-1,5 % (Camacho, Leon & Uribe, 2005). Lielais reģistrēto slimnieku skaits Latvijā norāda uz problēmas aktualitāti. Valstiskā situācija nosaka, ka psihiatrisko slimnīcu pacientiem vairāk tiek pielietota medikamentozā ārstēšana un pagaidām netiek iedalīts nepieciešamais finansējums terapeitiskam darbam, kas sniegtu iespēju palīdzēt lielai daļai šo pacientu. Lai sasniegtu šo nākotnes mērķi, nepieciešams gūt skaidrību, kādas ir šo pacientu personības un attiecību veidošanas īpatnības un kādi būtu piemērotākie terapijas principi darbā ar šiem cilvēkiem. Attiecības, kas veidojas starp klientu un psihologu terapijas procesā var uzskatīt par piesaistes attiecībām (Dozier & Bates, 2004). Līdz ar to jaunas atziņas par piesaistes īpatnībām šizofrēnijas slimniekiem ļautu terapeitiem atrast efektīvākas un atbilstošākas pieejas katram indivīdam, atkarībā no viņa piesaistes īpatnībām.

Līdz šim plaši pētītas bērna un vecāka piesaistes attiecības, kā arī pieaugušo piesaiste romantiskajās attiecībās. Piesaistes īpatnības cilvēkiem ar psihiskiem traucējumiem ir salīdzinoši jauna un nedaudz pētīta joma, it sevišķi to var attiecināt uz šizofrēnijas traucējumiem, tādēļ maģistra darba pētījums ir aktuāls. Kā vienu no tālākās izpētes iespējām šo jomu ieteikusi arī Baiba Martinsone 2003. gadā savā doktora disertācijā (Martinsone, 2003).

## Piesaiste

### *Piesaistes jēdziens*

Pieķeršanās uzvedības skaidrojuma teorētisko pamatu veido Džona Boulbija (John Bowlby) piesaistes teorija, kas veidojusies, jau sākot no pagājušā gadsimta 60 – tajiem gadiem. Piesaistes teorijas izveidē Boulbijs balstījies uz etoloģijas, attīstības psiholoģijas un psihoanalītiskajām objektu attiecību teorijām, daži autori uzsver kibernetiku un informācijas apstrādes teorijas (Bretherton, 1992), kā arī eksperimentālpsholoģijas idejas, kontroles un iemācīšanās teorijas (Ross, 2000) piesaistes kontekstā.

Šī teorija postulē, ka piesaiste ir iedzimta, dabiska un ilgstošā laikā noturīga cilvēka tieksme veidot emocionālas saites, ko bērns veido ar galveno aprūpētāju (parasti tiek runāts par māti), bet pieaugušie – ar nozīmīgiem citiem cilvēkiem. Tas ir sarežģīts divpusējs process, kurā bērns kļūst emocionāli piesaistīts ģimenes locekļiem, turklāt centrālo lomu ieņem mātes figūra. Šī procesa galvenā nozīmē ir nodrošināt bērnam drošību un fizisku un emocionālu aprūpi. Liela nozīme piesaistē ir mātes un bērna sūtītiem, savstarpēji uztvertiem signāliem, kas nodrošina tuvuma saglabāšanu. Vēlākā sociālo attiecību veidošanās un attīstība balstās uz sākotnējo piesaisti (Bowlby, 1971, 1975, 1980 kā minēts Willinger, Heiden, Meszaros, Formann & Aschauer, 2002; Boulbi, 2004).

Piesaistes veidošanās procesā būtiska nozīme ir piesaistes figūras iejūtībai – spējai uztvert zīdaiņa signālus, tos atbilstoši interpretēt un precīzi un pietiekami ātri uz tiem reaģēt, kas, savukārt, bērnam pieaugot, palīdz atpazīt un nosaukt vārdos savas jūtas un motīvus, tādēļ šai spējai tiek piešķirta psihi organizējoša funkcija. Balstoties uz empīriskiem pētījumiem, Mērija Einsvorte konstatējusi, ka šai spējai ir liela nozīme tālākā pašvērtējuma un pašintegrācijas attīstībā (Ainsworth et al., 1974 kā minēts Ross, 2000; Ainsworth, 1977, kā minēts Brisch, 2002). Brišs pētījumā konstatējis, ka jaunieši, kuri līdz 16 gadu vecumam piedzīvojuši adekvātu mātes (arī tēva) atsaucību un smalkjūtību, izjūt drošību partnerattiecībās 22. gadu vecumā, labāk spēj atspoguļot gan savas, gan arī ievērot un ņemt vērā partnera jūtas un motīvus, kā arī paši ir atsaucīgi un smalkjūtīgi attiecībā uz partnera piesaistes vajadzībām un uzskata piesaistes attiecības kā vērtību. Šie cilvēki arī uzrāda lielāku elastību saskaroties ar sociālu noraidījumu (Brisch, 2002). Tātad vajadzība pēc piesaistes kļūst īpaši aktuāla, kad cilvēks nonāk sarežģītās situācijās vai grūtībās, kad viņam nepieciešams atbalsts un mierinājums. Ja piesaistes figūra ir pieejama un atsaucīga, cilvēks saglabā drošības izjūtu.

Mērijas Einsvortas (Ainsworth, 1978 kā minēts Martinsone, 2003) pētījumi par bērna reakciju uz šķiršanos no mātes un viņas atgriešanos ļāva izdalīt trīs piesaistes stilus jeb uzvedības veidus: *drošo*, kam raksturīga zema zaudējuma baiļu komponente, piesaistes objekta kā droša pamata izmantošana, jo viņš ir uzticams un pašāvēģis, *izvairīgo*, kam raksturīga vajadzība pēc emocionāli tuvām un atbalstošām attiecībām, kuru pārmāc bailes tikt noraidītam, atstumtam un zaudēt piesaistes objektu, kā dēļ tiek veidots ārēji patstāvīgs uzvedības modelis, un *ambivalento*, kas saistīts ar tuvības meklēšanas, šķiršanās protesta un zaudējuma baiļu dimensijām (West, Speng, Casares- Knight, Rose & Leiper, 1998). Savukārt Mērija Meina (Main & Salomon, 1986) vēlāk izdalīja arī *dezorganizēto* piesaistes stilu, ko raksturo aprūpētāja nevērtīga un vardarbīga izturēšanās, psihiska saslimšana u.c., kas atstāj traumatiskas sekas indivīda psihē.

Boulbijs licis lielu uzsvāru uz to, kādā veidā mātes un bērna savstarpējā mijiedarbība veicina vai kavē sekojošo personas attīstību. Kā izrādās, tad pirmā dzīves gada otrajā pusē, bērns sasniedz spēju regulēt mijiedarbību ar piesaistes figūru (Bretherton, 1985; Greenberg & Speltz, 1988 kā minēts Ross, 2000). Bērni izveido zināmas gaidas par otra cilvēka un savu uzvedību, uz kuru pamata veidojas atbilstoša izturēšanās, kas balstās uz piesaistes attiecībās gūto pieredzi. Literatūrā tie tiek aprakstīti kā *iekšējās darbības modeļi* (angl. – Internal working models) – indivīda attiecību ar primāro piesaistes figūru garīgs atspoguļojums (Sroufe, 1988 kā minēts Ross, 2000), kas izsaka to, vai indivīds jūtas mīlestības un rūpju vērts, kā arī, cik lielā mērā viņš izjūt pasauli kā drošu, citus kā uzticamus un pieejamus, un kādu reakciju sagaida no tiem. Šie priekšstati bērnam veidojas no reālām attiecībām ar vecākiem, tomēr tie nevar tikt uztverti tiešā veidā kā realitāte.

Iekšējās darbības modelis ietekmē indivīda jūtas, kognitīvos procesus un uzvedību. Saskaņā ar piesaistes teoriju, indivīda piesaistes statuss ir iekšējo darbības modeļu vai priekšstatu par piesaisti produkts (Bretherton & Munholland, 1999; Main, 1995 kā minēts West & George, 2002). Tātad, indivīda piesaistes stils izriet no tā, kāds priekšstats viņam ir par sevi un par apkārtējiem un kā tiek uztvertas attiecības, kuras viņš veido ar sev nozīmīgiem citiem. Pēc dažādu teorētiķu atziņām tieši iekšējās darbības modeļi nodrošina piesaistes turpinājumu visas dzīves laikā un ietekmē savstarpējās attiecības, izpaužoties dažādu situāciju atšķirīgās interpretācijās un paredzēšanā, kā arī caur ikdienas uzvedību un emocionālām reakcijām (George & West, 2001; Landolt, Bartholomew, Saffrey, Oram & Perman, 2004). Bērns notiekošo neapzināti sāk skaidrot caur vispārinātu uztveres un priekšstatu prizmu, piemēram, ja bērns izjūt sevi kā savu vecāku nemīlamu, viņš to ar laiku sāk attiecināt uz sevi kopumā – kā nemīlamu vispār. Šie priekšstati veidojas, balstoties uz paša ikdienas pieredzi, no vecāku izteikumiem, kā arī no apkārtējo paustienu apgalvojumiem. Negatīvi bērnu var

ietekmēt tāda situācija, ja informācija, kas veido šo iekšējās darbības modeli, ir pretrunīga. Tādā gadījumā bērns vai nu uzticas savai pieredzei un nonāk konfliktā ar vecākiem, zaudē daļu no sevis, piekrītot vecāku viedoklim, cenšas atrast kompromisu svārstoties starp abiem viedokļiem, vai arī nonāk kognitīva sabrukuma priekšā, bezcerīgi mēģinot savienot pretējus viedokļus, kas nav iespējams (Bowlby, 1973 kā minēts Martinsone, 2003). Tātad, pamatajoties uz piesaistes attiecībās piedzīvoto, bērns veido priekšstatu par sevi. Ja aprūpētājs ir noraidošs, bērns visdrīzāk sevi izjutīs kā nekompetentu un nemīlamu, vismaz piesaistes attiecībās, savukārt, ja bērnam ir ļauts piedzīvot aprūpētāja atsaucību, sapratni un pieejamību, bērns, iespējams, sevi sajūtīs kā kompetentu un vērtīgu. Tādēļ likumsakarīgi šķiet, ka cilvēkiem ar nedrošo piesaisti nonākot problēmsituācijās raksturīgi vairāk izvairīgi uzvedības modeļi, ievainojamības izjūta un negatīvi, aizdomu pilni uzskati attiecībā pret citiem, kā dēļ viņi labprātāk ietur distanci attiecībās (Tait, Birchwood & Trower, 2004). Iekšējās darbības modeļa konstruktam ir zināma līdzība ar psihoanalītiskajām objektattiecību teorijām. Saistībā ar piesaisti atsevišķos pētījumos tiek apskatītas arī objektattiecību īpatnības, kas dublējas ar piesaistes stiliem, tomēr pētījumos tiek uzsvērts, ka šīs kategorijas nav gluži identiskas (Calabrese, Farber, & Westen, 2005).

### ***Piesaiste pieaugušo vecumā***

Būtiska piesaistes teorijas atziņa, kas ļauj tās ietvaros gūtos secinājumus izmantot pieaugušo piesaistes izpētē ir, ka bērnībā izveidotajiem piesaistes stiliem ir tendence saglabāties un turpināties pieaugušo, kā arī, caur aprūpes stilu, vecāku un bērnu attiecībās nākošajā paaudzē (Tait, Birchwood & Trower, 2004; Parkes & Stevenson-Hinde, 1982), bērnības piesaistes objektam nomainoties pret romantisko partneri (Hazan, 1990). Arī pieaugušo piesaistē galvenais mērķis ir drošības izjūtas sasniegšana, tomēr pieaugušo piesaiste ir vairāk savstarpēja jeb balstīta uz divpusējām attiecībām, savukārt bērnības piesaiste ir vairāk papildinoša, ietver sevī aprūpētāja uzvedību (West, Sheldon-Keller, 1994). Pieaugušo vecumā piesaistes attiecību kvalitāte ir atkarīga no partnera atsaucības. Neizjūtot drošību piesaistes attiecībās, indivīds var dzīvot pastāvīgā trauksmē par piesaistes figūras zaudēšanu (West, Spreng, Casares- Knight, Rose & Leiper, 1998).

Attiecību veidošanā būtiska nozīme ir atmiņām un priekšstatiem par attiecībām ar vecākiem. Pētnieki ir nonākuši pie secinājuma, ka vecāku piesaistes droša iekšēja reprezentācija palīdz veidot ilgstošas, abpusēji apmierinošas, stabilas, ar savstarpēju cieņu piepildītas un empātiskas partnerattiecības. Ja šajās attiecībās piedzimst bērns, tad vecāki lielākoties ir pietiekami iejūtīgi un spēj adekvāti izturēties pret bērnu, atbilstoši reaģēt uz tā

signāliem (Brisch & Hellbrügge, 2003), kas liek domāt, ka vecāku piesaistes reprezentācija ir saistīta ar piesaistes attiecībām ar bērnu tagadējā ģimenē.

Balstoties uz Boulbija (Bowby, 1973 kā minēts Bartholomew & Horowitz, 1991) izpratni par iekšējās darbības modeļu attiecībā uz sevi un citiem aprakstu, Kima Bartolomjū un Leonards Horovics izdalīja 4 pieaugušo piesaistes kategorijas: *Drošā* (secure) piesaiste tiek raksturota ar attiecību nozīmības izjūtu, kā arī indivīda priekšstatu, ka viņš ir vērtīgs un mīlams. Nozīmīgi citi cilvēki lielākoties tiek uztverti kā atsaucīgi un pieņemoši. Šie indivīdi attiecībās novērtē zināmu intimitāti, tomēr nezaudējot arī personīgo autonomiju. Attiecības parasti ir abpusēji emocionāli atklātas, atbalstoši tuvas un cieņas pilnas. Personas, kurām raksturīga *pārņemtā* (preoccupied) piesaiste, izjūt sevi kā nevērtīgu un nemīlamu, bet citus idealizē un novērtē pozitīvi. Šiem indivīdiem raksturīga īpaša iesaistīšanās attiecībās, dominēšana, sevišķi stresa situācijās viņi meklē citu atbalstu un pieķeršanos, viņu pašpieņemšanas kritērijs ir citu atzinības gūšana un pieņemšana. Attiecībām raksturīga zināma atkarība, uzpurēšanās. *Izvairīgi bailīgās* (fearful) piesaistes stila pārstāvji arī izjūt nevērtīgumu un uzskata, ka ir nemīlami, sagaidot, ka citi būs negatīvi noskaņoti, neuzticami un noraidoši. Spēcīgās nedrošības un neuzticēšanās citiem dēļ, viņi izvēlas izvairīties no tuvām attiecībām, lai gan ilgojas pēc tām. Ja attiecības tomēr izveido, viņi tajās ir atkarīgi, pasīvi, vaino sevi, pie šķiršanās izjūt spēcīgu trauksmi un attiecībās iegulda daudz vairāk nekā partneris. *Izvairīgi noraidošā* (dismissive) piesaiste raksturojas ar tuvu attiecību nozīmības samazināšanu un izjūtu, ka indivīds ir mīlestības vērts, kas kombinējas ar negatīvu attieksmi pret nozīmīgiem citiem. Šie cilvēki aizsargā sevi no vilšanās, izvairoties no tuvām attiecībām, tādējādi cenšoties saglabāt neatkarības un neievainojamības izjūtu. Attiecības ir virspusējas, tajās trūkst savstarpēja atbalsta un emociju izpaušanas (Bartholomew & Horowitz, 1991; Martinsone, 2003).

Piesaistes starppaaudžu pārnesei īpaša uzmanība pievērsta klīniskos pētījumos, kuru ietvaros apskatītas savstarpējas saistības starp dažādiem traucējumiem un piesaisti, kas tiks apskatīti nedaudz vēlāk. Jāpiemin, ka aprakstot pieaugušo piesaisti, pētījumos tiek uzsvērts, ka termins „dezorganizētā piesaiste” šajā vecumposmā bieži tiek aizstāts ar atbilstošo „neatrisinātās piesaistes” kategoriju.

### ***Piesaisti ietekmējošie faktori***

Kopumā analizējot literatūru par piesaisti ietekmējošiem faktoriem, ir secināts, ka piesaiste ir stabila un ilgstoša, tomēr pastāv noteikti faktori, kas to var ietekmēt gan pozitīvā, gan negatīvā veidā, piemēram, mātes fiziskā un garīgā veselība (Cohn, Tronick, 1989 kā minēts Willinger, Heiden, Meszaros, Formann & Aschauer, 2002), paša bērna personības

īpašības, aprūpes sistēma kopumā (gan vecāku, gan kultūras ietekme), kā arī savstarpējās, dinamiskās un attīstībā esošās bērna-vecāka attiecības (Parker, 1979, kā minēts Willinger et. all, 2002), kas, saskaņā ar Bolbija uzskatiem, var tikt nodotas tālāk no paaudzes paaudzē. Turklāt vecāku attieksme pret bērnu ir būtiska ne tikai zīdaiņu vecumā, bet arī bērnībā līdz pat pusaudžu gadiem un jaunībai (Bowlby 1985, kā minēts Ross, 2000). Piesaistes traumas veido arī piesaistes figūras atkārtoti zaudējumi (nāve, nelaimes gadījumi, pašnāvība, dabaskatastrofas), seksuālas un fiziskas vardarbības pieredze no piesaistes figūras pirmajos dzīves gados, sarežģījumi grūtniecības laikā, kā arī spēcīgas mātes bailes, kas saistītas piemēram ar partnera vardarbību, sociālā nodrošinājuma zaudējumu u.c. Brišs apraksta pētījumus par dezorganizētās piesaistes iezīmēm, kas raksturīgi 80% gadījumu tiem bērniem, kuru vecāki ir piedzīvojuši kādu bērnības traumu un kuriem pašiem raksturīga dezorganizētā piesaiste (Brisch & Hellbrügge, 2003). Šie vecāki mēdz izturēties pret saviem bērniem agresīvi – naidīgi, izjust bailes attiecībā pret bērnu vai viest tās bērnā, kā arī kļūt bezpalīdzīgi spēlējoties ar to. Caur pretrunīgo un dezorganizēto piesaistes uzvedību tiek nodoti tālāk priekšstati par piesaistes attiecībām un netiešā veidā arī vecāku traumatiskā pieredze. Kopumā piesaistes dezorganizācija ir dominējoša bērniem, kuri dzīvo augsta riska vidē, t.i. ģimenēs ar atkarības, vardarbības un depresijas problēmām (Solomon & George, 1999). To apliecina Parkesa un Stīvensones veiktais pētījums, kurā viņi secināja, ka mātes un bērna emocionālo saišu attīstību negatīvi var ietekmēt vecāka nāve vai agrīna šķiršanās, bērna neatsaucība, mātes vilšanās attiecībā uz bērnu, kā arī mātes depresija (Parkes & Stevenson-Hinde, 1982). Jauniešu un pieaugušo pētījumi (Hazan & Shaver, 1987) uzrāda hroniskas vientulības izjūtas saistību ar nedrošo piesaisti (Bartholomew & Shaver, 1998).

Piesaistes ietekmi var labi izprast arī analizējot pētījumus klīniskajās izlasēs, kas tiek apskatīts nākošajā nodaļā.

### **Piesaistes īpatnības dažādu psihisku traucējumu gadījumā**

Ir pierādīts, ka liela nozīme psihisko traucējumu attīstībā ir ģimenes pieredzei un attiecībām pamatģimenē (Boulbija, 1998; Bowlby, 1988 kā minēts Solomon & George, 1999; Atkinson & Goldberg, 2004). Izdarot pētījumus klīniskā izlasē, izrādījās, ka 81% cilvēku raksturīgs nedrošās piesaistes stils, no kuriem visvairāk raksturīgs bija izvairīgi bailīgais, nedaudz mazāk ar attiecībām pārņemtais piesaistes stils. Turklāt tika atklāts, ka biežāk sastopamās problēmas cilvēkiem, kas griezušies pēc psiholoģiskas palīdzības, ir saistītas ar attiecību grūtībām un viņu aprūpētāju distresu. Tika konstatēta arī saistība starp noteiktām grūtībām un noteiktiem piesaistes stiliem. Nedrošās piesaistes stils tika saistīts ar depresiju,

trauksmi, vientulību, psihosomatiskiem simptomiem un zemiem pašcieņas rādītājiem (Horowitz, 1979; Coyne, Kahn, & Gotlib, 1987; Hazan & Shaver, 1987; Horowitz, Rosenberg, & Bartholomew, 1993; Carnelley, Pietromonaco, & Jaffe, 1994; Craske & Zoellner, 1995; Brennan & Morris, 1997 kā minēts Mason, Platts, Tyson, 2005). Džordžas, Vesta un Petemas pētījumos, savukārt, tika konstatēts, ka bērniem ar nedrošo piesaisti, salīdzinājumā ar tiem, kuriem raksturīga droša piesaiste, biežāk bija sastopamas grūtības ar sociālo kompetenci, agresiju, jau iepriekš pieminēto pašcieņu, antisociālu uzvedību, popularitāti vienaudžu vidū un autonomiju (George, West & Pettem, 1999).

Veicot pētījumus klīniskās izlasēs, ir atklāti piesaistes traucējumi, kas saistīti ar dziļākām piesaistes attīstības izmaiņām un deformācijām (Brisch, 1999 kā minēts Brisch, Grossmann, Grossmann, & Köhler, 2002). Visu piesaistes traucējumu pamatā ir agrīna vajadzība pēc tuvuma un aizsardzības, kura netika pietiekamā daudzumā un adekvāti nodrošināta nedrošās situācijās un bailpilnas piesaistes vajadzību aktivizēšanās gadījumā. Traucējumi var rasties sevišķi pie atkārtotām, pēkšņām šķiršanās pieredzēm, kad mainās aprūpes sistēma (Brisch et al, 2002).

Boulbijs uzsvēra, ka bērniem biežāk attīstās psihopatoloģija, ja viņiem raksturīgi negatīvi priekšstati gan par sevi, gan citiem. Kā jau iepriekš minēts, piesaistes attiecībās pamatā tiek nodrošināta aizsardzība un drošība, kādēļ indivīdam attīstās sevis kā aizsardzības vērta izjūta. Fonagi (Fonagy, 1997 kā minēts West & George, 1999) uzsvēra, ka neatrisinātas traumatiskas pieredzes gadījumā, iekšējie darbības modeļi attiecībā pret nozīmīgiem citiem pastiprina to, ka indivīds saredz un skaidro savu pasauli īpašā, izmainītā veidā. Šim pasaules attēlojumam raksturīga piesātinātība ar spēcīgam emocijām, ko ietekmē sarežģīto piesaistes attiecību pieredze. Klīniskos simptomus, piemēram, disociāciju, depersonalizāciju, patoloģisku trauksmainību vai sevis vainošanu, agresīvu, pārsteidzīgu, vardarbīgu un destruktīvu uzvedību, kas vērsta pret sevi un citiem, kompulsīvu aprūpi un pašpaļāvību, kā arī eiforiju, pastiprina ievainojamības, bezpalīdzības un pamešanas baiļu sajūtas. Arī jaunākie pētījumi apstiprina to, ka vecāku nedrošā piesaiste tiek saistīta ar psihopatoloģijas un psihiatrisku slimību attīstības risku viņu bērniem (Yoo, Kim, Shin, Cho & Hong, 2006). Tāpēc dažkārt tiek uzskatīts, ka jebkurš uzlabojums pēcdzemdību aprūpes un vecāku-bērnu attiecību nodrošināšanā var mazināt risku psihiskām saslimšanām.

Van IJzendoorna un Bekermana (van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996 kā minēts Ross, 2000) veiktā metaanalīze ar 33 empīriskiem gadījumiem liecina, ka nedrošā piesaistes organizācija un neatrisināta traumatiska pieredze sekmē psihisku traucējumu attīstību. Balstoties uz jūtības pret stresu modeli, agrīno bērnības piesaistes kvalitāti var uzskatīt par predisponējošu faktoru psihisku traucējumu attīstībā, kurš atrodas mijiedarbībā ar

intraindividūāliem un ārējiem riska faktoriem (Lewis & Feiring, 1991; Dozier et al, 1999 kā minēts Ross, 2000). Nespēja piesaistes attiecībās justies droši ir svarīgs psihisko traucējumu korelāts (Bowlby, 1988 kā minēts Ross, 2000). Nedrošā piesaiste var aizkavēt jaunu prasmju apguvi, ko nosaka grūtības izziņas procesā un atbilstoša priekšstata par pasauli veidošanā. Šiem cilvēkiem var būt raksturīga sevis „nesaderības” ar apkārtējo pasauli izjūta. Nedrošās piesaistes noturība pieaugušo vecumā var mazināt cilvēka spēju izmainīt savus priekšstatus par pasauli, saskaroties ar grūtībām. Nespēja tikt galā ar pārmaiņām tiek uzskatīta par veicinošu faktoru dažādu psihisko saslimšanu gadījumā. Piemēram, kāds pētījums liecina, ka mātes zaudējums vecumā līdz 11 gadiem tiek uzskatīts par veicinošu faktoru depresijai, gadījumos, kad indivīds sastopas ar negaidītiem dzīves notikumiem (Parkes & Stevenson-Hinde, 1982).

Vests un Šeldone daudz pētījuši nedrošo piesaisti, balstoties uz atziņu, ka atkārtoti piedzīvota nekonsekventa pieejamība un emocionāls atbalsts bērnībā var veicināt disfunkcionāla starppersonu attiecību stila izveidošanos, kas raksturīgi personības traucējumu gadījumā. Šie autori izveidojuši speciālu metodi piesaistes pētīšanai klīniskās izlasēs. Ir konstatēts, ka šīs metodes skalas var palīdzēt atpazīt cilvēkus ar psihiatriskām problēmām (West & Sheldon – Keller, 1994).

Balstoties uz literatūras analīzi, Vests izdalīja piecas pieaugušo piesaistes dimensijas: *pieejamība* - cik lielā mērā piesaistes figūra tiek uztverta kā uzticami pieejama,ka stresa situācijās piesaistes objekts atbalstīs un nepievils; *tuvības meklēšana*, kas izsaka tieksmi un nepieciešamību samazināt distanci jeb meklēt kontaktu ar piesaistes figūru stresa situācijās; *šķiršanās protesta dimensija* izsaka to, cik lielā mērā esoša vai gaidāma fiziska šķiršanās tiek uztverta kā apdraudoša piesaistes attiecībām, izsaka vēlmi noturēt piesaistes objektu blakām, raksturīgas arī pretenzijas par šķirti pavadīto laiku; *zaudējuma baiļu dimensija* – nespēja izjust pārliecību par piesaistes attiecību noturību jeb nākotni, raksturīgas arī šaubas par piesaistes objekta jūtām, bailes par tā zaudēšanu; *piesaistes figūras izmantošana* – cik lielā mērā indivīds pieprasa piesaistes figūras pieejamību un atsaucību, raksturo vēršanās pie piesaistes objekta (West, Spreng, Casares-Knight, Rose & Leiper, 1998).

Autori savu piesaistes stilu klasifikāciju balsta uz Boulbija nedrošās piesaistes kategorijām, bet šajā gadījumā netiek izdalīta droša piesaiste: *Uzmācīgās pašpaļāvības* kategorija saistās ar izvairīšanos no palīdzības un tuvības ar piesaistes objektu, ārēju pašpietiekamību, kuras pamatā tomēr ir ilgas pēc piesaistes, izvairīšanās no tuvības un pieķeršanās sniegšanas piesaistes objektam. *Uzmācīga aprūpēšana* tiek skaidrota kā indivīda orientācija uz citu vajadzībām, tās liekot augstāk par savējām un rūpēm, neatkarīgi, vai citi to

lūdz, kā rezultātā indivīds izjūt pašuzpurēšanos un mokas. *Uzmācīgā aprūpes meklēšana* tiek saprasta kā indivīda bieža un neatliekama palīdzības meklēšana savu problēmu risināšanā, no piesaistes figūras tiek sagaidīta atbildības uzņemšanās un galveno problēmu risināšana, rūpju saņemšana izsaka piesaistes jēgu. Indivīds izjūt pastāvīgu trauksmi zaudēt piesaistes objektu. *Dusmīgā aiziešana* saistīta ar indivīda negatīvu reaģēšanu uz piesaistes objekta nepieejamību vai neatsaucību, kas izraisa dusmas. Attiecībām raksturīga dusmīga vai spīta pilna aiziešana, pat ja jūtas netiek tieši izrādītas.

Arī citi autori, kas, pētot pusaudžus, izmantojuši šo piesaistes klasifikāciju, apstiprinājuši atziņu, ka šīs metodes skalas var palīdzēt noteikt psihiatriskas problēmas varbūtību. Lapslijs, Varšnijs un Ālsma konstatējuši, ka uzmācīgā aprūpes meklēšana, dusmīgā aiziešana un uzmācīgā pašpaļāvība var būt kā spēcīgi pareģotāji psihiatriskai simptomatoloģijai un nedrošai piesaistei (Lapsley, Varshney, Aalsma, 2000).

Parkes un Stīvensone-Hinde aprakstot divus nedrošās piesaistes uzvedības aspektus – izvairīgo uzvedību un pieķeršanos – kas sakrīt ar uzmācīgās pašpaļāvības un uzmācīgās aprūpes meklēšanas kategorijām, norāda, ka šie uzvedības modeļi var turpināties arī pieaugušo dzīvē, kurus izmantojot ir atrasti efektīvi veidi, kā bērnībā saglabāt tuvību ar māti, tomēr šiem uzvedības modeļiem var būt pretējs efekts pieaugušo vecumā. Uzmācīgi pašpaļāvīgais cilvēks var kļūt pastiprināti izolēts no apkārtējās sabiedrības, kurš dabiskā veidā izskaidro savu acīmredzamo pieķeršanās trūkumu kā vienaldzības apliecinājumu. Pārmērīgi pieķērīgais jeb uzmācīgi aprūpi meklējošais cilvēks sastopas ar savas uzvedības izraisītu citu cilvēku noraidījumu, ko viņš ir vēlējis novērst. Tas šīm personām liek pieķerties vēl stiprāk, kas savukārt var izraisīt šķietami nebeidzamu pieķeršanās/noraidījuma/pieķeršanās utt. ciklu. Šādas uzvedības ciklus aprakstīja Lindemans, kā raksturīgus studentiem ar biežām depresijas epizodēm un pašnāvnieciskām idejām, kuri bija agrīni piedzīvojuši mātes zaudējumu vai šķiršanos no tās (Lindeman, 1960 kā minēts Parkes & Stevenson-Hinde, 1982).

Pacientiem ar depresiju salīdzinājumā ar ne-klīnisku izlasi biežāk raksturīgi nedrošie piesaistes stili (Carnelley et al., 1994; Harris & Bifulco, 1991; Fonagy, 1996 kā minēts Ross, 2000). Pētot pusaudžu izlasi ar depresīviem traucējumiem, Vests konstatējis, ka uztvertā piesaistes figūras nepieejamība jeb drošības izjūtas nesasniegšana piesaistes attiecībās un augsti depresīvās simptomatoloģijas rādītāji ir cieši saistīti ar pašnāvniecisku uzvedību (West, Spreng, Rose & Adam, 1999). Pētot depresijas saistību ar piesaisti, Vests un viņa kolēģi atklājuši, ka indivīdi ar depresijas simptomiem uzrāda trauksmainās piesaistes īpašības (augstas piesaistes figūras zaudējuma bailes, spēcīga tiekšanās pēc tuvuma, zema droša pamata izjūta). Uzmācīgās aprūpes meklēšana un dusmīgā aiziešana tika saistīti ar depresiju (Pettem, West, Mahoney & Keller, 1992). Arī Viliams un Riskinds strādājuši šī traucējuma

izpētē. Autori, līdzīgi kā citi pētnieki atklāja, ka negatīvs kognitīvais stils un nedrošā piesaiste ir cieši saistīti ar depresiju un trauksmes simptomiem, turklāt savstarpēji neatkarīgi tie ir saistīti arī ar negatīviem afektiem. Tāpat nedrošo piesaisti varētu uzskatīt kā priekšnosacījumu kognitīvai jūtībai attiecībā pret trauksmi un depresiju (Williams & Riskind, 2004). Ir sastopami arī pētījumi, kur parādās, ka pacientiem ar ēšanas un depresijas traucējumiem vairāk bija raksturīgas izvairīgās un ambivalentās piesaistes stratēģijas (Kobak & Cole, 1994; Cole-Detke & Kobak 1996 kā minēts Ross, 2000).

Ja aprūpētājs piesaistes attiecībās ir neparedzams un lielā mērā konfliktējošs, tas sekmē saliktu un savstarpēji nesavienojamu indivīda paštēla modeļu attīstību. Šādu savstarpēji pretrunīgu modeļu un nedrošības ietekmes rezultātā, informācija, kura tiek iegūta no piesaistes sistēmas, netiek iekļauta psihē kā saskanīga iekšējā priekšstatu pasaule. Indivīds izjūt zināmu bezspēcību, kas pēc kognitīvo psihologu domām raksturīga depresijai (West & George, 2002).

Kā to atklāj Vesta pētījumi, dezorganizētā piesaiste ir pirmais solis attīstības ceļā uz patoloģisku disociāciju pieaugušo vecumā, ko apstiprina arī dažādi pētījumi. Sevišķi pusaudžiem ar neatrisināto jeb dezorganizēto piesaisti bija raksturīgi paaugstināti disociācijas skalas rādītāji, turklāt sievietēm biežāk parādījās ar attiecībām pārņemtā piesaiste (West, Adam, Spreng, & Rose, 2001). Bērniem ar pašdestruktīvu uzvedību autori konstatējuši agrīnas piesaistes attiecības, kuras iezīmē noraidījums, atstāšana novārtā vai vardarbība, un nereti arī viena vai abu vecāku zaudējums.

Kopumā Vests uzskata, ka psihiskie traucējumi, iespējams, attīstās no ļoti spēcīgām, pārņemošām emocijām, saspīlētiem, kas pavada piesaistes disregulāciju, kad indivīdu pārņem bezspēcības izjūta, ievainojamība, un zaudējuma bailes (George, West & Pettem, 1999). Tomēr pēdējos desmit gados Vests pētījumos nonācis līdz atziņai, ka dezorganizētā piesaiste varētu būt vairāk saistīta ar psihopatoloģiju un dažādiem attiecību traucējumiem, nekā citi nedrošās piesaistes stili (West, Rose, Spreng & Adam, 2000).

Pētot pacientus ar panikas traucējumiem un agorafobiju, tika konstatēta saistība starp pārspīlētu aizbildniecību un personības traucējumiem šiem cilvēkiem. Zemi aprūpes rādītāji un augsta kontrole bija saistīta ar distresu un izolāciju, savukārt augsti aprūpes rādītāji un zema kontrole ar zemāku distresa līmeni, augstākiem sociālā atbalsta rādītājiem un kopumā augstāku vispārējo labklājību (Latas, Starcevic, Trajkovic & Bogojevic kā minēts Willinger, 2002). Agorafobiski pacienti lielākoties ir ambivalenti piesaistīti (De Ruiter & van IJzendoorn, 1992; Liotti, 1991 kā minēts Ross, 2000).

Piesaiste ir pētīta arī pie distīmijas traucējumiem sievietēm. Rezultāti šajā pētījumā parādīja, ka 58% no 24 sievietēm ar distīmijas diagnozi uzrādīja ar attiecībām pārņemto

piesaistes stilu (Cole-Detke and Kobak, 1996; Fonagy et al., 1996 and Rosenstein and Horowitz, 1996 kā minēts West & George, 2002). Kopumā 92% šo sieviešu bija raksturīgs nedrošais piesaistes stils.

Fosati un kolēģu pētījumā teikts, ka nedrošā piesaiste ir netiešs riska faktors robežpersonības traucējumu attīstībai. Tieši nedrošā piesaiste palielina risku agresivitātei un impulsivitātei, kas raksturīgs šiem personības traucējumiem (Fosatti, Feeney, Carretta, Grazioli, Milesi, Leonardi & Maffei, 2005). Atkarīgas personības nespēj piedzīvot drošības izjūtu piesaistes attiecībās, tādēļ tās izrāda biežu un steidzamu aprūpi meklējošu uzvedību, reaģē intensīvi pie gaidāmas vai faktiskas šķiršanās un pauž milzīgu steidzamību uzmeklēt piesaistes figūru stresa gadījumā. Līdzīgi, mazohistiski personības traucējumi ietver piesaistes uzvedības anomālo (deviant) modeli - kompulsīvais aprūpētājs. Nespējot būt bez piesaistes attiecībām, šie indivīdi mēģina sasniegt drošības izjūtu, identificējoties ar otra vēlmi pēc aprūpes. Vienīgais emocionālu saišu nodibināšanas veids šķietami ir, pakļaujot savu vēlmi pēc aprūpes otra laimei. Abiem šiem traucējumiem pamatā ir bailes zaudēt piesaiste figūru.

Levi un kolēģi (Levy, Meehan, Weber, Reynoso & Clarkin, 2005) veicot plašus pētījumus klīniskā izlasē, secināja, ka rezistentā jeb atvairošā piesaiste (resistant attachment) ir saistīta ar robežstāvokļa, atkarības un pasīvi-agresīvas personības traucējumiem. Izvairīgi bailīgā piesaiste veidoja sakarību ar izolēšanās un šizoīdiem personības traucējumiem, izvairīgi noraidošā piesaiste uzrādīja saistību ar narcistiskiem, antisociāliem un paranoidāliem personības traucējumiem. Droša piesaiste negatīvi korelēja ar šizoīdiem, izolēšanās, šizotipiskiem un pasīvi-agresīviem traucējumiem. Rozenšteins un Horovics (Rosenstein and Horowitz, 1996), izpētot 60 hospitalizētus pusaudžus konstatēja, ka ar attiecībām pārņemta piesaiste korelē ar histēriskiem, robežstāvokļa, šizotipiskiem, obsesīvi kompulsīviem traucējumiem. Izvairīgi noraidošā piesaiste saistās ar narcistiskiem un antisociāliem personības traucējumiem, tai skaitā paranojas iezīmēm.

Arī Ross (2000) mēģinājis apkopot daudzus piesaistes pētījumus klīniskajā nozarē. Viņš uzsvēris, ka ir atrodami arī mēģinājumi piesaistes konstruktus apskatīt seksuālas vardarbības tēmas ietvaros. Cilvēkiem ar nedrošo-dezorganizēto piesaisti ir bieži raksturīga arī traumatiska pieredze, kas saistīta ar seksuālo izmantošanu. Fonagy izpētot 85 psihiatrijas pacientus, konstatēja, ka 90% bija raksturīga nedrošā piesaiste, starp šiem cilvēkiem daudzi bija robežstāvokļa pacienti ar vardarbības pieredzi (Fonagy et al., 1995 kā minēts Ross, 2000). Antisociāla personība arī tiek saistīta ar dezorganizēto piesaistes kategoriju (Rosenstein & Horowitz, 1996; Allen et al., 1996 kā minēts Ross, 2000).

Apkopojot klīniskajās izlasēs pētījumos par piesaisti gūtās atziņas, var secināt, ka šiem cilvēkiem biežāk raksturīgs kāds no nedrošās piesaistes stiliem, un liela nozīme psihisko traucējumu attīstībā ir drošības izjūtas trūkumam un bezspēcības izjūtai, ko piedzīvo daudzi no šiem cilvēkiem. Daži autori uzskata, ka tieši dezorganizētā piesaiste visvairāk saistās ar psihiatrisko traucējumu attīstību.

## **Šizofrēnija un tās attīstība piesaistes attiecību kontekstā**

### ***Šizofrēnijas jēdziens***

Šizofrēnija ir viens no visvairāk pētītajiem, bet vismazāk saprastiem psihiskajiem traucējumiem (Harrop, C. & Trower, P., 2001). Terminu „šizofrēnija” 1911. gadā ieviesa Šveices psihiatrs, psihoanalītiķis Eižens Bleilers, kas tulkojumā no grieķu valodas nozīmē «sašķelta dvēsele». Viņš uzskatīja, ka šizofrēniju raksturo četri pamatsimptomi: (1) autisms jeb noslēgtība, gremdēšanās sevī, jūtu notrulināšanās, motivācijas un intereses trūkums par apkārtni; (2) asociāciju traucējumi vai „šķelšanās”, kas nozīmē, ka domāšanai un runai raksturīgi pārrāvumi, pārlēcieni uz citu tēmu, grūtības noturēt uzmanību pie vienas tēmas vai darbības, kā arī tādi asociāciju savienojumi, kas citiem nav izsekojami; (3) ambivalence – neizlēmība, kas izpaužas gan uzvedības līmenī, gan pretrunīgās jūtās un attieksmēs; (4) afektīvi traucējumi – situācijai neatbilstošas jūtas un to izpausmes vai arī dabisku, situācijai atbilstošu jūtu neizpaušana. Šizofrēnijas pacientiem var nebūt raksturīgas visas minētās pazīmes, tās var viena otru papildināt. Smagākos gadījumos var notikt regresija. Šiem pacientiem raksturīga arī „domu uzspiešana”, „domu detrakcija”, dažāda veida halucinācijas, vajāšanas un iedarbības murgu idejas, motorisks nemiers, katatoniski simptomi, uzmācīgas domas un darbības, kā arī dezorganizācija (Kulbergs, 2001).

Šizofrēnijas simptomus mūsdienās pierasts dalīt pozitīvos, kas vieglāk ārstējami ar medikamentiem (murgi un halucinācijas) un negatīvos, kas var būt arī kā aizsargreakcija (noslēgtība, drūms garastāvoklis, klusēšana un autisms).

### ***Šizofrēnijas pacienta ģimenes psiholoģisks raksturojums***

Mātei ir liela loma šizofrēnijas slimnieka dzīvē un jau sešdesmito gadu pētījumos tika uzdoti jautājumi, vai mātes uzvedība un izturēšanās ietekmē bērna šizofrēnijas attīstību vēlākos gados. Kā izrādās, tad izšķiroša mēdz būt emocionālā atmosfēra ģimenē, jo sapratne, emocionāls siltums, atbalsts un saskaņota neverbālā reakcija un rīcība var nodrošināt bērnam drošības izjūtu un veselīgas pašpaļāvības veidošanos, savukārt to trūkums var veicināt

ievērojamu trauksmi. Šizofrēniju varētu veicināt arī bērna uzaugšana tādā ģimenes atmosfērā, kurā vecāki noklusē vai slēpj no bērna realitātes faktus. Līdz ar to neizveidojas atvērtas, patiesas un abpusējas attiecības starp bērnu un māti. Tieši pretēji, attiecības varētu būt tādas, kurās māte, piemēram, mēģina izmantot bērnu „parazītiskā” veidā – savu iekšējo, personisko vēlmju apmierināšanai. Šādās attiecībās bērns var tikt piesaistīts emocionāli ļoti cieši un izraisot kaunu var tikt kavēta viņa brieduma attīstība. Nereti šajās attiecībās raksturīga mātes dievināšana. Sulivans uzskata, ka šizofrēnija attīstās no traucētām interpersonālajām attiecībām, sevišķi, kādas tās piedzīvotas bērnībā. Pacients piedzīvo triecienu pašcieņai, kas izraisa paniku un trauksmi, un vēlāk parādās izkropļotas attiecību interpretācijas, kurās viņš iesaistās. Slimību rosina drošības zaudējums interpersonālās attiecībās. Sulivana psihoterapija koncentrējas uz palīdzību pacientam piedzīvot drošību interpersonālās attiecībās (Sullivan, 1947, 1950 kā minēts Macnab, 1965). Savukārt Froma-Reihmana apraksta šizofrēnijas pacienta vientulības izjūtu un tieksmi pēc intimitātes. Autore uzsver, ka terapeita loma ir būt par drošo tiltu uz realitāti (Fromm-Reihmann, 1939, 1959 kā minēts Macnab, 1965).

Raksturojot šizofrēnijas slimnieku attiecības ar piesaistes figūru, tiek izmantotas trīs teorētiskās pieejas, kuras balstās uz empīriskiem pētījumiem: Beitsona (Bateson) grupai raksturīga ideja par „dubulto sasaisti jeb pakļaušanu” (double bind), kas tiek saprasta kā īpaša veida mācīšanās konteksts, no kura augošais bērns nevar izbēgt, un kurā viņš ir pakļauts pretrunīgām ziņām, kuras pieprasa svarīgu sevis aspektu vai savas pieredzes noliegšanu. Bieži vien mātes komunikācija ar savu bērnu ietver savstarpēji konfliktējošas ziņas, kas rada bērnam apjukumu un nostāda viņu dilemmas priekšā:

„Ja es saglabāšu saikni ar māti, es nedrīkstu viņai parādīt, ka viņu mīlu, bet, ja es viņai neizrādīšu, ka viņu mīlu, es viņu zaudēšu.”

Sods seko jebkurai no izvēlēm un situācija tiek padarīta neizbēgama, kas kavē bērna centienus izbēgt no emocionāli graužošās situācijas. Regulāra nokļūšana šādās situācijās noved pie savu ziņu jēgas noliegšanas, jo no soda ir iespējams izvairīties tikai, neļaujot otram saprast savu atbildi. Beidzot cilvēks izturas tā, it kā būtu zaudējis spēju atšķirt savu un otra ziņu patieso jēgu, tas ir – viņš izrāda šizofrēnisku uzvedību (Mishler & Waxler, 1975).

Lidzas (Lidz) grupas teorijas iezīme attiecībā uz šizofrēniju ir vecuma un paaudžu robežu neskaidrība. Ģimene tiek uztverta kā patoloģiska, kurā vecāki izturas neatbilstoši savam dzimumam un vecumam, bērnam tiešā un netiešā veidā bieži tiek mācīta neatbilstoša uzvedība, iracionāla domāšana un nereālistisks skatījums uz ārējo pasauli, kā sekas ir identitātes veidošanās izkropļojumi, ko šīs teorijas pārstāvji uzskata par psiholoģisko šizofrēnijas attīstības pamatu. Māte ar pārspīlētu aizsargāšanu un kontrolēšanu iejaucas sava bērna iniciatīvas un autonomijas attīstībā, nespējot nodibināt atbilstošas saites starp sevi un

bērnu. Tiek izdalīti divi šizofrēnisko ģimeņu tipi: „sašķiebtās” (*skewed*) un „sašķeltās” (*schiz*) ģimenes. Pirmajam ģimenes tipam raksturīga patoloģiska, dominējoša centrālā figūra, parasti māte, kura neatšķir savas un sava bērna vēlmes, trauksmi un jūtas, tiecas pēc pilnības caur savu bērnu, ir uzmācīga un emocionāli vardarbīga attiecībā pret sava bērna dzīvi un autonomajām vēlmēm. Mēģinājumi atdalīties tiek uztverti kā mēģinājumi kaitēt vai pat nogalināt viņu (Lidz, 1965, 1979). Tēvs šajās ģimenēs ir pasīvs un papildina mātes lomu. Savukārt otrajam ģimenes tipam raksturīgs hronisks naidīgums un attālināšanās. Vecāki savstarpēji konfliktē, cīnoties par bērna lojalitāti un cenšoties pazemināt otra vecāka vērtību bērnu acīs. Mātēm bieži vien raksturīga nedrošība un pazemināta pašcieņa, pārspīlēta bērnu kontrolēšana, aizsargāšana, kā arī nepietiekoša empātija. Savukārt tēviem raksturīgas tirāniskas iezīmes, tie ir nekonsekventi, neuzticīgi attiecībā pret citiem. Bērns izjūt spēcīgu apjukumu, jo tiecoties izturēties pozitīvā veidā pret vienu vecāku, viņš izsauc otra vecāka noraidījumu, internalizētā vecāku nesamierināmība un nesavienojamība noved pie superego un ego šķelšanās. Šizofrēnijas uzliesmojumā liela loma pēc šo teorētiķu atziņām ir stabilitātes trūkumam ģimenes attiecībās, haosam, iznīcinošām un ar asinsgrēku saistītām (incestuālām) vēlmēm, kuras var būt raksturīgas abiem vecākiem un kuras draud izlauzties bērna pusaudžu vecumā (Lidz, 1965, 1973).

Vaina (Wynne) grupas teorijas pamathipotēze ir, ka domāšanas traucējumu veidošanos šizofrēnijas slimniekiem veicina traucēti savstarpējās mijiedarbības modeļi ģimenē. Vains uzskata, ka atbilstošai identitātes un veselīga, labi funkcionējoša ego veidošanai nepieciešama ne tikai stabila un saskanīgi jēgpilna apkārtējā vide, bet arī iespēja izmēģināt un izvēlēties dažādas lomas attīstības laikā. Šizofrēniķu ģimenes nenodrošina šādu stabilu vidi – lomu struktūrā tās ir vai nu pārāk rigīdas vai pārāk vaļīgas un neskaidras, savstarpējas papildināšanās trūkums tiek slēpts zem pseido savstarpējas sakarības fasādes, komunikācija un mijiedarbība ir izjaukta un sadrumstalota. Emocionālais spiediens, kurš tiek radīts, lai saglabātu un uzturētu šo fasādi un noliegtu vai novērstu attiecību bezjēdzīgumu atzīšanu, veicina bērna pakļaušanos ģimenes sistēmai; sankciju uzspiešana efektīvi izolē no citiem socializācijas avotiem (Mishler & Waxler, 1975).

Kopumā var secināt, ka teorētiskās atziņas liecina par šizofrēnijas ģimenes garīgo neveselīgumu attiecībā uz indivīdu, šīm ģimenēm varētu būt raksturīgas īpatnējas attiecību formas, kuras saistās ar „izplūdušām” lomu funkcijām, pretrunīgām jūtām, domām, saskarsmē nodotām ziņām, kā arī emocionālu spriedzi piesaistes figūras dominēšanas un saplūšanas ar to dēļ, kurā tiek nostādīts bērns, kas ar laiku var novest pie attālināšanās no ārējās vides. Lai nenonāktu konfliktā ar māti vai tēvu, bērns ir spiests atteikties no sava viedokļa un jūtām, kas noved pie to neizrādīšanas un apspiešanas.

### *Šizofrēnijas attīstību ietekmējošie faktori*

Ir veikti pētījumi, kuros salīdzināti šizofrēnijas slimnieki un viņu brāļi vai māsas. Šizofrēnijas pacientiem un cilvēkiem ar šizoafektīviem traucējumiem konstatēja mazāk aprūpi un vairāk pārspīlētu aizbildniecību un aizsardzību salīdzinājumā ar viņu viena dzimuma veselajiem brāļiem vai māsām. Balstoties uz dažādos pētījumos gūtajiem rezultātiem, tika noformulēta tā sauktā 'bezjūtu kontrole', ko šie pacienti izmanto, lai aprakstītu savas mātes uzvedību (Parker, Fairley, Greenwood, Jurd & Silove, 1982; Onstad, Skre, Torgersen & Kringlen, 1994; kā minēts Willinger, Heiden, Meszaros, Formann & Aschauer, 2002; Helgeland & Torgersen, 1997). Šie cilvēki, salīdzinājumā ar saviem māsām vai brāļiem, bija vairāk atturīgi, distancēti, nespējīgi izjust mīlestību un reti kontaktējās ar citiem līdz 16 gadu vecumam, kas varētu būt saistīts ar mātes pārspīlēto aizbildniecību, emocionālā siltuma trūkumu un zemiem aprūpes rādītājiem. Tas varētu būt ietekmējis arī viņu sociālās pielāgošanās spējas, pieaugušo vecumā izveidojušos sociālo izolētību, neatsaucību, noslēgtību, zemāku sociālo kompetenci, kautrīgumu heteroseksuālu kontaktu laikā, nespēju veidot ilgstošas attiecības, kā arī vairāk depresīvu un trauksmainu garastāvokli un arī šizotipiskas un šizoīdas personības īpašības (Willinger, Heiden, Meszaros, Formann & Aschauer, 2002). Kopumā šie cilvēki atšķiras no veselajiem brāļiem un māsām emocionālo un starppersonu attiecību veidošanā.

Pētot šizofrēnijas pacientu dzīves kvalitātes līmeni, kā būtiskākie priekšnosacījumi tam tika noteikti divi sociālā atbalsta komponenti: piesaiste un vērtības apliecinājums. Ikdienas grūtību smagums, grūtību pārvarēšanas stratēģijas, lai situāciju mainītu, izglītības līmenis un kopumā hospitalizācijā pavadītais laiks arī tika konstatēti kā saistīti ar dzīves kvalitāti (Caron, Lecomte, Stip & Renaud, 2005).

Dažos pētījumos tiek mazināta ģimenes nozīme šizofrēnijas attīstībā. Tiek uzsvērts, ka, ne mijiedarbībai ģimenē, ne vides stresam nav būtiska loma šizofrēnijas attīstībā. Pētnieki izsaka ideju, ka tādi simptomi, kā izolētība, emociju neizreaģēšana un neparasti komunikācijas modeļi, varētu būt vairāk saistīti ar slimībai raksturīgajiem sarežģījumiem (Taylor, 1987). Pastāv uzskats, ka šizofrēnijas attīstībā dominējošas mātes un pasīva tēva, mazturības, personības vai rakstura vājuma, kā arī negatīvas audzināšanas loma nav tik izšķiroša, kā tas tiek aprakstīts literatūrā. Arī „dubultās piesaistes” teorija ir daļēji apstiprināta. Tomēr bērna Ego attīstības ierobežošana un atstāšana novārtā tiek atzīta kā pietiekami nozīmīgi faktori, kas var ietekmēt šizofrēnijas attīstību. Apkopojot, var teikt, ka stresu izsaucoši ģimenes faktori var ietekmēt slimības norisi, bet tie nav viennozīmīgi cēloņi šizofrēnijas attīstībā ([de.wikipedia.org](http://de.wikipedia.org)).

Iepriekšminētajam pretēji, 2001. gadā tika veikts pētījums, kura pierādījās, ka agrīnas piesaistes trūkums un ilgstoša attālināšanās no viena vai abiem vecākiem var būt būtisks faktors šizofrēnijas attīstībai (Bhugra, Mallett & Leff, 2001).

Mēģinot izskaidrot šizofrēnijas cēloņus, tika ieviests paaugstinātās ievainojamības jēdziens, kas ietver sevī gan bioloģiskas dabas, gan psiholoģiskus cēloņus. Pēc pētījumos gūtajām atziņām var secināt, ka sliecību uz šizofrēniju rada trīs pamatiemesli: iedzimts palielināts jūtīgums noteiktos smadzeņu dopamīncentos, neliels, agri radies smadzeņu bojājums, dzemdību trauma vai vīrusu infekcija grūtniecības laikā, kā arī psiholoģiskā vide bērnībā vienlaikus ar iedzimto noslieci uz saslimšanu. Pie šizofrēniju izraisošiem notikumiem tiek pieskaitīta arī tuva, drošības izjūtu sniedzoša, cilvēka zaudējums, nokļūšana nedrošā vidē vai jebkurš cits notikums, kas cilvēkam izraisījis pārmērīgas psihiskas sāpes (Kulbergs, 2001).

### ***Šizofrēnija un piesaistes īpatnības***

Vests 1987. gadā publicējot „Savstarpējās piesaistes aptauju” ar pielikumu tiem, kam nav piesaistes figūras, atklāja, ka pastāv gadījumi klīniskajās izlasēs, kad indivīds nevar klasificēt savu piesaisti pierastajos piesaistes stilos, viņš nevar nosaukt nevienu cilvēku, kam viņš būtu īpaši pieķēries, kas lika secināt, ka šiem cilvēkiem nav piesaistes figūras. 2003. gadā tika izdarīts nozīmīgs atklājums. Korena – Karija un viņas kolēģi atklāja, ka dažiem indivīdiem neklīniskajā izlasē arī var nebūt piesaistes figūras, kas saistāms ar vecāku zaudējumu bērnībā. Šie indivīdi attiecībā izjūt tukšumu un nevar nosaukt nevienu nozīmīgu piesaistes figūru dzīves laikā (Koren – Karie, Sagi Schwartz & Joels, 2003).

Bells (Bell, Lysaker, & Milstein, 1992) konstatējis, ka pētījumu izlases ar dažādām psihes patoloģijām uzrāda objektattiecību deficītu daudz biežāk nekā ne-klīniskās pētījuma izlases. Pastiprināti viņš pētījis arī šizofrēniju un atklājis, ka šizofrēnijas slimniekiem raksturīgs objekta attiecību trūkums (92% konkrētajā izlasē) un atsvešinātība (85% izlasē). Šiem cilvēkiem piemīt pārliecība, ka attiecības nevar būt emocionāli apmierinošas. Slimnieki ar izteiktiem negatīviem simptomiem šī pētījuma izlasē uzrādīja zemākus nedrošās piesaistes rādītājus un augstākas vērtības egocentricitātes skalā. Šie cilvēki veido virspusējas sociālas attiecības, kurās dalībniekiem nepiemīt īsta piederības vai savienotības izjūta. Tipiskas ir dusmas un naidīga attālināšanās, empātija attiecībā pret citiem ir ierobežota. Šī īpatnība tika interpretēta kā atsvešināšanās bez protesta pret ciešanām vai šizoīdas piesaistes forma. 41% slimnieku šajā pētījumā parādījās pastiprināta atsvešināšanās un egocentrisma iezīmes.

Arī Harijs Gantrips (Guntrip, 1969), kurš gan nav piesaistes teorijas pārstāvis, tomēr labi raksturo šizoīdo pacientu objektattiecības. Viņš uzsver, ka šizoīdo stāvokli pirmkārt raksturo mēģinājumi „izsvītrot” ārējas objektattiecības un dzīvot attālinātā un atdalītā veidā.

Šo cilvēku attieksmi pret apkārtējo pasauli autors raksturo šādi: neiesaistīšanās un bezjūtu novērošana no attāluma. Apzinātais ego atrodas starp divām pasaulēm – iekšējo un ārējo, neesot tieši saistīts ne ar vienu no tām. Cilvēku ar šizoīdiem traucējumiem vada trauksme par nošķiršanos no visām objektattiecībām. Kad grūtības sasniegt un saglabāt labas objektattiecības ir pārāk spilgti izteiktas, un cilvēku attiecības tiek uzturētas ar pārāk lielu trauksmi un konfliktu, cilvēks bezjēdzīgi mēģina noliegt un iznīcināt šo pamatvajadzību. Cilvēki ieraujas savā čaulā, iegrimst bezpersoniskā darbā, likvidē attiecības ar sev svarīgiem cilvēkiem, cik vien tas ir iespējams, ziedo sevi abstrakcijām, idejām, teorijām, organizācijām utt. Jo vairāk cilvēks norobežojas no ārējām objektattiecībām, jo vairāk viņš tiek atgrūsts atpakaļ emocionāli saspīlētās izdomātās objektattiecībās savā iekšējā pasaulē, līdz psihotiskais dzīvo tikai savā iekšējā pasaulē. Tomēr tā vēl joprojām ir objektattiecību pasaule. Tieši tādēļ šizoīdā cilvēka mēģinājumi atteikties no objektattiecībām un nošķirties no ārējās pasaules, kas viņā izsauc trauksmi, beidzas postoši, jo, autoraprāt, tie ir mēģinājumi noliegt daļu no cilvēka būtības, dabisko pamatvajadzību.

Šiem cilvēkiem raksturīga īpaši intensīva, neapmierināta tieksme pēc mīlestības, konsekventi iekļaujoša un monopolizēta attieksme pret tiem, kuri viņam ir vajadzīgi. Šie cilvēki savas vēlmes attiecina uz citiem, tiko attiecībās ienāk neviltotas jūtas, šie cilvēki tās sāk izjust kā savstarpēji pārņemošas, it kā attiecības draudētu viņus „aprīt”. Jūtas rada milzīgu trauksmi, šķiet, ka nav citu alternatīvu kā aiziet no šīm attiecībām, lai nezaudētu savu neatkarību un sevi pašu. Tātad šizoīdais indivīds atrodas dilemmas priekšā, jo viņš nespēj ne būt attiecībās ar kādu citu cilvēku, ne arī dzīvot bez attiecībām, ko autors saista ar to, ka šāds cilvēks nav vēl izaudzis no infantilās atkarības no objekta. Šī svārstīšanās pie un prom no objekta var veicināt tik lielu trauksmes pieaugumu, ka cilvēks kļūst šizoīds, emocionāli nepieejams, pašpietiekams un noslēdzies no ārējās pasaules. Šiem cilvēkiem var būt raksturīga emociju intensitātes mazināšanās, vienaldzība, vientulīguma, depersonalizācijas izjūta, regresija (Guntrip, 1969).

Objektattiecību trūkums un grūtības tuvoties padara terapeitisko aliansi ar šiem cilvēkiem īpaši grūtu. Viņiem tiek piedēvēts pamatuzticēšanās trūkums un viņi nav izveidojuši asimilētu priekšstatu par otru kā atdalītu no sevis paša, kas var novest pie vājām ego robežām, pastiprinātu risku psihozei un var veicināt realitātes uztveres traucējumus (Blatt & Wild, 1976 kā minēts Bell, Lysaker & Milstein, 1992). Pusei no izlases cilvēkiem Bella veiktajā pētījumā bija augsti rādītāji sociālās nekompetences skalā, šie cilvēki bieži stāsta par savu pieredzi un sociālās nemākulības izjūtu. Tādēļ mūsdienās ārzemēs tiek attīstīti sociālo prasmju treniņi šiem cilvēkiem, jo atveseļošanās procesā būtiska nozīme ir sociālo kontaktu tīkla noturībai un kvalitātei (Liebermann, 1990 kā minēts Bell, Lysaker & Milstein, 1992).

Trešdaļai izpētes grupas bija raksturīga nedrošā piesaiste, kas nozīmē, ka šie cilvēki piedzīvojuši sāpīgas starppersonu attiecības, bailes no noraidījuma un izmisīgu tiekšanos pēc tuvības. Lielāki biežuma rādītāji citās skalās un mazāki šajā, autoruprāt, liecina par to, ka šizofrēnijas pacienti it kā sevi aizsargā no potenciālas dezorganizācijas un pārņemošām zaudējuma jūtām, tādēļ attālinās no attiecībām un neiegulda pūles to veidošanā un uzturēšanā.

Ross, aprakstot klīnisko izlašu piesaistes īpatnības, par šizofrēnijas pacientiem raksta, ka viņu vidū bija liela daļa nedrošās piesaistes pārstāvju (Tyrell & Dozier, 1997; Dozier, 1990; Dozier & Kobak, 1992 kā minēts Ross, 2000).

Kamačo ar kolēģiem (Camacho, Leon & Uribe, 2005) nesenā pētījumā atklājuši, ka šizofrēnijas pacientu, kuri atradās remisijā, uztvere attiecībā pret vecākiem atšķiras no kontroles grupas uztveres. Šizofrēnijas pacienti uztvēra savus vecākus kā emocionāli vēsākus un attālinātākus. Taču, kad psihose pastiprinājās, uzlabojās arī priekšstats par audzinātājiem.

Teits ar kolēģiem atklājis, ka problēmrisināšanā, šizofrēnijas pacienti biežāk lieto izvairīšanās stratēģijas ne kā tuvošanās stratēģiju (Tait, Birchwood & Trower, 2004).

No pārskatītajiem pētījumiem var secināt, ka iepriekš veiktajos izpētes darbos parādījās šizofrēnijas pacientiem objektattiecību trūkums, kas varētu nozīmēt, ka liela daļa šizofrēnijas pacientu saskarsies ar grūtībām identificēt piesaistes objektu un Vesta izstrādātās metodes cilvēkiem bez piesaistes figūras lietošana šajā izlasē būs atbilstoša.

Teorētiski un pētnieki ir vienisprātis attiecībā uz to, ka klīniskajās izlasēs, arī pie šizofrēnijas traucējumiem, ir raksturīgi nedrošās piesaistes stili. Analizējot iepriekšējās apakšnodaļās minētās teorētiskās atziņas, ka šizofrēniķiem raksturīga piesaistes figūras spēcīga idealizācija, zināma uzpurēšanās un atkarība attiecībās, kā arī pretrunīgo attiecību rezultātā izveidojies zems pašvērtējums (Macnab, 1965; Lidz, 1965, 1979; Mishler & Waxler, 1975; Kulbergs, 2001), var izteikt minējumu, ka, iespējams, dažiem šizofrēnijas pacientiem varētu uzrādīties ar attiecībām pārņemtais piesaistes stils pēc Bartolomjū klasifikācijas, un pēc Vesta – uzmācīgās aprūpes meklēšanas kategorija. Savukārt saskaņā ar citu teorētiku atziņām par šizofrēniķu attālināšanos no ārējās vides, noslēgtību, egoismu, bet vienlaicīgu spēcīgu tieksmi pēc mīlestības un bailēm tikt ievainotam, tādēļ ārēju jūtu neizrādīšanu (Guntrip, 1969; Bell, 1992; Kulberg, 2001; Tait et al, 2004), manuprāt, pastāv iespējamība, ka šie pacienti uzrādīs izvairīgi noraidošo piesaistes stilu un pēc Vesta – uzmācīgi pašpaļāvīgo piesaisti.

Tā kā iepriekš nav pētīti piesaistes stili šizofrēnijas pacientiem, izmantojot tieši Malkolma Vesta metodi, tad secinājumi par iespējamiem piesaistes stiliem tiek izteikti pieņēmumu un minējumu formā, kas tiks pārbaudīti šī pētījuma ietvaros.

*Pētījuma jautājumi:*

Vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības piesaistē šizofrēnijas slimniekiem un pieaugušajiem kontroles grupā?

Kādas piesaistes īpatnības raksturīgas šizofrēnijas slimniekiem?

Vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības piesaistē šizofrēnijas slimniekiem bez piesaistes figūras un pieaugušajiem kontroles grupā bez piesaistes figūras?

## Metode

Ir izveidotas dažādas metodes, kas pēta piesaisti gan starp bērnu un māti (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978, kā minēts Waters, 2002), kas raksturo pieaugušā bērnības piesaistes pieredzi (George, Kaplan, Main, 1996), kas pēta pieaugušo piesaistes veidu (Sperling & Berman, 1991; Bartholomew & Horowitz, 1991) un kas piemērotas piesaistes pētīšanai klīniskajās izlasēs (West, Sheldon – Keller, 1994). Iepriekš veiktajos pētījumos gan ārzemēs, gan Latvijā, konstatēts, ka dažādās pieaugušo piesaistes stila mērīšanas pieejas sasaucas un ir savstarpēji papildinošas, neatkarīgi no nedaudz atšķirīgā piesaistes definējuma dažādiem autoriem (Martinsons, 2003). Tas rada iespēju viena pētījuma ietvaros izmantot dažādas metodes un arī salīdzināt gūtos rezultātus.

### *Pētījuma dalībnieki*

Klīnisko izlasi veido 31 psihiatriskās slimnīcas jeb Garīgās Veselības Valsts Aģentūras stacionāra pacients (15 sievietes un 16 vīrieši) ar uzstādītu šizofrēnijas diagnozi vecumā no 19 – 56 gadiem, kuriem ir saglabātas intelektuālās spējas un kuri neatrodas psihozes stadijā. Ne-klīniskajā izlasē iekļauti 35 pieaugušie (19 sievietes un 16 vīrieši) bez psihiatriskas diagnozes vecumā no 19 – 55 gadiem. Pētījumā netika iekļautas 4 sieviešu anketas no klīniskās izlases, jo 3 no dalībniecēm neatbilda pēc vecuma, savukārt 1 dalībniece netika iekļauta pārāk īsā pazīšanās perioda ar pieķeršanās figūru dēļ. Neklīniskajā izlasē netika iekļautas 4 anketas – divas tādēļ, ka dalībnieces neatbilda pēc vecuma, savukārt 2 bija nekorekti izprastas instrukcijas un aizpildītas anketas.

Pētījumā tika kontrolēti tādi mainīgie kā vecums, dzimums, izglītības līmenis, ģimenes stāvoklis, ar ko pašreiz dzīvo kopā, tuvu draugu esamība u.c. abās izlasēs, bet klīniskajā – diagnoze, kā arī, vadoties pēc pacienta iespējām to novērtēt – kopējais slimnīcā pavadītais laiks.

Šizofrēnijas pacientu piedalīšanās pētījumā tika saskaņota ar Latvijas eksperimentālās un klīniskās medicīnas institūta zinātniskās izpētes komisiju. Pacienta aizsardzība paredz brīvprātīgu piedalīšanos šajā pētījumā, tādēļ anketām tika pievienota piekrišanas veidlapa, kurā bija norādīts pētījuma veicējs, pētījuma nolūks, aptuvenais laiks, datu konfidencialitāte un brīvprātīgā piedalīšanās pētījumā (skat. 1.pielikumu).

### *Instrumentārijs*

Visiem respondentiem tika piedāvāta Bartolomjū un Horovica „Attiecību aptauja” (*The Relationship Questionnaire*, Bartholomew & Horowitz, 1991, adaptējusi Bite, 1998), lai

noteiktu viņu piesaistes stilu (skat. 2.pielikumu). Šī pašnovērtējuma metode tulkota LU klīniskās psiholoģijas katedrā 1998. gadā un iepriekš plaši izmantota dažādos pētījumos. Tā kā viena no pētījuma izlasēm būs neklīniska, uzskatīju par nepieciešamu iekļaut izpētē metodi ar drošās piesaistes stila klasifikāciju. Aptaujas aizpildīšana sastāv no diviem etapiem, pirmajā dalībnieks izlasa četru dažādu attiecību veidošanas stilu aprakstus un novērtē, kurš no tiem visprecīzāk raksturo viņa izturēšanos tuvās attiecībās. Otrajā etapā respondents izvērtē katru no šiem aprakstiem pēc Likerta skalas (1- nemaz neraksturo mani, 7 – ļoti līdzīgi man), cik lielā mērā tas raksturo viņa attiecības ar cilvēkiem. Stilu apraksti atbilst A – drošais, ALPHA .51, B – izvairīgi bailīgais, ALPHA .58, C – ar attiecībām pārņemtais, ALPHA .51, un D – izvairīgi noraidošais piesaistes stils, ALPHA .64 (Bite, 2002).

Pētījuma izlasēm kā otrā tika piedāvāta Vesta un Šeldones izveidotā „Savstarpējās piesaistes aptauja” (*Reciprocal Attachment Questionnaire* jeb *RAQ*, West, Sheldon & Reifer, 1987 adaptējusi Martinsone, 2003), kas piemērota izmantošanai tieši klīniskām izlasēm ar personības traucējumiem, bet izmantojama arī ne-klīniskām izlasēm, lai noteiktu respondentu piesaistes stilu kategorijas un dimensijas (skat. 3.pielikumu). Šo metodi Baiba Martinsone adaptējusi doktora disertācijas ietvaros Latvijā 2003. gadā (Martinsone, 2003). Metodes iekšējās saskaņotības rādītājs ALPHA = .84. Šeit respondentam vispirms ir jāiepazīstas ar piesaistes figūras jeb pieķeršanās objekta aprakstu, jo tālākie metodikas 43 apgalvojumi jāizvērtē pēc Likerta skalas no 1 (pilnīgi nepiekrītu) līdz 5 (pilnīgi piekrītu), paturot prātā šo aprakstu. Tāad apgalvojumi jāizvērtē, domājot par savu pieķeršanās objektu, kas šajā gadījumā tiek definēts kā vienaudzis, ar kuru ir savstarpējas jeb abpusējas attiecības, ar kuru jūtas ļoti tuvs, pie kura griežas pēc atbalsta, mierinājuma, padoma, mīlestības u.c. Piedāvājot aizpildīšanai šo aptauju, apzīmējums „piesaistes figūra” tika aizvietots ar vārdu „pieķeršanās objekts”, tāpat kā to darījusi Baiba Martinsone savā pētījumā. Tas tika darīts, lai pētījuma dalībniekiem padarītu vieglāku un saprotamāku anketas instrukciju un šī specifiskā termina uztveri. Kad dalībnieks ir iepazinies un izpratis instrukciju, viņam ir jānovērtē, vai šobrīd viņam ir vai nav pieķeršanās objekts.

Saskaņā ar teorētiskajām nostādnēm šizofrēnijas pacientiem var nebūt piesaistes figūras, tāpēc šiem respondentiem, kā arī atbilstošajiem respondentiem neklīniskajā izlasē, kas novērtēja, ka viņiem patreiz nav piesaistes figūras, atbilstošas aptaujā dotajam aprakstam, tika piedāvāts aizpildīt Vesta un Kellerses „Savstarpējās piesaistes aptaujas” (*Reciprocal Attachment Questionnaire* jeb *RAQ*, West & Keller, 2000) pielikumu, kas domāts cilvēkiem bez piesaistes figūras – „Ja Jums pašlaik nav pieķeršanās objekta” (*If You Do Not Currently Have An Attachment Figure*). Šī pielikuma adaptācija un pirmreizējā pielietošana Latvijā paredzēta šī maģistra darba ietvaros. Minētā metode sastāv no 59 apgalvojumiem, kurus katru

jāizvērtē pēc Likerta skalas no 1 (pilnīgi nepiekrītu) līdz 5 (pilnīgi piekrītu), ļauj izpētīt piesaistes dimensijas tiem, kam šobrīd nav piesaistes figūras (skat. 4. un 5. pielikumu). Sazinoties ar vienu no autoriem – Adrianu Kelleri izdevās iegūt šīs metodes elektronisko versiju. Tā kā kontakti bija īslaicīgi un tika pārtraukti no autores puses nezināmu iemeslu dēļ, tad nav iegūts precīzs šīs metodes pilnās versijas publikācijas avots un gads. Atsevišķu skalu izmantošana pētījumos parādās divās, man zināmās publikācijās 1990. un 1995. gadā (Sheldon & West, 1990 un West, Rose, Sheldon-Keller, 1995).

Izvērtējot metodes, tiem, kam šobrīd ir piesaistes figūra, apgalvojumus, katrs no tiem tiek ierindots kādā no 5 piesaistes dimensijām vai 4 piesaistes stilu aprakstiem: *tuvības meklēšanas* (proximity - seeking), ALPHA .75, *šķiršanās protesta* (separation protest), ALPHA .63, *zaudējuma baiļu* (feared loss), ALPHA .61, *pieejamības* (availability), ALPHA .40, un *izmantošanas* (use), ALPHA .67 dimensija, kā arī *uzmācīgās pašpaļāvības* (compulsive self-reliance), ALPHA .70, *uzmācīgās aprūpēšanas* (compulsive care giving), ALPHA 0.75, *uzmācīgās aprūpes meklēšanas* (compulsive care seeking), ALPHA .68 un *dusmīgās aiziešanas* (angry withdrawal), ALPHA .71, piesaistes stili (Martinsone, 2003). Aptaujā, kas domāta cilvēkiem bez piesaistes figūras tiek izdalītas 5 dimensijas (West & Keller, 2000), šo dimensiju iekšējās saskaņotības rādītāji ir zināmi no dažādām publikācijām, kurās izmantotas atsevišķas metodes daļas: *vēlme pēc tuvām attiecībām* (desire for close relationships), ALPHA .76, *zaudējuma vai noraidījuma baiļu* (fear of hurt or rejection), ALPHA .77 (Sheldon & West, 1990), *distances saglabāšana attiecībās* (maintains distance in relationships), *augstas pašpietiekamības prioritātes* (High priority on self sufficiency) un *piesaiste samazina drošības izjūtu* (attachment decreases security) dimensija, šīm skalām ALPHA ir robežās no .72 līdz .88 (West, Rose & Sheldon-Keller, 1995).

Vēl pētījuma dalībniekiem, līdzīgi kā Vesta aptaujas oriģinālā, tika piedāvāta demogrāfisko datu aptauja (skat. 6. pielikumu), ar kuras palīdzību tika kontrolēts vecums, dzimums, izglītības līmenis, ģimenes stāvoklis, ar ko respondents patreiz dzīvo kopā, tuvu draugu esamība, vai pēdējā laikā ir uzsāktas vai izbeigtas attiecības ar pieķeršanās objektu, kā arī ilgākais laiks, kas pavadīts šķirti no pieķeršanās objekta. Klīniskajā izlasē tika jautāts arī novērtēt pēdējā un kopējā slimnīcā pavadītā perioda ilgumu. Tomēr no 9 pacientiem šīs atbildes netika iegūtas.

### **Procedūra**

Pētījuma dalībniekiem tika piedāvātas aizpildīšanai piekrišanas veidlapa par piedalīšanos pētījumā, Attiecību aptauja, tad, atkarībā no tā, vai respondentiem ir vai nav piesaistes figūras, pētījuma dalībnieki aizpildīja attiecīgo Savstarpējās piesaistes aptaujas

daļu, un kā pēdējā tika aizpildīta demogrāfisko jautājumu lapa. Pētījuma dalībnieki anketas aizpildīja individuāli, bez laika ierobežojuma. Klīniskās izlases dalībnieku pētījuma dati tika ievākti psihiatriskajā slimnīcā. Daļa no pacientiem tika aptaujāti dienas stacionārā. Neklīniskajā izlasē daļa cilvēku tika aptaujāti, dodot anketas klātienē, daļa – aizsūtīt anketas elektroniskā veidā.

## Rezultāti

Pētījuma dalībnieku vidējais vecums abās izlasēs ir samērā tuvs – klīniskajā izlasē tie ir 37,45 gadi, bet neklīniskajā izlasē – 36,86 gadi, starp izlasēm vecuma ziņā nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības, ko uzrādīja t-tests neatkarīgām grupām,  $t=0,24$ ,  $p>0,05$  (skat. 7.pielikumu 1.tabula).

Analizējot atšķirības piesaistē klīniskajā izlasē un neklīniskajā izlasē, tika atsevišķi izdalītas piesaistes īpatnības pēc Attiecību aptaujas un Savstarpējās piesaistes aptaujas skalām. Kā tas redzams 2. tabulā, kurā apkopoti procentuālie relatīvo biežumu sadalījumi pa piesaistes stiliem pēc Attiecību aptaujas, tad, gan klīniskajā, gan neklīniskajā izlasē, respondenti visbiežāk ir izvēlējušies drošo piesaistes stilu kā sev visraksturīgāko. Neklīniskajā izlasē drošo piesaistes stilu pētījuma dalībnieki ir izvēlējušies 45% gadījumu, bet klīniskajā izlasē tas procentuāli sastopams mazāk – 39% gadījumu. Apskatot rezultātus vai pamanīt īpatnību, ka daudz biežāk klīniskajā izlasē ne kā neklīniskajā izlasē cilvēki kā dominējošo stilu savās attiecībās ar citiem ir izvēlējušies izvairīgi bailīgo piesaistes stilu – 19% gadījumu, savukārt neklīniskajā izlasē tie ir tikai 9% gadījumu. Šis piesaistes stils ir vienīgais, kurā augstāks relatīvo biežumu procentuālais sadalījums parādās klīniskajā izlasē, salīdzinājumā ar neklīnisko. Procentuālais piesaistes stilu kā dominējošā izvēles relatīvo biežumu sadalījums starp izlasēm šeit atšķiras par 10 %. Ar attiecībām pārņemto piesaistes stilu kā sev visraksturīgāko izvēlējušies 16% cilvēku no klīniskās izlases, savukārt neklīniskajā izlasē tie ir par 2% vairāk cilvēku, tātad 18% no kopējās izlases izvēlējušies šo stilu, kā sev visraksturīgāko. Šeit atšķirība starp izlasēm nav visai liela. Kā otrais visbiežāk atzīmētais piesaistes stils abām izlasēm sakrīt, tas ir izvairīgi noraidošais piesaistes stils, šeit procentuālais sadalījums starp izlasēm arī ir diezgan līdzīgs – klīniskajā izlasē tie ir 26%, bet neklīniskajā nedaudz vairāk – 27% gadījumu. Pārbaudot, vai starp izlasu relatīvo biežumu procentuālajiem sadalījumiem klīniskajā un neklīniskajā izlasē pastāv statistiski nozīmīga atšķirība, izmantojot  $\chi^2$  kritēriju, kas tika aprēķināts visiem piesaistes stiliem izņemot izvairīgi bailīgo grupas apjoma nepietiekamības dēļ, tika konstatēts, ka, lai gan neklīniskajā izlasē relatīvo biežumu procentuālais rādītājs ir augstāks ne kā klīniskajā izlasē, tomēr atšķirība nav statistiski nozīmīga,  $\chi^2(3)=1,42$ ,  $\alpha>0,05$ .

2. tabula. Klīniskās un neklīniskās izlases piesaistes stilu relatīvo biežumu sadalījums Attiecību aptaujā

Piesaistes stils/ Izlase	drošais	izvairīgi bailīgais	ar attiecībām pārņemtais	izvairīgi noraidošais
klīniskā	39% (n=12)	19% (n=6)	16% (n=5)	26% (n=8)
neklīniskā	45% (n=15)	9% (n=3)	18% (n=6)	27% (n=9)

Atbildot uz pirmo pētījuma jautājumu, vai starp izlasēm pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības piesaistē, var teikt, ka šīs metodes rezultātu ietvaros, nepastāv statistiski nozīmīgas atšķirības piesaistes stilos šizofrēnijas pacientiem un respondentiem neklīniskajā grupā, ko apstiprina aprēķinātais  $\chi^2$  kritērijs ( $\alpha > 0,05$ ). Apskatot rezultātus kopumā, var runāt par tendenci, ka šizofrēnijas pacienti biežāk uzrāda izvairīgi bailīgo piesaistes stilu kā sev visraksturīgāko, tomēr to, vai šajā piesaistes stilā pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības, neļauj aprēķināt izlases nelielais apjoms. Salīdzinot šīs divas grupas, pastāv tendence šizofrēnijas slimniekiem retāk izvēlēties drošo piesaistes stilu salīdzinājumā ar respondentiem kontroles grupā, kas palīdz atbildēt uz otro pētījuma jautājumu.

Pielietojot izpētē Savstarpējās piesaistes aptaujas pielikumu tiem, kam šobrīd nav piesaistes figūras, tika konstatēts, ka klīniskajā izlasē biežāk nekā neklīniskajā izlasē cilvēki atzīmējuši, ka viņiem šobrīd nav piesaistes figūras. Kā redzams 3. tabulā, klīniskajā izlasē no kopējā 31. respondenta skaita 42% atzīmējuši, ka viņiem patreiz nav tāda cilvēka, kas būtu viņu pieķeršanās objekts, savukārt neklīniskajā izlasē, no 35 cilvēkiem, tikai 17% gadījumu cilvēki norāda, ka patreiz viņiem nav attiecības ar tādu cilvēku, kas būtu uzskatāms par viņu piesaistes figūru jeb pieķeršanās objektu. Pieķeršanās objekta esamību klīniskajā izlasē uzrādījuši attiecīgi 58% cilvēku, bet neklīniskajā izlasē 83% cilvēku.

3. tabula. Savstarpējās piesaistes aptaujas rezultātu par pieķeršanās objekta esamību relatīvo biežumu procentuālais sadalījums.

Izlase/ Pieķeršanās objekta esamība	klīniskā	neklīniskā
nav	42% (n=13)	17% (n=6)
ir	58% (n=18)	83% (n=29)

Lai izvēlētos, ar kādām statistisko aprēķinu metodēm apstrādāt datus, kas iegūti no Savstarpējās piesaistes aptaujas, tika veikta normālsadalījuma pārbaude klīniskajai un neklīniskajai izlasei, aprēķinot Kolmogorova – Smirnova kritēriju piesaistes stilu un dimensiju skalu rezultātiem. Kā redzams 8. pielikuma 4. tabulā, tad visās piesaistes stilu un dimensiju apakšskalās abās izlasēs ir normālsadalījums, jo  $p > 0,05$ , izņemot izmantošanas dimensijā neklīniskajā izlasē, kur  $K-S=1,39$ ,  $p < 0,05$ . Tā kā tā ir tikai viena no 14 skalām, tad turpmāk tiks lietotas parametriskās statistikas metodes atšķirību aprēķināšanai piesaistē Savstarpējās piesaistes aptaujā starp klīnisko un neklīnisko izlasi.

Analizējot atšķirības starp izlasēm, izmantojot t-testu neatkarīgām grupām, parādījās statistiski nozīmīgas atšķirības tuvības meklēšanas dimensijā klīniskajā un neklīniskajā izlasē,  $t=3,07$ ,  $p < 0,05$ , skat. 5. tabulu. Klīniskajā izlasē salīdzinājumā ar neklīnisko izlasi vidējais aritmētiskais ir lielāks ( $M$  klīn=11,00; bet  $M$  neklīn=8,28). Šķiršanās protesta dimensijā vidējā aritmētiskā rezultāti abām grupām ir ļoti līdzīgi ( $M$  klīn=6,29;  $M$  nekl=6,34), nepastāv statistiski nozīmīgu atšķirību starp izlasēm šajā skalā,  $t=-0,06$ ,  $p > 0,05$ . Zaudējuma baiļu dimensijas rezultāti arī neatšķiras statistiski nozīmīgi starp izlasēm,  $t=1,87$ ,  $p > 0,05$ . Šeit nedaudz augstāks aritmētiskais vidējais ir klīniskajā izlasē ( $M$  klīn=8,67,  $M$  nekl=7,17). Pieejamības dimensijā augstāks rezultātu vidējais ir neklīniskajā izlasē, salīdzinājumā ar klīnisko izlasi ( $M$  klīn=5,83;  $M$  nekl=6,90), tomēr atšķirības nav statistiski nozīmīgas,  $t=-1,9$ ,  $p > 0,05$ . Statistiski nozīmīgas atšķirības starp klīnisko un neklīnisko izlasi pastāv izmantošanas dimensijā,  $t=2,76$ ,  $p < 0,05$ , šajā skalā klīniskās izlases aritmētiskais vidējais ir lielāks, nekā neklīniskās izlases rezultātu vidējais ( $M$  klīn=7,11;  $M$  nekl=5,69). Neliela atšķirība starp vidējiem rezultātiem parādās dusmīgās aiziešanas piesaistes stilā starp izlasēm, neklīniskā izlasē ir nedaudz augstāks vidējā aritmētiskā rādītājs ( $M$  klīn=16,44;  $M$  nekl=17,72), tomēr atšķirība nav tāda, lai to varētu uzskatīt par statistiski nozīmīgu,  $t=-1,02$ ,  $p > 0,05$ . Uzmācīgās aprūpēšanas piesaistes stila rezultātu vidējais aritmētiskais ir lielāks klīniskajā izlasē ( $M$  klīn=24,50;  $M$  nekl=23,10), tomēr arī šeit nepastāv statistiski nozīmīga atšķirība piesaistes rādītājā,  $t=1,05$ ,  $p > 0,05$ . Arī uzmācīgās pašpaļāvības piesaistes stila vidējais rādītājs klīniskajā izlasē ir augstāks salīdzinājumā ar neklīnisko izlasi ( $M$  klīn=17,94;  $M$  nekl=16,04), tomēr atšķirība atkal nav pietiekoša, lai to varētu saukt par statistiski nozīmīgu,  $t=1,87$ ,  $p > 0,05$ . Klīniskajā izlasē parādās lielāks aritmētiskais vidējais salīdzinājumā ar neklīnisko izlasi uzmācīgās aprūpes meklēšanas piesaistes stilā ( $M$  klīn=19,89;  $M$  nekl=16,93), tomēr atšķirība ir pārāk maza, lai būtu statistiski nozīmīga,  $t=1,94$ ,  $p > 0,05$ .

5.tabula. Aprakstošās statistikas rādītāji Savstarpējās piesaistes aptaujas piesaistes stiliem un dimensijām klīniskajā un neklīniskajā izlasē

Savstarpējās piesaistes aptaujas piesaistes stili un dimensijas	Izlasē	N	M	Sd	t-tests
Tuvības meklēšanas dimensija	klīniskā	18	<b>11.00</b>	3.05	<b>3.07**</b>
	neklīniskā	29	<b>8.28</b>	2.90	
Šķiršanās protesta dimensija	klīniskā	17	6.29	3.04	-0.06
	neklīniskā	29	6.34	2.53	
Zaudējuma baiļu dimensija	klīniskā	18	8.67	3.24	1.87
	neklīniskā	29	7.17	2.25	
Pieejamības dimensija	klīniskā	18	5.83	2.18	-1.90
	neklīniskā	29	6.90	1.63	
Izmantošanas dimensija	klīniskā	18	<b>7.11</b>	1.57	<b>2.76**</b>
	neklīniskā	29	<b>5.69</b>	1.79	
Dusmīgās aiziešanas piesaistes stils	klīniskā	18	16.44	4.64	-1.02
	neklīniskā	29	17.72	3.91	
Uzmācīgās aprupēšanas piesaistes stils	klīniskā	18	24.50	3.22	1.05
	neklīniskā	29	23.10	5.01	
Uzmācīgās pašpaļāvības piesaistes stils	klīniskā	18	17.94	3.15	1.87
	neklīniskā	28	16.04	3.51	
Uzmācīgās aprūpes meklēšanas piesaistes stils	klīniskā	18	19.89	5.87	1.94
	neklīniskā	29	16.93	3.48	
Distances saglabāšanas attiecībās dimensija	klīniskā	13	51.77	6.91	1.54
	neklīniskā	5	45.80	8.64	
Vēlmes pēc tuvām attiecībām dimensija	klīniskā	13	45.69	5.17	-1.26
	neklīniskā	6	49.17	6.40	
Sāpju vai noraidījuma baiļu dimensija	klīniskā	13	22.38	5.16	0.21
	neklīniskā	4	21.75	5.74	
Augstas pašpietiekamības prioritātes dimensija	klīniskā	12	25.75	3.08	-0.18
	neklīniskā	6	26.00	1.79	
Piesaiste samazina drošības izjūtu dimensija	klīniskā	13	32.46	5.01	0.83
	neklīniskā	6	30.33	5.54	

\*\*p<0,01

Analizējot tālāk skalas, kurās parādās rezultāti tiem, kam šobrīd nav piesaistes figūras, 5. tabulā redzams, ka, lai gan nepastāv statistiski nozīmīga atšķirība distances saglabāšanas attiecībās dimensijā, jo  $t=1,54$ ,  $p>0,05$ , šīs skalas aritmētisko vidējo rādītājos parādās ievērojama atšķirība ( $M$  klīn=51,77,  $M$  nekl=45,80), šajā skalā augstāki vidējie rezultāti ir klīniskajā izlasē. Skalā vēlme pēc tuvām attiecībām vidējais aritmētiskais rādītājs ir augstāks neklīniskajā izlasē ( $M$  klīn=45,69,  $M$  nekl=49,69), nepastāv statistiski nozīmīga atšķirība starp izlašu vidējiem rezultātiem šajā skalā,  $t=-1,26$ ,  $p>0,05$ . Sāpju vai noraidījuma

baiļu dimensijas vidējie rādītāji atšķiras tikai nedaudz ( $M_{klīn}=22,38$ ;  $M_{nekl}=21,75$ ), šajā skalā augstāks vidējais aritmētiskais parādās klīniskajā izlasē, statistiski nozīmīgu atšķirību starp izlašu vidējiem nav,  $t=0,21$ ,  $p>0,05$ . Arī augstas pašpietiekamības prioritātes dimensijā neparādās liela atšķirība starp izlašu vidējiem rādītājiem, šajā skalā nedaudz augstāks šis rādītājs ir neklīniskajā izlasē ( $M_{klīn}=25,75$ ;  $M_{nekl}=26,00$ ), līdz ar to arī nav statistiski nozīmīgu atšķirību starp izlasēm,  $t=-0,18$ ,  $p>0,05$ . Un visbeidzot dimensijā – piesaiste samazina drošības izjūtu arī neparādās statistiski nozīmīgas atšķirības starp izlašu vidējiem rādītājiem,  $t=0,83$ ,  $p>0,05$ , kas atspoguļojas arī tikai nedaudz atšķirīgajos aritmētiskajos vidējos ( $M_{klīn}=32,46$ ;  $M_{nekl}=30,33$ ). Šajā skalā augstāks rezultāts ir klīniskajā izlasē.

Tātad, atbildot uz pirmo un otro pētījuma jautājumu, var teikt, ka pastāv statistiski nozīmīga atšķirība piesaistē starp klīnisko un neklīnisko izlasi savstarpējās piesaistes aptaujas tuvības meklēšanas un piesaistes figūras izmantošanas dimensijās, kas nozīmē, ka šizofrēnijas pacientiem vidēji vairāk raksturīga tuvības meklēšana attiecībā un piesaistes figūras izmantošana nekā cilvēkiem neklīniskajā izlasē. Apskatot rezultātus, var ievērot arī tendenci, ka šizofrēnijas pacientiem vidēji vairāk raksturīga uzmācīga aprūpes meklēšana attiecībā nekā cilvēkiem kontroles grupā, taču šī atšķirība nav statistiski nozīmīga. Savukārt atbildot uz trešo pētījuma jautājumu par to, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības piesaistē šizofrēnijas slimniekiem bez piesaistes figūras un cilvēkiem neklīniskajā izlasē bez piesaistes figūras Savstarpējās piesaistes aptaujas piesaistes dimensijās tiem, kam šobrīd nav piesaistes figūras, var runāt tikai par tendencēm, ka klīniskajā izlasē pieaugušajiem bez piesaistes figūras vidēji vairāk raksturīga ir distances saglabāšana attiecībā, nedaudz vairāk izteiktas ir sāpju vai noraidījuma bailes, kā arī šiem cilvēkiem piesaiste vairāk samazina drošības izjūtu, salīdzinājumā ar pieaugušajiem neklīniskajā izlasē. Savukārt vidēji mazāk raksturīga šizofrēnijas pacientiem salīdzinājumā ar pieaugušajiem kontroles grupā ir vēlme pēc tuvām attiecībām un augsta pašpietiekamības prioritāte.

Lai noskaidrotu, vai pastāv statistiski nozīmīgas atšķirības piesaistē klīniskajā un neklīniskajā izlasē tiem, kam šobrīd nav piesaistes figūras, tika salīdzināti atsevišķi arī Attiecību aptaujas rezultāti. Tika analizēti piesaistes stilu relatīvo biežumu procentuālie sadalījumi izlasēs. 6. tabulā apkopotie rezultāti parāda, ka cilvēki, kam šobrīd nav piesaistes objekta abās izlasēs biežāk izvēlas kā sev visvairāk raksturīgu izvairīgi noraidošo piesaistes stilu, kas ir samērā augsti rādītāji kopumā, turklāt klīniskajā izlasē šie rādītāji ir augstāki (46,2%) nekā neklīniskajā izlasē (40%). Nākamais biežāk atzīmētais piesaistes stils ir drošais, turklāt šeit parādās īpatnība, ka klīniskajā izlasē tas ir procentuāli vairāk sastopams (30,8%), ne kā neklīniskajā izlasē (20%). Izvairīgi bailīgais piesaistes stils klīniskajā izlasē izvēlēts salīdzinoši mazāk procentos gadījumu (23,1%) ne kā neklīniskajā izlasē (40%), šeit pastāv

samērā liela procentuālā atšķirība, bet ar attiecībām pārņemto stilu šie respondenti neizvēlas ne klīniskajā, ne neklīniskajā izlasē. Tā kā izlases ir pārāk mazas, lai aprēķinātu, vai pastāv statistiski nozīmīga atšķirība piesaistes stilos starp izlasēm, tad šeit var runāt vairāk par tendencēm. Tātad šizofrēnijas pacienti bez piesaistes figūras salīdzinoši biežāk nekā cilvēki kontroles grupā bez piesaistes figūras izvēlas kā sev visraksturīgāko izvairīgi noraidošo piesaistes stilu, kā arī drošo piesaistes stilu, savukārt izvairīgi bailīgs piesaistes stils procentuāli vairāk raksturīgs pieaugušajiem bez piesaistes figūras neklīniskajā izlasē, salīdzinājumā ar šizofrēnijas pacientiem bez piesaistes figūras. Interesanti šķiet tas, ka šizofrēnijas pacienti bez piesaistes figūras visbiežāk izvēlas izvairīgi noraidošo piesaistes stilu un tikai pēc tam drošo. Savukārt kontroles grupā visbiežāk izvēlas izvairīgi bailīgo un izvairīgi noraidošo piesaistes stilu. Rezultāti parāda vēl vienu interesantu tendenci, ka cilvēki bez piesaistes figūras abās izlasēs neizvēlas ar attiecībām pārņemto piesaistes stilu. Šie secinājumi palīdz izskaidrot trešo pētījuma jautājumu.

*6.tabula.* Attiecību aptaujas piesaistes stilu relatīvo biežumu sadalījums respondentiem bez piesaistes figūras klīniskajā un neklīniskajā izlasē

Piesaistes stils/ Izlase	drošais	izvairīgi bailīgs	ar attiecībām pārņemtais	izvairīgi noraidošais
klīniskā	31% (n=4)	23% (n=3)	0% (n=0)	46% (n=6)
neklīniskā	20% (n=1)	40% (n=2)	0% (n=0)	40% (n=2)

Analizējot iekšējās saskaņotības rādītājus Savstarpējās piesaistes aptaujas pielikuma tiem, kam pašreiz nav piesaistes figūras atsevišķām skalām, parādās šādi rezultāti, kas apkopoti, 9. pielikuma 7. tabulā: Distances saglabāšanas attiecībās dimensijas iekšējās saskaņotības rādītājs ir ALPHA=0,64, kas ir vidēji augsts, tātad gandrīz pietiekošs, arī sāpju vai noraidījuma baiļu dimensijas Kronbaha alfa ir vidēji augsta, ALPHA=0,56. Augstas pašpietiekamības prioritātes dimensijā parādās negatīvs Kronbaha alfas rādītājs, ALPHA=-0,78, savukārt vēlmes pēc tuvām attiecībām un piesaiste samazina drošības izjūtu iekšējās saskaņotības rādītāji ir viszemākie – ALPHA=0,43 un ALPHA=0,40. Sīkāka skalu iekšējās saskaņotības rādītāju analīze tiks veikta iztirzājuma daļā.

## Iztirzājums

Izpētes rezultāti parāda, ka nepastāv statistiski nozīmīga atšķirība piesaistes stilos Attiecību aptaujā starp šizofrēnijas pacientiem un cilvēkiem kontroles grupā. Tomēr analizējot rezultātus var ievērot zināmas tendences, abās izlasēs visvairāk cilvēkiem raksturīgs drošais piesaistes stils, kas nozīmē, ka abās izlasēs visbiežāk cilvēki attiecībās jūtas droši un spējīgi uzticēties. Kā nākamais biežāk sastopamais ir izvairīgi noraidošais piesaistes stils, kas nozīmē, ka cilvēkiem svarīga ir neatkarība no citiem, raksturīga spēcīga emociju kontrole un distancēšanās. Tālāk pēc procentuālā sadalījuma lieluma seko izvairīgi bailīgais piesaistes stils klīniskajā izlasē un ar attiecībām pārņemtais – neklīniskajā izlasē. Šie rezultāti ir samērā līdzīgi tam procentuālajam sadalījumam kas parādās arī citos pētījumos Latvijā un pasaulē, kur izmantota šī metode (Bartholomew & Horowitz, 1991; Horowitz, Rosenberg & Bartholomew, 1993; Martinsone, 2002). Tomēr jāpiebilst, ka var ievērot dažas īpatnības. Šajā pētījumā neklīniskajā izlasē izvairīgi bailīgais piesaistes stils parādās retāk (9% gadījumu) nekā citos pasaulē veiktajos pētījumos (piemēram 18, 13 vai 15% gadījumu). Līdz ar to var teikt, šizofrēnijas pacientiem biežāk salīdzinājumā ar kontroles grupu raksturīgs šis piesaistes stils pētījuma izlasē. Tas nozīmē, ka šajā gadījumā kontroles grupā esošajiem cilvēkiem mazāk raksturīgas tādas attiecību veidošanas iezīmes, ka viņi ilgojas pēc tuvības, taču izvairās no tās, jo baidās, ka tiks atstumti, nekā šizofrēnijas pacienti, kuriem tas raksturīgs vairāk. Šo īpatnību varētu izskaidrot arī ar nelielo apakšizlašu lielumu, kas izveidojas, cilvēkiem sadaloties pa četriem piesaistes stiliem, taču iespējami arī citi skaidrojumi šai tendencei. Vēl arī atklājas, ka šizofrēnijas pacienti šajā izlasē retāk nekā cilvēki neklīniskajā grupā uzrāda drošo piesaistes stilu, kas nozīmē, ka šie cilvēki nedaudz retāk jūtas attiecībās droši un pārlicināti salīdzinājumā ar cilvēkiem kontroles grupā, ko varētu, iespējams, izskaidrot ar savdabīgo un vairāk vai mazāk atšķirīgo pasaules uztveri, kas raksturīga šiem pacientiem viņu slimības dēļ.

Pētījuma gaitā tika konstatēts, ka, piedāvājot cilvēkiem Savstarpējās piesaistes aptaujas ietvaros iespēju izvēlēties, vai viņiem ir, vai nav piesaistes figūra, gan klīniskajā, gan neklīniskajā izlasē parādījās šādi cilvēki, kam šobrīd nebija piesaistes figūras. Neklīniskajā izlasē tie bija 17%, kas parāda, ka tas patiesi nav uzskatāms par īpašu fenomenu, kā tas tiek pozicionēts atsevišķos pētījumos (Koren – Karie, Sagi Schwartz & Joels, 2003), bet tā varētu būt nereti sastopama attiecību un piesaistes īpatnība arī populācijā kopumā, ko var ņemt vērā turpmākā piesaistes izpētē psiholoģijas sfērā kopumā. Konstatētais padara Savstarpējās piesaistes aptaujas pielikuma tiem, kam šobrīd nav piesaistes figūras adaptāciju Latvijā par nozīmīgu notikumu psiholoģijas sfēras attīstībā. Klīniskajā izlasē, kā tas bija gaidāms,

vadoties no iepriekš veikto pētījumu un teorijas analīzes (Bell, Lysaker, & Milstein, 1992), cilvēki, kam patreiz nav piesaistes figūras bija jau daudz vairāk - 42%. Bells, kurš izveidojis sevišķu metodi objekt attiecību izpētei, konstatējis, ka 92% gadījumu viņa izvēlētajā izlasē, ko sastādīja šizofrēnijas pacienti, raksturīgs objekt attiecību trūkums. Arī viņa pētījumā šiem cilvēkiem bija izteikta distancēšanās attiecībās, kas sasaucas ar šajā pētījumā gūtajiem rezultātiem. Parādību, ka šizofrēnijas pacientiem ir biežāk raksturīga piesaistes figūras neesamība salīdzinājumā ar kontroles grupu, vadoties pēc Vesta psihiatriskajā slimnīcā veikto pētījumu ar cilvēkiem ar izvairīgas personības traucējumiem secinājumiem (Sheldon & West, 1990), var izskaidrot vai nu ar situatīviem iemesliem, ka atrodoties noteiktu laiku slimnīcā, pastāv lielāka iespēja attiecībām ar piesaistes objektu izbeigties, vai arī to var interpretēt kā ilglaicīgu iezīmi un attiecību modeli. Šī pētījuma ietvaros abi šie skaidrojumi ir atbilstoši, jo starp aptaujātajiem bija gan tādi cilvēki, kas pēdējā gada laikā bija attiecības ar piesaistes objektu izbeiguši (21%), gan tādi, kuriem kopumā ir grūtības izveidot tuvas attiecības ar kādu īpašu cilvēku un piesaistes objekta neesamība nav saistīta ar to, ka attiecības nesen ir izbeigušās, faktiski lielākajai daļai jau ilgāku laiku raksturīga piesaistes objekta neesamība (79%), no kā var secināt, ka šiem cilvēkiem tik tiešām varētu būt raksturīgas piesaistes īpatnības. Uzskatu, ka tieši pati šizofrēnijas slimības esamība kā tāda, neatkarīgi no tā, vai cilvēki atrodas slimnīcā vai nē, var ietekmēt šāda attiecību modeļa izveidi, jo slimība jau agrīni var radīt uztveres, emociju un citas personības īpatnības, turklāt šī pētījuma ietvaros tika aptaujāti cilvēki gan no slimnīcas, gan no dienas centra, kurā cilvēki nāk tikai pēc zālēm un uz nodarbībām, bet pārējā laikā uzturas mājās. Abos gadījumos bija sastopami cilvēki bez piesaistes figūras, slimnīcā tie bija 44% un dienas centrā aptaujātie – 38%, kuriem patreiz nebija piesaistes figūras.

Analizējot Attiecību aptaujas rezultātus tikai tiem, kam šobrīd nav piesaistes figūras, tika konstatēts jau pavisam atšķirīgs piesaistes stilu procentuālais sadalījums, nekā tas bija salīdzinot klīnisko un neklīnisko izlasi kopumā. Šeit visbiežāk atzīmētie piesaistes stili bija izvairīgi bailīgais (40%) un izvairīgi noraidošais neklīniskajā izlasē (40%), savukārt klīniskajā izlasē kā visraksturīgākie bija atzīmēti izvairīgi noraidošais (46%) un drošais piesaistes stils (31%). Ne klīniskajā izlasē, ne neklīniskajā netika uzrādīts ar attiecībām pārņemtais piesaistes stils (0%), kas saskan ar loģiku, ka, ja cilvēkam šobrīd nav ne ar vienu vienaudzi tuvas attiecības, viņš arī nevar būt ar tām pārņemts, iesaistīties tajās vērtējot citu vajadzības augstāk un veidojot zināmu atkarību attiecībās. Visdrīzāk, ka attiecībās ar citiem cilvēkiem varētu būt raksturīga drīzāk zināma distancēšanās, kā tas ir arī šajā pētījumā.

Vadoties no iegūtajiem rezultātiem var spriest, ka cilvēkiem kam šobrīd nav pieķeršanās figūras, jo viņiem visdrīzāk varētu būt raksturīga zināma vēlme saglabāt

neatkarību attiecībās, tādējādi pasargājot sevi no vilšanās un pat izvairoties no tuvu attiecību veidošanas. Šiem cilvēkiem nereti piemīt spēja veidot draudzīgas attiecības, ko apstiprina arī pētījumos iepriekš iegūtie rezultāti. Vests un Šeldone, pētot izvairīgas personības, konstatējuši, ka piesaistes drošības izjūta nav saistīta ar indivīda vispārējo socializāciju (Sheldon & West, 1990). Līdzīgi kā šo autoru pētījumā, arī kontakta laikā ar šizofrēnijas pacientiem šie cilvēki paskaidroja, ka viņiem ir draugi un paziņas, tomēr nav neviens tāds cilvēks, kam viņi būtu īpaši tuvi, kas paskaidro to, kādēļ klīniskajā izlasē ir tik augsts izvairīgi noraidošā piesaistes stila procentuālais rādītājs. Iespējams, ka vispār cilvēki bez piesaistes figūras, bet, it sevišķi šizofrēnijas pacienti, cenšas saglabāt neatkarības un neievainojamības izjūtu, nepieļaujot emocionālus pārdzīvojumus un izpausmes. Visdrīzāk, ka šīs attiecību veidošanas īpatnības pastiprina arī tādas šizofrēnijas slimības iezīmes un īpatnības, kā noslēgtība, gremdēšanās sevī, intereses trūkums, ambivalence un afektīvie traucējumi, kas var padarīt tuvu attiecību veidošanu grūtāku un sarežģītāku.

Kā otrais biežāk sastopamais piesaistes stils cilvēkiem bez piesaistes figūras kontroles grupā tika konstatēts izvairīgi bailīgais, kurā neatkarības izpausme nav tik spēcīgi izteikta kā izvairīgi noraidošajā piesaistes stilā. Šeit to varētu izskaidrot tā, ka cilvēkiem var nebūt piesaistes figūra, jo viņiem raksturīga nedrošības sajūta, nespēja uzticēties, viņi uzskata, ka nav mīlestības vērti, tādēļ nereti parādās negatīva attieksme pret tuviem cilvēkiem. Viņi baidās tikt atstumti un tādēļ, iespējams, vispār izvairās no tuvu attiecību veidošanas, lai gan tās vēlas. Arī šizofrēnijas pacientiem vienā piektdaļā gadījumu šis piesaistes stils ir raksturīgs, tādēļ iepriekšminēto skaidrojumu var attiecināt arī uz šo izlasi.

Ļoti interesanti šķiet tas, ka klīniskajā izlasē kā otrais biežāk sastopamais piesaistes stils ir drošais. Šeit nav viennozīmīga skaidrojuma šādiem rezultātiem, tomēr var izteikt pieņēmumus. Ņemot vērā to, ka liela daļa šo pacientu slimnīcā atrodas atkārtoti un pavadījuši tur ilgāku laiku, kas nozīmē, ka arī slimības esamība viņu dzīvi ietekmē jau ilglaicīgi. Tā kā šizofrēnijai var būt raksturīga arī noslēgtība, ieiešana savā pasaulē, iespējams, ka tas norāda, ka daudzi šizofrēnijas slimnieki jūtas droši savā pasaulē, viņi to neuztver kā draudu un baiļu avotu, bet gan jūtas zināmā mērā par sevi pārliecināti, vērtīgi, mīlami, arī neveidojot īpaši tuvas attiecības ar kādu. Iespējams, ka šo drošības izjūtu šizofrēnijas pacienti gūst paši savā emocionālajā pasaulē, kam reizēm raksturīga arī dzīvošana fantāzijās, iztēlotu attiecību un draudzības uzturēšana ar nereālām vai maz pazīstamām figūrām. Spilgtākais piemērs tam ir kāda pacienta stāstījums par viņa draugiem, kurus neviens neredz, bet kuri ar viņu runājas, atbalsta, vai kāda cita slimnieka, bijuša teologa stāsts par to, ka viņš atbalstu gūst garīgi sazinoties ar kādu viņam nozīmīgo Vatikāna garīdznieku un arī Krievijas svēto tēvu, ar kuru viņš ir ticis reizi dzīvē, tādēļ to nevar uzskatīt par viņa pieķeršanās figūru. Dzīvojot savā

sapņu pasaulē, iespējams, šie cilvēki izjūt pietiekamu apmierinājumu un drošību, ka attiecības ar kādu citu tuvu cilvēku vai nu nav iespējams izveidot, vai arī viņi neizjūt to veidošanas nepieciešamību. Ņemot vērā to, ka šajā apakšizlasē iekļautajiem cilvēkiem – klīniskajā un neklīniskajā izlasē, neskatoties uz to, ka viņiem nav piesaistes figūras, ir raksturīgs sabiedriskums un draudzīgums, var pieņemt arī, ka viņi drošības izjūtu un adekvātu pašvērtējumu attiecību sfērā gūst no citiem nozīmīgiem cilvēkiem - bērniem, vecākiem, draugiem, paziņām, savukārt šizofrēnijas pacienti, iespējams, gūst nepieciešamo aprūpi slimnīcā un atbalstu no kontaktiem ar ģimeni, taču partnerattiecības vai tuvas draudzīgas attiecības izveidot nespēj, kas izskaidro piesaistes figūras neesamību. Ja klīniskajā izlasē to atkal var saistīt zināmā mērā ar slimības norisi, neklīniskajā izlasē nav līdz galam skaidrs, kāpēc jūtoties droši, mīlēti un vērtīgi, šie cilvēki tomēr nav izveidojuši tuvas attiecības ar vienu īpašu cilvēku, vai pat, ja ir precējušies, viņiem ir draugi, tomēr uzrāda, ka viņiem nav pieķeršanās figūras. Lai to noskaidrotu ieteicams veikt kvalitatīvo un personības izpēti. Vēl rezultāti šajā skalā varētu būt izskaidrojami ar sociāli vēlamu atbilžu sniegšanu, jo, iespējams, ka cilvēki nevēlas atzīt, ka jūtas nedroši, jo viņiem nav piesaistes figūras, viņi iegalvo sev, ka jūtas šādā veidā ērti un droši. Šis pieņēmums, protams, ir jāpārbauda kvalitatīvā izpētē. Sociāli vēlamu atbilžu sniegšanu šizofrēnijas pacientu izlasē varētu izskaidrot ar vēlmi sniegt tādas atbildes, kas liecinātu par garīgu veselību un adekvātu pasaules uztveri, jo anketu aizpildīšanas laikā bija novērojams, ka pacienti skaļi dalās ar savām domām un spriedelējumiem par to, kā būtu jāatbild pareizi (ko māca ārsts) un kā viņi jūtas. No tā var secināt, ka slimības norises process (izveseļošanās) saistās ar adekvātas pasaules un lietu uztveres iemācīšanos.

Izvērtējot Savstarpējās attiecību aptaujas rezultātus, parādījās statistiski nozīmīgas atšķirības piesaistē starp klīnisko un neklīnisko izlasi tuvības meklēšanas un piesaistes figūras izmantošanas dimensijās. Tas nozīmē, ka šajā izlasē šizofrēnijas slimniekiem ir izteiktāka tendence samazināt distanci ar piesaistes figūru stresa situācijās nekā tas ir raksturīgs neklīniskajā izlasē. Šizofrēnijas slimniekiem stresa situācijas, iespējams, aktualizējas nedrošības izjūta, savukārt tuvība ar piesaistes figūru ļauj izjust lielāku pārliecību par sevi. Pieļauju, ka slimības ietekmē izmainītā pasaules uztvere un personības struktūra, pastiprina nepieciešamību pēc atbalsta un palīdzības, ko var sniegt piesaistes figūra, kad tas ir nepieciešams. Līdz ar to arī loģisks un papildinošs šķiet statistiski nozīmīgi atšķirīgais izmantošanas dimensijas rezultāts, kas norāda, ka šizofrēnijas pacienti biežāk izjūt vēlmi un vajadzību pēc piesaistes figūras, lai tā būtu pieejama un atsaucīga, vairāk tiecas un vēlas izmantot to, ka viņam ir cilvēks, kas var sniegt palīdzību un atbalstu, ja tas nepieciešams. Iespējams, ka neklīniskajā izlasē šī vajadzība pēc piesaistes figūras izmantošanas un

pieejamības nav tik aktuāla un nepieciešama, jo cilvēki jūtas nedaudz biežāk droši un garīgās veselības labā stāvokļa dēļ paši spēj pārvarēt grūtības un tikt galā ar stresa situācijām.

Analizējot tendences piesaistē pēc Savstarpējās attiecību aptaujas rezultātiem, var pamanīt, ka šizofrēnijas pacientiem šajā pētījumā vidēji biežāk raksturīgs uzmācīgās aprūpes meklēšanas piesaistes stils nekā tas ir kontroles grupā. No tā var secināt, ka šizofrēnijas pacienti vairāk un/vai biežāk izjūt vēlmi un vajadzību meklēt aprūpi un atbalstu pie sev tuva cilvēka. Jāatzīst, ka sava garīgā veselības stāvokļa dēļ šķiet saprotami, ka šie cilvēki nespēj paši pārvarēt savas psihi īpatnību radītās sekas, grūtības un atšķirīgo pasaules uztveri. Ļoti iespējams, ka šiem pacientiem reizēm var būt vajadzīga neatliekama palīdzība, ko atvieglo viņu esamība klīniskā aprūpē. Cilvēki, kas ir neklīniskajā grupā, visdrīzāk šo vajadzību pēc piesaistes figūras atbalsta un palīdzības neizjūt kā tik neatliekamu. Pārējās skalās atšķirības nav īpaši lielas, tādēļ sīkāk netiks apspriesti.

Atšķirībā no teorētiskajām nostādnēm par to, ka klīniskajās izlasēs ir biežāk sastopami nedrošās piesaistes stili, šajā izlasē nav konstatējamas tādas izteiktas tendences, izņemot to, ka klīniskajā izlasē vairāk raksturīgs izvairīgi bailīgais piesaistes stils, tomēr šis rādītājs nav tik būtiski atšķirīgs no citos pētījumos konstatētajiem biežumu sadalījumiem populācijā, kā jau tas tika minēts iepriekš.

Balstoties uz vairākiem pētījumiem par to, ka šizofrēnijas slimniekiem raksturīga piesaistes figūras idealizācija, uzpurēšanās, atkarība attiecībās, kā arī zems pašvērtējums (Macnab, 1965; Lidz, 1965, 1979; Mishler & Waxler, 1975; Kulbergs, 2001), tika izteikts pieņēmums, ka šizofrēnijas pacientiem varētu būt vairāk raksturīgs vai nu ar attiecībām pārņemtais piesaistes stils Attiecību aptaujā, kas šajā pētījumā neapstiprinājās, vai arī pēc Savstarpējās attiecību aptaujas rezultātiem – uzmācīgās aprūpes meklēšanas piesaistes stils – šajā gadījumā tika konstatēta šī tendence, tomēr rezultātam ir nepietiekoša statistiskā nozīmība. Tādēļ var teikt, ka daļēji šis pētījums sasaucas ar teorētiskajām nostādnēm un citu pētījumu rezultātiem. Savukārt, saskaņā ar citu teorētiku nostādnēm par šizofrēnijas pacientu piesaistes īpatnībām - attālināšanos, noslēgtību, bet vienlaicīgu spēcīgu tieksmi pēc mīlestības un bailēm tikt ievainotam (Guntrip, 1969; Bell, 1992; Kulberg, 2001; Tait et al, 2004), tika pieņemta iespējamība, ka šie pacienti uzrādīs izvairīgi noraidošo piesaistes stilu Attiecību aptaujā, kas šajā pētījumā ir otrais biežāk atzīmētais piesaistes stils, un uzmācīgi pašpaļāvīgo piesaistes stilu Savstarpējās piesaistes aptaujā, kas ir vidēji biežāk raksturīgs klīniskajā izlasē, tomēr atšķirība nav pietiekoši būtiska un ir vairāk tendences līmenī konstatējama. Tātad šie pieņēmumi nav pretrunā ar pētījumā konstatēto, tomēr tie neapstiprinās arī pilnā mērā.

Izvērtējot cilvēku bez piesaistes figūras rezultātus Savstarpējā attiecību aptaujā, tika konstatēta tendence, ka šizofrēnijas pacienti vairāk tiecas saglabāt distanci attiecībās ne kā

cilvēki kontroles grupā. Tas saskan ar Attiecību aptaujā iegūtajiem rezultātiem, kā arī jau iepriekš minētajām teorētiskajām nostādnēm. Tas sasaucas arī ar pārējo skalu rezultātiem šajā aptaujā, ka šizofrēnijas pacientiem ir vairāk raksturīgas bailes tikt sāpinātiem vai noraidītiem, kas varētu izskaidrot arī vēlmi saglabāt distanci un neiesaistīties tuvās attiecībās ar tuviem cilvēkiem. Šizofrēnijas slimniekiem ir vairāk raksturīgs tas, ka attiecības samazina drošības izjūtu, kā pamatā varētu būt bailes no emocionāla pārdzīvojuma – sāpēm, nepieņemšanas, kas atkal pastiprina vēlmi saglabāt distanci. Līdz ar to šizofrēnijas slimnieki neizjūt, spriežot pēc šīs aptaujas rezultātiem tik spēcīgu vēlmi pēc tuvām attiecībām kā cilvēki kontroles grupā, kas nesaskan ar Fromas – Reihmanas teorētiskajām nostādnēm (Fromm-Reihmann, 1939, kā minēts Macnab, 1965). Tomēr nevar arī apgalvot, ka šie cilvēki nevēlas tuvas attiecības. Tā kā slimība ir saistīta ar zināmu un, iespējams, arī neizbēgamu atkarību no citiem (ārsta, zālēm, tuvinieku atbalsta), tad šiem cilvēkiem nav tik raksturīga augsta pašpietiekamības tendence, kā tas ir cilvēkiem neklīniskajā izlasē.

Iespējams, ka šizofrēnijas pacienti noslēdzas sevī, jo izjūt apkārtējo pasauli un attiecības ar citiem kā nedrošību vēstošas, tādas, kurās iesaistoties var tikt emocionāli ievainots, nenovērtēts, tādēļ viņi izvēlas distancēties un dzīvot savā izmainītajā jūtu un fantāziju pasaulē, kura sniedz viņiem drošības izjūtu, tomēr, lai šo domu apstiprinātu nepieciešams veikt kvalitatīvu izpēti, piemēram, padziļinātās intervijas.

Šī pētījuma ietvaros arī tika veikta Savstarpējās piesaistes aptaujas pielikuma tiem, kam patreiz nav piesaistes figūras, adaptācija. Analizējot iekšējās saskaņotības rādītājus atsevišķām metodikas skalām, tika konstatēts, ka šie rādītāji nav īpaši zemi, taču tie arī nesasniedz līmeni, kas ir  $>0,7$ . Veicot katra apgalvojuma, kas ietilps skalas iekšējās saskaņotības rādītāja veidošanā, ietekmes uz kopējo rādītāju analīzi, vairākkārtīgi parādījās, ka atsevišķi jautājumi ietekmē šī rādītāja veidošanu un, neiekļaujot tos skalas iekšējās saskaņotības veidošanā, ALPHA koeficients paaugstinātos līdz pietiekošam vai pat labam līmenim. Atsevišķās skalās šie apgalvojumi ir tieši tie, kuri analizējot rezultātus ir jākodē pretēji. Šī analīze tika veikta pēc aptaujas datu ievākšanas.

Kā ilustratīvs piemērs tam – 9. pielikuma 7. tabula. Šeit redzams, ka zaudējuma baiļu dimensiju veido trīs apgalvojumi – 21., 27. un 31. apgalvojums. Tieši 31. apgalvojuma rezultāti ir kodēti pretēji. Šīs dimensijas kopējā ALPHA=0,62, taču izņemot ārā no skalu iekšējās saskaņotības rādītāja aprēķina tieši kodēto jautājumu, ALPHA rādītājs paaugstinātos līdz 0,82, kas ir pilnībā pietiekoši. Šī īpatnība var tikt ņemta vērā uzlabojot metodikas tulkojumu, lai panāktu vēl augstāku iekšējo saskaņotību atsevišķās skalās.

Analizējot iekšējās saskaņotības rādītājus klīniskajai un neklīniskajai izlasei atsevišķi, parādās tendence, ka augstāks ALPHA koeficients ir neklīniskajai izlasei (skat. 9.

pielikuma 8. tabula). Tas varētu būt saistīts ar klīniskās izlases respondentu īpatnībām: lai gan pacientiem bija saglabāts intelekts, daudzi no viņiem atradās zāļu iedarbībā, kas mazina informācijas apstrādes ātrumu un spēju uztvert. Iespējams, kas šiem cilvēkiem varētu būt bijis grūtības uztvert apgalvojumu būtību, respektīvi, to, ka daži apgalvojumi ir pretēji vērsti. Apskatot atsevišķu cilvēku aizpildīšanas tendences klīniskajā izlasē, var redzēt, ka nesaskaņotību starp atsevišķiem apgalvojumiem rada arī pretēji vērstie apgalvojumi. Tas nozīmē, ka cilvēks atbildējis pēc viena principa un nav spējis uztvert, kur viņam jāatbild pretēji vērsti. To apliecina arī izpētes laikā novērotās īpatnības, ka kontroles un palīdzības nolūkos pārfrazējot cilvēkiem atsevišķas viņu atbildes, respondenti pamana, ka atzīmējuši nepareizi un apgalvojums ir pretēji vērsts. Arī to var ņemt vērā uzlabojot metodes tulkojumu un iekšējo saskaņotību. Iespējams, ka atbilžu savstarpējā nesaskaņotība ir izskaidrojama arī ar slimības īpatnībām, piemēram, iekšējām pretrunām jūtu un domu līmenī.

Kopumā izvērtējot pētījuma ierobežojumus, jāatzīst, ka nākotnē pētījumos ieteicams palielināt izlases apjomu, it sevišķi grupas bez piesaistes figūras apjomu, lai paaugstinātu rezultātu ticamību un reprezentativitāti attiecībā pret populāciju. Līdz ar to, šī pētījuma rezultāti, it sevišķi Attiecību aptaujā cilvēkiem bez piesaistes figūras, ir pieņemumu formā un turpmākie pētījuma rezultāti varētu arī apšaubīt vai papildināt šajā izpētē konstatēto.

Kā vienu no nākotnes izpētes virzieniem ierosinu veikt piesaistes un attiecību kvalitatīvu izpēti, lai gūtu papildus izskaidrojumus tam, kā šizofrēnijas pacienti, kā arī cilvēki, kam šobrīd nav piesaistes figūras veido attiecības, kādas ir viņu attiecības vispār ar cilvēkiem un kādi varētu būt tie iemesli, kāpēc viņiem nav attiecību ar vienu tuvu vienaudzi, partneri vai draugu. Kāda ir tieši šizofrēnijas pacientu bez piesaistes figūras attiecību veidošanas specifika, vai to, ka viņiem patreiz nav piesaistes figūras vairāk nosaka situatīvi iemesli, kādi tie ir, jeb tas ir vērtējams vairāk kā ilglaicīgs attiecību veidošanas modelis. Tā kā Savstarpējās attiecību aptaujas pielikums ir nesen iegūts no autoriem un nav zināms, ka tas būtu iepriekš pielietots citos pētījumos Latvijā, tad ieteicams būtu pilnīgot tā tulkojumu latviešu valodā, lai vēl vairāk uzlabotu metodikas iekšējās saskaņotības rādītājus. Iesaku pielietot šo metodi atkārtotos pētījumos ar šizofrēnijas pacientiem izmantojot vēl lielāku izlasi, iespējams, varētu konstatēt vēl vairāk piesaistes atšķirības ar cilvēkiem bez šizofrēnijas diagnozes. Ieteicams paplašināt pētījumus ar to cilvēku izlasi, kam šobrīd nav piesaistes figūras, lai noskaidrotu vēl sīkāk šo cilvēku piesaistes īpatnības izmantojot dažādas metodes. Tālākai izpētei var izmantot padziļinātās intervijas un/vai projektīvās metodikas, piemēram, Latvijā vēl neadaptēto Džordžas un Vesta projektīvo metodi „Adult Attachment Projective” (AAP) (George & West, 2001).

Pētījumā konstatēto var izmantot terapeitiskā darbā ar šizofrēnijas pacientiem, kā arī strādājot ar tiem, kam šobrīd nav piesaistes figūras, jo arī terapeitiskajās attiecībām veidojas zināma emocionāla piesaiste un attiecību veidošanas īpatnības, kādas raksturīgas konkrētam cilvēkam, var ietekmēt arī attiecības starp psihologu un klientu.

Apkopojot iztīrījuma daļā aprakstīto, šajā pētījumā netika konstatētas statistiski nozīmīgas atšķirības piesaistē Attiecību aptaujā šizofrēnijas pacientiem un kontroles grupai. Abās izlasēs visbiežāk tika konstatēts drošais un kā nākamais - izvairīgi noraidošais piesaistes stils, kas saskan ar kopējām tendencēm piesaistes stilu sadalījumā populācijā, kas konstatēts citos pētījumos Latvijā. Šajā pētījumā parādījās tendence, ka šizofrēnijas pacientiem biežāk raksturīgs izvairīgi bailīgais piesaistes stils, salīdzinājumā ar kontroles grupu, savukārt drošais piesaistes stils tika kā raksturīgākais atzīmēts biežāk neklīniskajā izlasē. Savstarpējās attiecību aptaujas ietvaros tika konstatēts, ka 17% neklīniskajā un 42% klīniskajā izlasē cilvēkiem raksturīgs tas, ka patreiz viņiem nav piesaistes figūras. Analizējot šīs metodes rezultātus, tika secināts, ka šizofrēnijas slimniekiem vairāk raksturīga tuvības meklēšana attiecībās ar piesaistes figūru un tās izmantošana. Atšķirība starp izlasēm šajās skalās ir statistiski nozīmīga. Pārējās skalās novērojamas tendences, piemēram, klīniskajā izlasē cilvēkiem vidēji vairāk raksturīga uzmācīga vēlme meklēt aprūpi piesaistes attiecībās. Analizējot skalas cilvēkiem bez piesaistes figūras, parādījās tendence, ka šizofrēnijas pacienti vairāk tiecas saglabāt distanci attiecībās, viņiem vairāk raksturīgas bailes tikt sāpinātam vai noraidītam, kā arī tas, ka piesaistes attiecības samazina šo cilvēku drošības izjūtu, ne kā cilvēkiem kontroles grupā. Savukārt mazāk raksturīgi nekā neklīniskajā izlasē klīniskajā grupā ir vēlme pēc tuvām attiecībām un svarīgums saglabāt pašpietiekamību. Attiecību aptaujā tiem, kam nav piesaistes figūras visvairāk tika konstatēts izvairīgi bailīgais (40%) un izvairīgi noraidošais piesaistes stils neklīniskajā izlasē (40%), savukārt klīniskajā izlasē kā visraksturīgākie bija atzīmēti izvairīgi noraidošais (46%) un drošais piesaistes stils (31%). Ne klīniskajā izlasē, ne neklīniskajā netika uzrādīts ar attiecībām pārņemtais piesaistes stils (0%).

### Izmantotās literatūras saraksts

- Atkinson, L. & Goldberg, S. (2004). Applications of Attachment: The Integration of Developmental and Clinical Traditions. In L. Atkinson, S. Goldberg (Eds.) *Attachment Issues in Psychology and Intervention* (pp.3-27). Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers, Mahwah, New Jersey.
- Bartholomew, K. & Shaver, P.R. (1998). Methods of Assessing Adult Attachment. In Simpson, J.A. & Rholes, W.S. (Eds.). *Attachment Theory and Close Relationships*. (pp. 25-45). New York: Guilford.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L.M. (1991). Attachment Styles Among Young Adults. *Journal of Personality And Social Psychology*, 61, 226-244.
- Bell, M. (2003). Bell Object Relations Inventory for adolescents and children: Reliability, validity, and factorial invariance. *Journal of Personality Assessment*, Vol. 80, Issue 1, 19-25.
- Bell, M., Lysaker, P. & Milstein, R. (1992). Object Relations Deficits in Subtypes of Schizophrenia. *Journal of clinical psychology*, Vol. 48., No 4.
- Bhugra, D., Mallett, R. & Leff, J. (1999). Schizophrenia and African-Caribbeans: a conceptual model of aetiology. *International Review of Psychiatry*, Vol. 11, Nr. 2-3, 145-152.
- Bite, I. (2002). *Saistība starp pieaugušo piesaistes veidiem, bērnības vardarbības pieredzi un vardarbību partnerattiecībās*. Doktora disertācija (npublicēts materiāls).
- Boulbi, Dž. (2004). *Cozdanje i razrušenje emocionalnih svjazej*. Moskva, akademičeskij projekt. (Создание и разрушение эмоциональных связей. Москва, академический проект).
- Boulbijs, Dž. (1998). *Drošais pamats*. Vecāku un bērnu savstarpējā pieķeršanās – cilvēka veselīgas attīstības priekšnoteikums. Rīga, Rasa ABC.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, Vol. 28.
- Brisch, K.H., Grossmann, K.E., Grossmann, K. & Köhler, L. (2002). *Bindung und seelische Entwicklungswege*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Brisch, K.H. & Hellbrügge, Th. (2003). *Bindung und Trauma*. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Calabrese, M.L., Farber, A. & Westen, D. (2005). The Relationship of Adult Attachment Constructs to Object Relational Patterns of Representing Self and Others. *Journal of*

- The American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, Vol. 33, Issue 3*, 513-530.
- Camacho, E.B., Leon, E.C. & Uribe, M.P.O. (2005). Nature and schizophrenia. *Salud Mental, Vol. 28, Issue 2*, 59-72.
- Caron, J., Lecomte, Y., Stip, E. & Renaud, S. (2005). Predictors of quality of life in schizophrenia. *Community Mental Health Journal, 41, Issue, 4*, 399-417.
- Dozier, M. & Bates, B.C. (2004). Attachment States of Mind and the Treatment Relationship. In L. Atkinson, S. Goldberg (Eds.) *Attachment Issues in Psychology and Intervention* (pp 167-181). Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers, Mahwah, New Jersey.
- Fosatti, A., Feeney, J.A., Carretta, I., Grazioli, F., Milesi, R., Leonardi, B. & Maffei, C. (2005). Modeling the Relationships Between Adult Attachment Patterns and Borderline Personality Disorder: The Role of Impulsivity and Aggressiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology, Vol. 24, No. 4*, 520-537.
- George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1996). *Adult Attachment Interview*. Unpublished manuscript, Department of Psychology. University of California, Berkeley (third edition).
- George, C. & West, M. (2001). The Development and Preliminary Validation of a New Measure of Adult Attachment: The Adult Attachment Projective. *Attachment and Human Development, Vol. 3*, 30-61.
- George, C., West, M., & Pettem, O. (1999). The Adult Attachment Projective: Disorganization of adult attachment at the level of representation. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp 462-507). New York: Guilford Press.
- Guntrip, H. (1969). *Schizoid Phenomena Object-Relations and The Self*. International Universities Press, Inc., New York.
- Hazan, C. (1990). Patterns of adult love. *Human Ecology, Vol. 18, Issue 3*.
- Helgeland, M.I. & Torgensen, S. (1997). Maternal representations of patients with schizophrenia as measured by the Parental Bonding Instrument. *Scandinavian Journal of Psychology, Vol. 38, No.1*, 39-43.
- Horowitz, L.M., Rosenberg, S.E. & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal Problems, Attachment Styles, and Outcome in Brief Dynamic Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 61, No.4*, 549-560.
- Koren – Karie, N., Sagi Schwartz, A., & Joels, T. (2003). Absence of Attachment Representations (AAR) in the adult years: The emergence of a new AAI classification in catastrophically traumatized Holocaust child survivors. *Attachment & Human Development, Vol. 5, No 4*, 381 – 397.

- Kulbergs, J. (2001). *Dinamiskā psihiatrija*. Teorijā un praksē. Jumava.
- Landolt, M.A., Bartholomew, K., Saffrey, C., Oram, D. & Perlman, D. (2004). Gender Nonconformity, Childhood Rejection, and Adult Attachment: A study of Gay Men. *Archives of Sexual Behavior, Vol. 33, No 2*, 117-128.
- Lapsley, D.K., Varshney, N.M. & Aalsma, M.C. (2000). Pathological attachment and attachment style in late adolescence. *Adolescence, Vol. 23, Issue 2*, 137-155.
- Levy, K.N., Meehan, K.B., Weber, M., Reynoso, J. & Clarkin J.F. (2005). Attachment and Borderline Personality Disorder: Implications for Psychotherapy. *Psychopathology Vol. 38*, 64-74.
- Lidz, Th. (1973). *The Origin and Treatment of Schizophrenic Disorders*. Basic Books, Inc., Publishers, New York.
- Lidz, Th., Fleck, S. (1979). *Die Familienumwelt der Schizophrenen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Lidz, Th., Fleck, S. & Cornelison, A.R. (1965) *Schizophrenia and the Family*. International Universities Press, Inc. New York.
- Macnab, F.A. (1965). *Estrangement and Relationship*. Experience with Schizophrenics. Tavistock Publications Ltd., London.
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of a disorganized/disoriented attachment pattern. In T.B. Brazelton (Ed.), *Affective development in infancy* (pp 95-124). Norwood: Ablex.
- Martinsone B. (2002). Bērņības attiecību vērtējumu salīdzinājums pieaugušajiem ar dažādiem piesaistes stiliem. *Baltic Journal of Psychology, Vol. 3, No 2*, 47-58.
- Martinsone, B. (2003). *Pieaugušo piesaistes izpēte ar pašnovērtējuma metodēm*. Doktora disertācija (nepublicēts materiāls).
- Mason, O., Tyson, H. & Platts, M. (2005). Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, Vol. 78*, 549–564.
- Mishler, E.G. & Waxler, N.E. (1975). *Family Processes and Schizophrenia*. Jason Aronson, Inc., New York.
- Parkes, C.M. & Stevenson-Hinde, J. (1982). *The Place of Attachment in Human Behavior*. Basic Books, Inc., Publishers, New York.
- Pettem, O., West, M., Mahoney, A. & Keller, A. (1993). Depression and Attachment problems. *Journal of Psychiatry & Neuroscience, Vol.18, No 2*, 78-81.
- Ross, T. (2000). *Bindungsstile von gefährlichen Straftätern: Eine empirische Bestandsaufnahme*. Doktora disertācija (nepublicēts materiāls).

- Sheldon, A. E. R., West, M. (1990). Attachment Pathology and Low Social Skills in Avoidant Personality disorder: An Exploratory Study. *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 35, Issue 7, 596-599.
- Solomon, J., George, C. (1999). *Attachment Disorganization*. Guilford Press, New York.
- Sperling, M.B. & Berman, W.H. (1991). An attachment classification of desperate love. *Journal of Personality Assessment*, 56, Issue 1, 45 – 55.
- Tait, L., Birchwood, M. & Trower, P. (2004). Adapting to the challenge of psychosis: personal resilience and the use of sealing-over (avoidant) coping strategies. *The British Journal of Psychiatry*, Vol. 185, 410-415.
- Taylor, E.H. (1987). The Biological Basis of Schizophrenia. *Social Work*, March-April.
- Waters, E. (2002). *Comments on Strange Situation Classification*. Retrieved on (28.05.06) from <http://www.johnbowlby.com>.
- West, M. (1997). Reflective capacity and its significance to the attachment concept of the self. *British Journal of Medical Psychology*, Vol. 70, 17-25.
- West, M., Adam, K., Spreng, S., & Rose, S. (2001). Attachment Disorganization and Dissociative Symptoms in Clinically Treated Adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 46, 627–631.
- West, M. & George, C. (1999). Developmental vs. social personality models of adult attachment and mental ill health. *British Journal of Medical Psychology*, Vol. 72.
- West, M., George, C. (2002). Attachment and dysthymia: The contributions of preoccupied attachment and agency of self to depression in women. *Attachment and Human Development*, Vol.4, 278-293.
- West, M. & Keller, A. (2000). Reciprocal Attachment Questionnaire (Publikācijas avots nezināms).
- West, M., Keller, A., Links, P. & Patrick, J. (1993). Borderline disorder and attachment pathology. *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 38, Issue 1, 16-22.
- West, M., Rose, S. M. & Sheldon-Keller, A. (1995). Interpersonal Disorder in Schizoid and Avoidant Personality Disorders: An Attachment Perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, Vol. 44, Issue 7, 411-414.
- West, M., Rose, S., Spreng, S. & Adam., K. (2000). The Adolescent Unresolved Attachment Questionnaire: The Assessment of Perceptions of Parental Abdication of Caregiving Behavior. *The Journal of Genetic Psychology*, Vol. 161, Issue 4, 493-503.
- West, M. & Sheldon, A. (1988). Classification of Pathological Attachment patterns in Adults. *Journal of Personality Disorders*, Vol. 2, Issue 2, 153-159.

- West, M.L., & Sheldon – Keller, A.E. (1994). The Measurement of Adult Attachment. In *Patterns of Relating: An Adult Attachment Perspective*. New York: Guilford.
- West, M., Spreng, S., Casares-Knight, P., Rose, S.M. & Leiper, R. (1998). A Comparison of Two Measures to Assess Adult Attachment. *Journal of Genetic Psychology, Vol. 159*, Issue 3.
- West, M., Spreng, S., Rose, S. & Adam., K. (1999). Relationship Between Attachment-Felt Security and History of Suicidal Behaviors in Clinical Adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 44*.
- Wikipedia. Die freie Enzyklopädie. Extracted from de.wikipedia.org
- Willinger, U., Heiden, A.M., Meszaros, K., Formann, A.K. & Aschauer, H.N. (2002). Maternal bonding behaviour in schizophrenia and schizoaffective disorder, considering premorbid personality traits. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, Vol. 36*, 663-668.
- Yoo, H.I., Kim, B., Shin, M.S., Cho, S.C. & Hong, K. (2006). Parental Attachment and Its Impact on the Development of Psychiatric Manifestations in School-Aged Children. *Psychopathology, Vol. 39*, 165-174.

## Bibliogrāfija

- Ainsworth, M.D.S. & Bell, S.M. (1977). Infant crying and maternal responsiveness: A rejoinder to Gewirtz and Boyd. *Child Development, Vol. 48*, 1208-1216.
- Ainsworth, M. D. S., Bell, S.M. & Stayton, D. (1974). Infant-mother attachment and social development. In M.P.Richards (Ed.), *The introduction of the child into a social world* (pp. 99-135). London: Cambridge University Press.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: a psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Blatt, S., & Wild, C. (1976). *Schizophrenia, a developmental analyses*. New York: Academic Press.
- Bowlby, J. (1971). *Attachment and Loss, Vol. 1 Attachment*. Harmondsworth: Penguin.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss, Vol. 2 Separation*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1975). *Attachment and Loss, Vol. 2 Separation, anxiety and anger*. Harmondsworth: Penguin.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss, Vol. 3 Loss*. Harmondsworth: Penguin.
- Bowlby, J. (1985), The role of Childhood experience in cognitive disturbance. In M.J. Mahoney, A. Freeman (eds.). *Cognition and psychotherapy*. New York: Plenum.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. London: Routledge; New York: Basic Books.
- Brennan, K.A. & Morris, K.A. (1997). Attachment styles, self-esteem and patterns of seeking feedback from romantic partners. *Personality and Social Psychology Bulletin, Vol. 23*, 23-31.
- Bretherton, I. (1985). *Attachment theory: Retrospect and prospect. Growing points in attachment theory and research*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 50 (1-2, Serial No. 209).
- Bretherton, I. & Munholland, K.A. (1999). Internal working models in attachment relationships. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds). *Handbook of attachment* (pp 89-111). New York: Guilford.
- Brisch, K.H. (1999). *Bindungsstörungen*. Klett-Cotta Verlag.
- Carnelley, K.B., Pietromonaco, P.R. & Jaffee, K. (1994). Depression, working models of others and relationship functioning. *Journal of Personality and Social psychology, Vol. 66*, 127-140.

- Cohn, J.F. Tronick, E. (1989). Specificity of infants' response to mothers affective behaviour. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, Vol. 28*, 242-248.
- Cole-Detke, H., Kobak, R., (1996). Attachment processes in eating disorders and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 64*, 282-290.
- Dozier, M. Stovall, K.C. & Albus, K.E. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds). *Handbook of attachment. Theory research and clinical implications* (pp. 497-519). London: The Guilford Press.
- Fonagy, P. (1997). *Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence*. Paper presented at the Fall Meeting of the American Psychoanalytic Association, November, New York.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Matoon, G., Target, M. & Gerber, A. (1996). The relationship of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 64*, 22-31.
- Greenberg, M. T., & Speltz, M. L. (1988). Contributions of attachment theory to the understanding of conduct problems during the preschool years. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.). *Clinical implications of attachment* (pp. 177-218). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Harris, T. & Bifulco, A. (1991). Loss of parentē in childhood, attachment style and depression in adulthood. In C. Murray Parkes, J. Stevenson- Hinde, P. Marris (Eds). *Attachment across the life cycle* (pp 234-267). London: Routledge.
- Kobak, R. (1994). Adult attachment: A personality or relationship construct? Commentary on Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry, Vol. 5*, 42-44.
- Latas, M., Starcevic, V., Trajkovic, G., Bogojevic, G. (2000). Predictors of comorbid personality disorders in patients with panic disorder with agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry, Vol. 41*, 28-34.
- Liberman, R.P. (1980). *Social and independent living skills*. Los Angeles: Clinical Research Center for Schizophrenia and Psychiatric rehabilitation.
- Liotti, G. (1991). Insecure attachment and agoraphobia. In C.M. Parkes, J. Stevenson- Hinde & P. Marris (Eds.). *Attachment across the life cycle*. London: Routledge.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds). *Attachment theory: Social, developmental and clinical perspectives* (pp. 467-474). New York: Analytic Press.

- Onstad, S., Skre, I., Torgensen, S. & Kringlen, E. (1994). Family interaction: Parental representation in schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica 90 (Suppl.)*, Vol. 384, 67-70.
- Parker, G., Fairley, M., Greenwood, J., Jurd, S. & Silove, D. (1982). Parental representations of schizophrenics and their association with onset and course of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, Vol. 141, 573-581.
- Parker, G., Tupling, H., Brown, L.B. (1979). A parental bonding instrument. *British Journal of Medical Psychology*, Vol. 52, 1-10.
- Rosenstein, D.S. & Horowitz, H.A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64, 244-253.
- Sroufe, L. A. & Cooper, R. G. (1988). *Child development: Its nature and course*. New York: Random House (Alfred Knopf).
- Tyrell, C. & Dozier, M. (1997). *The role of attachment in therapeutic process and outcome for adults with serious psychiatric disorders*. Paper presented at the biennial meeting of Society for Research in Child Development. Washington, DC.
- Van Ijzendoorn, M.H. (1996). Intervention for insecurely attached adopted children in their second year of life. University of Leiden. Extracted from <http://hdl.handle.net/1887/1504> [2007, June 12].

## Pielikumi

### 1.pielikums

#### **Piekrišanas veidlapa.**

Latvijas Universitātes Pedagoģijas un psiholoģijas fakultātes Psiholoģijas profesionālās maģistra programmas 2.kursa studente KATRĪNA LŪSE lūdz Jūsu piekrišanu piedalīties pētījumā par pieaugušo tuvām attiecībām. Pētījuma ietvaros aizpildīšanai tiks piedāvātas vairākas anketas, par pieaugušo attiecībām jeb pieķeršanos. Anketu aizpildīšana aizņems aptuveni 20 minūtes.

Piedalīšanās pētījumā ir brīvprātīga, tādēļ jebkurā brīdī varat atteikties no tās. Ievāktu datu un informācijas konfidencialitāte tiek pilnībā nodrošināta, kas nozīmē, ka Jūsu sniegtās atbildes neuzzinās trešās – ar pētījumu nesaistītās personas, ko garantē pētījuma veicējs. Pētījumā iegūtie dati tiks analizēti tikai apkopotā veidā, netiks analizēti atsevišķu personu dati. Pētījuma dati tiek ievākti mācību nolūkos.

Ja sadarbības laikā Jums rodas kādi jautājumi, lūdzam kontaktēties ar darba vadītāju, KATRĪNU LŪSI, pa telefonu 29110567 vai e-pastu: [katrinap@inbox.lv](mailto:katrinap@inbox.lv).

Esmu Jums ļoti pateicīga par palīdzību un līdzdalību pētījumā!

Piekrītu aizpildīt pētījuma anketas:

Paraksts \_\_\_\_\_

Datums \_\_\_\_\_

## 2. pielikums

**ATTIECĪBU APTAUJA**

- 1) Šeit ir četri vispārīgi cilvēku attiecību stilu apraksti. Lūdzu izlasiet katru aprakstu un apvelciet atbilstošo burtu tam attiecību stilam, kas vislabāk apraksta Jūs vai ir visatbilstošākais veidam, kāda/s Jūs esat savās tuvajās attiecībās.

**Stils A** Man ir viegli kļūt emocionāli tuvam ar cilvēkiem. Es jūtos labi, kad paļaujos uz viņiem, kā arī tad, kad viņi paļaujas uz mani. Es neuztraucos, ka varu palikt viens vai ka citi mani nepieņems.

**Stils B** Es nejūtos labi, kļūstot tuvs ar citiem cilvēkiem. Es vēlos emocionāli tuvas attiecības, bet man ir grūti pilnībā uzticēties vai paļauties uz viņiem. Es uztraucos, ka varu tikt sāpināts, ja atļaušu būt sev pārāk tuvam ar citiem.

**Stils C** Es vēlos pilnīgu emocionālu tuvību ar citiem, bet bieži man liekas, ka citi negrib būt tik tuvi, cik es to vēlētos. Es nejūtos labi bez emocionāli tuvām attiecībām, bet dažreiz es uztraucos, ka neesmu citiem tik nozīmīgs, cik viņi ir nozīmīgi man.

**Stils D** Es jūtos labi bez tuvām emocionālām attiecībām. Man ir ļoti svarīgi justies neatkarīgam un pašpietiekamam, un man labāk patīk būt neatkarīgam no citiem, tāpat kā nevēlos, lai citi būtu atkarīgi no manis.

- 2) Lūdzu novērtējiet katru no šiem savstarpējo attiecību stiliem atbilstoši tam, cik lielā mērā tas raksturo Jūsu attiecības ar cilvēkiem. Atzīmējiet novērtējumam atbilstošu ciparu lapas lejas daļā, izvērtējot katru attiecību stilu skalā no 1 līdz 7, kur „1” nozīmē, ka aprakstītais attiecību stils nemaz neraksturo Jūs un „7” – apraksts ir ļoti līdzīgs Jūsu attiecību veidam. Apvelciet aplīti ap atbilstošo ciparu!

	<i>Nemaz neraksturo mani</i>			<i>Daļēji raksturo mani</i>		<i>Ļoti līdzīgi man</i>	
	1	2	3	4	5	6	7
Stils A							
Stils B							
Stils C							
Stils D							

## 3.pielikums

SAVSTARPĒJĀS PIEĶERŠANĀS APTAUJA  
INSTRUKCIJAS

Turpmāmajās lappusēs Jūs atradīsiet rindu apgalvojumu. Katrā atsevišķajā gadījumā, lūdzu izvērtējiet, cik lielā mērā Jūs piekrītat, ka apgalvojums raksturo Jūs.

Aplūkojiet sekojošus piemērus:

	Pilnībā nepiekrītu				Pilnībā piekrītu
1. Ballītēs man patīk runāt ar visiem.....	1	2	3	4	5
2. Man patīk daudz laika pavadīt vienatnē.....	1	2	3	4	5

Persona, kura pirmajā apgalvojumā atbild ar “5”, norāda, ka viņš/viņa pilnībā piekrīt apgalvojumam “Ballītēs man patīk runāt ar visiem”. Otrajā piemērā viņš/viņa nepiekrīt apgalvojumam “Man patīk daudz laika pavadīt vienatnē”. Jūs drīkstat apvilkt atšķirīgus skaitļus pretī katram dotajam apgalvojumam.

\*\*\*\*\*

Šajā aptaujā Jūs atradīsiet jautājumus par Jūsu attiecībām ar vienu īpašu cilvēku Jūsu dzīvē. Mēs šo īpašo cilvēku saucam par “pieķeršanās objektu”. Ar pieķeršanās objektu mēs saprotam:

- Visticamāk cilvēku, ar kuru Jūs kopā dzīvojat vai kuru mīlat.
- Cilvēku, pie kura Jūs visticamāk grieztos pēc atbalsta, palīdzības, padoma, mīlestības vai sapratnes.
- Cilvēku, no kura Jūs iespējams varētu būt atkarīgs un kurš varētu būt atkarīgs no Jums dažās lietās.

Jūsu pieķeršanās objekts var būt Jūsu vīrs vai sieva, draugs vai draudzene vai cits īpašs draugs. Jūsu dzīvē var būt vairāki cilvēki, ar kuriem Jūs esat tuvs vai arī var būt grūti atrast vienu cilvēku, kurš Jums nozīmē tik daudz.

Lai atbildētu uz sekojošajiem jautājumiem, domājiet par to cilvēku, ar kuru tieši šobrīd jūtaties vistuvākais. Šis cilvēks ir Jūsu pieķeršanās objekts, pat ja apraksti Jums nešķiet pilnīgi precīzi.

Vai patreiz Jūsu dzīvē ir tāds cilvēks, kuru Jūs uzskatītu par savu pieķeršanās objektu?

..... Jā            Mans pieķeršanās objekts ir mans .....

..... Nē

\*\*\*\*\*

Jautājumi par Jūsu attiecībām ar Jūsu pieķeršanās objektu sāksies nākošajā lapā. Ja Jums šobrīd nav pieķeršanās objekts, lūdzu pāršķiriet aptaujas lapas tālāk līdz nākošajai aptaujai, kas saucas “Ja Jums šobrīd nav pieķeršanās objekta”. Tātad Jums jāpilda ir tikai viena no šīm aptaujām.

Lūdzu, padomājiet par katru jautājumu un atbildiet rūpīgi. Neraizējieties, ja uz dažiem jautājumiem ir grūti atbildēt precīzi. Atbildiet, cik labi varat un uzticieties saviem spriedumiem.

Atcerieties, ka šī aptauja nav tests; nav pareizu vai nepareizu atbilžu. Jautājumi vienkārši apraksta dažādas attiecības. Paldies par Jūsu palīdzību!

LŪDZU TURPINIET NĀKOŠAJĀ LAPPUSĒ

1 pilnīgi nepiekrītu	2 nepiekrītu	3 daļēji piekrītu un daļēji nepiekrītu	4 piekrītu	5 pilnīgi piekrītu	
1. Es vēršos pie sava pieķeršanās objekta dažādu iemeslu pēc, ieskaitot atbalstu un mierinājumu .....	1	2	3	4	5
2. Es vēlos, lai manās attiecībās ar pieķeršanās objektu būtu mazāk dusmu .....	1	2	3	4	5
3. Es vērtēju mana pieķeršanās objekta vajadzības augstāk nekā savējās .....	1	2	3	4	5
4. Es kļūstu neapmierināts, ja mans pieķeršanās objekts nav ar mani kopā tik daudz, cik es to vēlētos .....	1	2	3	4	5
5. Es jūtu, ka vislabāk ir nebūt atkarīgam no mana pieķeršanās objekta .....	1	2	3	4	5
6. Es vēlos kļūt tuvs ar savu pieķeršanās objektu, bet es iztuos atturīgi .....	1	2	3	4	5
7. Es bieži jūtos pārāk atkarīgs no sava pieķeršanās objekta.....	1	2	3	4	5
8. Es nespēju nodoties darbam, ja manam pieķeršanās objektam ir problēmas .....	1	2	3	4	5
9. Man sagādā prieku rūpēšanās par manu pieķeršanās objektu.....	1	2	3	4	5
10. Es neiebilstu, kad mans pieķeršanās objekts dodas prom uz dažām dienām .....	1	2	3	4	5
11. Esmu pārliecināts, ka mans pieķeršanās objekts mēģinās saprast manas jūtas .....	1	2	3	4	5
12. Es vēlētos, lai es varētu atkal būt bērns un pieķeršanās objekts rūpētos par mani.....	1	2	3	4	5
13. Es uztraucos, ka mans pieķeršanās objekts pievils mani.....	1	2	3	4	5
14. Es negribētu, ka mans pieķeršanās objekts paļaujas uz mani .....	1	2	3	4	5
15. Es apvainojos, kad mans pieķeršanās objekts pavada laiku atsevišķi no manis .....	1	2	3	4	5
16. Man ir nepieciešams, lai pieķeršanās objekts būtu ar mani, kad esmu satraukts.....	1	2	3	4	5
17. Savu problēmu risināšanā es paļaujos uz sevi, nevis savu pieķeršanās objektu .....	1	2	3	4	5

	1 pilnīgi nepiekrītu	2 nepiekrītu	3 daļēji piekrītu un daļēji nepiekrītu	4 piekrītu	5 pilnīgi piekrītu
18. Kad esmu satraukts, es paļaujos, ka mans pieķeršanās objekts būs ar mani, lai mani uzklausītu .....	1	2	3	4	5
19. Es parasti apspriežu savas problēmas un rūpes ar savu pieķeršanās objektu .....	1	2	3	4	5
20. Es jūtos pamests, kad mans pieķeršanās objekts ir projām dažas dienas.....	1	2	3	4	5
21. Man ir šausmīgas bailes, ka manas attiecības ar pieķeršanās objektu beigsies .....	1	2	3	4	5
22. Man nav nepieciešams, lai mans pieķeršanās objekts rūpētos par mani .....	1	2	3	4	5
23. Šķiet, ka mans pieķeršanās objekts ievēro mani tikai tad, kad es esmu dusmīgs .....	1	2	3	4	5
24. Es pārrunāju lietas ar savu pieķeršanās objektu .....	1	2	3	4	5
25. Man ir viegli būt sirsnīgam ar manu pieķeršanās objektu .....	1	2	3	4	5
26. Es sagaidu, ka mans pieķeršanās objekts pats parūpēsies par savām problēmām.....	1	2	3	4	5
27. Es baidos, ka zaudēšu sava pieķeršanās objekta mīlestību .....	1	2	3	4	5
28. Es jūtos pazudis, ja esmu satraukts un mans pieķeršanās objekts nav tuvumā .....	1	2	3	4	5
29. Esmu saniknots, ka nesaņemu nekādu atbalstu no mana pieķeršanās objekta.....	1	2	3	4	5
30. Esmu tā pieradis visu darīt pats, ka nejautāju mana pieķeršanās objekta palīdzību.....	1	2	3	4	5
31. Esmu pārliecināts, ka mans pieķeršanās objekts vienmēr mīlēs mani .....	1	2	3	4	5
32. Es neesmu drošs, kā man vajadzētu rīkoties, pirms neaprunājos ar savu pieķeršanās objektu.....	1	2	3	4	5
33. Bez mana pieķeršanās objekta es būtu bezpalīdzīgs .....	1	2	3	4	5
34. Situācijai jābūt patiesi sliktai, lai es lūgtu mana pieķeršanās objekta palīdzību.....	1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
	pilnīgi nepiekrītu	nepiekrītu	daļēji piekrītu un daļēji nepiekrītu	piekrītu	pilnīgi piekrītu
35. Es esmu patiešām dusmīgs uz manu pieķeršanās objektu, jo domāju, ka viņš/viņa varētu atrast laiku priekš manis .....	1	2	3	4	5
36. Es bieži esmu dusmīgs uz savu pieķeršanās objektu un nezinu, kādēļ.....	1	2	3	4	5
37. Es jūtu, ka pats grūtākais ir kļūt patstāvīgam .....	1	2	3	4	5
38. Es jūtos, ka ar mani kaut kas nav kārtībā, jo es esmu atdalīts no mana pieķeršanās objekta .....	1	2	3	4	5
39. Es pārlietu neuztraucos par manu pieķeršanās objektu .....	1	2	3	4	5
40. Es neupurēju savas vajadzības mana pieķeršanās objekta labā.....	1	2	3	4	5
41. Mans pieķeršanās objekts vienmēr mani sarūgtina .....	1	2	3	4	5
42. Kad esmu satraukts, man ir izmisīga vajadzība pēc mana pieķeršanās objekta tuvuma .....	1	2	3	4	5
43. Spēja kaut ko darīt mana pieķeršanās objekta labā ļauj man justies nozīmīgam .....	1	2	3	4	5

## 4.pielikums

**Ja Jums pašlaik nav pieķeršanās objekta**

1	2	3	4	5	
pilnībā nepiekrītu	nepiekrītu	daļēji piekrītu un daļēji nepiekrītu	piekrītu	pilnībā piekrītu	
1. Man kļūst “aukstas kājas”, ja kāds vēlas būt man tuvs.....	1	2	3	4	5
2. Es vienmēr meklēju kādu īpašu personu, kas liktu man justies droši.....	1	2	3	4	5
3. Es jūtu, ka lūgt citiem palīdzību ir vājības pazīme.....	1	2	3	4	5
4. Mani satrauc tas, ka man nav neviena tuva drauga .....	1	2	3	4	5
5. Man ir bail, ka, ja man kāds kļūs svarīgs, man neatbildēs ar to pašu.....	1	2	3	4	5
6. Tuvās attiecībās es sasniedzu punktu, kurā es vēlos saglabāt distanci.....	1	2	3	4	5
7. Esot kopā ar citiem, es jūtos drošāks/a.....	1	2	3	4	5
8. Es vēlos, lai man tuvumā būtu kāds, kam es esmu vajadzīgs/a.....	1	2	3	4	5
9. Es vienmēr jūtu, ka es nekad nevaru likt otram saprast, kā es jūtos.....	1	2	3	4	5
10. Es vienmēr esmu baidījies/usies citiem pietuvoties.....	1	2	3	4	5
11. Es savu drošības izjūtu saņemu no sevis paša.....	1	2	3	4	5
12. Es vērsos pie citiem cilvēkiem, lai gūtu mierinājumu un uzmundrinājumu.	1	2	3	4	5
13. Es jūtu, ka pret citiem esmu “vēss”.....	1	2	3	4	5
14. Es vēlētos būt ar kādu labos draugos .....	1	2	3	4	5
15. Rūpēšanās par kādu liktu man justies vājam/ai un pārgurušam/ai.....	1	2	3	4	5
16. Esmu pārtraucis/kusi attiecības aiz bailēm, ka tikšu sāpināts/a.....	1	2	3	4	5
17. Mani sarūgtina, ka man nav neviena tuva drauga.....	1	2	3	4	5
18. Tuvas attiecības ar kādu liek man domāt par nosmakšanu.....	1	2	3	4	5
19. Mani draugi liek man justies drošam/ai.....	1	2	3	4	5
20. Es ilgojos pēc kāda, ar ko dalīties savās jūtās.....	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5	
pilnībā nepiekrītu	nepiekrītu	daļēji piekrītu un daļēji nepiekrītu	piekrītu	pilnībā piekrītu	
21. Es neļauju nevienam sev pietuvoties.....	1	2	3	4	5
22. Mans spēks nāk vienīgi no manis paša/s.....	1	2	3	4	5
23. Man neviens nav vajadzīgs.....	1	2	3	4	5
24. Es negribētu dalīt savu dzīvi ne ar vienu.....	1	2	3	4	5
25. Es nekad nejutīšos patiesi drošs/a, kamēr manā dzīvē nebūs kāds īpašs cilvēks.....	1	2	3	4	5
26. Es baidos riskēt parādīt, ka gribu, lai par mani rūpējas.....	1	2	3	4	5
27. Bez tuva drauga es būtu pazudis/usi.....	1	2	3	4	5
28. Es ļoti lepojos ar to, ka man neviens nav vajadzīgs.....	1	2	3	4	5
29. Es zaudētu savu drošības sajūtu, ja man būtu sava dzīve jādala ar kādu....	1	2	3	4	5
30. Man ir sajūta, ka es slēpjos.....	1	2	3	4	5
31. Tuvi draugi man ir svarīgi.....	1	2	3	4	5
32. Es vienmēr izdaru kaut ko, lai bloķētu tālāku iesaistīšanos ar kādu.....	1	2	3	4	5
33. Es vēlos, lai man būtu vienas, ilgstošas attiecības.....	1	2	3	4	5
34. Es baidos pietuvoties citiem.....	1	2	3	4	5
35. Pat tad, ja man ir bijis kāds īpašs cilvēks, es nevaru ar viņu izveidot kontakta.....	1	2	3	4	5
36. Esmu tā pieradis/usi darīt visu paša spēkiem, ka nelūdzu citiem palīdzību..	1	2	3	4	5
37. Man ir grūti kādam veltīt pieķeršanos.....	1	2	3	4	5
38. Es baidos par kādu rūpēties, jo tad es sevi pazaudētu.....	1	2	3	4	5
39. Es dažkārt brīnos: „Kāpēc mani neviens neatrod?”.....	1	2	3	4	5
40. Es esmu uzbūvējis/usi sev apkārt sienu.....	1	2	3	4	5
41. Man būtu neērti, būt kāda cilvēka tuvam draugam.....	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5	
pilnībā nepiekrītu	nepiekrītu	daļēji piekrītu un daļēji nepiekrītu	piekrītu	pilnībā piekrītu	
42. Kad vien es jūtu, ka kļūstu kādam tuvs/a, es viņu atgrūžu.....	1	2	3	4	5
43. Ir jābūt spējīgam izdzīvot paša/a spēkiem.....	1	2	3	4	5
44. Tuvās attiecībās es iztuos atturīgi.....	1	2	3	4	5
45. Es neuztraucos, ka tuvās attiecībās tikšu sāpināts/a.....	1	2	3	4	5
46. Kad esmu sarūgtināts/a, es vēlētos, lai es varētu visu pārrunāt ar savu draugu .....	1	2	3	4	5
47. Ja man būtu kāds īpašs cilvēks, tas man liktu justies drošāk.....	1	2	3	4	5
48. Es vēršos pie citiem pēc atbalsta.....	1	2	3	4	5
49. Es jūtu, ka ar mani kaut kas nav kārtībā, jo nešķiet, ka man rūpētu kāds cits.....	1	2	3	4	5
50. Es nelabprāt kļūstu citiem tuvs/a.....	1	2	3	4	5
51. Es jūtu, ka vislabāk ir nekad nebūt atkarīgam no viena konkrēta cilvēka... 1	2	3	4	5	
52. Es jūtos drošs/a tikai tad kad esmu viens/a pats/i.....	1	2	3	4	5
53. Vajadzība pēc kāda liek man justies vājam/ai.....	1	2	3	4	5
54. Es vēlētos, lai man būtu kāds, ar ko es varētu dalīt visu savu dzīvi.....	1	2	3	4	5
55. Es negribētu, ka kāds uz mani paļaujas.....	1	2	3	4	5
56. Mani satrauc, ka man ne ar vienu nav ciešu saišu.....	1	2	3	4	5
57. Tuvas attiecības ar citiem mani biedē, jo viņi varētu mani atraidīt.....	1	2	3	4	5
58. Man nevajag tuvus draugus.....	1	2	3	4	5
59. Kad kāds vēlas būt man tuvs, es vēlos kliegt "Liec mani mierā".....	1	2	3	4	5

### Paldies.

Ar to beidzas aptauja tiem, kuriem šobrīd nav pieķeršanās objekta.

## 5.pielikums

**Page 6: If You Do Not Currently Have An Attachment Figure**

	1	2	3	4	5
	strongly disagree	disagree	somewhat agree and somewhat disagree	agree	strongly agree
1. I get "cold feet" when someone expects to be close to me.....	1	2	3	4	5
2. I am always looking for someone special to make me feel secure.....	1	2	3	4	5
3. I feel it's a sign of weakness to ask others for help.....	1	2	3	4	5
4. It bothers me that I don't have any close friends.....	1	2	3	4	5
5. I'm afraid that if I care for someone I won't get a response back.....	1	2	3	4	5
6. In close relationships, I reach a point where I want to retain distance.....	1	2	3	4	5
7. Being with others makes me feel more secure.....	1	2	3	4	5
8. I wish there was someone close who needed me.....	1	2	3	4	5
9. I always feel that I can never make someone understand how I feel.....	1	2	3	4	5
10. I've always been afraid of getting close to others.....	1	2	3	4	5
11. I get my sense of security from myself.....	1	2	3	4	5
12. I turn to other people for comfort and reassurance.....	1	2	3	4	5
13. I feel that I'm cold to others.....	1	2	3	4	5
14. I would like to be good friends with someone.....	1	2	3	4	5
15. Caring for someone would make me feel weak and exhausted.....	1	2	3	4	5
16. I've broken up a relationship for fear of getting hurt.....	1	2	3	4	5
17. It upsets me that I have no close friends.....	1	2	3	4	5
18. Being close to someone makes me think of suffocation.....	1	2	3	4	5
19. My friends make me feel secure.....	1	2	3	4	5
20. I long for someone to share my feelings with.....	1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
	strongly disagree	disagree	somewhat agree and somewhat disagree	agree	strongly agree
21. I don't let anyone get close to me.....	1	2	3	4	5
22. My strength comes only from myself.....	1	2	3	4	5
23. I don't need anyone.....	1	2	3	4	5
24. I wouldn't want to share my life with anyone.....	1	2	3	4	5
25. I will never feel really secure until I have someone special in my life.....	1	2	3	4	5
26. I'm afraid to chance showing that I want to be cared for.....	1	2	3	4	5
27. I would be lost without a close friend.....	1	2	3	4	5
28. I take great pride in not needing anyone.....	1	2	3	4	5
29. I would lose my feeling of security if I had to share my life with someone.....	1	2	3	4	5
30. I feel like I'm hiding from others.....	1	2	3	4	5
31. Close friends are important to me.....	1	2	3	4	5
32. I always do something to block further involvement with someone.....	1	2	3	4	5
33. I wish that I had a single, lasting relationship.....	1	2	3	4	5
34. I'm afraid of getting close to others.....	1	2	3	4	5
35. Even when I've had someone special, I can't get in touch with him/her....	1	2	3	4	5
36. I'm so used to doing things on my own that I don't ask others for help.....	1	2	3	4	5
37. I have a hard time giving affection to someone.....	1	2	3	4	5
38. I'm afraid to care for someone because I would lose myself.....	1	2	3	4	5
39. I sometimes wonder: "Why doesn't someone find me".....	1	2	3	4	5
40. I've built a wall around myself.....	1	2	3	4	5
41. I would be uncomfortable being a close friend to someone.....	1	2	3	4	5
42. Whenever I feel myself getting close to someone, I push them away.....	1	2	3	4	5

	1	2	3	4	5
	strongly disagree	disagree	somewhat agree and somewhat disagree	agree	strongly agree
43. You've got to be able to survive on your own.....	1	2	3	4	5
44. I hold myself back in close relationships.....	1	2	3	4	5
45. I don't worry about being hurt in close relationships.....	1	2	3	4	5
46. When I'm upset, I wish that I could talk things over with a close friend...	1	2	3	4	5
47. Having someone special would make me feel more secure.....	1	2	3	4	5
48. I look to others for support.....	1	2	3	4	5
49. I feel that there's something wrong with me because I can't seem to care for someone else.....	1	2	3	4	5
50. I'm reluctant to get close to others.....	1	2	3	4	5
51. I feel it best never to depend on any one person.....	1	2	3	4	5
52. I only feel secure when I'm by myself.....	1	2	3	4	5
53. Needing someone makes me feel weak.....	1	2	3	4	5
54. I wish I had someone with whom I could share my whole life.....	1	2	3	4	5
55. I wouldn't want someone relying on me.....	1	2	3	4	5
56. It bothers me that I have no close ties to anyone.....	1	2	3	4	5
57. Closeness to others frightens me because they may reject me.....	1	2	3	4	5
58. I don't need close friends.....	1	2	3	4	5
59. When someone wants to be close to me, I feel like screaming, "Leave me alone".....	1	2	3	4	5

**THANK YOU.**

**THIS COMPLETES THE QUESTIONNAIRE FOR THOSE WHO DO NOT  
CURRENTLY HAVE AN ATTACHMENT FIGURE.**

## 6. pielikums

## PAPILDUS INFORMĀCIJA

Jūsu vecums (pilni gadi) \_\_\_\_\_

Jūsu dzimums:                      vīrietis \_\_\_\_\_                      sieviete \_\_\_\_\_

Iegūtā izglītība:

\_\_\_\_\_ pamata (9. kl.)

\_\_\_\_\_ vidējā

\_\_\_\_\_ vidējā speciālā

\_\_\_\_\_ nepabeigta augstākā

\_\_\_\_\_ augstākā

Jūsu ģimenes stāvoklis: \_\_\_\_\_ neprecējies                      \_\_\_\_\_ reģistrēta laulība                      \_\_\_\_\_  
atraitnis/e

\_\_\_\_\_ šķīries                      \_\_\_\_\_ neregistrēta laulība

Jūs patreiz dzīvojat:

\_\_\_\_\_ viens

\_\_\_\_\_ kopā ar kādu (piem., vecākiem, draugiem u.c.)

\_\_\_\_\_ kopā ar savu pieķeršanās objektu

Vai jums ir tuvi draugi (neskaitot ģimenes locekļus vai jūsu pieķeršanās objektu)?

\_\_\_\_\_ jā                      \_\_\_\_\_ nē

Vai pēdējā gada laikā jūs esat uzsācis attiecības ar jaunu pieķeršanās objektu?

\_\_\_\_\_ jā                      \_\_\_\_\_ nē

Vai pēdējā gada laikā jūsu attiecības ar pieķeršanās objektu ir izbeigušās (šķīršanās, nāves dēļ)?

\_\_\_\_\_ jā                      \_\_\_\_\_ nē

Cik ilgi jūs pazīstat savu pieķeršanās objektu? \_\_\_\_\_

Kāds ir ilgākais laika posms, kuru esat pavadījis šķirti no sava pieķeršanās objekta? \_\_\_\_\_

**PALDIES PAR JŪSU ATSAUCĪBU!**

## 7. pielikums

1. tabula. Aprakstošās un secinošās statistikas rādītāji vecumam klīniskai un neklīniskai izlasei

	Izlase	N	M	Sd	Standart kļūda	t-tests
Vecums	klīniskā	31	37.45	10.04	1.80	0.24
	neklīniskā	35	36.86	10.03	1.70	
p>0,05						

## 8. pielikums

4.tabula. Kolmogorova - Smirnova kritērija aprēķins klīniskajai un neklīniskajai izlasei

Izlase	klīniskā					neklīniskā				
	n	M	Sd	Kolmog.- Smirn. krit.	Nozīm. līmenis (pret.)	n	M	Sd	Kolmog.- Smirn. krit.	Nozīm. līmenis (pret.)
Tuvības meklēšanas dimensija	18	11.00	3.05	0.56	0.91	29	8.28	2.90	0.69	0.73
Šķiršanās protesta dimensija	17	6.29	3.04	0.77	0.60	29	6.34	2.53	1.03	0.24
Zaudējuma baiļu dimensija	18	8.67	3.24	0.65	0.80	29	7.17	2.25	0.73	0.66
Pieejamības dimensija	18	5.83	2.18	0.87	0.44	29	6.90	1.63	1.07	0.20
Izmantošanas dimensija	18	7.11	1.57	0.83	0.50	29	5.69	1.79	1.39	<b>0.04</b>
Dusmīgās aiziešanas piesaistes stils	18	16.44	4.64	0.56	0.92	29	17.72	3.91	0.66	0.78
Uzmācīgās aprupēšanas piesaistes stils	18	24.50	3.22	0.76	0.61	29	23.10	5.01	0.60	0.87
Uzmacīgās pašpaļāvības piesaistes stils	18	17.94	3.15	0.50	0.96	28	16.04	3.51	0.59	0.88
Uzmacīgās aprūpes meklēšanas piesaistes stils	18	19.89	5.87	0.81	0.53	29	16.93	3.48	0.74	0.64
Distances saglabāšanas attiecībās dimensija	13	51.77	6.91	0.66	0.78	5	45.80	8.64	0.55	0.93
Vēlmes pēc tuvām attiecībām dimensija	13	45.69	5.17	0.78	0.58	6	49.17	6.40	0.59	0.88
Sāpju vai noraidījuma baiļu dimensija	13	22.38	5.16	0.58	0.90	4	21.75	5.74	0.43	0.99
Augstas pašpietiekamības prioritātes dimensija	12	25.75	3.08	0.40	1.00	6	26.00	1.79	0.52	0.95
Piesaiste samazina drošības izjūtu dimensija	13	32.46	5.01	0.55	0.92	6	30.33	5.54	0.35	1.00

## 9.pielikums

7. tabula. Zaudējuma baiļu dimensijas veidoto apgalvojumu iekšējās saskaņotības rādītāji

Apgalvojums	Kronbaha alpha, ja apgalvojums netiek iekļauts
RAQ21	0.12
RAQ27	0.31
RAQ31_kod	<b>0.82</b>

8. tabula. Aprakstošās statistikas rādītāji Vesta piesaistes stiliem un dimensijām klīniskajā un neklīniskajā izlasē

Stili un dimensijas	Izlase	Kronbaha alfa - kopējā	Kronbaha alfa pa izlasēm
Distances saglabāšanas attiecībās dimensija	klīniskā	0.64	0.48
	neklīniskā		0.86
Vēlmes pēc tuvām attiecībām dimensija	klīniskā	0.43	0.12
	neklīniskā		0.88
Sāpju vai noraidījuma baiļu dimensija	klīniskā	0.56	0.50
	neklīniskā		0.85
Augstas pašpietiekamības prioritātes dimensija	klīniskā	-0.78	-0.61
	neklīniskā		-1.41
Piesaiste samazina drošības izjūtu dimensija	klīniskā	0.40	0.25
	neklīniskā		0.75

\*\*p<0,01